



Geneeskundige verzorging van den minvermogenden zieke in Nederland

<https://hdl.handle.net/1874/321446>

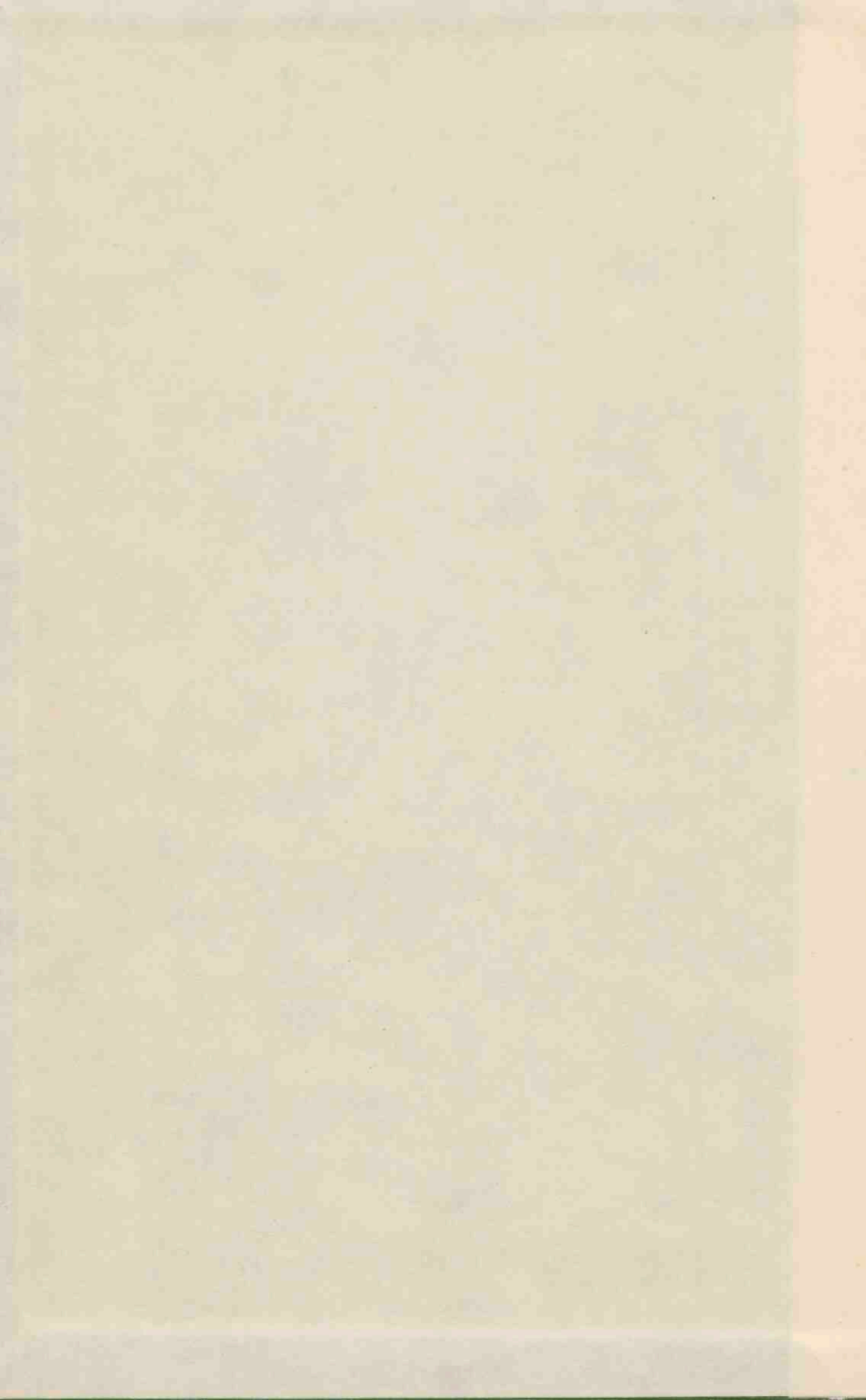
H. g. v. 192, 1935

Geneeskundige Verzorging
van den Minvermogen den Zieke
in Nederland



H. C. SAUËR

BIBLIOTHEEK DER
RIJKSUNIVERSITEIT
UTRECHT.



GENEESKUNDIGE VERZORGING
VAN DEN MINVERMOGENDEN ZIEKE
IN NEDERLAND

PROEFSCHRIJF

DE VERZORGING VAN DEN MINVERMOGENDEN ZIEKE
IN NEDERLAND

38-1

**GENEESKUNDIGE VERZORGING
VAN DEN MINVERMOGENDEN ZIEKE
IN NEDERLAND**

LEENDRUS VAN DER BEEK

WETenschappelijke Vereniging
van de Nijverheids- en
Handelsschool te Utrecht

RIJKSUNIVERSITEIT UTRECHT



1404 0913

GENEESKUNDIGE VERZORGING
VAN DEN MINVERMOGENDEN ZIEKE
IN NEDERLAND

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN DOCTOR
IN DE GENEESKUNDE AAN DE RIJKS-UNIVERSI-
TEIT TE UTRECHT, OP GEZAG VAN DEN RECTOR-
MAGNIFICUS, DR H. BOLKESTEIN, HOOGLEERAAR
IN DE FACULTEIT DER LETTEREN EN WIJS-
BEGEERTE, VOLGENS BESLUIT VAN DEN SENAAAT
DER UNIVERSITEIT TEGEN DE BEDENKINGEN
VAN DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE TE
VERDEDIGEN OP DINSDAG 9 APRIL 1935,
DES NAMIDDAGS TE 4 UUR

DOOR

HENDRIK CHRISTIAAN SAUËR
GEBOREN TE KETHEL EN SPALAND

H. J. PARIS
AMSTERDAM — MCMXXXV

BIBLIOTHEEK DER
RIJKSUNIVERSITEIT
UTRECHT.

AAN MIJN OUDERS
AAN MIJN VROUW

Aan het einde van mijn studie, is het mij een behoefte mijn dank uit te spreken aan allen, die tot mijn wetenschappelijke en praktische vorming hebben bijgedragen.

Allen, die mij de zoo noodzakelijke gegevens voor mijn werk verstrekten, breng ik hartelijk dank.

Niet het minst dank ik de Commissie van den Schoolartsendienst in het district Winschoten, die mij de vrijheid lieten, noodig voor het beëindigen van dit proefschrift.

In het bijzonder dank ik U, Hooggeleerde Baart de la Faille, hooggeachte Promotor, voor Uw hulp en leiding bij de bewerking.

INHOUD

	Bladz.
INLEIDING	1
HOOFDSTUK I - GESCHIEDENIS	3
§ 1 - MIDDELEEUWEN	3
§ 2 - DE GILDEN	5
§ 3 - NA DE GILDEN	6
§ 4 - 1800 TOT 1846	11
§ 5 - 1846 TOT 1890	16
Reglement A.Z.A.	19
Rondschrijven Inspecteurs Staatstoezicht	23
§ 6 - 1890 TOT 1912	25
Staatscommissie Arbeidsenquête 1892	25
Commissie der Ned. Mij. t. b. d. Gen. 1888	32
Commissie der Mij. tot Nut van 't Alg. 1895	34
Rapport Amsterdam	38
Rapport Commissie N. M. t. b. d. Gen. 1898	43
Rapport 1901—1908	44
§ 7 - 1912 TOT HEDEN	51
Algemeen Bindend Besluit	51
Richtlijnen Breda	54
Leiddraad Leiden	57
Unificatierapport	60
Alg. Raad ter beh. v. h. Ziekenfondswezen	63
Moraalclausule	64
HOOFDSTUK II - WETTELIJKE REGELINGEN	67
§ 1 - INLEIDING	67
§ 2 - ONGEVALLENWET 1901	67
§ 3 - ONTWERP ZIEKTEVERZEKERINGSWET 1905	69
§ 4 - ONTWERP ZIEKTEVERZEKERINGSWET 1907	72
§ 5 - ONTWERP ZIEKTEWET TALMA	73

	Bladz.
§ 6 - ZIEKTEWET 1913	77
§ 7 - ONTWERPEN TREUB	78
§ 8 - STAATSCOMMISSIE ZIEKENVERZORGING	79
§ 9 - ONTWERP ZIEKENVERZORGINGSWET AALBERSE	83
Buiteng. Alg. Verg. N. M. t. b. d. Gen.	84
§ 10 - WIJZIGINGEN	87
§ 11 - ONTWERP ZIEKENFONDSWET SLOTEMAKER DE BRUINE	89
3e Nota van Wijzigingen	91
HOOFDSTUK III - INRICHTING DER ZIEKENFONDSEN	94
§ 1 - DOEL	94
Definitie	94
Uitbreidheid der hulp	95
Wijkverpleging	97
Ziekenhuisverplegingsfondsen	98
Verplegingsvormen	103
§ 2 - FINANCIËN	106
1 - Inkomsten	106
<i>a</i> - Contributie of premie	106
Getrapte contributie	107
Welstandsgrens	108
<i>b</i> - Andere bijdragen	110
2 - Uitgaven	112
<i>a</i> - Honoraria	112
Huisartsen. I - Betaling per verrichting	112
II - De vol-ambtenaar	112
III - Het abonnementssysteem	112
Apotheker en apotheekh. arts	117
Specialisten	117
Verloskundigen	120
Tandheekkundige Huisbehandeling	120
Tandheekkundige Kliniekbehandeling	120
<i>b</i> - Geneesmiddelen	122
Zaanlandsche stelsel	123
<i>c</i> - Reservefondsen	124
§ 3 - BESTUUR	126
§ 4 - TOEZICHT	130
1 - Toezicht op het beleid van het fonds	130
2 - Toezicht op het financieel beheer	130
3 - Berechting van geschillen op med. gebied	131
Tuchtwet	131
Ongevallenwet 1921	131

	Bladz.
Land- en Tuinbouwongevallenwet 1922	132
Ziektewet	132
Invalideitetswet	132
Raad van Beroep voor med. Zaken	133
§ 5 - VERZEKERDEN	133
Vrije artsenkeuze	133
§ 6 - DEELNEMERS	134
Verklaringen	136
§ 7 - CONCLUSIES	138
 HOOFDSTUK IV - VERHOUDING VAN ZIEKENZORG EN GEZONDHEIDSZORG	
§ 1 - INLEIDING	141
§ 2 - DE TAAK DER ZIEKENFONDSEN	144
§ 3 - CONTRÔLE	147
§ 4 - KINDERHYGIENE	148
§ 5 - BESTRIJDING DER TUBERCULOSE EN DER GE- SLACHTSZIEKTEN	149
§ 6 - HYGIENE VAN GEBOUWEN	150
§ 7 - SUBSIDIEERING	150
§ 8 - GEBIED EN SAMENSTELLING DER GEZONDHEIDS- DIENSTEN	150
SAMENVATTING	153
LITERATUUR	161

INLEIDING ¹⁾

De geneeskundige verzorging van den minvermogenenden zieke wordt in ons land voornamelijk uitgevoerd door de ziekenfondsen. Deze staan open voor allen met een inkomen beneden een zekere grens, welke ligt tusschen f 2000.— en f 3000.—. Daar nu ongeveer 70 % onzer bevolking een inkomen heeft beneden f 2000.— en zelfs 85 % beneden f 3000.— blijft, is het ziekenfondswezen van groot sociaal-geneeskundig belang. (1)

In den gildentijd heerschte op dit gebied een betrekkelijke orde. Toen de gilden hun invloed verloren, brak een tijdperk aan, waarin de vrijheid de ongebondenheid naderde. De ondernemers, wier voornaamste en vaak eenige doel was, winst te behalen met hun „ziekenbussen”, wisten een groot deel der geneeskundige verzorging aan zich te trekken.

Langzamerhand rees hiertegen verzet, eenerzijds van de geneeskundigen, anderzijds van de patiënten. Van verschillende zijden werden pogingen gedaan om ziekenfondsen op te richten, pogingen, die slechts gedeeltelijk slaagden. We zien dan opkomen ziekenfondsen, opgericht en beheerd door philanthropisch voelende notabelen, door instellingen van weldadigheid of armenzorg, door geneeskundigen, al of niet samen met apothekers of notabelen, ten slotte ook door verzekeren. Aan alle zijden werden hierbij fouten gemaakt, die een goede voorziening in de geneeskundige hulp van de minder met aardse goederen bedeelden in den weg stonden. Deze fouten zijn grootendeels een gevolg van een onjuist inzicht in het wezen der geneeskundige verzorging.

Vandaar, dat er reeds sedert 1842 sprake is van wettelijke bepalingen op het gebied van het ziekenfondswezen. Eerst in 1904 echter zijn ernstige pogingen aangewend om de inrich-

¹⁾ De tusschen haakjes geplaatste cijfers verwijzen naar de literatuur-opgave op blz. 161 t/m 165.

ting der ziekenfondsen wettelijk te regelen. Allerwege heerscht strijd of dreigt deze; strijd tusschen medici en verzekerden, tusschen medici en vakvereenigingsbestuurders of tusschen de geneeskundigen onderling. Wanneer men de beraadslagingen over dit onderwerp in en buiten de volksvertegenwoordiging nagaat, dan blijkt vaak, dat men elkaars bedoelingen misverstaat, en dat de verschillende partijen aan eenzelfde woord of uitdrukking geheel verschillende beteekenis geven.

Willen wij den toestand overzien, zooals deze op het oogenblik is, dan moeten wij tot goed begrip daarvan eerst de historie nagaan, de wording van het bestaande. Een aparte plaats nemen daarbij in de wetten en wetsontwerpen, zooals deze in den loop der laatste dertig jaar in behandeling zijn geweest. Thans wordt in art. 48 der Ziektewet alleen de eisch gesteld, dat de verzekerde, wil hij recht hebben op ziekengeld, lid moet zijn van een toegelaten ziekenfonds. Dit artikel is echter nog niet in werking getreden, omdat de eischen voor toelating nog niet vastgelegd zijn.

De eischen, waaraan de geneeskundige verzorging moet voldoen, zullen waarschijnlijk worden vastgelegd in het thans nog aanhangige ontwerp Ziekenfondswet.

Het komt mij noodzakelijk voor, dat de verschillende vraagpunten, die zich daarbij voordoen, zeer nauwkeurig onderzocht worden en getoetst aan het algemeen belang. Dat daarbij het belang der betrokken groepen niet uit het oog verloren mag worden, spreekt wel van zelf, daar bij een verstoring van het evenwicht het algemeen belang wel steeds schade lijdt.

HOOFDSTUK I

GESCHIEDENIS

§ 1 - MIDDELEEUWEN

Vanaf het begin der Middeleeuwen was de verzorging van den zieken mensch in handen van de kerk en hare dienaren. Reeds van ouds belastten de kloosters zich met de verpleging van de zieken, die zich aan hunne poorten aanmeldden, meestal armen, die op geen andere wijze verpleging konden krijgen. Vele doortrekkende reizigers maakten ook gebruik van de gastvrijheid der kloosters.

Daarnaast ontstonden de gasthuizen, oorspronkelijk bestemd voor huisvesting van de door- en rondtrekkende klerken, kooplieden, pelgrims, ridders en dergelijke personen. De meergegoeden hadden hun eigen huizen in verschillende plaatsen, voorts vaak de beschikking over huizen hunner vrienden, gezamenlijke herbergen, enz., om voor het onderbrengen van hun gezelschap op reis te zorgen. (Zoo bestaat er een contract, in 1324 door Graaf Willem III van Holland gesloten met een huiseigenaar om steeds voor hem ligging en stalling gereed te hebben (2)). Maar zeer velen konden zich niet op deze toch altijd vrij kostbare wijze helpen, en ter voorziening in deze leemte werden de gasthuizen gefundeerd: „om de arme ellendighe daerin te herberghen, nachtrust daerin te hebben ende zonderlinghe pellegrims of ander arme luden die te laet oft te spade komen binnen de stadt herberghe te hebben ofte verkrighen of die uter stadt comen ende op reyze ziin” (3). Over het algemeen werd hier slechts voor een zeer beperkten tijd logies verstrekt. Hieruit volgt, dat voor werkelijk zieken daar eigenlijk geen onderdak te krijgen was. Naast deze gasthuizen verrezen op verscheidene plaatsen, meestal door meer gegoeden op hun erve geplaatst, vrijwoningen voor ouden van dagen. Zoowel in de

vrijwoningen als in de gasthuizen werd alleen gezorgd voor ligging en soms voor verwarming en bediening, doch voor de voeding der daar verblijvenden werd niets gedaan.

Uit den eersten tijd zijn slechts enkele data tot ons gekomen. Zoo wordt reeds in 1270 het Sint Cathryne armehuys te Leiden genoemd en in 1293 het Gasthuys in verband met de benoeming van gasthuysmeesteren (4). In de 13e eeuw was het Sint Kathryne-gasthuys te Utrecht, opgericht door de Johanner-orde, reeds bekend om het opnemen van zieken ter verpleging. Daarbij bepaalde men zich echter voornamelijk tot het opnemen van zieke pelgrims naar het Heilige Land, hoewel men later ook pelgrims naar andere, Europeesche, bedevaartplaatsen opnam. Ook de beide andere Gasthuysen te Utrecht beperkten zich tot het opnemen van zieke pelgrims (5).

In 1372 stichtte Elisebrecht Weddeloop, een Utrechtsch bakker, een ziekenhuis, gewijd aan Sint Barbara; welk voorbeeld reeds in 1395 werd gevolgd door Mechteld van Wulverhorst, die een vrouwen-ziekenhuis oprichtte en dit wijdde aan Sint Magdalena (6). In 1407 vinden we vermeld de oprichting van een ziekenhuis door den Heer van Abcoude en Duivendrecht, terwijl de stichting van het Sint Elisabeths-gasthuis te Leiden, ter verpleging „van ellendighe arme sieke vrouwspersonen”, gesteld kan worden op 1428. Doch allen rekenden er op, dat de lijders aan acute ziekten voor zich zelf konden zorgen en zij bestemden hunne stichtingen uitdrukkelijk voor „legghende ellendighe sieke menschen; puer ellendighe arme menschen, die siec ende beddevast ligghe”, terwijl niemand „die siin broot binnen of bider straten bidden mach” werd toegelaten. In 1330 werd opgericht het Leprozenhuis te Utrecht, in 1385 dat te Leiden.

Merkwaardig is, dat reeds vrij spoedig de belangstelling in dezen vorm van liefdadigheid moet gezakt zijn, althans in 1530 werden in Utrecht alleen genoemd „het Sint Kathryne gasthuis en het Melaten”, terwijl de bekende geleerde Buchelius bij zijn beschrijving in 1592 alleen weet te noemen „het Sint Kathryne en het Leeuwenberch (Pesthuis)”. De rest was dus blijkbaar in dien tusschentijd al weer verdwenen.

§ 2 - DE GILDEN

Reeds in den tijd der gilden vinden we verschillende vormen van verzekering tegen de gevolgen van ziekte en overlijden, onder den naam bossen, bussen, beursen, societeiten, compacten, confrererien of broederschappen. Oorspronkelijk zijn deze bussen gesproten uit de organisaties, die langzamerhand ook onder de werknemers ontstonden, de z.g. knechts-gilden. In hoofdzaak werd de nadruk gelegd op een uitkeering in geld bij ziekte of overlijden, soms gecombineerd met het verleenen van persoonlijke diensten, als het waken bij de zieken en het dragen van de baar of het volgen naar het graf, doch daarnaast vinden we ook meermalen melding gemaakt van het verschaffen van geneeskundige hulp. Zoo vinden we b.v. in het *Kistenmakersknechtsgilde* te Groningen deze combinatie genoemd naast een speciale weduwenbeurs, die geen geldelijke uitkeering gaf, maar alleen vrije geneeskundige hulp. Ook in de diverse ordonnanties van knechtsgilden en knechtsbossen te Haarlem werd de geneeskundige hulp genoemd (7). In Leiden werd vrijwel algemeen geneeskundige hulp verstrekt, terwijl in den Haag alleen aan de leden zelf vrije geneeskundige hulp werd gewaarborgd. Ze kregen echter de gelegenheid voor hunne gezinnen een verzekering te sluiten tegen een vaste wekelijksche contributie. Hiervoor werd door de knoepmakers- en passementswerkersknechts in 1737 een contributie betaald van 3 stuivers per week (8). Leeuwarden gaf vrije geneeskundige hulp met uitzondering van de venerische ziekten en de gevolgen van vechtpartijen (zie o.a. de ordonnantie van de schoenmakersknechtsbos). Ook de leden van de brouwers- en brouwersknechtsbos te Schiedam hadden recht op geneeskundige hulp, terwijl de leden van de lijndraaiersknechtsbos te Oudewater naast hun rechten op vrije geneeskundige hulp, voor de uitkeering van ziekingeld verdeeld waren in verschillende klassen naar de verhouding van het door hen verdiende loon. Analoog aan deze bussen noemt Buchelius in 1584 al een broederschap der Utrechtsche studenten te Douay, die diende om voor de zieke leden en begrafenissen te zorgen. Merkwaardig is wel, dat het Kuipersgilde in Leiden, opgericht in 1745, reeds aan de patroons de

verplichting oplegde de contributie voor de knechts te betalen, terwijl zij deze dan van het loon mochten inhouden.

Ongeveer in het midden der 18e eeuw kwam er al eenige verandering en werd vaak toegelaten, dat de bus niet meer zuiver het verzekeringsorgaan was voor de arbeiders in een bepaald handwerk, maar ook anderen kon opnemen. Ten deele kan dit worden toegeschreven aan het feit, dat aan de gilden ook verschillende publieke diensten waren opgedragen en dat men bij het verminderen van het aantal leden opzag tegen de zwaarder wordende lasten. Zoo is bekend, dat door de overheid verlof gegeven werd aan een dergelijk gilde, zich te versterken met de eerste menschen, die zich aanmeldden voor het burgerschap, onverschillig welk beroep zij uitoefenden. Ook moest er somtijds paal en perk gesteld worden aan het lid zijn van verschillende bussen terzelfder tijd, met het oogmerk zich een meervoudige uitkeering te verzekeren. Zoo werd in een enkel geval wel bepaald, dat de leden van een knechtsgilde, die meester werden, zoowel van de knechts- als van de meestersbus lid mochten zijn, en zich dan laten behandelen door den dokter hunner keuze (uit de geneesheeren der beide bussen).

§ 3 - NA DE GILDEN

De bossen, die uit de gilden voortgekomen waren, gingen goeddeels teniet met den ondergang van het gildewezen. Een klein deel bleef bestaan en leidde meestal een kwijnend bestaan.

Na het ontstaan der Bataafsche Republiek werden de gilden van rechtswege opgeheven (9), en zouden dus ook de aan deze gilden verbonden bossen ophouden te bestaan. Daar dit voor de leden, die al langen tijd hadden gecontribueerd aan deze kassen en rekenden op een verzekering tegen de gevolgen van ziekte en overlijden, een groot nadeel beteekende, werd in elk geval een aparte beslissing van het Vertegenwoordigend Lichaam des Bataafschen Volks gevraagd en meestentijds ook verkregen, dat de kas dezer bossen door, door de overheid benoemde, bewindvoerders zou worden beheerd en de tegenwoordige rechthebbenden hunne uitkeering zouden

ontvangen. In een enkel geval (10) vinden we opgeteekend, dat men kon doorgaan met contribueeren ter verzekering van zijne rechten. (In de vergadering van 3 Januari 1798 werd besloten, dat de gewezen gildebussen van het ontbonden vier gekroonde bijhouwersgilde binnen Cuylenborg werden gebracht „onder directie van de contribuanten om daaruit als van ouds te worden gealimenteerd en begrave (pag. 10).” Omtrent de Groninger bussen werd denzelfden dag besloten, dat men bovendien aan de alimentatiebussen kon doorgaan te contribueeren (pag. 15).

In diverse archiefstukken (11) vinden we nog berichten omtrent de volgende bussen, die dien tijd overleefd hebben:

Te Utrecht:

de drapeniersknechtsbus	bericht in 1843
de bijhouwersknechtsbus (opger. 1753)	„ „ 1856
de steenbikersknechtsbus	„ „ 1813
de wolkammersknechtsbus	„ „ 1843
de boekdrukkers- en letterzettersknechtsbus	„ „ 1827

Te Hoorn:

de metselaarsknechtsbus werd in 1861 begrafenibus.	
de timmerlieden-kastemakers-witwerkers- en wieldraaiersknechtsbus	bericht in 1835
de scheepstimmersmansknechtsbus	„ „ 1835
de kaaskoopersknechtsbus	„ „ 1835

Te Leeuwarden:

de wieldraaiers- en boendermakersknechtsbus telde in 1812 nog 58 leden, de timmermans- en kistemakersknechtsbus in dat jaar 61 leden.

Te Haarlem bestonden in 1813 de:

schoenmakers- en looiersbus met 30 leden, de kleermakersknechtsbus met 58 leden, de timmerliedenknechtsbus met 29 en de metselaarsknechtsbus met 8 leden, terwijl het leden-tal van de brouwers- en azijnmakersknechtsbus niet bekend is.

De enquête van de Maatschappij tot Nut van het Algemeen in 1895 naar de ziekenfondsen ingesteld, noemt ook nog de volgende bussen (12):

Gereformeerde gestreepte baaiwerkersbeurs te Leiden, op-

gericht 1550; de stoffewerkerbus te Utrecht, opgericht 1692 en het Burgergeld te Joure, opgericht in 1760.

De Staatscommissie Arbeidsenquête van 1892 (13) noemt de volgende oude bussen, die geneeskundige behandeling verstrekken:

Te 's Gravenhage de Oude Timmermansbus, opgericht 1720; te Delft de Linnenweversbus, opgericht 1622, de St-Crispyn of schoenmakersbusse, opgericht 1663, de Saaiwerkers- of Vlaamsche Bus, de St-Michiels of Bezemmakersbus; te Maastricht de knegtsbosse van 1748; te Oudewater de Lijndraaiersbeurs uit 1730; te Woerden de Zieken- en Begrafenisbeurs der Steen- en Pannebakkersknechts en andere werklieden; te Maastricht de Broederschap der Schoenmakersbeurs, opgericht in 1760 en de Schrijnwerkersbeurs, dateerend uit 1737; te Vaals de Handwerkers-Kranken-Bruderschaft van 1790; en te Nijmegen de Broederschap de Timmermansbeurs, opgericht in 1741 en de Metselaers- en Leydekkersbus opgericht in 1749; terwijl zij noemt als reeds opgeheven de Daghuurdersbus te Amersfoort, welke was opgericht in 1717 en waarvan de laatste gegevens dateerden van 1865.

Wat betreft de wijze, waarop voorzien werd in de geneeskundige hulp zijn we vrijwel aangewezen op gegevens uit den lateren tijd. Toen hadden de meeste bussen een bosdokter en chirurgijn vast aangesteld en bestond er dus geen vrije keuze van arts. Vaak werd de bosdokter tevens als contrôle-arts gebruikt. Zoo kwam in Haarlem de bepaling voor, dat geroyeerd werden zij, die uit de bos getrokken hadden, terwijl zij naar het oordeel van den dokter al hersteld waren. In den Haag werd de contrôle op den zieke uitgeoefend door den dokter en den chirurgijn. In de meeste bossen kwam een bepaling voor, dat ongeneeslijken uitgekocht werden met een kleine som ineens, na een bepaalde, in verschillende bossen verschillende, termijn. Hiermede verviel dan dus ook het recht op geneeskundige hulp en waren deze menschen aangewezen op de liefdadigheid.

Naast de gildebussen, die meestal naast hun oorspronkelijke doel van geldelijke ondersteuning bij ziekte, later ook in meerdere of mindere mate deel gingen nemen aan de geneeskun-

dige verzorging, kwamen omstreeks 1750 in verscheidene plaatsen van ons land Societeiten tot bloei „opgereg't tot ondersteuning van Zieken, Bejaarden en Weduwen”, vaak door „Doctoren, Chirurgen en Apothecars”, die naast een ziekingeld, recht gaven op volledige geneeskundige behandeling en bovendien een ouderdomspensioen verzekerden.

Daartegen verscheen ongeveer 1758 een geschrift: „Kort vertoog en noodig berigt, wegens de onbestaanbaarheid en bedrieglykheit der Heedendaagsche Societeiten, opgereg't tot ondersteuning van Zieken, Bejaarden en Weduwen binnen Amsteldam in de Jaaren 1757 en 1758. Te Amsterdam by Jacobus Kok, Boekverkoper in de Binne Bantemerstraat.” Hierin wordt berekend, dat b.v. bij de Societeit „Niemand leeft voor zig zelve” betaald wordt aan contributie per lid per week 12 stuyver of per lid per jaar 31 gld, 4 st. Voor 400 leden is dat dus te samen *f* 12480.— Schrijver berekent voor de geneeskundige hulp voor de leden een bedrag van *f* 3.— per lid per jaar, voor de 400 leden dus in totaal *f* 1200.— Voor ziekingeld wordt uitgekeerd per manspersoon *f* 6.—, per vrouwspersoon *f* 4.— per week, terwijl hij rekent op 2 zieke mannen en 2 zieke vrouwen per week. Aan ziekingeld is dus per jaar noodig *f* 1040.— Daar hij voor de verteringen der directeuren nog *f* 80.— per jaar rekent, is voor deze drie posten dus noodig *f* 2320.— De ongeneeslijken krijgen per jaar *f* 150.—, na 6 jaar *f* 200.—. De leden krijgen na het 60e jaar een jaarlijksche uitkeering van *f* 150.—. De schrijver gaat dan berekenen, dat na 20 jaar $\frac{1}{5}$ der leden boven de 60 jaar zal zijn, zoodat hij tot de slotsom komt, dat de financiën zeer snel uitgeput zullen raken. Het aantal van 20 % leden boven de 60 jaar klopt goed met de uitkomsten der volkstellingen, waar dit cijfer ruim 15 % is (14). Wanneer een onvoldoende toevoer van nieuwe, jonge, leden komt, zal de débacle natuurlijk zeer snel geschieden.

Een andere Societeit „Door Liefde Werkzaam” reserveert een stuiver per week per lid om aan de weduwen na de eerste 10 jaren, waarin geen uitkeering zal geschieden, een bedrag van *f* 250.— per jaar te geven. De schrijver berekent dat voor 600 leden per jaar een bedrag gereserveerd wordt van *f* 1560, in

10 jaren f 15600, waarvan de rente ad $2\frac{1}{2}\%$ f 39 bedraagt. Alzoo is er volgens hem per jaar beschikbaar een bedrag van f 1560 + f 39 = f 1600.— Hij neemt aan, dat er per jaar 6 sterfgevallen zullen zijn, dus in 10 jaar 60 weduwen. Van de bijdrage der leden bij overlijden van een medelid (5 st. per hoofd) komt na aftrek van de begrafenisuitkeering van f 50 de helft ten goede aan de weduwenkas, dus in totaal in die 10 jaar f 3000.— In het 11e jaar heeft de kas dus ter beschikking f 15600 + f 3000 + f 1600.— (de inkomsten van het 11e jaar). In datzelfde jaar is voor de 60 weduwen noodig f 15000.—, zoodat reeds in het 12e jaar er een geweldig tekort is. Geheel juist is deze redeneering niet. In de eerste plaats heeft de kas na 10 jaar bij een rentevoet van $2\frac{1}{2}\%$ een kapitaal van f 17524. Verder leven na die 10 jaar niet meer alle weduwen, en zullen er onder de overledenen ook wel weduwnaars voorkomen, doch ook wanneer we hiervoor een verschil van 10% aannemen, dan nog is in het 11e jaar noodig f 13500, dus het achtvoudige van de jaarlijksche inkomsten! Ter vergelijking diene, dat volgens de Ouderdomswet 1919 voor een ouderdomsrente van f 3.— per week op het 65e jaar vanaf het 16e jaar een premie verschuldigd is van 24 cent per week, bij een veel hoogere rentevoet!

Hierna eindigt dit geschriftje met de opmerking: „dat 't eenigste oogmerk der Doctoren, Chirurgen en Apothecars niet geweest is het algemeene welzijn, maar Helaas! het schandelijk eigenbelang en voordeel 't welk henlieden bewoogen heeft zoodanige Societeiten te stichten.”

Tegen het einde der 18e eeuw kwam de drang tot het opnieuw ter hand nemen van de geneeskundige verzorging van de minvermogenenden weer meer naar voren. Als gevolg daarvan werden verschillende bussen of sociëteiten opgericht, op de oude leest geschoeid. Uit de enquêtes van de Maatschappij tot Nut van het Algemeen van 1895 (12) en van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst van 1901—1908 (15) leeren we de volgende bussen kennen uit dien tijd:

De Zieken- en Begravenisbus te Breukelerveen van 1870, de Zieken- en Begravenisbus „De Kleine Bus” van 1793 en de Grootte Zieken- en Begravenisbus onder de zinspreuk:

„Wanneer men alle zorg aan 's menschen heil besteedt,
 Dan bloeyen liefde en deugd in rampspoed, smart en leed”
 van 1798, de beide laatste te Hellevoetsluis; de Knechtsbosse te
 Haastrecht, opgericht in 1790, de Rotterdamsche Sociëteit o.d.z.
 „Tot nut van 't menschdom in hun leven
 Ook vruchten geeft aan d'overgebleven”
 uit 1796 en de Sociëteit „Ten gemeenen Nutte” van 1775;
 te Leiden de Sociëteit „Zorgt in den tijd”, te Tienhoven en
 Oud Maarsseveen de Zieken- en Begrafenisbus, resp. uit 1781
 en 1785 dateerend.

§ 4 - 1800 TOT 1846

De belangstelling van overheidswege voor de geneeskundige verzorging van den minvermogenden zieke, die we opmerkten bij de bemoeiingen met de gildebussen, werd dus negatief bij het bevel tot opheffen dezer bussen. Het eerste verschijnsel van vernieuwde interesse vinden we dan in een missive van het Staatsbewind der Bataafsche Republiek (16), waarin opgemerkt werd betreffende de Departementale Commissiën van Geneeskundig Toevoorzigt: in art. 19 „en ook hare aandacht vestigen op de geneeskundige verzorging en bediening der armen, vooral ten plattelande en in de kleine steden, ten einde voor zooverre dienaangaande Departementale voorzieningen mogten vereischt worden daartoe de noodige voor dragten aan de Departementale Bestuuren in te zenden”, en in art. 27 „om plaatsen, alwaar geschikte konst-oeffenaars ontbreken, van dezelve te voorzien, daartoe voorslaande het aanleggen van fondsen of 't vinden van zoodanige contributiën door de ingezetenen op te brengen als dochte met derzelve omstandigheden zullen overeenkomen.”

Over het algemeen werd in dezen tijd tot aan de zeventiger jaren de leer der overheids-onthouding gepredikt en we vinden van bemoeienis met het ziekenfondswezen zelf geen sporen. Merkwaardig is wel, dat terzelfder tijd voor de beoefenaars der geneeskundige wetenschappen, naast een zeker toezicht, van overheidswege een zeer sterk gespecificeerde tarievenlijst werd opgemaakt, en hier en daar zelfs een tarieven-arbitrage werd ingevoerd.

Krachtens een K.B. van 29 Januari 1814 werden ingesteld de Departementale Kommissieën van Geneeskundig Onderzoek en Toezicht, terwijl krachtens de Wet van 12 Maart 1818 en het K.B. van 31 Mei 1818 werden ingesteld Provinciale en Plaatselijke Kommissieën van Geneeskundig Onderzoek en Toezicht, de eerste in elke provincie en de laatste in die plaatsen „waar vier of meer medicinae of chirurgiae doctoren geëtablisseed zijn en wijders de plaatselijke omstandigheden zulks gedoogen”. Hierbij werd bepaald (17), dat de Provinciale Kommissieën hare aandacht moesten vestigen „op de geneeskundige verzorging en bediening der armen, vooral ten plattelande en in de kleine steden, teneinde, voor zoover dienaangaande provinciale voorzieningen mogten vereischt worden, daartoe de noodige voordragten aan Gedeputeerde Staten in te zenden.” Als resultaat van het werk dezer Commissies zijn op het gebied van het ziekenfondswezen geen gegevens bekend.

Wel werden door hen in verschillende provincies voorstellen gedaan voor een tarief voor de verschillende geneeskundige verrichtingen. In Drenthe en Gelderland zijn geen gegevens over een zoodanige regeling bekend, zoodat deze daar waarschijnlijk niet zijn ingevoerd. In Noord-Brabant werd een ontwerp door de Provinciale Kommissie ingezonden aan Gedeputeerde Staten, die dit ontwerp om advies zonden aan de „Commissie van Politie”, welke dit bij haar schrijven dd. 6 Februari 1818 afwees met de motiveering „dat de Genees-, Heel- en Verloskunde tot de vrije kunsten behoren en dat het niet oirbaar is, dat deze aan eenige prijsbepaling gebonden zijn.” Hierop schijnen Gedeputeerde Staten deze zaak in den doofpot gestopt te hebben, althans bij haar schrijven van 13 November 1819 vraagt de Commissie om Gedeputeerde Staten „aan haar Taryf te erinneren”, doch in de verzamelingen werd niets meer daaromtrent gevonden. De meest uitgebreide tarieven werden eerst veel later vastgesteld en wel dat van Zuid-Holland bij besluit van 17 April 1821 No 15 en dat van Zeeland op 12/19 November 1841 No 22. In deze tarieven, die werkelijk zeer uitgebreid zijn, werd onderscheid gemaakt tusschen de steden van den eersten rang (d.w.z. plaatsen,

waar Plaatselijke Geneeskundige Kommissien bestonden), steden van den tweeden rang, waar zulke commissies ontbraken, en het platteland, de dorpen en gehuchten. Ook waren de tarieven verschillend voor doctoren, heelmeesters, vroedmeesters en vroedvrouwen, terwijl de patienten naar de mate van hun waarschijnlijke gegoedheid werden verdeeld in drie klassen, waarnaast voor de armen een vierde klasse werd geformeerd. Een enkele maal komen we een zeer sterk uitgewerkte arbitrage tegen.

Toch werden in dezen tijd naast de fondsen, die de Bataafsche Republiek hadden overleefd (dat waren dus de voortgezette oude gilde-bussen en de societeiten uit het einde der 18 eeuw) nog verscheidene fondsen opgericht. Dit was echter uitsluitend te danken aan het particulier initiatief. Meestal verzekerden deze fondsen nog een combinatie van uitkeering van ziekgeld, geneeskundige verzorging en uitkeering bij begrafenissen. In het begin werden deze bussen vaak opgericht door meer gegoede particulieren ten bate der minder vermogenden en vertoonden zij een vrij sterken philanthropischen inslag, die in de volgende paragrafen nader besproken zal worden, terwijl zich ook andere fouten begonnen te vertoonen, die nog niet alle overwonnen zijn.

In de jaren omstreeks 1840 werden verschillende bezwaren gehoord tegen de ziekenbussen, die zoo sterk waren, dat de Minister van Binnenlandsche Zaken op 24 Augustus 1842 daarin aanleiding vond zich te richten tot de Provinciale Commissie van Geneeskundig Onderzoek en Toevoorzigt in Noord-Holland (18), ten einde de bezwaren te vernemen en tevens de maatregelen, welke tot verbetering zouden kunnen leiden. Deze Commissie zond haar vragenlijst aan B. en W. van Amsterdam, die deze zaak weer endosseerden aan de Plaatselijke Commissie van Geneeskundig Onderzoek en Toevoorzigt. Met prijzenswaardigen spoed bracht deze Commissie reeds op 10 December 1842 haar rapport uit. Er blijken te Amsterdam te bestaan 71 bussen, waaraan zijn verbonden 33 „kunstbeoefenaren”, en tellend 52771 leden. De meeste bussen combineerden een geldelijke uitkeering aan den man van 50 cent per dag met het verleen van geneeskundige hulp aan dezen

en met het verleenen van geneeskundige hulp alleen aan de vrouwen, de z.g. niet-trekkende leden. Vele bussen gaven bovendien een uitkeering bij overlijden, welke varieerde van *f* 30.— tot *f* 60.—. De contributie bedroeg gemiddeld voor de trekkende leden 20 cent per week, voor de andere 12½ cent.

De honoraria voor de kunstbeoefenaren bedroegen gemiddeld *f* 1.— tot *f* 1.20 per lid per jaar; voor de apothekers *f* 2.— à *f* 2.50. Uitzondering op dezen regel waren de volgende bussen met de achter hun naam genoemde honoraria:

De algemeene Bos (150 leden) geneesheer *f* 2.20, apotheker *f* 4.—;

Na lijden komt verblijden (30 l.) geneesheer *f* 2.50, heelmeeester *f* 1.50, apotheker *f* 3.—;

Nut zij ons doel (200 leden) directeur *f* 1.—!, apotheker *f* 1.50.

De administrateur, directeur, of hoe hun titel ook was, hadden vaak groote inkomens. Verschillende bussen kozen den administrateur uit de leden voor den tijd van 3 maanden met vrijstelling van contributie en vrije vertering ter vergadering. Van de andere werden genoemd:

Kunst en Vrede, 100 leden, Secretaris *f* 1.40 per lid per jaar;

Tot aller Heil, 350 leden, Directeur *f* 0.52 per lid per jaar;

Eendracht maakt Macht, 110 leden, Directeur *f* 1.04 per lid per jaar;

De Goede Hoop, 900 leden, Directeur 5 % van het honorarium der geneeskundigen;

Liefde ten Grondslag, 40 leden, Directeur *f* 0.30 per lid per jaar;

Onderlinge hulp en Troost der Zieken, 150 leden, Directeur *f* 0.30 per lid per jaar.

Daarbij kwam wat de verschillende geneesheeren moesten betalen om tot de bus te worden toegelaten. Daar deze toelating afhankelijk was van de gunst der directeuren, werd dit vaak gebruikt als middel om de financieele positie der directie te verbeteren. De conclusie, waartoe de commissie komt, is te merkwaardig om niet letterlijk over te nemen:

„Weshalve wij van oordeel zijn, dat, zoo de ziekenbussen niet geheel kunnen worden geweerd, derhalve haar getal

althans moet verminderd worden en het getal hunner leden beperkt, in dier mate, dat niet te veel aan de zorg van eenen kunstbeoefenaar worde toevertrouwd, of dat, naar mate van derzelver leden, meer dan een kunstbeoefenaar moet worden aangesteld, dat het een geneesheer niet vergund worde een grooter aantal aan te nemen, dan hij behoorlijk verzorgen kan; dat geen nieuwe ziekenbussen voortaan mogen worden opgerigt, dan nadat zij, na behoorlijk onderzoek van hooger hand, daartoe magtiging hebben gekregen en het getal der leden daarbij bepaald;

en dat om misbruiken te voorkomen, het financieel Beheer geschiede onder Notarieel of ander geschikt toezigt en ware het mogelijk dit te bewerkstelligen, dat alleen die Stand en Maatschappij, welke wij gewoon zijn mindere te noemen, tot derzelve worden toegelaten, worde met uitsluiting van de zoodanigen, wier financieele gesteldheid hun de gewone verzorging in ziekte niet ontzegt, hierdoor toch zoude, wat hier vooral in aanmerking komt, het getal der leden dier bussen tot op een geschikte beperking gebragt worden,

en wat van een andere zijde niet min belangrijk is, de geneeskunde, wier beoefenaren voor het vermenigvuldigen en uitbreiden der ziekenbussen, betrekkelijk te menigvuldig zijn, tot de vroegere genoten achting teruggebracht en de vele misbruiken in de artsenijmengkunde opgemerkt, zijdelings, maar niet geheel ondoelmatig geweerd worden".

Deze commissie toont zich dus reeds een voorstander van een maximaal aantal verzekerden per deelnemer en vraagt om een wettelijke regeling betreffende de ziekenfondsen, welke thans reeds geruimen tijd aanhangig is.

Bij Koninklijk Besluit van 20 November 1841 No 60 Stbl. 20 werd een Staatscommissie ingesteld ter voorbereiding van de herziening der geneeskundige wetten. Deze Commissie noemt in haar geheele rapport (19) de ziekenfondsen niet. Alleen vinden we op blz. 101 in een noot bij de minderheidsnota van de Heeren P. Hendriksz, J. v. Deen en J. P. Heye de volgende zinsnede: „Onder de vele maatregelen, welke noodzakelijkheid wij wenschen aan te dringen, behoort, om dit met een enkel woord te zeggen, eene hervorming in de zoogenaamde

Ziekenbussen, welke thans zoo ongelijkmatig werkende en vaak zoo nadeelig voor diezelfde klasse van menschen zijn, welke zij nut behoorden aan te brengen, en welker reglementen het noodig zoude zijn, gelijk men zulks voor lijfrenten en weduwenfondsen heeft gedaan, aan de *goedkeuring* van de regeering te onderwerpen."

De Staatscommissie, benoemd met dezelfde opdracht, bij K.B. van 25 Juli 1848 en 4 Augustus 1848, resp. Nos 64 en 50, welke den 30 Juni 1849 haar rapport uitbracht, zwijgt ook geheel over deze materie. Deze beide rapporten werden zeer uitvoerig in de pers besproken. Het meest uitgebreid wel door Dr Th. C. Seegers, maar hoewel deze bij allerlei zinsneden, vaak futiele, aanmerkingen plaatste, bleef het ziekenfondswezen onbesproken (20).

§ 5 - 1846—1890

Het schijnt, dat aan de bussen uit dien tijd vele fouten kleefden; we vinden tenminste geregeld opgaven van gebreken, komende van verschillende zijden. Zoo verscheen in 1846 een brochure van eenige geneeskundigen aan allen, getiteld (21): „Is eene hervorming van de ziekenbussen noodzakelijk en uitvoerbaar?" In een voorwoord bij den tweeden druk werd door de schrijvers verwezen naar de enquête van 1842. Zij begonnen op te merken, dat de oude bussen, opgericht door de gilden, voor zoover zij dit naar hunne reglementen konden beoordeelen, oorspronkelijk aan hun doel beantwoordden, n.l. zoo goed mogelijk voor de zieken te zorgen, maar zij knoopten er de vraag aan vast, hoe de verhoudingen toen ter tijde waren. Het was, evenals we later geregeld opmerken, buitengewoon moeilijk om gegevens te verkrijgen, omdat niemand geneigd was de fouten van zijn bus duidelijk te laten zien. De beheerders pasten buitengewoon sluwe en behendige methoden toe om een afdoende contrôle vrijwel onmogelijk te maken. Toch bleek voldoende als grootste fout, welk een groot bedrag de beheerders, die meestal de bussen uit winstbejag beheerden, aan beheers- en administratiekosten toucheerden. Zij geven van verschillende bussen deze cijfers. Bij de in 1841 te Leiden opgerichte

Sociëteit van Voorzorg waren drie Directeuren. Deze genoten te samen bij 800, 1000, 1500 en 2000 leden resp. *f* 800.—, *f* 1000.—, *f* 1400.— en *f* 1800.—. In de verslagen werden geen inkomsten genoemd, zoodat een berekening in procenten onmogelijk was. In 's-Gravenhage werd in 1821 opgericht een Sociëteit van Voorzorg, welke in 1844 ruim 7700 leden telde. Deze werd beheerd door vier directeuren, waarvan een tevens boekhouder was. Hun gezamenlijke inkomsten waren:

1 - administratiekosten ($1\frac{1}{4}$ cent per lid per week)	
ruim	<i>f</i> 5000.—
2 - z.g. vierendeel-jaarlijsten (ieder tegen 10 cent,	
gehuwden voor één gerekend) ong.	<i>f</i> 2000.—
3 - reglement- of intreegelden (1843—1844)	<i>f</i> 400.—
4 - 3 % van het aan de artsen betaalde bedrag	
(<i>f</i> 36.000.—) voor prompte betaling	<i>f</i> 1080.—
	<u>Samen <i>f</i> 8480.—</u>

5 - terwijl de directeur-boekhouder extra kreeg *f* 550.— zoodat de directie in totaal ontving *f* 9030.—, of wel ruim 25 % van het aan de gezamenlijke artsen betaalde bedrag! Doch hierbij bleef het niet. Bovendien liet de directie in de rekening niet alleen de administratiekosten weg, maar verantwoordde van de contributie van $14\frac{1}{2}$ cent slechts $11\frac{1}{2}$ cent. Van de op deze wijze verdonkeremaande *f* 7000.— komt een deel als „vermeerderd fournissement” (schijnbaar dus een gift van de heeren!) weer op de rekening, doch een totaal van *f* 3400.— was en bleef verdwenen. Hun inkomsten stegen daardoor tot 33 % van het gezamenlijk inkomen der artsen. De exorbitante korting „voor prompte betaling” was geenszins een vrijwillige. Wanneer een geneesheer bezwaren maakte tegen deze handelwijze, werd hij eenvoudig op een of andere manier weggewerkt. Naast de opgaven, die in de enquête van 1842 voorkwamen (zie blz. 14) vervolgen zij dan in Bijlage A. met de inkomsten van den directeur der Algemeene Amsterdamsche Mannen- en Vrouwen-Ziekenbus:

3255 leden, administratiekosten 2 cent per week	<i>f</i> 3385.20
Entree van 380 leden	<i>f</i> 380.—
	<u>Transporteeren <i>f</i> 3765.20</u>

	Transporteeren	f 3765.20
Contributie uitgetreden, geroyeerde en overleden leden		f 157.57
Jaarlijksche quitanties (3700)		f 925.—
Jaarlijksche verantwoording (3695)		f 545.25
5 % van het honorarium der geneeskundigen		f 744.—
	Tesamen	f 6137.02

Dit op een rekening en verantwoording van slechts f 24521.70¹/₂ waarvan de medici dus slechts f 14136.— ontvingen!

Daarna werd gewezen op het nut van een goede geneeskundige verzorging en gewraakt de wijze, waarop deze bij de meeste bussen verleend werd. Hiernaast kwam dan de „ellende der buitengewone bediening”, waarbij de leden geen recht hadden op ziekengeld, maar recht hadden op behandeling als particulier patiënt zonder dus gebonden te zijn aan de regels, die terwille van een economisch verleenen van geneeskundige hulp voor de buspatiënten golden. Voor den ondernemer was hier de groote winst het niet betalen van ziekengeld, terwijl de geneesheer als contra-prestatie voor het voldoen aan de hooger (vaak zeer veel hooger) gestelde eischen der patiënten hoogstens een zeer kleine extra-vergoeding kreeg; vaak ook in het geheel niets.

Het aantal leden der bussen was in dien tijd reeds vrij groot. Zoo had Amsterdam in 1842 52771 leden van bussen op een bevolking van ongeveer 220.000 zielen, verdeeld over 73 bussen en 33 geneeskundigen, waarbij er waren, die van 3420 tot 5996 personen op hun naam ingeschreven hadden. In 's-Gravenhage was in 1844 een vierde deel der bevolking lid van een ziekenbus (14 stuks), waarvan er duizenden recht hadden op de buitengewone bediening. Een heel enkele maal werden geneeskundigen directeur van een Sociëteit, maar men moest constateeren, dat zij toen niet een zeer verheffend voorbeeld gaven. Zoo waren er twee in Zuid-Holland, waarvan de een ververschingen voor de zieken leverde en de ander zorgde voor lijk-kist, graf en bedienaars!

Een ander groot bezwaar tegen vele bussen was, dat een kroegbaas tevens directeur eener bus was, welke dan vaak de leden wekelijks opriep op Zaterdag of Zondag, zoogenaamd

om rekening en verantwoording te doen, maar in werkelijkheid om het debiet van eigen zaak te verhoogen. Ja, soms waren deze vergaderingen verplicht, terwijl een boete gesteld was op niet verschijnen.

Aan het slot van hun goed gefundeerd betoog werden de wegen aangegeven om tot verbetering van deze toestanden te komen. Men gaf dan een concept-reglement voor een Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam (A.Z.A.), waarin de genoemde bezwaren zoo goed mogelijk werden ondervangen. Enkele bijzonderheden waren:

- 1 - de drie afdelingen, voor ziekgeld, begrafenis en geneeskundige hulp, hebben een volkomen gescheiden finantieele administratie.
- 2 - er is vrije keuze tusschen alle artsen, die zich aan het fonds wenschen te verbinden.
- 3 - honoreering per abonnement voor de geneeskundigen, per verrichting voor de vroedvrouwen en volgens tarief voor de apothekers.
- 4 - er zijn twee klassen voor geneeskundige hulp:

De contributie bedraagt voor de eerste en tweede klasse:

voor ongehuwden	resp.	12	en	10	cent	per	week
voor weduwe met kinderen	„	18	„	10	„	„	„
voor man en vrouw zonder kinderen	„	24	„	20	„	„	„
voor idem met kinderen	„	30	„	20	„	„	„
voor kinderen van 12—18 jaar	„	5	„	5	„	„	„

Voor ziekgeld betaalt de eerste klasse $7\frac{1}{2}$ cent per week en krijgt *f* 3.— uitbetaald; de tweede klasse respect. 5 cent en *f* 2.—, waarbij dan een verklaring van den behandelend geneeskundige moet worden overgelegd. De contributie voor de uitkeering bij overlijden wordt geregeld volgens een afzonderlijke tabel.

Voor extra-consulten en nachtvisites werd door den patiënt een bijdrage gegeven ten bate van het fonds. Er werd een maximum aantal ingeschrevenen genoemd voor de med. doctores en apothekers van 500 leden, voor den chirurg van 750 leden, waarbij een gezin voor twee leden geteld werd. In de definitieve redactie is de geheele eerste klasse vervallen, evenals de extra-betaling voor consulten en nachtvisites, terwijl ook de bijbetaling van *f* 3.— resp. *f* 2.— voor de hulp van een vroedmeester, resp. vroedvrouw geschrapt werd. Nieuw was de mogelijkheid dienstboden te doen verzekeren, waarbij een flinke progressie te vinden was. Men betaalde per dienstbode, wanneer men er slechts één had *f* 6.—, bij twee *f* 7.—, bij drie *f* 8.—.

Voorts vinden we een bepaling, die vrijwel parallel loopt aan de bepalingen, die de huidige Maatschappij-Ziekenfondsen van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering

der Geneeskunst in hun reglement opgenomen hebben, n.l. dat een overschot alleen aangewend mag worden ten bate der verzekerden, terwijl een tekort verhaald zou worden op de honoraria der medicinae doctores. In het reglement werd als voorbeeld genoemd voor het beleggen van het overschot het aanschaffen van badkuipen en het stichten van een fonds voor epidemieën, een soort reserve-fonds dus. Dit fonds bestaat nog vrijwel ongewijzigd ten huidigen dage.

In 1849 verscheen een „Rapport over een op te rigten ziekenfonds, uitgebragt in de vergadering van Genees- en Heelkundigen, den 9en November 1848 door S. Dobbelaar de Wind te Middelburg” (22). Dit rapport was het gevolg van een vergadering van de Vereeniging van Genees- en Heelkundigen in Zeeland en de aanleiding was het fout gaan van een enkele jaren te voren door de overheid opgericht fonds. De volgende vragen werden gesteld:

- 1 - Zijn ziekenfondsen dan zoo onbepaald af te keuren, al worden zij steeds door onafhankelijke kunstbeoefenaren geweerd en zoude het niet wenschelijk zijn, dat er hier ter stede een goed ziekenfonds tot stand kwam?
- 2 - Welke zijn de misbruiken, waaraan hoofdzakelijk in de meeste plaatsen die ziekenfondsen mank gaan en waardoor sommigen als van zelve zijn te niet gegaan?
- 3 - Welke zijn de middelen om de misbruiken te weren en door welke men met meerdere hoop op goede vruchten en het in stand blijven van een fonds, tot het daarstellen eener zoodanige oprigting zoude mogen overgaan?

Bij de beantwoording der eerste vraag wordt opgemerkt, dat minder bedeeden vaak te lang wachten met het inroepen van geneeskundige hulp en vaak eerst met huismiddeltjes gaan werken. Bovendien gaan ze vaak veranderen van geneesheer, omdat ze te veel schuld hebben en durven dan deze reden niet op te geven, maar noemen een of ander bezwaar tegen den geneesheer, tot schade van diens naam. Dan wordt gewezen op de moeilijkheid om hulp van wege de overheid te krijgen en ten laatste noemt de rapporteur de oprichters van ziekenfondsen uit eigenbelang, die ook gegoeden toelaten en meer beloven, dan ze geven kunnen en daardoor failliet

gaan. Bij de tweede vraag wijst de schrijver op de gevaren van het toelaten van te goeden en op de te groote lasten van de administratie, het overmatig letten op eigen belangen door de bestuurders, of, wanneer dit werkelijk philantropen zijn, hun onvoldoende kennis dezer materie om een goed beheer te waarborgen; het geven van te veel voordeelen aan de leden (begrafenis- en ziekengelden, verloskundige hulp). Ook noemt hij het ontbreken van een rem bij het inroepen van geneeskundige hulp, waardoor er veel meer hulp gevraagd wordt dan noodig is. Daarnaast vindt men als ongewenschte toestand het aannemen van zieken, het gratis toelaten van kinderen en het ontbreken van een wachttijd. Als antwoord op de derde vraag geeft de rapporteur een concept-reglement met een uitgebreide memorie van toelichting. Dit reglement komt weer in hoofdtrekken overeen met hetgeen thans te vinden is in de reglementen der Maatschappijziekenfondsen:

I - *Vrije artskenkeuze (art. 3).*

II - *Contributie per persoon boven 16 jaar 10 cent.*

Hier blijkt de philantropische inslag weer: het bestuur zorgt voor wat er meer noodig is dan de contributie bedraagt door donaties en een subsidie van de stad, wier financiën door het werk van het fonds verlicht worden.

III - *Hulp moet worden aangevraagd op het spreekuur, tusschen acht en negen ure des morgens.*

IV - *Men is verplicht zoo mogelijk naar het spreekuur te komen.*

V - *Van de inkomsten wordt gerekend op: 10 % onkosten, 50 % voor apotheker, inclusief medicamenten, 15 % voor den chirurg en 25 % voor de med. doctores.*

VI - *Uitdrukkelijk wordt in de memorie van toelichting gezegd, dat dienstboden geweigerd worden en wel om twee redenen:*

1e - *zal er dikwijls te vaak geroepen worden („voor elke hoest of hysterismus zal mevrouw den geneesheer ontbieden”);*

2e - *omdat zij zich meestal niet voldoende ontzien kunnen en er dus veel gevaar is voor recidieve.*

De toekenning van een vast bedrag aan den apotheker in

plaats van een betaling per recept wordt als volgt gemotiveerd:

- 1° - is elk fonds en dus ook het fonds in kwestie eene kansrekening op vele of weinige zieken en het is dus vooreerst billijk, dat elke deelnemer in de schade of baat, door beiden veroorzaakt, deelt.
- 2° - Zijn op die wijze de belangen van alle deelnemers dezelfde, terwijl bij de andere opgenoemde betalingswijzen (per recept of bij tarief) de geneesheer bij weinige, de apotheker bij vele belang heeft, zoodat de laatste in dit geval juist degene zou kunnen worden, die de leden aanspoorde tot het overmatig inroepen van geneeskundige hulp.
- 3° - Het betalen volgens tarief brengt een lastige administratie teweeg, bij deze wijze toch moeten alle voorgeschreven recepten alle drie maanden nagerekend worden.
- 4° - Is zulks de eenige wijze, waarop met zekerheid de overeenkomst van de uitgaven met de inkomsten verzekerd is, de voornaamste oorzaken voor het blijvend bestaan van het fonds.

Voor het bedrag op zich zelf wordt verwezen naar een bedrag, dat in Bergen op Zoom in 1848 geboden werd (f 1.40) en wat in Goes sedert 1840 betaald werd (f 2.—). Deze beide genoemde fondsen zijn in de enquête van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst van 1901—1908 niet meer te vinden.

In 1854 werd opgericht een Vereeniging tot onderlingen waarborg tegen de kosten door ziekten veroorzaakt, gevestigd te Amsterdam en bestuurd door J. Bos als Directeur onder toezicht van de Heeren W. Vrolijk, Hoogleraar te Amsterdam en F. W. Fabius, notaris te Amsterdam, als Kommissarissen (23). Dit fonds was, volgens zijn reglement „bestemd voor den fatsoenlijken middenstand” en werkte met een omslagstelsel, waarbij de leden voor de eerste visites 75 cent, voor de verdere 60 cent kregen uitbetaald.

Klachten over de werking der ziekenfondsen werden geregeld geuit. Een enkele maal werd van overheidswege belangstelling getoond. Zoo richtten in 1872 de verschillende

Inspecteurs van het Geneeskundig Staatstoezicht een circulaire aan de gemeentebesturen (in November van dat jaar aan de gemeentebesturen van de provinciën Friesland en Groningen) (24). Zij beginnen: „Doeltreffende inrigting der geneeskundige armenverzorging werd in de vergaderingen der geneeskundige inspecteurs en adjunct-inspecteurs bij herhaling overwogen, als een onderwerp van groot gewigt voor alle gemeenten in ons land, en in het bijzonder voor die, waar het beschikbaar zijn van goede geneeskundige hulp van haar afhankelijk is.” Bij die overweging werden groote gebreken in den bestaanden toestand erkend. „De nadeelige gevolgen daarvan zullen zich steeds sterker doen gevoelen, nu tengevolge der wet van 1 Juni 1865 (Stbl. No 59) de overbevolking van geneeskundigen en de daardoor ontstane concurrentie allengs plaats zullen maken voor een beteren toestand, die de degelijke hulp van bekwame geneeskundigen beter waarborgt, doch welligt hier en daar gebrek aan hulp zou kunnen doen ontstaan waar niet de noodige maatregelen worden aangewend om die hulp voor alle klassen der bevolking bereikbaar te maken”. „De bezwaren kunnen grootendeels worden opgeheven, wanneer de geneeskundige armenverzorging op *goede grondslagen* wordt ingerigt, zoodat de belangen der armen en mingevoeden met die der gemeenten en der geneeskundigen gelijkelijk behartigd worden. Die grondslagen zijn:

- A - *Beperking van de geneeskundige armenverzorging tot de werkelijk armen, met behoorlijk toezigt daarop.*
- B - *Vaste belooning voor den geneeskundige.*
- C - *Vaste belooning voor het gereedmaken der geneesmiddelen.*
- D - *Levering van de bestanddeelen der geneesmiddelen volgens een tarief van schadeloosstelling.*
- E - *Bevordering zooveel mogelijk van een ziekenfonds voor minvermogenden.*

Gezamenlijk vormen deze grondslagen een stelsel, dat dan vooral gunstige uitkomsten belooft, wanneer het in zijn geheel wordt toegepast.”

„De beperking der geneeskundige armenvoorziening is slechts mogelijk, wanneer voor een breeden zoom der be-

volking instellingen bestaan, waardoor deze voor een geringe wekelijksche bijdrage rechte kan erlangen op goede geneeskundige hulp in haar geheelen omvang. Wij denken hier aan daglooners, fabrieksarbeiders, ambachtslieden, dienstboden, dezulken in een woord, die wel door hunnen arbeid in hunne dagelijksche behoeften kunnen voorzien en in gewone omstandigheden geen onderstand behoeven, maar die in geval van ziekte niet in staat zijn, zich de noodige geneeskundige hulp te verschaffen." „Als een uitstekend voorbeeld tot navorvolging bij de oprigting van zoodanige ziekenfondsen kan worden gewezen op het „„Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam””, een instelling, die met al hare hoofdbepalingen even goed voor kleine gemeenten als voor groote kan worden ingerigt”.

Hierbij was gevoegd een bijlage met de volgende Hoofdbepalingen voor een ziekenfonds:

- „1 - Het fonds wordt beheerd door of onder toezicht van Burgemeester en Wethouders.
- 2 - Tot leden worden alleen aangenomen gezonde personen, die door hunnen maatschappelijken stand niet in staat zijn uit eigen middelen op de gewone wijze zich behoorlijk van geneeskundige hulp te voorzien (daglooners, fabrieksarbeiders, ambachtslieden, dienstboden, enz.). Een gehuwd man wordt niet zonder zijn vrouw tot lid aangenomen, de vrouw niet zonder den man en het gezin wordt niet zonder de kinderen aangenomen.
Lijders met slepende ziekten of gebreken worden niet aangenomen, dan op bijzondere voorwaarden, voor elk geval in overleg met den geneeskundige vast te stellen.
- 3 - De wekelijksche bijdrage van ieder lid is 10 centen, voor elk kind beneden de 16 jaren 2 centen.
- 4 - De leden en hunne kinderen genieten voor hunne bijdragen genees-, heel- en verloskundige hulp (de inenting en herinenting der koepokken daaronder begrepen), met uitzondering van instrumenten, pluksel en windsels.
Het regt op genees- en heelkundige hulp gaat in nadat men 4 weken, dat op verloskundige hulp nadat men 6 maanden bijgedragen heeft.
- 5 - De geneeskundige geniet voor genees- en heelkundige hulp jaarlijks een vaste som voor elk lid. Verloskundige hulp wordt afzonderlijk vergoed. De vroedvrouw (of bij het ontbreken van eene vroedvrouw de geneeskundige) geniet een vaste vergoeding voor elke verlossing. De apotheker (waar deze ontbreekt de geneeskundige) geniet voor het gereed maken der geneesmiddelen

een vaste som jaarlijks voor elk lid. De bestanddeelen der geneesmiddelen worden in rekening gebracht volgens een tarief van schadeloosstelling, vooraf vastgesteld. Het zetten van bloedzuigers en lavementen wordt afzonderlijk betaald. Voor de behandeling der kinderen geniet de geneeskundige en voor het gereed maken der geneesmiddelen de apotheker (of de geneeskundige) geen afzonderlijke vergoeding. Voor de bestanddeelen der aan hen geleverde geneesmiddelen geniet hij schadeloosstelling volgens het vastgestelde tarief.

- 6 - In gewone tijden moet jaarlijks van de inkomsten een gedeelte worden bestemd tot dekking van hoogere uitgaven in ongunstige jaren. (Vooraf met het oog op koorts-epidemieën, die groote kosten voor geneesmiddelen veroorzaken, is een reserve-kas noodzakelijk).

De administratiekosten van zoodanig fonds — (onkosten voor het ophalen der contributiën, voor druk- en schrijfwerk) — zijn, wanneer het fonds door of vanwege burgemeester en wethouders wordt beheerd, gering. Bij uitbreiding van zulk een fonds tot geldelijke ondersteuning in ziekte (ziekingelden) en tot uitkeering bij overlijden is splitsing in afzonderlijke afdelingen noodig."

De uitwerking van deze circulaire was wel zeer miniem.

In de verschillende archieven, die ik daarop kon naslaan, werd of de circulaire voor kennisgeving aangenomen, of werd hoogstens om advies gevraagd aan den plaatselijken geneesheer, dat b.v. in een geval (Kethel en Spaland) niet meer onder de stukken gevonden en waarschijnlijk wel uitgebleven zal zijn. In enkele archieven is zelfs het geheele stuk niet meer te vinden.

Bij de verschillende later gehouden enquêtes, is door mij geen fonds gevonden, dat aan de als model gegeven beschrijving beantwoordt, alleen het Biltsche Ziekenfonds, opgericht in 1898, had een Toezicht van B. en W., terwijl het bestuur door dit zelfde college benoemd werd. Wij mogen dus wel aannemen, dat als gevolg van deze circulaire geen enkel ziekenfonds is opgericht.

§ 6 - HET TIJDVAK VAN 1890 TOT 1912

In het verslag der *Staatscommissie Arbeidsenquête*, uitgebracht in 1892 (13), werd ook de geneeskundige verzorging van den arbeider genoemd. Voornamelijk kwam dit ter sprake in een speciaal deel van het verslag, de z.g. Fondsen-enquête, waarin een uitgebreid onderzoek werd ingesteld naar de faits

et gestes van de verschillende fondsen, belast met het verstreken van geldelijke, geneeskundige en pharmaceutische hulp, tezamen of afzonderlijk. Men vindt hier niet een duidelijk geformuleerde meening, noch een volkomen beheerschen van deze moeilijke kwesties of een zuiver objectieve beoordeeling. Meestal worden alleen uitspraken van gehoorde getuigen (directeuren van ziekenfondsen, arbeiders, bedrijfsleiders en medici) gereleveerd. Reeds in het begin worden de volgende zes grondslagen van het fonds in het algemeen genoemd (blz. 6—8):

- „1 - *Blik in de arbeidershuishouding.*”
 (Deze z.g. grondslag bevat een beschrijving van het budget van een arbeidershuishouding. Bedoeld zal zijn aan te toonen, dat een dergelijk gezin geen ruimte vindt op het budget voor een doktersrekening).
- „2 - *Onderling Hulpbetoon*, d.i. eigen hulp, doch met vereende kracht. Waarom niet liever iedere week een kleinigheid bijgedragen en daarmee voor zich zelve en ook voor de kameraden gezorgd? Dit laatste was oorspronkelijk in het fonds tot onderling hulpbetoon of — om den meest gebruikelijken term te bezigen — het ondersteuningsfonds, het eerste; de zelfzucht schoof het op den achtergrond, ja, doet het geheel uit het oog verliezen en maakt, dat menig lid de bus uitsluitend beschouwt als voor hem aanwezig, om er uit te „„trekken”.”
- „3 - *Het Philantropisch beginsel*”, vertegenwoordigd door donaties; door leden, die niet zullen „trekken”; en door geheel of ten deele belangeloos verstreken van hulp, o.a. door de geneesheeren.
- „4 - *het Patronale beginsel* (dat een uitdrukking is van het philantropisch beginsel)”. Gedeeltelijk vindt men dit terug in de oude gilde-bussen, doch ook ten deele in de nieuwe vrije fondsen.
- „5 - *het Overheidsbeginsel*”, wat we terug vinden in de ambtelijke of half-ambtelijke fondsen. „Te allen tijde heeft menig kerkelijk armbestuur ingezien, dat het zich zelf de taak der verzorging verlichten zou, indien het medewerkte om te voorkomen, dat de werkman tot den stand der onvermogenen en hulpzoekenden afdaalde; indien het hem voorzorg leerde en te dien einde de deelneming in fondsen bevorderde. Wat in die richting en van die zijde werd en nog wordt gedaan is — in onzen tijd althans — onder de philantropische bemoeiingen te rangschikken.... Er zijn gemeentelijke en burgerlijke armbesturen, die fondsen hebben opgericht of aan bestaande fondsen geldelijken steun verlenen en derhalve ook het bestuur over die instellingen voeren of er invloed op uitoefenen.”

„6 - *het Ondernemingsbeginsel*”, wat ook terug gevonden wordt in het zuivere z.g. doktersfonds, „waar de geneesheer zich zelve althans tevens eenige vergoeding verzekert voor een zelfs dan vaak offerend, altoos inspannend werk.” „Een vereeniging tot hulp in nood zou, naar haar grondbeginsel hulp moeten verleen in allen nood.¹⁾ Zij moet zich veelal beperken tot het uitkeeren van ziekgeld en tot een tegemoetkoming in den nood der nagelaten betrekkingen van een overleden lid of van het lid, dat zijne vrouw verloren heeft. Dergelijke uitkeering bij overlijden — nader zal op dit gewichtige punt worden teruggekomen — is in het wezen der zaak verschillend van het verzekeren eener geldsom bij overlijden En in eene vereeniging met een zeer groot aantal leden kan het toezicht op het beheer zelfs in schijn niet door de belanghebbenden worden gevoerd. Is er verlies, de verzekerde bespeurt weldra, maar te laat, dat hij, door die aleatoire kans te aanvaarden, juist het tegendeel deed van hetgeen hem het lidmaatschap der vereeniging deed zoeken, immers wilde hij zich tegen de wisselvalligheden des levens verzekeren. De hier geschetste eigenaardigheden van de verzekering van de geneeskundige behandeling en van levensverzekering moet men in het oog houden, om zich te overtuigen, dat, in de laatste en zesde plaats, ook het beginsel van onderneming eene gewichtige en in het algemeen rechtmatige rol in het fondswezen vervult. Het groote medicijnfonds heeft bovenal behoefte aan een, technisch en geldelijk, omzichtig en krachtig beheer Het is buiten twijfel, dat de deelnemer in menig geval, en voor de geneeskundige behandeling en voor de verzekering van gelden bij overlijden, het best en met de meeste waarborgen door hen wordt bediend, die er een winstgevend bedrijf van maken.²⁾ Van het standpunt der volksbelangen kan dus daar tegen in het algemeen geen bezwaar worden gemaakt. Mits de onderneming op zoodanigen grondslag zij gevestigd, dat zij inderdaad de onmisbare waarborgen geeft, en mits zij haar karakter als bedrijf niet achter een voor de leus aangenomen onderling hulpbetoon verberge.”

Onder de door deze Commissie onderzochte 840 instellingen komen er dertig voor, die nog den naam beurs voeren of waarvan de tijd der oprichting bij de gildebussen bewezen is of met groote waarschijnlijkheid te veronderstellen. Hiervan

¹⁾ Dit is wel een zeer letterlijke opvatting van den naam en is in strijd met het gewone spraakgebruik.

²⁾ Deze uitspraak is in flagranten strijd met wat de praktijk heeft geleerd. Daarvoor zie men de rapporten van de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen en van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in de volgende bladzijden.

verleenden 16 geheele of gedeeltelijke geneeskundige hulp aan hunnen leden. Wanneer dit geschiedde, werden meestal uitgesloten de slepende ziekten of kwalen zonder nadere definitie en ook de ziekten door eigen schuld, dronkenschap of ontucht. Nadat eerst de verschillende soorten geldelijke uitkeeringen besproken zijn, komt op blz. 43 ter sprake de geneeskundige behandeling. Bij de werkliedenverenigingen is de verstrekking hiervan een uitzondering. Onder deze uitzonderingen vallen de verenigingen te Assen, Groningen, Veendam, Appingedam, Oude-Pekela en Harlingen, waar de vereniging een apart fonds voor geneeskundige behandeling heeft. Bij de oude gilde-bussen, bussen of beurzen genaamd, komt, zooals we boven zagen, in ruim de helft verstrekking van geneeskundige behandeling voor. Overigens vinden we deze behandeling ook bij de meeste bussen ten plattelande van Utrecht, bij de broederschappen in Nijmegen en in Limburg.

Naast de ondernemersfondsen, de philanthropische en half-ambtelijke fondsen, waaraan vooral de Hollandsche steden zeer rijk zijn, en die het leeuwendeel der geneeskundige verzorging, voor zoover zij door fondsen geschiedt, verzorgen, komen er in Amsterdam en Rotterdam eenige aanzienlijke fondsen voor, alleen voor geneeskundige behandeling, welke geheel op den voet der werkliedenverenigingen zijn ingericht. Duidelijk is de uitspraak der Commissie, dat het verstrekken van goede geneeskundige hulp niet mag zijn een bijkomstig doel der vereniging: „*De zorg voor de geneeskundige behandeling is te veel omvattend, om slechts als middel tot hooger doel te kunnen worden opgevat*”.

„De bekende grieven tegen het medicijnfonds: geringe belangstelling van den geneesheer in den buspatiënt, onvoldoende qualiteit der geneesmiddelen, bij globale aanneming geleverd, en gebrek aan vertrouwen in den per lid bezoldigden geneesheer, dien men niet zelf gekozen heeft, hebben in den jongsten tijd pogingen in het werk doen stellen om het op andere grondslagen in te richten.” Een instelling op anderen grond is bekend te Amsterdam: „Allen voor allen”, waar de leden hun rekeningen inzenden en deze dan omgeslagen wor-

den, „een inrichting te duur en met te bezwarende wisselvalligheden van verschuldigde bijdragen om voor personen van den werkenden stand te kunnen dienen.” De Commissie maakt (blz. 54) een duidelijk onderscheid tusschen de vereenigingen, waar het bestuur als vertegenwoordiger der leden door hen gekozen wordt, en de fondsen (philantropische zoowel als speculatieve vormen) waarin de leden meestal geen zeggenschap hebben en in elk geval over het kapitaal niets te vertellen hebben.

Voor de begrafenisfondsen wordt verwezen naar het rapport der Nutscommissie en naar de Staatscommissie benoemd bij K.B. van 4 April 1892 No 20. (Een tweede Nutscommissie is ondertusschen bezig met een onderzoek naar de ziekenfondsen).

„Verwacht mag, ja moet worden, dat zoo niet de Regeering, dan toch de wetgevende macht tot het inzicht zal komen, dat het ijdel beginnen is een regeling ten aanzien der begrafenisfondsen tot stand te willen brengen, buiten verband eenerzijds met de levensverzekering in het algemeen, anderzijds met het ziekenfonds en de eigenaardigheden van het onderling hulpbetoon der werkliedenvereeniging”.

Het schijnt wel, dat toen ter tijde de meeste fondsen na korter of langer tijd, wegens gebrek aan geldmiddelen ten onder gingen, althans de commissie zegt op blz. 58: „Alleen bij zuiver onderling beheer, wanneer allen genoeg nemen met eenen kas, die geeft naar mate zij heeft, of bij belangelooze medewerking, die geeft zonder ooit te nemen, schijnt het uitkeeren van ziekengeld op den duur bestaanbaar”. Voorts merkt zij op: „op onderscheidene wijze komt bij fondsen, speculatieve zoowel als philantropische, de uitkeering bij ziekte voor in verband soms alleen met geneeskundige behandeling, soms ook met uitkeering bij overlijden.” De voor naamste vorm was, dat het medicijnfonds een toelaagfonds had, waar meestal alleen de leden der afdeeling geneeskundige behandeling zich konden verzekeren. „In feite, of de reglementeering plaats vond bij apart reglement, of alleen in een apart hoofdstuk van het hoofdreglement, waren de kassen geheel gescheiden, met alleen een personeele unie van het

bestuur". Niet duidelijk blijkt, of de commissie dat alleen als noodzakelijkheid beschouwt, zooals zij ook vermeldt, of dat zij tevens in de meening verkeert, dat de kassen in werkelijkheid streng gescheiden zijn.

Een andere hoofdvorm vindt men voornamelijk in de Hollandsche steden en in de gilde-bussen, waar de beide vormen van uitkeering gegeven worden voor één contributie. Vaak is dan de uitkeering zoo gering, dat ze wel moet beschouwd worden als te worden gedaan, om het aanhouden van het lidmaatschap mogelijk te maken. De verzekerde zal dan voor een behoorlijke uitkeering lid moeten worden van een ander fonds, en dit brengt het gevaar mede, dat hij de smaak van het meervoudig lidmaatschap te pakken krijgt en dan bij ziekte meer zou ontvangen dan met werken, een inderdaad zeer gevaarlijk moment! Volgens de commissie is de gezeten werkman in de plaatsen, waar deze bestaan, meestal lid van een Sociëteit van Voorzorg, maar de medicijnfondsen met toelaagfondsen zullen voor het meeste slechts die personen ingeschreven hebben, die eigenlijk iets boven den welgestelden werkman staan.

Dan wordt (blz. 59 en volgende) het eigenlijke medicijnfonds behandeld. De aan de instelling verbonden geneeskundigen kunnen er beter op toezien, dan de besturen der uitkeeringsfondsen, dat candidaat-leden met slepende ziekten zich niet als gezond voordoen. ¹⁾ Aan den anderen kant neemt het medicijnfonds zwaardere verplichtingen op zich, immers het ziekengeldfonds heeft zich ten volle gekwetten van zijn plicht, door de betaling van de bedongen geldsom, terwijl het medicijnfonds moet zorgen voor een *goede* geneeskundige hulp en medicijnen en moet hulp blijven verleenen zoolang de krankheid duurt. Een enkel medicijnfonds noemt een termijn van 13 weken (Workum), maar dit is volgens de Commissie een erkenning van onvermogen bij goeden wil. Men kan zich niet voorstellen, dat de geneesheer na dezen termijn, wanneer de hulp misschien nog het meest noodig is, aan behoeftige zieken de verdere hulp onttrekken zou. „Het is de toewijding

¹⁾ Doch dit gaat alleen op, wanneer inderdaad de geneeskundigen eerst geraadpleegd worden!

van den geneesheer, die het medicijnfonds hare waarde geeft....” Het medicijnfonds moet trachten het geheele gezin in te schrijven.

Eindelijk werd er nog op gewezen, dat, behoudens misschien enkele uitzonderingen, voor het medicijnfonds er geen reden is om toezicht te houden op het gebruik, dat van zijne verstrekingen wordt gemaakt.

Evenals het ziekengeldfonds verleent het medicijnfonds zijn hulp niet alleen bij ziekte, maar ook bij verwonding. Is deze aan schuld of toedoen van den lijder zelve toe te schrijven, dan weigert ook het medicijnfonds zijne hulp. Met name bij de ziekten der geslachtsorganen. „Bevreemdend zal menigeen de reden vinden, waarom een door de afdeling gehoorde getuige, een geneesheer, bij wiens fonds die bepaling niet bestond, het afkeurde, dat aan de bedoelde lijders geen hulp door het fonds wordt verleend. („Vroeger was de syphilis uitgesloten. Maar wij hebben die ziekte weer opgenomen, omdat wij de uitzondering zeer onbillijk vonden. Niemand toch krijgt syphilis voor zijn plezier”.) Aan ernstigen twijfel kan het onderhevig zijn, of die bepaling het voortwoekeren der krankheid niet bevordert”.¹⁾

Het medicijnfonds beperkt zijn hulp tot de z.g. petite chirurgie (natuurlijk naast de interne geneeskunde). Slechts in één geval is het bekend, dat het reglement uitdrukkelijk de operatieve hulp noemt. Verloskundige hulp wordt meestal niet verstrekt, alleen soms een tegemoetkoming, wat volgens de commissie deze fondsen dan tevens fondsen tot uitkeering doet zijn!

Als groote grief wordt aangevoerd, dat de leden vaak niet vrij zijn in de keuze van hun geneesheer. Naast de betaling per abonnement schijnt in dien tijd op te komen de betaling met bons op de kas van het fonds tegen een te voren overeengekomen prijs per visite. Daarnaast zenden alleen bij het genoemde „Allen voor allen” de diverse geneesheeren en apothekers hun rekeningen in, die dan omgeslagen worden

¹⁾ Deze uitspraak der commissie is geheel in strijd met de ervaring en met de inzichten op medisch-ethisch gebied.

over de leden. Ontkend wordt, dat de uitkeering bij overlijden van jonge kinderen aanleiding zou geven tot „engeltjes-makerij”. Bij de verhooren blijkt, dat deze beschuldigingen alleen op *indrukken* gevestigd zijn. Voor die kinderen, waarvan de meeste sterven, de buitenechtelijke, wordt bovendien geen uitkeering gegeven.

Door dezelfde Commissie wordt in de verslagen van de afdeling Spoor- en Tramwegen het Zieken- en Ondersteuningsfonds genoemd, dat tegen een bepaald percentage van het loon ziekingeld, geneeskundige hulp, versterkende middelen en enkele andere gaven verstrekt.

Naar aanleiding van een voorstel van de Afdeling 's-Gravenhage en Omstreken der Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst op de algemeene vergadering dezer Maatschappij in 1888, luidende (25): „De Maatschappij wende zich tot de Hooge Regeering om er op aan te dringen, dat van Rijkswegen een wettelijke regeling van, en toezicht op de ziekenfondsen in het leven worde geroepen”, werd een commissie benoemd „tot het onderzoek naar de middelen, waardoor, op initiatief der geneeskundigen, verbetering kan worden gebracht in den toestand der ziekenfondsen”.

In de toelichting op het oorspronkelijke voorstel werd gewezen op het feit, dat in 's-Gravenhage en Scheveningen meer dan 77000 personen hunne geneeskundige hulp verkregen door middel van de ziekenfondsen, terwijl het bevolkingsgetal op 1 Januari 1886 was 122.045. Bij de behandeling werd opgemerkt, dat een Commissie van de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen, die hetzelfde onderwerp bestudeerde, (zie blz. 34) meer den statistischen kant zou bezien, terwijl de Maatschappijcommissie het geheel van medische zijde zou kunnen belichten. Als leden der Commissie werden benoemd de Heeren J. Menno Huizinga, Dr J. C. van Dooremaal en Dr M. Juda (26).

Het verslag werd in de algemeene vergadering van 1890 voorgelezen en aan de afdelingen gezonden ter bespreking. Daarna is dit rapport blijkbaar in den doofpot terecht gekomen, althans op de *agenda* der vergadering van 1891 werd

wel de bespreking vermeld, doch in de handelingen is daaromtrent niets te vinden.

Dit rapport (27) noemt als definitie van een ziekenfonds: „een vereeniging, die het beginsel der verzekering, zooals dit sinds jaren wordt toegepast bij de maatschappijen ter verzekering tegen brandgevaar, zeegevaar, invaliditeit en materieel verlies door sterfgevallen geleden, in toepassing brengt, om aan het individu de moeilijkheden te helpen dragen, die hem uit en door ziektegevallen bedreigen”. Zij vervolgt met de aanvulling: „dat het ziekenfonds is een instelling van voorzorg, bestemd voor hem, wiens maatschappelijke toestand niet toelaat op de gewone wijze te voorzien in de behoeften, die door ziekten en haar gevolgen ontstaan.”

Zij onderzocht 215 fondsen, waarvan 115 zich aan ziekenbehandeling wijdde, en van deze weer in 41 gevallen gecombineerd met uitkeerings- of begrafenisfondsen. Van deze 115 fondsen waren er 62 opgericht door de „belanghebbenden” d.w.z. de verzekerden, 28 door geneeskundigen en 25 door ondernemers. Voor een groot deel werd gebruik gemaakt van de cijfers en gegevens, door de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen verzameld. Er werd gewezen op het feit, dat slechts 2 fondsen volledige vrije artsenkeuze hadden, dat de contributies uiteenliepen van 13 cent tot een gulden voor een gezin van man, vrouw en 5 kinderen, met een gemiddelde van 30 cent. De honoraria waren ook zeer verschillend. Vaak hingen ze samen met het batig saldo en varieerden van f 1.— tot f 2.88 per lid per jaar. Evenzoo voor den apotheker, waar het honorarium wisselt van ongeveer f 2.— tot f 5.88. In het laatste geval natuurlijk inclusief de levering der medicamenten. Als groot bezwaar noemt de commissie, dat zij moet constateeren „dat bijdragen die nog betaalbaar zijn voor hen, die in de ziekenfondsen leden behooren te zijn, niet genoeg op te leveren, om daaruit den medicus behoorlijk te defroyeeren.”

Fouten in de bestaande organisatie zijn o.a.:

- 1 - niet voldoende algemeene deelneming, waardoor het risico voor den geneesheer te groot wordt,
- 2 - dat te gegoeden deel uitmaken van de fondsen, die nu nog gedeeltelijk op philantropie gegrondvest zijn.

Voor een goed ziekenfonds wordt verwezen naar het reeds meermalen genoemde A.Z.A. te Amsterdam.

In het resumée vinden we de slotsom der Commissie, dat het ziekenfondswezen in Nederland, wat zijn omvang betreft, behoorlijk ontwikkeld is, doch wat zijn regeling betreft, vatbaar blijkt voor verbetering.

In hetzelfde reeds genoemde jaar 1888, dat de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst hare Commissie installeerde, werd door de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen een voorstel aangenomen: „dat door deskundigen, ingevolge opdracht en onder leiding van het hoofdbestuur, een zoo volledig mogelijk onderzoek naar den toestand en de werking van begrafenis- en ziekenfondsen hier te lande ingesteld en een beoordeelend verslag hiervan samengesteld worde, dat, zoo noodig, de middelen aangeeft, om tot verbetering te geraken.”

Bij de uitwerking werd een scheiding gemaakt tusschen de begrafenisfondsen, waarvoor reeds in 1888 een commissie werd benoemd, terwijl van 1891 tot 1895 door een Commissie, bestaande uit de Heeren Prof. W. Stoeder, Dr C. J. Sniijders, Dr G. P. van Tienhoven en Mr D. A. Ribbe de ziekenfondsen werden bestudeerd. Het verslag hiervan verscheen in 1895 (28).

De commissie maakte scheiding tusschen de medicijnfondsen en de ondersteuningsfondsen. Haar onderzoek strekte zich uit over 543 fondsen met globaal 500.000 leden. Over het algemeen waren de kinderen vrij, soms werd voor hen halve contributie betaald. In de reglementen werd vaak bepaald een maximum welstand en de eisch van gezond zijn bij toetreding, doch aan geen van deze beide bepalingen werd maar op eenigszins behoorlijke wijze de hand gehouden. Ook werd hier weer de „extra-bediening” aangetroffen, die door de Commissie als funest werd genoemd en waartegen reeds in 1848 was geageerd bij het oprichten van A.Z.A.

Daarna besprak de Commissie de wijze van honoreeren.

- a - de vaste belooning.
- b - het prestatiestelsel.
- c - het gemengde stelsel.

- ad *a* - hierbij vond men òf na aftrek van administratiekosten een verdeling tusschen geneeskundige en apotheker, waarbij meestal de deelen liggen tusschen 40 en 60 %, òf een vast bedrag per lid per jaar.
- ad *b* - hier werd meest een vast bedrag van ongeveer 20 % afgetrokken voor administratiekosten, kraamgelden, inkomen van den ondernemer, bodeloorn, enz. en het restant verdeeld over de geneeskundigen en apothekers in de verhouding van de gemaakte visites resp. recepten; soms ook werd vergoed een vast bedrag per visite, wisselend van 25—35 cent, terwijl de apotheker dan betaald werd per recept of volgens een taxe.
- ad *c* - kreeg de geneeskundige een vast bedrag per lid per jaar en de apotheker zijn honorarium per recept, of ook wel den kostprijs der medicamenten met een vaste belooning.

Volgens dit rapport waren er nog twee fondsen uit den gildentijd, een soort stichting, en 93 in den vorm van afdelingen van openbare of bijzondere vereenigingen.

Het verschil tusschen de doktersbussen en de ondernemersfondsen was volgens de commissie eigenlijk alleen het feit, dat bij de ondernemersbus er nog een derde, financieel voordeel beoogende, partij is, terwijl m.i. toch de verhouding tusschen arts en patiënt bij het doktersfonds een geheel andere is als die van financieel voordeel beoogende. Van de overige fondsen waren de meeste onderlinge waarborgfondsen, of althans droegen zij daarvan het karakter, zoodat volgens het inzicht der commissie een doelmatige wettelijke regeling zeer wenschelijk zou zijn. Uitvoerig worden dan de misbruiken geschetst.

- 1° - er worden te gegoeden lid; als bewijs wordt aangehaald een fonds, dat op 31.332 leden in 1887 niet minder dan 1600 leden telde met inkomens tot f 6000.—!! Daar deze vaak „extra-bediening” hadden, zonder extra-vergoeding voor den geneesheer, werkte dit zeer slecht.
- 2° - de fondsdirecties waren te veeleischend. Zij konden door een willekeurige verdeling der leden een veel te grooten invloed uitoefenen. Dit, gevoegd bij de soms exorbitante

eischen der patiënten, deed begrijpen, hoewel niet verontschuldigen, dat ook bij geneeskundigen en apothekers tekortkomingen werden gevonden.

Een groot gevaar schuilde ook in de aanbesteding van de levering der geneesmiddelen. „Concurrentie te scheppen bij de aflevering van geneeskundige voorschriften is even onverantwoordelijk en onzinnig als het aanbesteden van den geneeskundigen bijstand zou zijn.”

De commissie besprak voorts de grondslagen voor een goed ziekenfonds. „Selfhelp” is een zeer voorname factor. Toch zijn de zuiver onderlinge fondsen niet de beste, omdat daar een bestuur bestaat uit leeken en onvoldoende gelegenheid is gegeven voor medische en pharmaceutische contrôle. Winstbejag is echter absoluut te verwerpen, omdat naast de eigen hulp van de medici en pharmaceuten nog veel philantropie moet worden gevraagd, om de premie binnen redelijke grenzen te houden. Theoretisch is het mooist het stelsel van honoreering per verrichting, doch in tijden van epidemieën en dergelijke is dat zeker niet te bereiken. Na aftrek van de onkosten van de geneesmiddelen is dan h.i. het beste, betaling naar het saldo der rekening en dan zoo mogelijk te geven een vast bedrag per lid per jaar. Drie groote ziekenfondsen worden dan beschreven met drie verschillende wijzen han honoreering der geneeskundigen.

- 1 - A.Z.A. met een verdeeling van het saldo tusschen medici en apothekers.
- 2 - Algemeene Rotterdamsche Vereeniging voor genees-, heelen en verloskundige hulp. Honoreering per verrichting en daarnaast een aandeeltje in de winst.
- 3 - Ziekenfonds der 's-Gravenhaagsche Coöperatieve Broodbakkerij en verbruiksvereeniging „De Volharding”. Dit fonds betaalde toen ter tijde per verrichting.

Een van de moeilijkheden, de geringe omvang der fondsen, heeft twee oorzaken: de versnippering door vele fondsen in één plaats en bij de minder bevolkte plaatsen een werken van het fonds alleen over zulke plaatsen. Dit maakt, dat de fondsen te duur werken. Een reservefonds is zeer noodig om de extra-uitgaven bij epidemieën te dekken.

Als conclusie's volgen de volgende stellingen:

- 1 - Een ziekenfonds is een instelling van voorzorg, ten doel hebbend hulpverlening bij ziekte. Daarbij staat het beginsel van wederkeerige overeenkomst op den voorgrond en valt dus ieder denkbeeld van bedeeïng weg.
- 2 - De vorm van ondernemersfonds is, zij het op verschillende gronden, zoowel voor de eigenlijke ziekenfondsen als voor ondersteuningsfondsen af te keuren.
- 3 - Eenige bemoeiïng van overheidswege, ter vermindering van misbruiken en ter bevestiging van het algemeen vertrouwen op de wijze als dit bij het Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam geschiedt, is zeer gewenscht.
- 4 - Waar het particulier initiatief onvoldoende blijkt, verdient de opwekking tot het oprichten van fondsen van overheidswege aanbeveling.
- 5 - Geldelijke ondersteuning van een fonds door derden is in belang van het fonds zelf af te keuren.
- 6 - Alleen gezonde personen mogen op de gewone voorwaarden als leden worden aangenomen.
- 7 - Het recht op hulp (behalve bij verlossing) behoort in te gaan terstond na de inschrijving als lid, althans voor hen, die zich, op hunne kosten, aan een geneeskundig onderzoek willen onderwerpen.
- 8 - Waar een fonds meerdere uitkeeringen verzekert, is de splitsing der administratie in afzonderlijk beheerde afdeelingen met zelfstandige premieën noodzakelijk.

En over de „eigenlijke” ziekenfondsen:

- 1 - Eigenlijke ziekenfondsen zijn in zooverre philanthropische instellingen, als daarbij door deskundigen rekening moet worden gehouden met de draagkracht der leden. Winstbejag is in strijd met het karakter van zulk een fonds.
- 2 - Tot leden behooren alléén zij te worden aangenomen, die door hun geringen welstand niet in staat zijn zich op de gewone wijze de noodige geneeskundige hulp en geneesmiddelen bij ziekte te verschaffen.
- 3 - Zoo mogelijk moeten ook lijdens aan slepende ziekten worden aangenomen; en wel tegen verhoogde contributie, ter beoordeeling van een commissie van deskundigen.
- 4 - De hulp behoort te bestaan in genees-, heel- en verloskundige hulp, geneesmiddelen en kleine verbandmiddelen. Verdere verbandmiddelen en instrumenten tegen den kostenden prijs, slechts met een geringe verhooging.
- 5 - Geen ziekte mag aanleiding zijn tot hulp-weigering.
- 6 - De wekelijksche premie moet zoo laag mogelijk worden gesteld; nochtans niet te laag, om alle uitgaven behoorlijk te kunnen waar-

borgen. Wenschelijk is het haar eenigszins met den leeftijd te doen klimmen. Voor kinderen moet een gering bedrag worden betaald met een maximum per gezin.

- 7 - Onverschillig onder welken vorm het fonds bestaat, behoort aan een of meer deskundigen stem in het bestuur te worden verleend.
- 8 - Hoe ook de verdere belooning der deskundigen worde geregeld, vergoeding der geleverde geneesmiddelen moet op den voorgrond staan.

Als voornaamste regel voor de ondersteuningsfondsen wordt gegeven, dat de premie geregeld behoort te zijn volgens de eischen der verzekeringwetenschap. Als laatste bijlage worden nog eens afgedrukt de bepalingen voor ziekenfondsen, door de geneeskundige inspecteurs in 1872 rond gezonden.

Door het lid der Commissie Dr C. J. Snijders werd als los bijvoegsel uitgegeven een brochure, waarin hij voornamelijk ingaat op de ondersteuningsfondsen met vele cijfers (29). Omtrent de ziekenfondsen in engeren zin gaat hij over het algemeen met het rapport accoord.

De belangstelling voor de ziekenfondsen was in dien tijd wel vrij groot. Reeds in 1897 wordt in Amsterdam weer een nieuwe Commissie benoemd, nu door den Geneeskundigen Kring, met de opdracht: „De commissie zal een onderzoek instellen omtrent de hier ter stede bestaande ziekenfondsen, vooral wat betreft de verhouding der geneesheeren tegenover de directie, de wijze van bezoldiging der geneesheeren, de maatschappelijke positie dergenen, die als lid worden toegelaten en wat verder van belang kan zijn tot het ontwerpen van een voorschrift, zooals een ziekenfonds behoort ingericht te worden.” (30).

Deze enquête betrof alleen de ziekenfondsen in engeren zin of de medicijfondsen in den zin der Staatscommissie van 1892. In Amsterdam werden gevonden 14 ziekenfondsen; naast het A.Z.A. 2 zuiver onderlinge en een pseudo-onderling (waar de meerderheid van het bestuur bestond uit leden van de vereeniging Handwerkers-Vriendenkring) en 10 Finantieele ondernemingen. Zeer uitvoerig worden deze onderzochte fondsen besproken. In een supplement wordt melding gemaakt van de ziekenfondsen der beide spoorwegmaatschappijen en van

een vijftal doktersbussen in het voormalig Oud-Nieuwer-Amstel, waarvan er ondertusschen twee werden opgeheven.

Er wordt gewezen op den onvoldoenden toestand bij de onderlinge fondsen, daar het bestuur niet deskundig genoeg is om de contrôle op het administratief en financieel beheer voldoende te doen zijn, en de geneeskundige en pharmaceutische belangen der leden moeilijk goed behartigd kunnen worden. Het hebben van een geneeskundige commissie van advies zou kunnen helpen, wanneer niet hun invloed op den gang van zaken praktisch nul ware.

Een ander gevaar van deze inrichting is, dat de ziekenfondsleden de geneesheeren kunnen gaan beschouwen als hun „ondergeschikte, loontrekkende dienaren”, zooals bij een ziekenfondsquaestie te Koog-Zaandijk was gebleken.

Bij het gebruik van het woord coöperatie meent de commissie, dat er aanleiding is te vreezen, dat de leden zullen gaan trachten voor zoo weinig mogelijk geld geholpen te worden en dat er een toetreding komt van menschen wier draagkracht hooger is. Dit laatste bleek in de praktijk reeds bij het fonds Ziekenzorg. Duidelijk blijkt dit ook uit de reclame, door dit fonds gemaakt, waar het schrijft: „De wijze toch, waarop zij de geneeskundige verzorging regelt zal meer en meer doordringen, niet alleen in de kringen der *kleine burgers en handwerkslieden*, maar door de *geheele maatschappij!*”

Zelfs kende het fonds van de „Ancient Order of Foresters” alleen een grens van te „minnen” welstand!

Het oordeel over de directies der financieele ondernemingen is al zeer ongunstig:

- 1 - om hun, zoowel tegenover de deelnemers als tegenover de ziekenfondsleden eigenmachtig, willekeurig en op eigen belang bedacht optreden;
- 2 - omdat iedere contrôle op administratief en financieel beheer ontbreekt;
- 3 - omdat de deelnemers geen enkelen invloed hebben op de inrichting of reglementen van het fonds;
- 4 - wegens het ontbreken van een reservekas.

Het colporteeren en overhevelen van patiënten was naast

het eischen van een vergoeding voor contante betaling wel de ergste fout. Ook werd sterk geknoeid met het inschrijven der leden, waaraan geregeld voor de directie een bate vast zat door te laat bij den geneesheer in te schrijven en te vroeg af te schrijven, evenals het niet voor vol laten betalen van de kinderen boven 16 jaar.

Op de boden was ook veel aan te merken. Daar zij meestal op provisie-basis waren aangesteld met bovendien een aanbrengpremie, was er ook onder hen een deloyale concurrentie. Bodan waren lang niet altijd ongevoelig voor een fooi van de zijde der geneeskundigen. Ook door de leden eerst een paar weken aan hen te laten betalen en deze dan eerst aan het kantoor op te geven, bleef er wat aan den strijkstok hangen.

Naar schatting waren toen in Amsterdam ongeveer 200.000 zielen verzekerd in de ziekenfondsen, d.w.z. bijna 42 % der bevolking. Daarnaast genoten ruim 115.000 zielen gratis hulp vanwege armbesturen, de gemeente of het rijk (armen, politie, militairen) d.i. 23 % der bevolking. Samen vormde dit 65 %.

De patiënten waren ook niet altijd zeer ingenomen met de ziekenfondsen. Een gedeelte wantrouwde geneesheer en apotheker, anderen kregen niet genoeg naar hun zin. Daaronder waren velen, die eertijds gratis van wege de gemeente een zeer uitgebreide hulp kregen, doch nu op de ziekenfondsen waren aangewezen, nu de gemeente grootere zuinigheid ging betrachten.

Doordat vele specialisten om ideële motieven honorair lid waren van het A.Z.A., daaraan hun diensten gratis verleen- den, doch ook de verplichting op zich genomen hadden, niet voor andere fondsen te werken, kregen deze laatste voor hun patiënten vrijwel geen specialistische hulp en waren hun leden aangewezen op de kosteloze poliklinieken voor on- en minvermogenden. Dit is volgens de commissie niet juist. Daar uit de cijfers blijkt, dat de ziekenfondsen van goeden wille zijn (door het bedrag, dat zij aan het ooglijdersgesticht betalen) moest h.i. ook de gelegenheid geboden worden, specialisten aan zich te verbinden.

Een andere grief is de overvulling der spreekuren. Naast de overbelasting van de geneesheeren met fondspatiënten is

daarvan de oorzaak, dat velen komen om „ziekenbriefjes”, huismiddeltjes, iteraties, enz. Hoewel dus in sommige gevallen de klacht, dat de busdokter voorschrijft zonder den patiënt gezien te hebben, misschien juist is, is er in andere en wel de meerderheid der gevallen, een sociale indicatie voor het niet verschijnen van den patiënt. Niet-fondspatiënten zouden dan zich bij den drogist hebben voorzien of direct bij den apotheker het fleschje hebben laten vullen.

Tegenover de klacht, dat de doktoren niet of zeer laat komen na een boodschap, staat het euvel, dat de buspatiënten buitengewoon veeleischend zijn en niet begrijpen, dat ook een geneesheer slechts op één plaats gelijk kan zijn. Bij onderzoek van de bestaande klachten bleek of een sterke overdrijving of een ondergrond van praatjes of schuld van het publiek zelf.

„Ziekenfondsen zijn dus als verzekeringsinstellingen op te vatten, die ten doel hebben hen, die op de gewone wijze niet in hunne geneeskundige en pharmaceutische behoeften kunnen voorzien, in dagen van ziekte te vrijwaren voor de gevolgen, die anders de kosten van geneeskundige en pharmaceutische hulp op de gewone wijze onverbiddeijk met zich zouden sleepen.” Ook de leeken gaven op, dat de grenzen, waartusschen de inkomens van de ziekenfondsleden zich moesten bewegen, lagen voor de ondergrens bij f 10.—, voor de bovengrens bij f 20.— per week.

Er waren 22 geneeskundigen wier aantal ziekenfondspatiënten boven 3000 kwam, waarbij zelfs één met het respectabele getal van ruim 9000; 104 medici bleven beneden dit aantal. Een verbetering in de uitkeeringen door de honoraria op peil te brengen (deze waren niet gestegen, eerder gedaald, daar de contributie gelijk was gebleven en de verbandstoffen en de geneesmiddelen niet onbelangrijk in prijs gestegen waren) kon alleen geschieden door de contributie te verhoogen. Het best zou dan zijn tegelijk uniformiteit te verkrijgen, maar over het algemeen meende men, dat de contributies niet verhoogd konden worden, al zeide een voorzitter eener groote werkliedenvereniging ook: „Gezondheid toch is juist voor den werkman de grootste schat en daar

moet hij iets meer over hebben dan nu het geval is."

Uitvoerig wordt stilgestaan bij de wijze van honoreeren. Algemeen meent men, dat voor den apotheker een vergoeding van de geneesmiddelen behoort te geschieden, terwijl daarnaast als het meest praktisch wordt genoemd een vergoeding per lid en per jaar. Ook voor de geneesheeren werd een vergoeding per lid per jaar voorgestaan. Slechts een enkeling onder de geneesheeren was voorstander van honoreering per verrichting. Het bezwaar was, dat velen dan meer hun arts thuis zouden ontbieden; dat men, doordat de leden niet ten name van een bepaalden geneesheer staan ingeschreven een onvoldoend overzicht had op het totale leden- en kindertal van het ziekenfonds en dat het voor de zwakkere medici een aanleiding zou kunnen zijn tot „bonnetjesjagerij". „De betaling per lid zou tot tevredenheid van alle ziekenfondsleden hebben kunnen werken, — indien . . . alle ziekenfondsgeneesheeren hun plicht hadden gedaan." „Tot invoering van het nieuwe stelsel — betaling per visite — werd besloten, omdat er lieden zijn, die meenen, dat de ziekenfondsgeneesheeren een buitengewonen prikkel behoeven, alvorens hun plicht te doen. Die lieden begrijpen niet, dat de toewijding van een geneesheer uit hem zelf moet voortkomen; dat zij slechts in *schijn* maar niet in *werkelijkheid* gekocht kan worden."

Hierachter volgt weer een model voor een ziekenfondsreglement, waarin echter in afwijking van A.Z.A. wordt bepaald, dat in het bestuur ook vertegenwoordigers der verzekerden dienen te zitten. Men wenscht boden in volle betrekking tegen een vast salaris, terwijl elk half jaar de wijken zullen wisselen om te voorkomen, dat de verhouding lid-bode treedt in de plaats van de verhouding lid-fonds.

Vrije keuze van geneesheer en vrije toetreding voor alle geneeskundigen. Vorming van een reservekas en oprichting van poliklinieken voor specialistische hulp.

Daar de kas niet zal toelaten de opnemng in ziekenhuizen voor zijn rekening te nemen, wordt aanbevolen het door Soranus (Dr C. F. Schreve) in het Medisch Weekblad aanbevolen middel van een „Verzekeringsfonds voor opnemng in ziekenhuizen" als suppletoire verzekering.

De groote man van dit rapport was de rapporteur-secretaris, Dr C. F. Schreve, naar wien dit rapport ook meestal wordt genoemd.

In het jaar 1898 werd in de algemeene vergadering der Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst het voorstel Zaanland (31): „De Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst benoeme een commissie van 5 leden, om grondig te onderzoeken, welke gebreken er aan de tegenwoordige ziekenfondsen kleven en om zoodra mogelijk, liefst in de eerstvolgende algemeene vergadering met een voorstel te komen, teneinde daar een einde aan te maken” op voorstel van de afdeelingen Breda en Amsterdam gelezen: „om een grondig onderzoek in te stellen naar de inrichting van de ziekenfondsen en vast te stellen, aan welke eischen een ziekenfonds behoort te voldoen” en aangenomen. Bij de discussie werd verwezen naar het Nutsrapport van 1895, maar daartegen werd aangevoerd, dat dit rapport de zaak niet bezag van sociaal-geneeskundig standpunt. In 1900 bracht deze commissie, bestaande uit de Heeren S. Zeeman, C. Dekker, B. W. Siemens, M. de Vlieger en J. W. F. Donath, haar zeer korte rapport uit (32), waarbij bleek, dat zij geen eigen gegevens verzameld had, maar gebruik gemaakt had van de gegevens van de Commissie, die belast was met het onderzoek naar de wijze, waarop in Nederland van overheidswege voor geneeskundige hulp aan behoeftigen wordt en behoort te worden voorzien, en van de gegevens der Maatschappijcommissie van 1888 en van de Nutscommissie van 1895.

De Commissie verdeelt de fondsen in 7 typen en wel:

- A - *Doktersbussen.*
- B - *Bestuurd door dokters en apothekers,*
 - a - *met contrôle,*
 - b - *zonder contrôle.*
- C - *Bestuurd door een onpartijdig college (Departement van 't Nut, Stichting, Plaatselijk Nut, Armbesturen, enz.).*
- D - *Bestuurd door doktoren, apothekers en leden.*
- E - *Bestuurd door de leden (Gilde-fondsen, onderlinge waar-*

borgfondsen, werkliedenver., en coöperatieve vereenigingen).

F - *Bestuurd door den patroon van groote industriele instellingen.*

G - *Particuliere ondernemingen.*

In een kort verslag wordt de meening uitgesproken, dat de fondsen behorende onder C het beste zijn, terwijl ziekenfondsen, ressorteerend onder D en E afgekeurd worden, omdat bij geschillen de belanghebbende leden geen rechter kunnen zijn. Voorts zegt de commissie, dat een ziekenfonds niet is te vergelijken met een verbruiksvereeniging, omdat van een goed geneesheer geëischt moet worden hartelijkheid, vriendschap en toewijding, zaken, die niet voor geld te koop zijn. Over de honoraria, de contributie en dergelijke zaken, laat de commissie zich niet uit. De particuliere ondernemingen vindt de commissie zoo verwerpelijk, dat geen geneesheer er aan verbonden zou moeten willen zijn. „Door den overmoed en de kwade praktijken van den eigenaar hebben zij hier en daar aanleiding gegeven, dat de oogen van geneesheer en van publiek zijn opengegaan en betere fondsen deze ondingen hebben verdrongen.”

Bij de behandeling van dit rapport (33) werd door de vergadering erop gewezen, dat deze verdringing alles behalve manifest was, dat de commissie haar taak zeer oppervlakkig en onvolledig had vervuld en bij acclamatie werd het voorstel Amsterdam aangenomen: „De Algemeene Vergadering bestendigt de ziekenfondscommissie en vestigt de aandacht in het bijzonder op het tweede gedeelte van hare opdracht, n.l. „vast te stellen aan welke eischen een ziekenfonds behoort te voldoen” met dien verstande, dat daarbij rekening zal worden gehouden met de verschillen, die in de eischen door de verschillende grootten der gemeenten noodig worden gemaakt en tevens middelen zullen worden beraamd, hoe aan de aldus geformuleerde eischen zou kunnen worden voldaan.”

De nieuw benoemde commissie, onder voorzitterschap van Dr C. F. Schreve, werkte van 1901 tot 1908 aan haar rapport, dat onder dagteekening van Mei 1908 verscheen. (Deze com-

missie bestond uit de Heeren Dr C. F. Schreve, Dr J. P. v. d. Brugh, Dr L. F. Dentz, N. W. Maas en P. H. v. Eden. Na het overlijden van Dr Dentz werd als lid benoemd Dr J. M. W. Kramer en later werd de commissie aangevuld met den Heer H. A. Lampe).

In het eerste deel (34) vinden we een zeer uitvoerige beschrijving van enkele honderden ziekenfondsen, waarbij alleen voor de Amsterdamsche ziekenfondsen verwezen wordt naar het rapport Schreve.

In het tweede deel worden aan dit onderzoek conclusies vastgeknoopt.

Als ziekenfonds worden door haar beschouwd „die instellingen, welke aan hun leden, tegen periodiek te betalen, vaste, geldelijke bijdragen geneeskundige behandeling, met of zonder verstrekking van geneesmiddelen, verschaffen”.

Zij verdeelt de ziekenfondsen in drie groote groepen:

A - Met een financieel belangeloos bestuur.

B - Doktersfondsen.

C - Met een financieel belanghebbend bestuur.

Hoewel de *doktersfondsen* in de praktijk goed werken, is er natuurlijk sprake van een sterk overheerschende positie van den geneesheer. Wanneer er geen wettelijke ziekteverzekering op komst was, zou de commissie er voor voelen, ook deze inrichting te veranderen. Doch nu waarschijnlijk het grootste deel der arbeiders verplicht verzekerd zal zijn, zal voor het overblijvende kleine deel een modus gevonden moeten worden om ze op dezelfde wijze te verzekeren.

De *ondernemingsfondsen* hebben het bezwaar, dat de directie van de onderneming, de werkgeefster van den arbeider, er vooral belang bij heeft, dat de arbeidsongeschiktheid zoo kort mogelijk duurt. De geneesheeren zullen vaak dus meer als ambtenaren beschouwd worden, die de belangen van den werkgever in het oog hebben te houden. Dit geldt evenzeer voor de spoorwegfondsen.

De *exploitatiefondsen* hebben een slechten naam. Vooreerst komt in de plaats van 90 %, slechts 75 % der contributie aan het doel ten goede. Verder wordt, ook voor zoover er officieel vrije artsenkeuze bestaat, deze niet toegepast. De invloed van

de directie tegenover de deelnemers is dan ook onredelijk groot.

Er werden onderzocht 616 ziekenfondsen, waarvan 313 tot categorie A, 230 tot B en 74 tot C behoorden. Hiervan zijn resp. 117, 3 en 15 tevens ondersteuningsfondsen, tezamen 135. Van die 135 hebben slechts 17 gescheiden kassen.

Scherp wordt gehemeld het misbruik van de „extra-bediëning”. Vaak is de opzet van het fonds al verkeerd en begint dit met philanthropische gedachten, terwijl bij de uitbreiding dan blijkt, dat deze philanthropie voor den geneesheer niet vol te houden is. De maatregelen, dat zieken niet worden opgenomen is, meer nog dan als wering van de slechte risico's, noodig, omdat anders niemand zou toetreden vóór hij ziek is, terwijl niets hem zou beletten na afloop der ziekte uit te treden tot een andere aandoening hem weer tot toetreden noopte.

Wat betreft de *vrije artsenkeuze* wordt verwezen naar het adres van het Hoofdbestuur aan de Tweede Kamer van 3 Februari 1907 en de conclusie's daarvan aangehaald, waarvan vooral de eerste drie van belang zijn. Deze luiden:

- 1 - De vrije artsenkeuze behoort uit humanitair oogpunt den verzekerden bij de Wet te worden gewaarborgd, niet alleen omdat het recht, zijn eigen huisarts te kiezen, ook den economisch zwakken toekomt, maar ook, omdat dan alleen hun geneeskundige behandeling op de meest juiste wijze tot haar recht zou komen.
- 2 - De vrije artsenkeuze wordt unaniem door de Nederlandsche geneesheeren voorgestaan, ook omdat zij tevens hun stand behoedt voor exploitatie van den kant der ziekenfondsbesturen, voor moreelen en financieelen ondergang.
- 3 - De toepassing van het beginsel is volgens ervaring bij de verplichte ziekteverzekering in andere landen opgedaan, zonder finantieel nadeel voor de ziekenkassen, hetzij deze groot of klein van omvang zijn, mogelijk en gebleken een weldaad voor de zieken te zijn.

De vrije artsenkeuze mag echter niet ontaarden in losbandigheid, maar moet aan zekere tucht gebonden zijn. Bij de behandeling vanwege kerkelijke armbesturen, gemeente-

lijke armbesturen, enz. ziet men er voorshands geen bezwaar in, dat aan de gealimenteerden geen vrije keuze zal worden gelaten. De alimentatie immers is geen recht, doch een gunst, een bedeeling.

De contributie is zeer wisselend, maar belooft meestal ongeveer 30 cent voor een gezin per week. De in de ontworpen Ziektewet Veegens genoemde premie, afhankelijk van het loon, zonder verband met de gezinsgrootte, heeft toch ook veel onbillijks in zich.

De carentijd, waaraan de goede gedachte ten grondslag ligt, dat moet worden voorkomen, dat zieken, of zij, die groote kans hebben ziek te worden, het risico vergrooten, is slechts een zeer gebrekkig corrigens, evenals de „keuring” voor de toetreding, welke ook meestal niet of onvoldoende plaats heeft. Bij chronisch zieken helpt deze carentijd niet en ter voorkoming van besmettelijke ziekten is ze te kort. Beter zou zijn een artikel, waarbij het bestuur het recht kreeg, bij gebleken onjuiste of onvolledige opgaven het lid te royeeren. Pas in de latere jaren is men gekomen tot de zinsnede „geen ziekte is van de behandeling uitgesloten”. Voor dien waren meestal ziekten door eigen schuld of dronkenschap en de venerische ziekten, de laatste onder allerlei fraaie namen, uitgesloten.

Hoewel begrijpelijk, dat het fonds de grootere specialistische behandelingen niet kan betalen en er meestal voldoende gelegenheid is deze zieken op gemakkelijke wijze geplaatst te krijgen in een ziekenhuis, is deze oplossing toch niet fraai. Van de onderzochte fondsen gaven slechts 18 een onbeperkte ziekenhuisverpleging en 27 een beperkte.

De contributie voor kinderen beneden 16 jaar is meestal lager dan voor volwassenen. Wanneer ze zelf gaan verdienen wordt dan voor hen vol betaald. Dat tijdstip wordt gewoonlijk aangenomen op 16 jaar. In enkele fondsen, vooral exploitatiefondsen, wordt ook aan de deelnemers voor een kind minder vergoed dan voor een volwassene. Dat geeft aanleiding tot het „vergeten” op te geven aan den deelnemer, dat een kind 16 jaar geworden is, terwijl van den verzekerde wel de volle contributie wordt geëischt. „Dit misbruik levert een krachtig

pleidooi voor een regeling van het salaris der deelnemers naar gelang van het getal leden, onafhankelijk van den leeftijd."

Ook een buiten het fonds staand officieel lichaam, met voldoende macht voor onderzoek en rechtspraak bij klachten zou zeer gewenscht zijn. Wettelijke regeling zou daarvoor echter noodig zijn. Het blijkt, dat velen nog met Soranus (Dr C. F. Schreve, die van 1890—1898 in het Medisch Weekblad publiceerde), van meening zijn, dat het doel van het ziekenfonds in de eerste plaats philanthropie is. Daartegenover voert de commissie aan: „De positie van den geneesheer tegenover het fonds moet dus deze zijn, dat hij ziet in fondsleden: patiënten, die op één lijn gesteld moeten worden met particuliere patiënten uit de laagste tariefklasse, waarvan zij alleen verschillen door de wijze van betaling (abonnement in plaats van betaling naar het getal visites). Hij dient te zorgen, dat de leden van hem verkrijgen een behoorlijke geneeskundige behandeling, en heeft daar tegenover het recht een behoorlijk salaris te verlangen. In deze eenvoudige verhouding vormt het bestuur het intermediair, waardoor de administratie gevoerd, en enkele algemeene regelen gesteld en gehandhaafd worden". Voor de wijze van honoreeren wordt verwezen naar het Amsterdamsche rapport. Opgemerkt wordt nog, dat de Maatschappij ook, blijkens het gesprokene in de vergadering van 1906 over het wetsontwerp Veegens, voorstander is van het abonnementssysteem. Oogenschijnlijk zou bij de sterk wisselende afstanden op het platteland een betaling per verrichting te prefereren zijn, maar „de contributie van het fondslid is niet de werkelijke betaling van dat lid aan den dokter, maar de premie voor zijn ziekteverzekering. Evenzoo is het bedrag, dat de geneesheer per lid ontvangt, niet de verschuldigde belooning van dat lid voor de hem bewezen diensten, maar een omslag, welke, door alle leden van het fonds opgebracht, tot een totaal voert, dat een voldoende honorarium moet opleveren voor alle diensten aan het fonds, d.w.z. aan de gezamenlijke fondsleden, bewezen." In 84 fondsen, d.i. in 13½ % heeft nog betaling per verrichting plaats. De bezwaren daartegen blijken ook door leeken ingezien te worden, ge-

tuige het door het bestuur van het Leeuwarder Ziekenfonds in haar jaarverslag opgemerkt. (35).

Als grieven tegen de verschillende fondsen geldt nog het te vroeg afschrijven en te laat inschrijven der leden, de gevoeligheid der boden voor min of meer afgedwongen fooien en de fooien aan de directies der exploitatiefondsen.

Bij de bezwaren tegen de deelnemers blijkt, dat deze voornamelijk voorkomen in de groote steden en bij die artsen, die een overmatig groot aantal patiënten op hun naam hebben geboekt. Tot het brengen van de boodschappen op tijd en het niet overmatig inroepen van hulp in den nacht zullen de patiënten door hun geneesheer opgevoed moeten worden. Ook ten opzichte van het gebruik van geneesmiddelen meenen de fondspatiënten vaak achteruitgezet te worden. „Ook in het gebruik van geneesmiddelen bestaat luxe!”

Officieel zijn slechts aan 38 fondsen specialisten verbonden. Gewenscht is, dat in de gevallen, waarin specialistische hulp noodig is, deze ook te verkrijgen is. Maar ook hier moet gewaakt worden tegen de luxe, dat gevallen, die wel degelijk door den huisarts kunnen worden behandeld, naar specialisten gaan. „Noch de wensch der patiënten, noch eigen gemakzucht mag hem (den huisarts) er toe brengen, in zulke gevallen, dus onnoodig, den specialist ter hulp te roepen!” Voor den specialist is de betaling per verrichting aangewezen.

Vervolgens bespreekt de commissie de ziekteverzekeringwet en verdedigt de stelling, dat een verzekering van staatswege onnoodig en ongewenscht is. Men behoude het particulier initiatief, en late de ziekenfondsen werken, maar deze behooren naar den eisch te worden ingericht en daarom is een Rijkstoezicht noodzakelijk.

Tot slot geeft de commissie weer de eischen, waaraan een ziekenfonds moet voldoen, zoowel in het belang der leden als in dat der deelnemers. Als doel wordt gegeven de definitie, zooals deze op blz. 45 reeds is aangehaald. Verder wordt geëischt:

1 - *een financieel belangeloos bestuur, waarin gelijkelijk zitten vertegenwoordigers der leden en der deelnemers,*

eventueel aangevuld met buiten de partijen staande personen.

- 2 - *een welstandsgrens.*
- 3 - *vrije artsenkeuze.*
- 4 - *geenerlei ziekte mag uitgesloten zijn van behandeling.*
- 5 - *geen beperkende bepalingen, wat betreft den duur der behandeling.*
- 6 - *alle te goeder naam en faam bekend staande geneesheeren enz. hebben het recht toe te treden.*
- 7 - *betaling per abonnement per persoon.*
- 8 - *de gelden mogen alleen gebruikt worden voor het doel, zooals dat in de definitie omschreven is.*
- 9 - *het vormen van een reservekas.*

Deze eischen zijn weer uitgewerkt in een concept-reglement voor een willekeurig ziekenfonds.

Ten slotte de conclusies, ter beantwoording van het laatste deel harer opdracht:

- „A - Geen nieuw ziekenfonds worde door de betrokken afdeling goedgekeurd, dat niet aan de gestelde eischen voldoet.
- B - Ten opzichte van de bestaande ziekenfondsen moeten pogingen worden gedaan de aangetoonde gebreken te verbeteren of op te heffen.
- C - In groote gemeenten is het wenschelijk, dat de geneeskundigen, die bij de ziekenfondsen aangesloten zijn, zich vereenigen.
- D - Op plaatsen, waar trots de onder B en C bedoelde pogingen de ziekenfondsbesturen onwillig gebleken zijn, verbeteringen in den geest der gestelde eischen aan te brengen en op plaatsen, waar nog geen ziekenfonds bestaat en de behoefte daaraan zich doet gevoelen, moet van den kant der betrokken afdelingen (leden) der Maatschappij het initiatief genomen worden tot het oprichten van een ziekenfonds, dat aan de gestelde eischen voldoet.
- E - Het instellen van een staatstoezicht op de ziekenfondsen.”

Bij de behandeling op de algemeene vergadering te Rotter-

dam (36) in 1908 werden verschillende amendementen op de algemeene eischen aangenomen. O.a. werd aangenomen, dat de „buiten de partijen staanden” geen zitting zouden hebben in het bestuur, doch dit ter zijde zouden staan als een Commissie van Toezicht of iets dergelijks.

In de verschillende wetsontwerpen, sedert 1904 aanhangig gemaakt, werd de geneeskundige behandeling genoemd en geregeld. Van verschillende zijden werd geadresseerd aan de Kamers en aan den Minister, waarbij de *welstandsgrens*, de *al of niet vrije artsenukeuze*, de *wijze van honoreeren*, de *bestuurssamenstelling* en de in enkele ontwerpen *bepaalde duur der behandeling* werden behandeld.

§ 7 - 1912 TOT HEDEN.

Toen de artsen meenden, dat de ontwikkeling van het ziekenfondswezen gevaar liep in een ongewenschte richting te gaan, trachtten zij het goede spoor te behouden door het nemen van het *Algemeen bindend besluit* op de Algemeene Vergadering der Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in 1912. (Bindende besluiten dezer Maatschappij eischen opvolging door alle leden, op straffe van schorsing of schraping als lid, welke straf gepaard kan gaan met een vrij hooge geldboete.) Het voorstel luidde¹⁾:

„De leden der Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst verbinden zich, niet deel te nemen na 8 Juni 1912 aan eenig nieuw op te richten ziekenfonds of aan eenig ziekenfonds, dat volgens de bepalingen van een in te voeren ziekewet toegelaten is, tenzij in de statuten aan de volgende hoofdvorwaarden is voldaan:

- 1° - dat alle geneesheeren, die te goeder naam en faam bekend zijn en wier gewone werkkring zich over het gebied van het ziekenfonds of over een deel daarvan uitstrekt, het recht hebben als deelnemer toe te treden tot het ziekenfonds, hetzij als huisarts, hetzij als specialist.
- 2° - dat in het bestuur en in de algemeene vergadering noch aan de leden, noch aan de apothekers, noch aan een dezer groepen ver-

¹⁾ In het voorstel, zooals het op de agenda vermeld werd, was als datum genoemd 1 Sept. 1912, terwijl al. 2 luidde:

- 2° - dat aan geen der drie, bij het ziekenfonds belanghebbende groepen (apothekers, geneesheeren en leden) een overwegende macht in het bestuur en in de algemeene vergadering is toegekend;

eenigd met derden, een grootere macht is toegekend dan aan de geneesheeren.

- 3° - dat een welstandsgrens voor gezinnen en een voor alleenstaande personen is vastgelegd, waarbij het maximum voor gezinnen het bedrag van f 1200.— 's jaars; voor alleenstaande personen het bedrag van f 800.— 's jaars niet mag overschrijden.
- 4° - dat uitdrukkelijk is bepaald, dat de geneesheeren niet gedwongen worden verklaringen af te geven omtrent arbeidsongeschiktheid van ziekenfondsleden, die onder hun behandeling zijn of geweest zijn; en onder de voorwaarde, dat bij de ten uitvoerlegging van dit algemeen bindend besluit het hoofdbestuur, gehoord de centrale commissie voor de beroepsbelangen en het centraal comité tot behartiging van het ziekenfondswezen, van dit bindend besluit tijdelijk dispensatie kan verleenen voor die ziekenfondsen, welke krachtens een overgangsbepaling in de ziekwet tijdelijk toegelaten zijn."

Bij de beschouwingen in deze vergadering (37) werd naar voren gebracht, dat de in de pers genoemde tendenz om een staking voor te bereiden volkomen afwezig was. Het werk, de behandeling der zieken, zou nooit door de geneesheeren worden neergelegd, alleen zou men zich aan bepaalde fondsen niet verbinden. Een ander motief, n.l. het op deze wijze trachten een „loonsverhooging" door te drijven, werd al even sterk ontkend. Hoewel de meesten van oordeel waren, dat het ziekenfondshonorarium geen adaequate belooning zou kunnen worden voor de bewezen diensten, werd door allen gevoeld, dat de verzekerden door hunne lage inkomens niet in staat waren meer te betalen.

De algemeene gedachtengang was, dat op het gebied van de ziekenverzorging eigenlijk alleen de geneeskundigen deskundig waren en dat het daarom hunne plicht was, te zorgen, dat de moreele rechten van de patiënten gewaarborgd waren.

De verdediging der vier eischen, in het besluit aan de ziekenfondsen gesteld, komt in groote lijnen overeen met het door mij genoemde bij de eischen, waaraan een goed ziekenfonds moet voldoen (zie Hfdst. III). Duidelijk werd gewezen op de toestanden in Duitschland en Oostenrijk, waar de Krankenkassen uit één pot zoowel de ziekgelduitkeering als de geneeskundige behandeling financieren. Bovendien werd daar de behandeling en contrôle in één hand gebracht. Het gevolg

was, dat velen te gemakkelijk waren in het afgeven van verklaringen van ongeschiktheid, terwijl daardoor juist het ziekengeld-percentagc onrustbarend steeg en het honorarium dienovereenkomstig lager werd. Aldus ontstond een circulus vitiosus. Doordat deze kassen nog andere doeleinden nastreefden, hygienische en politieke doeleinden trachtten te bereiken, ontstonden zeer ongewenschte toestanden, die de vrijheid van den geneeskundigen stand, noodig om het zware en verantwoordelijke werk, dat niet in uren te doseeren is, met lust en liefde te blijven verrichten, ondermijnden. In de discussie bracht slechts één der leden de discussie over op politiek terrein en betoogde, dat de geheele sociale wetgeving werd afgedwongen door een politieke partij, uit de arbeidersbeweging opgekomen, welke partij nooit zou toestaan, dat de geneeskundigen, werknemers van de ziekenfondsen, daarin macht zouden krijgen. Hij bepleitte een onderhandeling, en desnoods strijd, tusschen de arbeiderspartij aan den eenen kant, en de geneeskundigen aan den anderen kant.

Daartegenover werd betoogd, dat de kassen vrij waren zoo veel te doen, als zij wilden, maar dat de ziekenfondsen zich moesten houden bij hun taak: de geneeskundige verzorging van de min-vermogende zieken. In de ziekenfondsen had men niet te maken met twee tegenover elkaar staande partijen, in den zin, zooals deze spreker betoogde, maar men zocht een juiste verhouding tusschen patiënt en geneesheer. Wanneer men den geneesheer ziet als den werknemer van de ziekenfondsen, zal men onvermijdelijk krijgen een medisch proletariaat.

Nadat verschillende amendementen in geheime vergadering waren behandeld en grootendeels ingetrokken of verworpen, werd de datum 8 Juni gewijzigd in 1 September, waarna het bindend besluit werd aangenomen.

In dit Algemeen Bindend Besluit worden de hoofdvoorwaarden vastgelegd, waaraan volgens de Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst de ziekenfondsen moeten voldoen om haar taak naar behooren te kunnen vervullen. Deze vormen de richtlijnen van de ziekenfondspolitiek, zooals de Maatschappij deze tot op heden volgt.

In 1913 werden op de algemeene vergadering in Breda deze hoofdlijnen uitgewerkt in een aantal voorstellen, waarvan de aanneming het ontstaan van goede ziekenfondsen zou waarborgen. Men wenschte in overeenstemming met de conclusies van het groote rapport van 1908, Maatschappij-ziekenfondsen op te richten onder den naam van Algemeene Afdeelingsfondsen. Daarmee bereikte men, dat er flinke fondsen ontstonden, krachtig en gezond. Er werd een centrale organisatie geschapen, die dit doel verwezenlijken moest.

De voorstellen luiden: (38)

„A I - De 64e algemeene vergadering van de Ned. Mij. t. b. d. Gen. besluit:

a - zoo spoedig mogelijk tot stand te brengen een Centrale Organisatie van ziekenfondsen met het doel het ziekenfondswezen zoodanig te regelen, dat zoowel de belangen der verzekerden als die der geneesheeren zoo goed mogelijk behartigd worden.

b - aan het hoofd van die organisatie een bestuur te plaatsen, dat belast is:

1 - met het bevorderen van de oprichting van algemeene afdeelingsziekenfondsen met hun plaatselijke onderdeelen en van bijzondere ziekenfondsen.

2 - met het sluiten van en toezicht houden op contracten met ziekenfondsen, gemeenten, ondernemingen, rechtspersoonlijkheid bezittende lichamen, vereenigingen en instellingen voor het verstrekken van geneeskundige hulp aan groepen van personen.

A II - besluit te bevorderen, dat in elke afdeeling een of meer ziekenfondsen worden opgericht en wel:

1 - een algemeen afdeelingsziekenfonds met zijn plaatselijke onderdeelen, uitgaande van de betreffende afdeeling en eigendom van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, welks statuten en reglement zijn goedgekeurd door het Hoofdbestuur en dat aangesloten is bij de Centrale Organisatie van ziekenfondsen, ingesteld door de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst;

2 - bijzondere ziekenfondsen, aangesloten bij de C. O. welker statuten en reglementen zijn goedgekeurd door het hoofdbestuur.

A III - besluit, in verband met voorstel A I en A II aan art. 16 van het huishoudelijk reglement der maatschappij toe te voegen de volgende zinsneden:

- 9 - het in stand houden eener Centrale Organisatie van ziekenfondsen;
- 10 - het bevorderen van de oprichting en het in stand houden van Algemeene Afdeelingsziekenfondsen met hun plaatselijke onderdeelen en van bijzondere ziekenfondsen, aangesloten bij de C. O.
- A IV - besluit aan het hoofdbestuur een voorloopig crediet toe te staan van ten hoogste *f* 20.000.—, te ontleenen aan een maatschappelijk fonds, ter uitvoering van de voorstellen A I en A II.
- A V - machtigt het hoofdbestuur zoo spoedig mogelijk over te gaan tot voorloopige uitvoering van de besluiten betreffende de Centrale Organisatie en stelt daarvoor, totdat hierin nader bij reglementswijziging zal zijn voorzien, de volgende regelen vast:
- 1 - Ziekenfondsen kunnen aangesloten zijn bij de C.O.; artsen, leden der Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, kunnen zich individueel aansluiten. Het hoofdbestuur, gehoord de C.O., kan in bijzondere gevallen aan niet-leden der Ned. Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst het recht van aansluiting verleen.
 - 2 - De geldmiddelen der C.O. worden gevonden uit:
 - a - heffing van hoogstens 2 % 's jaars van het inkomen, dat artsen, die aan de algemeene afdeelingsziekenfondsen met hun plaatselijke onderdeelen of aan bijzondere ziekenfondsen verbonden zijn, uit hun ziekenfondspraktijk genieten;
 - b - heffing van hoogstens 2 % 's jaars van hun inkomen uit ziekenfondspraktijken van artsen, die zich individueel bij de C.O. hebben aangesloten;
 - c - heffing van hoogstens 2 % 's jaars van het inkomen, voortvloeiende uit collectieve contracten, door de maatschappij gesloten;
- Deze heffingen worden ten deele beschouwd als uitgestelde schuld, die aan den bij de C.O. aangesloten ziekenfondsgeneesheer op 65-jarigen leeftijd, of vóór dien tijd bij het nederleggen der praktijk, of bij volledige invaliditeit, of bij diens overlijden aan de weduwe c.q. aan de weezen wordt uitgekeerd tegen een door het hoofdbestuur voor ieder geval te bepalen bedrag, de C.O. gehoord.
- Voorloopig aangenomen
- 3 - Er wordt een kas gevormd tot steun van aangesloten artsen, die schade mochten lijden door de nakoming der algemeene bindende besluiten van de afdeelingen, die op ziekenfondsen betrekking hebben. Deze kas zal gevormd worden uit de middelen, in voorstel A V sub 2 genoemd.
 - 4 - Het hoofdbestuur stelt een voorloopige instructie voor de

bestuursleden vast en draagt het toezicht op de C.O. op aan een commissie uit het centraal comité tot behartiging van het ziekenfondswezen. Het bepaalt voorloopig de bezoldiging van de bestuursleden om daaromtrent nadere voorstellen aan de algemeene vergadering te doen.

De bestuursleden en de leden der Commissie van Toezicht op de C.O. genieten *f* 5.— vacatiegeld voor elken dag verblijf buiten de gemeente hunner inwoning of *f* 10.— bij elk noodzakelijk dag- en nachtverblijf, een en ander tot een maximum van *f* 500.— per hoofd per jaar. Bovendien ontvangen zij reis- en verblijfkosten volgens de bepalingen van art. 97 van het huishoudelijk reglement der maatschappij”.

Deze serie voorstellen sluit dus in zich het vormen van een groote machtige organisatie van ziekenfondsen, met het vormen van een strijdkas. Men stelde zich voor, dat de geneesheeren niet meer zelfstandig contracten zouden sluiten, maar dat de C.O. dat zou doen, waarbij in feite de ziekenfondsen enz. zich zouden verzekeren van de hulp van alle leden der C.O. Met deze voorstellen bestaat ook de mogelijkheid, dat een werkliedenvereniging of een andere groep van belanghebbenden, die voor haar leden geneeskundige hulp wil hebben, een kas, die c.q. de door de Ziektewet Talma geëischte geneeskundige verzorging moet gaan geven, een contract sluit, waardoor geen eigen ziekenfonds behoeft opgericht te worden. Doordat bij de verwachte wet vele ziekenfondsen niet toegelaten zouden worden, werd op deze wijze via de Algemeene Afdelingsziekenfondsen (A.A.Z.-fondsen) de mogelijkheid geopend, dat de patiënten hun eigen huisarts behielden. In de toelichting wordt duidelijk uitgesproken, dat de C.O. bestemd is, om als centraal instituut den ziekenfondsstrijd uit handen der artsen over te nemen.

Naast de A.A.Z.-fondsen werden genoemd de Bijzondere ziekenfondsen, die zich alleen daarin onderscheiden van de A.A.Z.-fondsen, dat zij zich niet over het geheele gebied eener afdeling uitstrekken.

Volgens de voorstellers waren deze voorstellen niet alleen noodzakelijk voor den geneeskundigen stand, maar niet minder voor de geneeskundige verzorging der ziekenfondsleden. De verdedigers voerden aan, dat de wet, zooals deze op dat oogenblik aanhangig was, groote vrijheid zou laten aan de inrichting

der ziekenfondsen. H.i. moesten de geneesheeren zorgen voor een aantal goed ingerichte ziekenfondsen om te zorgen, dat de slecht ingerichte tot verdwijnen genoopt konden worden.

In den loop der discussies werd er op gewezen, dat de woningbouw en derg., zoo aangeprezen door enkelen, niet tot de taak van de ziekenfondsen behoort, doch bij de ziekenkassen op haar plaats *kan* zijn. Het voorbeeld van Duitschland en Oostenrijk met de vast aangestelde artsen en de dooreenmenging van ziekenkas en ziekenfonds, moet waarschuwend werken.

Na een zeer uitgebreide discussie, waarbij een tweetal collegae, evenals in 1912, politieke argumenten aanvoerde, werden deze voorstellen met algemeene stemmen aangenomen.

Kort na deze vergadering, in November 1913, verschenen in de dagbladen advertenties, waarin voor het geheele land fondsgeneesheeren werden gevraagd.

In 1914 werd in de algemeene vergadering der Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst te Leiden besloten, de besluiten van Breda uit te voeren aan de hand van de volgende leidraad (39):

- „1 - dat zooveel mogelijk algemeene afdelingsziekenfondsen en bijzondere ziekenfondsen worden opgericht en in stand gehouden, die het eigendom zijn van de Ned. maatschappij tot bevordering der geneeskunst;
- 2 - dat den leden der Ned. maatschappij tot bevordering der geneeskunst vergund is zich individueel slechts aan nieuw opgerichte of bij een eventueele ziekte wet toegelaten ziekenfondsen te verbinden, welke voldoen aan de bepalingen van het algemeen bindend besluit 1912, ter beoordeeling van het hoofdbestuur, het bestuur van de centrale organisatie en het centraal comité tot behartiging van het ziekenfondswezen gehoord;
- 3 - dat bij bestaande ziekenfondsen het de voorkeur verdient door onderling overleg de individueele verbintenis van geneesheeren te vervangen door een collectieve overeenkomst met de Ned. maatschappij tot bevordering der geneeskunst;
- 4 - dat bij het sluiten van collectieve overeenkomsten met rechtspersoonlijkheid bezittende instellingen ter verzekering van geneeskundige hulp aan groepen van personen, onverschillig of de instelling al of niet zelf een ziekenfonds of een daarmee gelijk te

stellen afdeeling bezit, vertegenwoordiging der geneesheeren in het bestuur van dat ziekenfonds zal worden op prijs gesteld, doch niet tot voorwaarde zal worden gemaakt;

- 5 - dat de collectieve overeenkomsten, gesloten door de Ned. maatschappij tot bevordering der geneeskunst met de sub. 4 genoemde rechtspersoonlijkheid bezittende instellingen op tweeërlei verschillende wijzen kunnen worden opgemaakt, n.l. als volgt:
- òf 1°. dat de Ned. maatschappij tot bevordering der geneeskunst zich verbindt voor de geneeskundige behandeling en de daarmede verband houdende zaken zorg te dragen, door deze te doen verstrekken, hetzij door een algemeen afdeulings-ziekenfonds, hetzij door een bijzonder ziekenfonds, dat eigendom dier maatschappij is;
 - òf 2°. dat de Ned. maatschappij tot bevordering der geneeskunst zich verbindt alléén voor de behandeling en andere verrichtingen op geneeskundig terrein door geneesheeren zorg te dragen, in welk geval de overeenkomst onder anderen zal bevatten:
 - 1° - bepalingen, waardoor de vrije artsenkeuze zooveel mogelijk wordt gewaarborgd;
 - 2° - de vaststelling van een welstandsgrens en bepalingen, waardoor de handhaving van die welstandsgrens wordt gewaarborgd;
 - 3° - de bepaling, dat de geneesheeren niet gedwongen worden verklaringen af te geven omtrent arbeidsongeschiktheid van ziekenfondsleden, die onder hun behandeling zijn, of geweest zijn;
 - 4° - de wijze van honoreering, benevens vaststelling van het bedrag van het honorarium en bepalingen, die de uitkeering daarvan aan de Ned. maatschappij tot bevordering der geneeskunst of aan haar gevolmachtigden waarborgen."

Gevolg van deze voorstellen was dus het oprichten van A.A.Z.-fondsen. Echter namen deze niet de hooge vlucht, die de voorstellers verwacht hadden. Vele geneesheeren waren niet actief en lieten de zaken op hun beloop. In verschillende afdeelingen werden wel fondsen opgericht, op papier, maar de meeste traden niet in werking. Toch kwamen er langzamerhand meerderen.

In de laatste 5 jaren, nu een nieuwe ziekenfondswet verwacht wordt, zien we weer meer activiteit en thans zijn er 50 Maatschappijfondsen met totaal ruim 1000000 leden.

Van de door de leden verwachte contracten met rechtspersoonlijkheid bezittende lichamen, die de verzorging der geneeskundige hulp van hunne leden aan de Maatschappij

zouden overdragen is niets terecht gekomen. Slechts enkele contracten zijn gesloten met bestaande fondsen, waarbij deze, tegen overdracht van hunne contributie, door het A.A.Z.-fonds geneeskundig werden verzorgd.

De bestaande z.g. onderling beheerde fondsen voelden zich in hun bestaan bedreigd door deze voorstellen en in 1914 werd opgericht de *Landelijke Federatie ter behartiging van het Ziekenfondswezen*, die later van groote beteekenis is geweest.

Deze Federatie heeft zich meermalen met adressen tot de Kamers en den Minister gewend, waarbij ze o.m. de volgende desiderata verdedigde:

- 1 - geen geneeskundigen in de besturen; de verzekerden, die de dubbeltjes oprachten, behoorden ook het volledig beschikkingsrecht te hebben.
- 2 - geen of zeer hooge welstandsgrens.
- 3 - geen verplichte vrije artskenkeuze.
- 4 - de mogelijkheid artsen als ambtenaar in dienst te nemen.

Thans heeft deze Federatie onder haar leden 55 fondsen, waarin voor ruim 350000 leden de volle contributie betaald wordt, zoodat we schatten mogen, dat hierbij ongeveer 500000 zielen verzekerd zijn.

In 1922 werden door het Nederlandsch Verbond van Vakverenigingen (N.V.V.) besprekingen gevoerd met verschillende organisaties, om te trachten te komen tot meer eenheid en centralisatie in het ziekenfondswezen.

14 November 1922 werd door:

de Ned. Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst;
de Maatschappij tot Bevordering der Pharmacie;
de Landelijke Federatie ter behartiging van het Ziekenfondswezen;
het Nederlandsch Verbond van Vakverenigingen;
het Bureau voor de R.K. Vakorganisatie en de Federatie der Dioc. R.K. Volks- en Werkliedenbonden;
het Christelijk Nationaal Vakverbond;
het Algemeen Nederlandsch Vakverbond; en
het Nationaal Arbeidssecretariaat;

gezamenlijk een Commissie benoemd tot onderzoek naar de mogelijkheid meer eenheid te brengen in het ziekenfonds-

wezen in ons land (40). Het rapport dezer Commissie, in de wandeling genoemd het Unificatierapport, verscheen in 1925.

Reeds in de voorrede vinden we uitgesproken, dat de leden van de fondsen de belanghebbenden zijn en worden deze vereenzelvigd met de arbeiders, als men noemt onder:

d - de onderlinge fondsen, welke het eigendom zijn van de belanghebbenden (de arbeiders) zelf.

In de conclusies komt voor, dat de meerderheid der bestuursleden moet worden gekozen door de verzekerden. Op blz. 8 wordt in verband met het besluit van Breda, dat hier verwisseld wordt met het Algemeen Bindend Besluit van 1912 te Den Haag genomen, geschreven, dat daar geëischt werd een bestuursmeerderheid voor de geneesheeren en apothekers. Dat is niet juist. De bestuurssamenstelling van de Maatschappijziekenfondsen is in dien tijd anders dan in de regels van 1908 omschreven. De commissie van toezicht van „buitenstaanders” is vervallen en in plaats van de pariteit, waarbij geneesheeren en apothekers één helft van het bestuur vormden, is getreden een paritetische bestuurssamenstelling van gelijke aantallen geneeskundigen, apothekers en verzekerden. Door een zeer vernuftige regeling is gezorgd, dat alle drie groepen een gelijk aantal stemmen uitbrengen, terwijl overstemmen van één groep door de beide andere voorkomen wordt door een recht van beroep op arbitrage.

De Commissie kwam tot de volgende conclusie's:

- 1 - De commissie is van meening, dat het wenschelijk is, dat in iedere plaats van beteekenis slechts één ziekenfonds bestaat.
- 2 - In kleinere gemeenten en op het platteland zullen de ziekenfondsen zich over meerdere plaatsen dienen uit te strekken.
- 3 - Het stichten of in stand houden van ziekenfondsen, als winstbeoogend bedrijf, of als onderdeel daarvan, acht de Commissie ongewenscht.
- 4 - Het is gewenscht, dat binnen daarvoor aan te wijzen districten, de ziekenfondsen vereenigd worden tot districts-federaties. Aan de ziekenfondsen dient de individueele geneeskundige behandeling te worden toevertrouwd, terwijl de districts-federaties de sociaalhygiënische en algemeen medische belangen zullen hebben te behartigen. Bovendien kunnen de districts-federaties, zoo noodig, als herverzekerings-instituut fungeeren. Van de bemiddeling der districts-federaties zou verder gebruik gemaakt kunnen worden, om bepaalde subsidies over de locale fondsen, onder haar beheer, te verdeelen,

- Het bestuur van de districts-federatie wordt gekozen uit de besturen der aangesloten ziekenfondsen.
- 5 - Boven alle fondsen worde een Centrale Raad geplaatst, belast met de algemeene leiding van het Ziekenfondswezen en de verdeling van eventueele subsidies. Deze raad dient te bestaan uit vertegenwoordigers der resp. fondsen, der Vakcentralen, der Ned. Mij. tot bevordering der Geneeskunst, der Ned. Mij. tot bevordering der Pharmacie, der Ned. Mij. tot bevordering der Tandheelkunde en de vertegenwoordigers der organisaties van wijkverplegenden en vroedvrouwen.
 - 6 - De Commissie is van meening, dat de mogelijkheid moet worden opengelaten, dat in de besturen der ziekenfondsen ook huisartsen, specialisten, apothekers en tandartsen worden opgenomen; de meerderheid van het bestuur kan echter bestaan uit leden van het fonds, indien de rechtspositie der geneesheeren enz. voldoende geregeld is.
 - 7 - De Commissie is van oordeel, dat het door de fondsbesturen te verrichten werk gratis dient te geschieden; vergoeding worde slechts toegestaan voor werkverzuim, terwijl de mogelijkheid worde opengelaten, dat een enkel bestuurslid, met speciaal werk belast, wordt gesalarieerd.
 - 8 - De boden dienen, naar de meening der Commissie, tegen vast salaris te worden aangesteld.
 - 9 - Voor alle ziekenfondsen is eenzelfde vorm van administratie gewenscht.
 - 10 - Door de ziekenfondsen zal, naar de meening der Commissie, moeten worden verstrekt:

Geneeskundige hulp, in den meest uitgebreiden zin, door huisartsen en specialisten, pharmaceutische hulp, chirurgische en conserveerende tandheelkundige hulp, verloskundige hulp door vroedvrouwen, alsmede behandeling en verpleging in ziekenhuizen, sanatoria en wijkverpleging. Zoolang dit alles niet te verwezenlijken mocht zijn, zal in het ziekenfondswezen overeenkomstig de traditie allereerst zijn na te streven een vervolmaking van de geneeskundige verzorging door huisartsen, specialisten en apothekers, krachtens de beginselen, in dit rapport vastgelegd.
 - 11 - Voor het lidmaatschap van het ziekenfonds komen niet slechts in aanmerking de arbeiders en hunne gezinnen, maar de gelegenheid moet worden opengesteld, dat daarenboven zelfstandige personen tot het fonds kunnen toetreden, doch uitsluitend, voor zoverre zij, naar hun welstand, met arbeiders gelijk te stellen zijn. Te vormen plaatselijke commissies, waarin alle belanghebbende partijen zijn vertegenwoordigd, dienen te beoordeelen, of de maatschappelijke positie van de zelfstandigen, die zich aanmelden, al dan niet met die der arbeiders gelijk te stellen is, waarbij de

Commissie rekening houdt met de vraag, of de persoon in kwestie ongehuwd of gehuwd is, dan wel, of het een groot gezin betreft en voorts of de gezondheidstoestand van den betrokkene en-of zijn gezin, opname in het fonds wettigt. Bij een dergelijke regeling acht de Commissie het stellen van een concrete welstandsgrens niet meer van overwegend belang.

- 12 - Den verzekerden worde de vrije keuze gelaten uit de aan het fonds verbonden huisartsen, specialisten, tandartsen en apothekers.

Het recht van toetreding als deelnemer aan het ziekenfonds komt, voorzover het de geneeskundigen betreft, toe aan alle leden der Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, behoudens de in het rapport vermelde rechten van andere geneeskundigen, niet-leden der Maatschappij en voor zover het apothekers betreft aan alle leden der Ned. Mij. ter Bev. der Pharmacie.

- 13 - De Commissie is van meening, dat aanstelling van eigen geneesheeren, tandartsen en apothekers door de ziekenfondsen slechts beperkt dient te blijven tot die gevallen, waarin de organisatie van doktoren, apothekers resp. tandartsen niet in de gelegenheid is, in een bepaalde plaats of in een bepaald district voor geneeskundige, tandheelkundige en pharmaceutische hulp te zorgen op voorwaarden als in dit rapport geprojecteerd. Gedurende een nader vast te stellen tijd wordt een uitzondering gemaakt, slechts voor die fondsen, welke nu reeds eigen geneeskundigen en of tandartsen hebben.

- 14 - De rechtspositie der geneesheeren, apothekers en tandartsen moet worden vastgelegd in een tusschen het fonds en de Ned. Mij. tot bevordering der Geneeskunst, resp. de Mij. ter bevordering der Pharmacie en de Mij. tot bevordering der Tandheelkunde, te sluiten overeenkomst. De rechtspositie van het personeel, in dienst der ziekenfondsen, behoort in overleg met de betreffende vakbonden geregeld te worden.

- 15 - De aan het fonds verbonden geneesheeren, tandartsen en apothekers worden betaald volgens het abonnementssysteem, waarbij in het algemeen geen groot verschil moet worden gemaakt in de honoreering voor de groote steden, kleine steden en het platteland. Als voorloopige normen zijn genoemd:

Voor een huisarts	f 3.25
Voor een apotheekhoudend geneeskundige	f 5.50
Voor poliklinische specialistische hulp	f 0.90
Voor poliklinische en klinische special. hulp	f 2.—
Voor den apotheker	f 2.—

- 16 - Het maximum aantal verzekerden, dat ten name van één geneesheer mag worden ingeschreven, worde bepaald op 3500 zielen, ten name van één tandarts voorloopig op 12000 zielen.

Afwijking van het hier genoemde aantal van 3500 zielen kan worden toegestaan in verband met de plaatselijke gesteldheid of wegens den omvang van particuliere of andere praktijken van den betrokken geneeskundige.

- 17 - De contributie voor de leden behoort in verband met hun draagkracht verschillend te zijn in groote steden, kleine steden en op het platteland.

Verschil dient te worden gemaakt in de contributie tusschen volwassenen en kinderen beneden 17 jaar. De contributies van de leden zijn afhankelijk van plaatselijke en tijdelijke omstandigheden en van den omvang der hulp. Als regel overschrijde zij niet het bedrag, dat thans in groote plaatsen geheven wordt.

- 19 - De Commissie acht het noodzakelijk, dat zoowel het Rijk, de provincie en de gemeente, alsmede de Rijksverzekeringsbank ruime subsidies aan de ziekenfondsen verstrekken.

- 20 - De Commissie acht het noodzakelijk, dat in de Wet op de Ziekenverzorging de toetreding tot de ziekenfondsen voor alle arbeiders, die onder de Ziektewet zullen vallen, en hun gezinnen, verplichtend wordt gesteld.

- 21 - In verband met de voorgenomen reorganisatie der sociale verzekering, waarbij de kosten van de geneeskundige verzorging der lichte ongevallen ten laste van de ziekenfondsen worden gebracht, zal een bedrag aan de ziekenfondsen moeten worden verstrekt, als compensatie voor het meerdere werk, waarmede de fondsen en de daaraan verbonden geneesheeren, apothekers, enz. zullen worden belast."

In verschillende plaatsen bleven de welstandsgrens, de vrije artskenkeuze en de betalingswijze der deelnemers strijdvragen, waaromheen zich menige meer of minder uitgebreide ziekenfondsstrijd groepeerde.

Uit het Nederlandsch Verbond van Vakvereeningen, het Christelijk Nationaal Vakverbond, het R.K. Werkliedenverbond en de Landelijke Federatie werd in 1927 gevormd de *Algemeene Raad tot bevordering van het Ziekenfondswezen*. Hier gingen dus de politieke vakvereeningen zich direct bemoeien met de ziekenfondsen. Deze Algemeene Raad heeft de laatste paar jaren meerdere z.g. onderling beheerde ziekenfondsen opgericht, waarbij de artsen meestal in ambtelijk verband waren opgenomen. Hierbij bleek duidelijk de aanwezigheid in dezen Raad van politieke elementen, want vaak werden in den strijd politieke argumenten gebruikt.

Het R.K.W.V. is reeds na betrekkelijk korten tijd uit deze

combinatie getreden, terwijl einde 1933 ook het Christelijk Nationaal Vakverbond den band met den Algemeenen Raad heeft verbroken, waarmee aan haar bestaan praktisch een einde is gekomen.

In 1927 werden onderhandelingen gevoerd door het Roomsch-Katholiek Werklieden Verbond met de Ned. Mij. tot bevordering der Geneeskunst om een overeenkomst te sluiten, waarin als zwaartepunt voorkwam een clause, waardoor het aan de R.K. fondsen werd toegestaan als voorwaarde aan de deelnemende artsen te stellen „dat zij bij de behandeling der verzekerden steeds ernstig rekening zullen houden met de eischen der Katholieke moraal.”

Van verschillende zijden is dit punt door de geneeskundigen heftig bestreden. Bij de toelichting deelde het Hoofdbestuur mee (41), dat een zoodanig contract in overeenstemming was met den leiddraad van 1914, terwijl de artikelen daarvan betreffende de vrije toetreding der artsen geen bezwaar tegen deze redactie opleverden. Bovendien zou deze redactie vrijheid laten, er van af te wijken in die zeldzame gevallen waarin de door den geheelen geneeskundigen stand erkende medisch-ethische moraal, voortvloeiende uit het „*Salus aegroti suprema lex*”, die afwijking zou gebieden.

De oorspronkelijke eisch van het R.K.W.V. was, dat de geneesheer zich steeds naar de R.K.moraal zoude gedragen, doch na besprekingen met het H.B. was bovengenoemd voorstel het resultaat. De berechting der geschillen omtrent de uitlegging en uitvoering van deze clause werd opgedragen aan de rechtsprekende organen der Maatschappij.

Aangevoerd werd, dat de geneesheer volgens zijn medisch geweten moet handelen, en in geval zijn opvattingen anders zijn dan die van den patiënt, de zaak aan dezen uiteenzetten. De patiënt moet dan volgens zijn eigen moreele overtuiging beslissen.

Anderen daarentegen, o.a. Dr M. Niemeyer, voerden aan, dat zij deze clause opvatten als een bewijs van wantrouwen. H.i. is het een der eerste plichten van den geneesheer om reke-

ning te houden met de godsdienstige moraal van zijn patiënten. In de algemeene vergadering van 3 en 4 Juli 1928 te Utrecht was uit het voorstel de moraalclausule gelicht. Na een kleine amendeering werd dit voorstel aangenomen. Ook het R.K.W.V. accepteerde dit besluit (42) doch den 13 Maart 1930 werd door het R.K. K.W. W.V. besloten, dit mantelverdrag waarvan de voornaamste kern vervallen was, niet te teekenen.

Opnieuw kwam deze kwestie ter sprake in de Buitengewone Algemeene Vergadering der Ned. Mij. tot bevordering der Geneeskunst van 31 Mei en 1 Juni 1930, toen in verband met het sluiten van een contract met de R.K. ziekenfondsen. Na lange discussie werden de volgende punten aangenomen (43):

- „1 - Een ziekenfonds kan bij overeenkomst tusschen het *fonds* en de *verzekerden* bepalen, dat:
de verzekerde verplicht is, in de medische behandeling die hij ondergaat, de beginselen van de R.K.moraal te eerbiedigen.
- 2 - In een overeenkomst tusschen *ziekenfonds* en *Maatschappij* kan worden opgenomen de bepaling:
dat de deelnemende arts zich onthoude van adviezen of handelingen, waardoor de verzekerde objectief in strijd komt met zijn verplichtingen tegenover het ziekenfonds, of waardoor aan die verplichtingen wordt tekort gedaan.
- 3 - In het huishoudelijk reglement der Maatschappij worde aan *art. 21* toegevoegd een *derde lid*, luidende als volgt:
„Dit recht vervalt, indien de rechtspraak der Mij. zich heeft uitgesproken, dat een arts zich niet gehouden heeft aan de verplichtingen tegenover een ziekenfonds, ten opzichte van dat ziekenfonds.”

In dezelfde vergadering werd aangenomen een motie der afdeling Amsterdam (44):

„De A.V. enz. spreekt als haar gevoelen uit, dat de geneesheer moreel verplicht is, de godsdienstige gevoelens zijner patiënten te eerbiedigen, en gaat over tot de orde van den dag.”

Den laatsten tijd is gebleken uit diverse onderzoekingen,

dat de ziekenfondsen oneconomische werken. In verschillende plaatsen brengt de ziekenfondspraktijk den arts per ziel een grooter bedrag op dan de particuliere praktijk. Vooral bij het gebruik van geneesmiddelen is een zeer groot verschil te ontdekken. De breideling daarvan zal worden besproken in Hoofdstuk III bij de pharmaceutische hulp.

De geneesheer verricht een onevenredig groot aantal verrichtingen voor het ziekenfonds.

Van een enkele zijde is daartegen aanbevolen (45) een stelsel, waarbij de contributie teruggebracht wordt op ongeveer $\frac{2}{3}$, doch waarbij voor elk ziektegeval in een gezin een kaart gekocht moet worden van ongeveer f 0.50 en per medicament een vergoeding moet worden betaald van f 0.10. Op deze wijze meent schr. dat het aantal verrichtingen en wel speciaal het aantal medicamenten, dat gebruikt wordt, teruggebracht zal worden binnen redelijke grenzen. Daarnaast bepleit hij de mogelijkheid van den arts-vol-ambtenaar. Door het mindere werk zal z.i. het aantal patiënten per arts kunnen worden verhoogd en daardoor het inkomen op een behoorlijk peil gehandhaafd. De bezwaren tegen deze stellingen komen in Hoofdstuk III nader ter sprake.

HOOFDSTUK II

WETTELIJKE REGELINGEN

§ 1 - INLEIDING

Bij de beschouwing van de wetsvoorstellen en wetten, betreffende de voorzieningen bij ziekte en haar gevolgen, zullen wij verschillende punten dienen te onderscheiden. In de volgende paragrafen zullen wij bij de diverse wetsontwerpen de volgende punten achtereenvolgens nagaan:

- 1 - of de uitkeering van ziekingeld en de behandeling al of niet gescheiden zijn.
- 2 - de uitgebreidheid der geneeskundige hulp.
- 3 - de duur der geneeskundige hulp.
- 4 - of het mogelijk is, wanneer men ophoudt verzekerde te zijn in den zin der wet, verzekerd te blijven voor de geneeskundige behandeling.
- 5 - de bestuurssamenstelling.
- 6 - de welstandsgrens.
- 7 - of de verzekerden al dan niet vrij zijn in het kiezen van hun huisarts, de z.g. „vrije artsenkeuze”.
- 8 - de honoreering der geneeskundigen.
- 9 - scheiding of samenvoeging van behandeling en contrôle.

§ 2 - ONGEVALLENWET

In de eerste in ons land ingevoerde sociale verzekeringswet, de Ongevallenwet 1901, werd den verzekerde bij ongeschiktheid tot het verrichten van zijn gewone werk, een geldelijke uitkeering gewaarborgd (art. 20 O.W. 1901). Tevens werd gewaarborgd „als schadeloosstelling genees- en heilkundige behandeling of vergoeding daarvoor”, terwijl bij de herziening der wet in 1921 onder geneeskundige behandeling ook is begrepen het verstrekken van kunstmiddelen.

De geldelijke uitkeering en de behandeling zijn *niet gescheiden*, komen uit één fonds.

De wet betreft alleen ongevallen, in verband met de uitoefening van het bedrijf, terwijl later eenige uitbreiding is gekomen met enkele aandoeningen, die niet onder het dagelijksche begrip „ongeval” te brengen zijn, als tendo-vaginitis, bevroezing, zonnesteek, blaar e.d.

De geneeskundige behandeling omvat de geheele behandeling noodig voor het herstel en tot aan het herstel of het bereiken van een z.g. blijvenden toestand van invaliditeit. Bij de behandeling der wet werd dit gemotiveerd met de opmerking, dat de Rijksverzekeringsbank belang heeft bij een snelle genezing en daarom invloed moest kunnen uitoefenen op de behandeling.

Ten tijde der invoering van deze wet (1903) was het ziekenfondswezen lang niet zoo ontwikkeld als heden ten dage. Met name de specialistische hulpverlening was nog zeer onvoldoende geregeld. Het was dus begrijpelijk, dat een speciale regeling werd gemaakt. Wel merkwaardig is op te merken, dat bij de besprekingen in de geneeskundige pers door verscheidene geneesheeren bezwaar werd gemaakt tegen het honoreeren van de behandeling van ongevalsletsels bij hun ziekenfondspatiënten. H.i. was dit een dubbele betaling — ergo onjuist.

De wet kent *geen welstandsgrens*. Wel wordt thans voor de berekening van de geldelijke uitkeering het dagloon voor het gedeelte boven *f* 8.— niet in aanmerking genomen, maar voor de geneeskundige behandeling geldt geen enkele beperking. De verzekerden zijn *vrij* in het kiezen van hun behandelend geneesheer.

De geneeskundigen worden gehonoreerd volgens een door de R.V.B. vastgesteld tarief. (Besluit van 3 September 1921 S. 1043 ex art. 14¹ der O.W. 1921). Dit tarief bepaalt de vergoeding per verrichting.

Tijdens de behandeling wordt de *contrôle* hoofdzakelijk uitgeoefend door *contrôleerend* geneeskundigen, gedeeltelijk door het invullen van vragenlijsten door de behandelende geneesheeren. Bij deze regeling hebben zich verschillende moeilijkheden voorgedaan. De *contrôle* eischt een vrij groot aantal ambtenaren, die elk een uitgebreid rayon moeten overzien.

Het bedrag aan reiskosten van deze contrôleerend-geneeskundigen en van de door hen opgeroepen getroffen en is vrij aanzienlijk. Ook bestaat het gevaar, dat geneeskundigen te vele of wel onnoodige verrichtingen zullen doen, waardoor de kosten onnoodig hoog worden opgedreven (Verschillende voorbeelden hiervan zijn bekend).

Een ander bezwaar is, dat de verzekerde met slechts een kleine wond, een foutieve voorstelling krijgt van de belangrijkheid van dit letsel door de officieele instanties, die er aan te pas komen.

Het ontbreken van een welstandsgrens brengt in de praktijk het bezwaar mee, dat de hoogere ambtenaren in verzekeringsplichtige bedrijven (met hoogere inkomens), geholpen moeten worden voor bedragen, vastgelegd voor de behandeling van de niet-draagkrachtigen, de arbeiders.

§ 3 - ONTWERP ZIEKTEVERZEKERINGSWET 1905

In 1904 werd door Minister Dr A. Kuyper een ziekteverzekeringwet voorbereid, die als Ontwerp Ziekteverzekeringwet 1905 de Kamers bereikte.

Als *doel* vinden we in de Memorie van Toelichting het beginsel genoemd, dat „degene, wiens financieele omstandigheden niet van dien aard zijn, dat hij, ingeval hij zelf of een lid van zijn gezin ziek wordt, zonder bezwaar de vereischte deskundige hulp kan verschaffen en desnoods gedurende eenigen tijd zijn arbeidsinkomsten kan missen, zich zooveel mogelijk door verzekering tegen de geldelijke gevolgen van ziekte, behoort te dekken.”

De uitwerking blijft hierbij echter niet onbelangrijk ten achter. Volgens den Minister zou de inning der premies bij losse arbeiders en kleine zelfstandigen moeilijkheden opleveren, omdat $\frac{1}{3}$ der premie door den werkgever moest worden betaald. Daarom werd door hem de verzekering beperkt tot de arbeiders, die in *vasten loondienst* zijn. De verzekering omvatte den verplicht verzekerde en zijn gezin, waaronder begrepen waren de echtgenoot, inwonende kinderen beneden een vast te stellen leeftijd (waarvoor genoemd werd 16 of 18 jaar) en inwonende bloed- of aanverwanten boven 65 jaar.

Nadrukkelijk werden *uitgesloten* de *verminkten* en zij, die lijdende waren aan een *chronische ziekte*, niet alleen, wanneer bij het begin van de verzekering deze toestand werd gevonden, maar, wanneer één der gezinsleden in een zoodanigen toestand kwam te verkeeren, werd hij of zij uit de verzekering gestooten.

De *uitkeering* was drieledig en bedroeg:

- 1° - een ziekingeld gedurende ten hoogste 180 dagen.
- 2° - genees- en heilkundige behandeling *gedurende ten hoogste 180 dagen*.
- 3° - een uitkeering bij overlijden, z.g. begrafenisgelden.

Volgens het ontwerp zouden de kassen *bestuurd* worden door een ambtenaar, werkend onder een Raad van Toezicht. Deze laatste zou half uit werkgevers en half uit verzekerden bestaan, met een onafhankelijken voorzitter.

In het nadere ontwerp werd bepaald, dat in den Raad van Toezicht zoo mogelijk een arts en een apotheker moesten zitting hebben.

Over het voorontwerp was door den Minister op zeer korten termijn een advies van de Ned. Mij tot bevordering der Geneeskunst gevraagd. Hierin werden enkele *grote bezwaren* genoemd.

In de eerste plaats gingen de verzekerden wat betreft de onder 2 en 3 genoemde schadeloosstellingen belangrijk achteruit. De reden hiervan werd gevonden in het ontbreken van scheiding, administratief en financieel, tusschen deze drie verzekeringen, n.l. voor arbeidsongeschiktheid door ziekte, geneeskundige behandeling en begrafenis. Het grootste bezwaar was wel de *beperking van de geneeskundige behandeling tot 180 dagen*. Waar moesten de zieken dan heen gaan? Geen enkel der nog overgebleven ziekenfondsen zou toch zieken op kunnen of willen nemen. En als particulier patiënt konden zij hun geneesheer verder ook niet betalen; juist, wanneer door den langen duur der ziekte, de financieele toestand van het gezin *précair* werd, kwamen de lasten van de geneeskundige verzorging *rigoureuus* op hen te rusten.

Als tweede bezwaar werd aangevoerd, dat, wanneer er in zoo'n gezin een *chronisch zieke* kwam, dus een, die juist hulp

noodig had, deze werd uitgeschakeld. Ook hier klemde de vraag, waarheen de patiënt zich dan om hulp moest wenden.

Ten derde eindelijk werd gewezen op het *vastkoppelen van de verzekering van het gezin aan die van den arbeider*. Wanneer deze door werkloosheid, chronisch ziek worden of uit loondienst gaan buiten de verzekering kwam te vallen, was het geheele gezin onverzekerd. Het gedeelte der premiën, dat gediend had voor de verzekering van het begrafenisgeld, was dan verloren. Ook die gedeelten, die men rekenen mocht voor de geneeskundige behandeling, voor zooverre daar wachttijd noodig was (b.v. voor verloskundige hulp) was men kwijt. Het zou wel zeer bezwaarlijk zijn zich dan op de vrije markt te verzekeren. Voor een gelijkwaardige begrafenisverzekering zou de premie veel te hoog worden in verband met den hoogen aanvangsleeftijd.

Wel had de Minister de gelegenheid opengelaten, zich vrijwillig te verzekeren, maar door de samenvoeging in één premie bleef men dan betalen voor ziekengeld, dat niet uitgekeerd werd. Bovendien verviel daarbij dan de bepaling, dat de werkgever $\frac{1}{3}$ der premie betaalde. De financiële toestand van het gezin werd minder, en de premie zou anderhalf maal zoo hoog worden.

Wanneer de verzekeringsplichtige overleed, kon het overblijvende gezin op geen enkele wijze verzekerd blijven!

Als een verder bezwaar werd aangevoerd, dat niets was bepaald omtrent rechtspositie en honoreering der geneeskundigen, evenmin als over de vrije artskenkeuze. De toenmalige fondstoestanden deden vreezen, dat de positie der geneeskundigen groot gevaar zou loopen, ten koste van een goede geneeskundige behandeling.

Het opnemen van de geneeskundige hulp in de wet werd door den Minister verdedigd met een beroep op het kleine getal der verzekerden in de ziekenfondsen en op de klachten, die met betrekking tot het ziekenfondswezen waren geuit. Deze argumenten mogen in dien tijd hun waarde hebben gehad, toch sloot dit geenszins in de noodzaak van het vastkoppelen, administratief en financieel, van de geldelijke uitkeering aan de geneeskundige behandeling.

§ 4 - ONTWERP ZIEKTEVERZEKERINGSWET 1907

Het ontwerp-Kuyper werd door het volgend Ministerie ingetrokken en in de plaats hiervan kwam het Ontwerp Ziekteverzekeringwet 1907 van Minister Mr J. D. Veegens.

De *doelstelling* van dit ontwerp was vrijwel ongewijzigd en ook de *categorie* personen, waarover het ontwerp zich ontfermde, onderging geen verandering. Ook nu weer betrof de wet alleen de vaste werklieden. De uitkeering bij overlijden was uit het ontwerp geschrapt.

Een kenmerkend *verschil* tusschen dezen Minister en zijn voorganger was alleen, dat deze de bijzondere ziekenkas (voortgekomen uit het particulier initiatief) als regel wenschte, terwijl zijn voorganger de bijzondere kas alleen als uitzondering toeliet.

Ook tegen dit ontwerp waren verschillende *bezwaren* aan te voeren. De enquête der Ned. Mij tot bevordering der Geneeskunst (34), in het vorige hoofdstuk reeds grootendeels behandeld, had geleerd, dat 80 % der ziekenfondsen zich uitsluitend met de behandeling bezig hield, dus zuivere ziekenfondsen vormde, terwijl slechts 20 % tevens uitkeering van geld waarborgde. Van de 1946 ondersteuningsfondsen, die er in ons land waren, zorgden slechts 128, d.i. 6.5 %, ook voor de geneeskundige behandeling. De organisaties, uit het particulier initiatief voortgekomen, hadden dus in de praktijk duidelijk stelling genomen voor het gescheiden houden van ziekgelduitkeering en behandeling. Het was te verwachten, dat er groote bezwaren zouden rijzen, wanneer de wet de samen koppeling ging eischen. Een dergelijke omzwaai in hun ontwikkeling zou vaak onmogelijk blijken en het doel van den Minister, bijzondere ziekenkassen als hoofduitvoerders der wet, niet verwezenlijkt worden.

De Plaatselijke Commissie van Geneeskundig Onderzoek en Toezicht te Amsterdam, die in 1842 haar rapport uitbracht (18), alsmede de schrijvers der genoemde brochure van 1846 "Is eene hervorming der ziekenbussen noodzakelijk en uitvoerbaar?" hadden reeds gewezen op het ongewenschte van samenvoeging van deze twee verzekeringen. Ware er een goede scheiding tusschen het fonds van uitkeering en het

fonds van behandeling geweest, dan zou het mogelijk zijn geweest, dat de niet-vaste werklieden, weduwen van verzekeringsplichtigen en vele economisch zwakken zich althans van geneeskundige hulp hadden kunnen verzekeren.

Zoowel volgens het ontwerp-Kuyper als volgens het ontwerp-Veegens zou de geneeskundige verzorging der minvermogende zieken in belangrijke mate achteruit gaan. Een zeer groot aantal viel buiten de bepalingen der wet en voor hen zou om de boven geschetste redenen de toestand zeer verminderen.

Bovendien werd van medische zijde opgemerkt, dat, wanneer men de premie vergeleek met de premie van het reeds sedert 1846 bestaande en goed ingerichte ziekenfonds A.Z.A., deze zeker te laag zou blijken. De ervaring in Duitschland had geleerd, dat met het verzekerd zijn het aantal ziektedagen niet onbelangrijk toenam. Daar geen scheiding tusschen de kassen werd gemaakt, zou waarschijnlijk getracht worden te bezuinigen op de uitgaven voor behandeling, dus men zou aandringen op het voorschrijven van zeer goedkoope medicamenten en zouden de honoraria op den duur sterk worden gedrukt.

In Duitschland was in 1903 de toestand reeds zóó slecht, dat per „Einzelleistung” een bedrag beschikbaar was, dat varieerde van 15 tot 4 Pfennigen!

Ook dit wetsontwerp werd niet tot wet verheven.

§ 5 - ONTWERP ZIEKTEWET TALMA

In 1910 diende Minister Talma een drietal wets-ontwerpen in: de Radenwet, de Ziektewet en de Invaliditeitswet.

De Radenwet regelde slechts de uitvoering van wettelijke regelingen betreffende den arbeid door een 80-tal Raden van Arbeid, waarop een vijftal Verzekeringsraden toezicht zouden houden.

De Invaliditeitswet regelde de geldelijke uitkeering bij blijvende invaliditeit na een tijdsverloop van 6 maanden en bij ouderdom.

De Ziektewet regelde alleen de uitkeering van ziekengeld, maar stelde daarbij den eisch, dat de arbeiders zich zouden

voorzien van geneeskundige hulp. Voor deze voorziening eischte de Minister, dat de arbeiders lid zouden zijn van een *erkend ziekenfonds*, terwijl de geneeskundige hulp ook verleend mocht worden door geneeskundigen, mits deze niet verbonden waren aan een niet erkend ziekenfonds. Hierdoor werden de niet-erkende fondsen op afdoende manier uitgesloten.

Deze bepaling werd in de definitieve Wet van 1913 gewijzigd. Er werd bepaald, dat geen ziekgeld verschuldigd was „indien verzekerde noch is ingeschreven in een toegelaten ziekenfonds, noch aantoon, dat hij geneeskundige hulp kan krijgen; als geneeskundige hulp wordt niet beschouwd die, welke den verzekerde wordt gewaarborgd door een niet toegelaten ziekenfonds.”

Verzekerd waren *die arbeiders*, wier dienstbetrekking minstens vier dagen duurde en wier dagloon minder bedroeg dan een bij Algemeenen Maatregel van Bestuur voor iederen Raad van Arbeid vast te stellen bedrag. In het Ontwerp-Radenwet werden deze bedragen besproken en meegedeeld, dat zij zouden variëren van *f* 750.— tot *f* 1560.— per jaar.

De scheiding van ziekgelduitkeering en ziekenfonds werd door den Minister aldus gemotiveerd, dat de voorziening in beide verzekeringen uit één kas bezwaar oplevert en daardoor een samenvatting van beide verzekeringen schadelijke gevolgen zou hebben. Tevens was zijn oordeel, dat voor de geneeskundige behandeling geheel andere regelen moesten worden gesteld dan voor de ziekgelduitkeering en dat ook de leiding bij beide verzekeringen verschillend georganiseerd moest zijn. Daarin kwam zijn oordeel dus overeen met dat der geneeskundigen.

Toch was de scheiding tusschen ziekenkas en ziekenfonds niet volledig. De *welstandsgrens* voor beide was *gelijk*. Hierin ligt een onjuistheid. Bij de ziekenkas is de welstandsgrens niet noodig, tenzij een bijdrage uit 's Rijks kas gegeven wordt: de premie is evenredig aan het uit te keeren ziekgeld. Bij het ziekenfonds behoort de grens daar te liggen, waar het inkomen onvoldoende wordt om buiten de ziekenfondsen om voor geneeskundige hulp te zorgen. Vandaar ook, dat in het

ziekenfonds deze grens voor gezinnen en alleenstaande personen verschillend is. In 1912 kwam de Minister aan deze grief tegemoet en nam in zijn ontwerp op een *aparte welstandsgrens* voor de ziekenfondsen.

Bij de eischen, waaraan een ziekenfonds zal moeten voldoen om erkend te worden, vinden we niet de „georganiseerde vrije artsenkeuze”. Wel was de Minister voorstander hiervan, „omdat daarbij de belangen van den verzekerde en van een goede verhouding tusschen fondsbesturen en geneeskundigen het best tot hun recht komen”, maar hij formuleerde slechts den eisch van „zoo mogelijk ten minste twee” geneeskundigen aan het fonds te verbinden. In de algemeene vergadering en in het bestuur werd alleen de „aanwezigheid” van geneeskundigen en apothekers voorgeschreven. Er werd dus een groote vrijheid gelaten aan de ziekenfondsen in deze opzichten.

Bij de behandeling in de Kamer kwam de Commissie van Voorbereiding met bezwaren tegen het niet opnemen van de geneeskundige behandeling in de Wet. Beperking van de verzekering tot een ziekengelduitkeering was, volgens de Commissie niet in het belang der ziekenkassen.

„Hoe eerder de behandeling tot genezing voert, te korter zal de ziekengelduitkeering duren.” Dezelfde commissie merkt op, dat een *ziekenkas* aan den geneesheer van het *ziekenfonds* bezwaarlijk kan vragen of de arbeider weer in staat is te werken! (een meening, die, helaas, thans bij verschillende organen van de sociale verzekering verre te zoeken is!) Doch dan zouden contrôleerend geneeskundigen moeten worden aangesteld. Tusschen deze en de behandelende geneesheeren voorziet de Commissie botsingen. Bij een combinatie zouden bovendien krachtige kassen gevormd worden, die, evenals in Duitschland, in staat zouden zijn veel te doen ter voorkoming van ziekte en ter bespoediging van het herstel. Bij scheiding van de kassen zouden, volgens de Commissie, de kassen geen maatregelen nemen, die h.i. voornamelijk aan de ziekenfondsen ten goede komen.

De Minister gaf daarop m.i. het juiste antwoord:

„Een wettelijke regeling, die aan arbeiders een uitkeering

bij ziekte verzekert, beweegt zich op het terrein van specifiek arbeidersbelang, staat in verband met den aard der arbeids-overeenkomst.

De geneeskundige behandeling daarentegen, zoowel wat hare regeling betreft, als de verzekering daarvan, behoort tot een geheel ander terrein. Terwijl dan ook een overgroot aantal ziekenkassen, bedoelende uitkeering, arbeiderskassen zijn, zijn, afgezien van de ondernemersfondsen, de meest bekende ziekenfondsen, bedoelende ziektebehandeling met of zonder uitkeering, fondsen met wier lidmaatschap het al of niet arbeider zijn niets te maken heeft. *Het belang der geneeskundige behandeling kan dan ook niet goed worden behartigd binnen den kring der arbeiders.* Het ziekenfondswezen is niet een arbeiderszaak, maar de zaak van een groote groep der bevolking, waarvan het inkomen niet dragen kan het risico der wisselende dokters- en apothekersrekening. . . . Indien de medicus bezwaar maakt tegen het geven van verklaringen omtrent de validiteit van zijn patiënt, maakt het toch wel niet veel verschil, of hij medicus is van een ziekenfonds, dat niet uitkeert, dan wel van een, dat wél uitkeert. De wetgeving berust op gronden, die daarmee niets te maken hebben."

De Heer Duys daarentegen vergeleek een ziekteverzekering zonder geneeskundige behandeling met hapepeper zonder haas.

Het Roomsch Katholiek Werklieden Verbond had indertijd zelf op splitsing aangedrongen. De Vrijzinnig-Democraten, bij monde van den Heer Treub, legden den nadruk op het algemeen belang, dat eischte het bevorderen der volksgezondheid, het bestrijden van besmettelijke ziekten en ook het bevorderen, dat de zieke arbeiders behoorlijk behandeld worden. Voorts verwees hij naar Duitschland en Oostenrijk. Zooals de Heer Treub dit zeide, was het volkomen juist. Daaruit volgt echter nog niet, dat nu de ziekenkassen tevens de behandeling moeten verstrekken, hoogstens, dat gezorgd moet worden, dat de arbeiders een goede behandeling krijgen bij ziekte.

De Heer Tydeman (Liberaal) verdedigde de stelling dat

alleen bij combinatie van behandeling en contrôle de lijntrekkerij kon worden tegengegaan. Dit werd reeds toen door de geneeskundigen bestreden en in het Rapport van de Commissie tot onderzoek van de Contrôle bij de Ziekenkassen in Duitschland van 1929 (46) blijkt deze van dezelfde meening te zijn.

Dit wetsontwerp-Ziektewet werd den 25 April 1913 aangenomen door de 2e Kamer en 3 Juni d.a.v. door de 1e Kamer. Op 5 Juni 1913 verschenen in het Staatsblad de Ziektewet, Invaliditeitswet en Radenwet. Het in werking treden dezer wetten liet nog jaren op zich wachten. De Radenwet kwam, na gewijzigd te zijn, begin Maart 1919 in werking, de Invaliditeitswet, tweemaal gewijzigd, den 3en December 1919, de Ziektewet, na twee wijzigingen, eerst 1 Maart 1930!

§ 6 - ZIEKTEWET 1913

Deze wijzigingen brachten vrij groote veranderingen aan. In de eerste plaats werden de eischen, die aan de ziekenfondsen zouden worden gesteld, uit de wet verwijderd. Deze zullen worden vastgelegd in een speciale Ziekenfondswet. Verder werden, mede door de wijziging der Radenwet, de ziekenkassen van de Raden van Arbeid teruggebracht van het eerste plan naar de functie van aanvullings-organen, alleen bestemd voor wat niet door het particulier initiatief wordt opgevangen.

Slechts enkele artikelen hebben meer betrekking op de geneeskundige verzorging en wel:

art. 48, dat eischt, dat de arbeider-verzekerde lid is van een erkend of toegelaten ziekenfonds, en

art. 50 d. waarin gedreigd wordt met intrekking van ziekengeld, wanneer de patiënt de voorschriften van den behandelend geneesheer niet opvolgt.

In verband met dit laatste artikel zijn hier en daar moeilijkheden gerezen, daar art. 50 g. een dergelijke verplichting oplegt t.a.v. de door den Minister goed te keuren contrôle-voorschriften.

In verschillende, door Z.Exc. goedgekeurde contrôle-voorschriften, wordt nu geëischt het opvolgen van de voorschriften

van den contrôleerend geneesheer, terwijl niet bepaald is, *dat deze de contrôle moeten betreffen en niet de behandeling.*

§ 7 - ONTWERPEN TREUB 1915/16

Toen Mr M. W. F. Treub, die, zooals we boven zagen, nog al bezwaren had tegen de aangenomen Ziektewet, minister werd, was te verwachten, dat hij met wijzigingsplannen zou komen. In de zitting 1915/1916 diende hij in Ontwerpen Organisatiewet, wijziging der Ziektewet en wijziging der Invaliditeitswet.

Zeer logisch werd in het Ontwerp Organisatiewet samengevoegd de verzekering van ziekgeld, invaliditeits-uitkering en uitkeering na ongevallen. Deze werden echter weer *gekoppeld* aan de geneeskundige behandeling.

De Minister stelde voor bijna uitsluitend overheids-organen, de *kring- en districtsfondsen* en daarnaast de bijzondere lichamen. Door het tweeslachtig karakter van uitkeering-verzekerend orgaan en behandeling-gevend fonds werden de besturen gevormd door verzekerden-arbeiders, werkgevers, geneesheeren en apothekers. De districtsfondsen zouden herverzekeringen sluiten en tevens toezicht uitoefenen, terwijl ook de Raden van Toezicht hiermee belast waren. Boven een zekere *welstandsgrens* werd geen *behandeling* meer verstrekt. *Premies voor gelduitkeering en behandeling zouden afzonderlijk worden vastgesteld.* De geneeskundige voorziening omvatte verplicht de genees- en heilkundige behandeling, en zoo mogelijk oor-, neus- en keelziekten, oogziekten en vrouwenziekten en verder facultatief alle mogelijke onderdeelen der genees-, heel- en verloskunde, verpleging en ziekenhuisbehandeling, *zonder beperking van den duur.*

Ingevoerd zou worden de *beperkte vrije artsenkeuze.*

De honoreering was geregeld als een soort sluitpost, n.l. een bepaald percentage der premie, waarvan eerst afgetrokken werden bijzondere vergoedingen voor verrichtingen, die niet tot de gewone geneeskundige behandeling behooren. Minima werden niet vastgesteld.

Als bijzondere fondsen konden worden toegelaten o.a. zui-

vere ziekenfondsen, echter alleen op voorwaarde, dat de meerderheid in het bestuur door verzekerden werd gevormd en dat wijziging van statuten of huishoudelijk reglement alleen door de verzekerden kon geschieden.

De samenvoeging van de verzekering van geld-uitkeering en behandeling maakte de positie der geneeskundigen aan de fondsen tot een zeer ondergeschikte met een te geringe vertegenwoordiging in het bestuur.

De mogelijkheid, in 1913 door de geneeskundigen voorzien en sedert een enkele maal reeds toegepast, door contracten met de Ned. Mij ter bevordering der Geneeskunst de geneeskundige behandeling aan hare afdelingsfondsen over te dragen, ontbrak hier. De eischen, door den Minister gesteld aan de bijzondere ziekenfondsen, maakten een toelating der Maatschappijfondsen onmogelijk.

Bij de indiening van dit ontwerp zeide de Minister, dat de geneeskundigen onwillig waren om aan de uitvoering der Ziektewet Talma mede te werken. Dat was echter onjuist. De geneeskundigen betreurden de ongebonden vrijheid, die door deze wet aan de ziekenfondsen werd gelaten, maar zij hadden in 1912 en 1913 hunne Algemeene Afdelingsfondsen voorbereid, die voldeden aan de eischen der wet en tevens aan de eischen, die de geneeskundigen meenden aan een goed ziekenfonds te moeten stellen. Van tegenwerking was geen sprake. Medewerking aan het ontwerp-Treub was voor de geneeskundigen echter onmogelijk. H.i. zouden hier de belangen der Volksgezondheid en van de geneeskundigen in het gedrang komen.

Door den val van het Ministerie kwamen deze ontwerpen niet in openbare behandeling. Zij werden door het volgend Ministerie ingetrokken.

§ 8 - STAATSCOMMISSIE ZIEKENVERZORGING

Bij K.B. van 11 Juni 1919 No. 65 werd ingesteld een Staatscommissie „tot het uitbrengen van advies aangaande de meest wenschelijke wijze, waarop de ziekenverzorging van arbeiders en van in economisch opzicht met arbeiders gelijkstaanden, al of niet in aansluiting aan de bij de

Ziektewet geregelde ziekteverzekering zal plaats hebben.”

Naar aanleiding van een 12-tal vraagpunten bracht de Commissie met bijzonderen spoed op 12 Februari 1920 haar rapport uit. De Commissie zag af van het verzamelen van nieuwe gegevens over de ziekenfondsen, daar volgens haar het rapport der Ned. Mij. tot bevordering der Geneeskunst van 1908 „nog zijne beteekenis grootendeels geacht mocht worden te behouden” en verdere gegevens te vinden zijn in het Rapport van 1912 van de Directie van den Arbeid over de bestaande fondsen tot ondersteuning van arbeiders bij ziekte. Het resultaat van haar arbeid was een Ontwerp van Wet met Memorie van Toelichting.

In de inleidende beschouwingen zegt de Commissie, dat het haar niet gelukt is een welstandsgrens naar beneden vast te stellen. Toch zou het h.i. noodig zijn: „Geneeskundige armenverzorging stelt andere eischen dan de geneeskundige verzorging van gewone fondsleden. Armlastigen zullen ook te eer in een ziekenhuis moeten worden opgenomen.”

In overeenstemming met de woorden van den Minister Mr P. J. M. Aalberse, die meende, voor de geneeskundige verzorging een subsidie in uitzicht te mogen en moeten stellen van \pm f 10.000.000.— werden de kosten berekend voor een geschat aantal van 4.000.000 fondsleden:

- 1° - een bijdrage in de administratiekosten van f 1.— per ziel per jaar (d.i. de volledige kosten bij A.Z.A.) f 4.000.000.—,
- 2° - tegemoetkoming in de kosten van bijzondere behandeling,
- 3° - tegemoetkoming in de kosten van verpleging in ziekeninrichtingen,
- 4° - tegemoetkoming aan ziekeninrichtingen voor verbouw en uitbreidingen.

In het wetsontwerp, zooals de Commissie dit projecteerde, werd vastgelegd:

in de artt. 4 en 5, dat het ziekenfonds niet als winstgevend bedrijf mocht worden gehouden;

in art. 5, dat, als de eigenaar (vlg. art. 1 moet dit een rechtspersoonlijkheid bezittende instelling zijn) failliet gaat, de toelating vervalt;

in art. 9, dat de geneeskundige hulp, welke zoo deugdelijk

en zoo ruim mogelijk behoort te zijn, moet voldoen aan de door de Kroon te stellen eischen en worden verleend, zoolang de ziekte duurt, onverschillig welke de oorzaak daarvan zij, en het lidmaatschap van het fonds niet wordt verloren.

In de toelichting bij dit artikel staat te lezen: „Ten aanzien van den omvang van de geneeskundige hulp werd in het algemeene deel der toelichting reeds het een en ander opgemerkt. Ook de reden, waarom de regeling aan een Algemeenen Maatregel van Bestuur wordt overgelaten, wordt daar vermeld. Het ligt in de bedoeling voor te schrijven, dat deze hulp moet omvatten:

- 1° - hulp door huisartsen op hun spreekuur of ten huize van de verzekerden,
- 2° - hulp door specialisten op hun spreekuur of ten huize van de verzekerden,
- 3° - chirurgische en conserveerende tandheelkundige behandeling door tandartsen,
- 4° - verloskundige hulp door vroedvrouwen en in buitengewone gevallen door artsen,
- 5° - genees- en verbandmiddelen,
- 6° - brillen, breukbanden en verdere instrumenten, apparaten en verplegingsartikelen, die kunnen dienen tot voorkoming, behandeling of genezing van ziekten en gebreken,
- 7° - verpleging in ziekenhuizen,
- 8° - verpleging in sanatoria,
- 9° - wijkverpleging.”

in art. 10, dat de verzekerde geen recht heeft op hulp bij ziekte binnen 14 dagen of bevalling binnen 6 maanden, tenzij de verzekerde overkomt uit een ander fonds, de ziekte plotseling is ontstaan of de bevalling ontijdig is;

in art. 11, dat de welstandsgrens door de Kroon wordt bepaald, en dat alleen geheele gezinnen worden opgenomen, terwijl het ziekenfonds slechts in twee gevallen een verzekerde, die beneden den welstandsgrens valt, mag weigeren, n.l.

- a - bij een ondernemingsfonds zij, die niet tot de onderneming behoren,
- b - zij, die hun verplichtingen niet zijn nagekomen;

art 12 zegt, dat het fonds „zorgt, dat een voldoende aantal geneeskundigen en apothekers aan het fonds verbonden zijn,” terwijl ieder te goeder naam en faam bekend staand geneeskundige het recht heeft zich aan het fonds te verbinden. De verzekerden hebben de vrije keuze hieruit;

in art. 13: Er zal zijn een maximaal aantal ingeschrevenen per arts;

in art. 14: De Kroon bepaalt het minimum honorarium van de geneeskundigen, dat wordt berekend per ziel per jaar, terwijl de specialistische behandeling per verrichting wordt gehonoreerd. Als uitzondering kan in bijzondere gevallen een andere wijze van vergoeding worden toegestaan;

art. 21 legt vast, dat de inkomsten van het fonds uitsluitend aangewend mogen worden ten behoeve van de geneeskundige hulp en daarmee verband houdende zaken, het beheer van het fonds en stortingen in het reservefonds. Ook wordt bepaald, dat de betalingen voor aan het fonds bewezen diensten het bedrag eener redelijke vergoeding niet te boven mogen gaan.

art 31 eindelijk scheidt de mogelijkheid om fondsen van gemeentewege op te richten, naar aanwijzingen der Kroon.

In de Memorie van Toelichting, die de Commissie daarbij gaf, vinden we verschillende duidelijke uitspraken.

Zoo in § 2: „In de eerste plaats is het lidmaatschap van een ziekenfonds van het overgrootste deel der Nederlandsche bevolking een gewoonte, slechts weinigen, die de premie kunnen betalen, zijn geen lid van een fonds. Waar de zeden van een volk in de goede richting wijzen, kan de Staat zich van het opleggen eener verplichting onthouden. Daarbij komt, dat de overheid wel verplichten kan, lid te worden van een fonds en premie te betalen, doch zij kan niet verplichten om bij ziekte zich van medische hulp te voorzien. Vervolgens geldt voor de vaste arbeiders de indirecte dwang uit de Ziektewet (art. 43)”;

en in § 4: „... niet ten onrechte wordt er van geneeskundige zijde op gewezen, dat besturen van dergelijke fondsen (die in één fonds samenkoppelen geneeskundige verzorging en

geldelijke uitkeering) gedreven worden in de richting van bezuiniging op de geneeskundige behandeling, hetgeen veelal neerkomt op beknibbeling van de toch reeds karige honoreering van artsen en apothekers. Beide zaken behooren volstrekt gescheiden te zijn."

Ook § 9: „De strijd welke jaren lang in ons land bestaan heeft tusschen doktoren en fondsen, zal, naar met grond gehoopt mag worden, door de invoering van de onderhavige wettelijke regeling voor goed beëindigd worden. Aan dien strijd toch was ook een materiele kant. De geneesheeren streden mede voor een goede bezoldiging en een goede rechtspositie.

Het onderhavige ontwerp waakt, zooals gezegd, voor de belangen van allen, die bij het fonds betrokken zijn, derhalve ook voor die van de geneesheeren, apothekers, enz. Wanneer nu eischen, welke het ontwerp stelt en krachtens de te nemen wettelijke voorschriften nog gesteld kunnen worden, voldoende waarborgen geven voor een behoorlijke rechtspositie en uitzicht geven op een bezoldiging, welke voor de gepraeesteerde werkzaamheden voldoende geacht kan worden, dan mag met grond verwacht worden, dat de doktoren de hun door de fondsen en ziekeninrichtingen opgedragen taak, ook naar behooren zullen uitvoeren en aan een behoorlijke ziekenverzorging tot heil van het Nederlandsche volk blijven medewerken.

Wordt de onderhavige regeling wet, dan behoort de regeling, welke thans in de Ziektewet voorkomt ten aanzien van de erkende fondsen, daaruit te vervallen."

§ 9 - ONTWERP ZIEKTEVERZORGINGSWET AALBERSE

Het ontwerp der Commissie werd door Minister Mr P. J. M. Aalberse, vrijwel ongewijzigd als ontwerp „Regeling der Ziekenverzorging" in 1920 ingediend. Hierbij overwoog de Minister dat „het in het belang der volksgezondheid wenschelijk is, wettelijke bepalingen vast te stellen tot regeling van de ziekenverzorging van personen met een inkomen beneden een bepaald bedrag, alsmede van de voorwaarden, waaronder van Rijkswegen aan

die ziekenverzorging geldelijken steun zal worden verleend."

Deze regeling moest omvatten „allen, wier economische positie van dien aard is, dat zij de lasten, welke een behoorlijke verzorging medebrengt, niet of niet geheel uit eigen middelen kunnen dragen, d.w.z. zij moet omvatten een ieder, die niet in staat is, zich een behoorlijke geneeskundige verzorging te verschaffen."

Daarom kan ook deze regeling niet worden opgenomen in een ziektewet, omdat deze zich tot de arbeiders bepaalt. Anderzijds regelt het ontwerp alleen de verzorging van den zieken mensch, dus niet de voorkoming van ziekten.

Ten einde de omvang der geneeskundige verzorging te kunnen vastleggen, als in artikel 9 van het door de Commissie gegeven ontwerp was genoemd, zouden aan de ziekenfondsen bijdragen worden toegekend uit 's Rijks kas en wel:

- 1° - een bijdrage ter tegemoetkoming in de administratiekosten en de kosten van bijzondere geneeskundige behandeling;
- 2° - een bijdrage ter tegemoetkoming in de kosten van verpleging in ziekeninrichtingen;
- 3° - een bijzondere bijdrage in de kosten van oprichting van nieuwe fondsen.

Ook § 4 der Memorie van Toelichting, overeenkomend met het ontwerp der Commissie (zie blz. 82) is hier van belang.

Op 31 October 1920 belegde de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst een buitengewone algemeene vergadering (47) over dit ontwerp, waarin als voornaamste punten besproken werden: *de verplichte verzekering, het bestuur, het toezicht en de financiën.*

Bij het vraagpunt der *verplichting* werd erop gewezen, dat men alleen art. 43, van de Ziektewet zou kunnen hanteeren als stok achter de deur voor de vaste arbeiders.

De vergadering besprak de wenschelijkheid van een *Commissie van Toezicht* met uitvoerende macht, boven de ziekenfondsen staande, waarin de Ned. Mij tot bevordering der Geneeskunst, de Mij tot bevordering der Pharmacie en andere

vertegenwoordigd zouden kunnen zijn. Ook werd teleurstelling uitgesproken over het feit, dat de specialisten niet met name genoemd waren bij de samenstelling van het bestuur en de algemeene vergadering.

Bezwaren werden gehoord tegen het feit, dat de subsidie van rijkswege slechts bestemd was voor een gedeelte van het honorarium der specialisten en voor de ziekenhuisverpleging. In verband met de cijfers, als honorarium voor den huisarts genoemd (*f* 4.——*f* 6.— per ziel per jaar) werd een contributie berekend van *f* 1.— per volwassene per week! Heftig werd gediscussieerd over de honoreering der specialistische hulp. Genoemd werden honoreering per verrichting en het z.g. „Pauschal”bedrag, zooals dat in het 3e hoofdstuk nader zal worden uitgewerkt.

Naar aanleiding van deze en andere besproken punten, richtte het Hoofdbestuur in 1921 een adres aan den Minister van Arbeid Mr P. J. M. Aalberse, waarin het zijn bezwaren uiteenzette. Als leidraad hierbij werd gevolgd de Memorie van Toelichting. Allereerst werd bezwaar gemaakt tegen § 2 der Memorie, waar gelezen wordt: „Waar de Ziekwet, die een verplichte verzekering tot het bekomen eener geldelijke uitkeering bij ziekte van den arbeider instelde, geschroomd heeft, den arbeider te verplichten lid te worden van een ziekenfonds” is er geen reden in dit ontwerp de verplichte verzekering op te nemen „nu de regeling der geneeskundige verzorging zich niet langer bepaalt tot arbeiders.”

De gewoonte, die de Memorie noemt (zie blz. 82) vindt men volgens het Hoofdbestuur alleen in de groote steden en landelijke nijverheidscentra. Het Hoofdbestuur vraagt een maatregel analoog aan art. 48 der Ziekwet voor de losse arbeiders. Bovendien stelt het Hoofdbestuur de vraag, of geen regeling mogelijk is, dat bij ontbreken van een Gemeentelijken Geneeskundigen Dienst armlastigen verplicht in een ziekenfonds zullen worden opgenomen, en anderen gedeeltelijk hun premie van overheidswege betaald zullen zien.

Bij § 4 wordt gewezen op de groote gevaren in de vrijheid, die het particuliere initiatief behoudt. De ervaringen daarmee zijn volgens de enquête der Nederlandsche Maatschappij tot

bevordering der Geneeskunst van 1908 (34) niet zoo goed. De Maatschappij vraagt in elk geval:

- 1° - een minimum aantal leden vast te stellen,
- 2° - samenwerking voor te schrijven in bepaalde te vormen districten.

Bij § 5, luidende: „Bij het stellen van eischen, waaraan een behoorlijk ingericht fonds moet voldoen, staat op den voorgrond een goede ziekenverzorging. Deze moet zoo ruim en zoo voldoende mogelijk zijn. Aangezien evenwel de medische wetenschap geregeld vorderingen maakt, schijnt het gewenscht de eischen, waaraan de te verleenene geneeskundige hulp moet voldoen, niet in de wet zelf op te nemen, doch aan een Algemeenen Maatregel van Bestuur ter regeling over te laten” wordt gezegd: Door de eischen, die aan de geneeskundige hulp worden gesteld zal verhooging der contributie noodig zijn, die daardoor zal komen boven de financieele draagkracht van den werkmansstand. De contributie zal dan niet meer uniform kunnen zijn en dus of moeten worden een getrapte of stijgende gedeelten hiervan zullen door de overheid betaald moeten worden. Ook de bijdrage bij de oprichting is gevaarlijk en zou beter vervangen kunnen worden door restitutie, wanneer een bepaald aantal leden bereikt was. De totale kosten worden door de Mij *ver* boven de genoemde f 10.000.000.— geraamd.

Opgemerkt werd, dat, wanneer niet in de ziekenhuizen de vrije specialistenkeuze werd ingevoerd, voor vele specialisten deze nieuwe wet een zeer groot gevaar zou opleveren.

Ook werd aangevoerd, dat de medici gekant waren tegen de ondernemingsfondsen. Deze waren indertijd ontstaan door den wensch van den werkgever, meer te geven dan toen in de ziekenfondsen mogelijk was. Na invoering van deze wet blijft daarvan alleen over: „de macht om invloed, zoowel op den verzekerde als op den behandelenden geneeskundige uit te oefenen.”

In verband met de *vrije artsenkeuze* werd door de Landelijke Federatie gevraagd de verplichting voor de geneeskundigen zich nu ook voor alle ziekenfondsen beschikbaar te stellen. Hiertegen werden de bezwaren aangevoerd.

Om een rem te hebben tegen te grooten toeloop naar de specialisten werd er aan herinnerd, dat in Denemarken en Luxemburg een kleine vergoeding wordt gevraagd (z.g. ticket modérateur) terwijl in ons land het verwijsbriefje was ingevoerd, met recht van hooger beroep.

Nog vóór dit ontwerp in openbare behandeling kwam, deelde Minister Aalberse in 1922 in de Memorie van Antwoord op Hoofdstuk XA der Staatsbegrooting mede: „dat de toestand van 's lands financiën het ter beschikking stellen van voldoende middelen voorloopig niet gedoogde.” Hij zou overwegen het wetsontwerp zoodanig te wijzigen, dat de financiële bijdrage van den Staat op een lager bedrag kon worden gesteld, b.v. door meer geleidelijke invoering.

§ 10 - WIJZIGINGEN

De Memorie van Antwoord op het wetsontwerp zelf verscheen eerst 3 Februari 1925. Hierin bracht de Minister de Jobstijding: „Dat hij zich, zéér tot zijn leedwezen, verplicht zag deze nieuwe Memorie te doen aanvangen met de mededeeling, dat in verband met de moeilijke tijdsomstandigheden het onderhavige wetsontwerp in zijn oorspronkelijken opzet niet is kunnen worden gehandhaafd.” Het ontwerp beoogde aangemoedigde „self-help” en daarom was het wetsontwerp omgewerkt tot een regeling van de eischen, waaraan naar zijn meening een goed ziekenfonds, dat bestemd is te voorzien in de geneeskundige verzorging van arbeiders en met deze maatschappelijk gelijkstaanden, behoort te voldoen; het wetsontwerp sloot zich derhalve in dat gewijzigde karakter aan bij de regeling van de artt. 112—133 der bestaande wet (d.i. de Ziektewet 1913 van Minister Talma).

De Minister vervolgt: „Aan een afzonderlijke regeling valt ook thans de voorkeur te geven boven het opnemen der regeling in de Ziektewet.

In de eerste plaats daarom, wijl het ziekenfondswezen niet uitsluitend is een arbeidersbelang, doch ook een belang van de maatschappelijk met arbeiders gelijkstaande groepen onzer samenleving (kleine zelfstandigen)” èn omdat „de thans in dit ontwerp aangebrachte wijzigingen van tijdelijken aard

zijn, afgedwongen door den tegenwoordigen moeilijken financiëleen toestand, zoodat het oorspronkelijk karakter van het ontwerp zal worden hersteld, zoodra de ongunst der tijden zal zijn geweken."

Alle voorschriften omtrent de door de Schatkist te verleen geldelijken steun waren geschrapt. De verplichting tot verpleging in ziekenhuizen en sanatoria en het zorgen voor wijkverpleging was vervallen, daar de hieruit voortvloeiende kosten niet door de ziekenfondsen zouden kunnen worden gedragen. In verband hiermee werd ook de naam gewijzigd van „Wet op de Ziekenverzorging" in „Ziekenfondswet".

Door deze zelfde oorzaak moesten de te stellen eischen, wat de geneeskundige voorziening betreft, zich aansluiten „bij de normale praestaties der bestaande fondsen, zoodat, mede gelet op de meerdere vrijheid, welke dit (nieuwe) ontwerp aan de toegelaten ziekenfondsen geeft op het gebied van de vaststelling van de belooningen der aan het fonds verbonden huisartsen enz., de premie, welke het toegelaten ziekenfonds zal moeten vorderen wel niet zal uitgaan boven de thans in doorsnee door de ziekenfondsen vastgestelde premie."

Deze „meerdere vrijheid" bestond hierin, dat, terwijl volgens het vorige ontwerp de minister het minimum-honorarium zou vaststellen, nu het bestuur, eventueel de algemeene vergadering, in de statuten het minimum-honorarium zou vastleggen. Ook wat betreft de samenstelling van het bestuur en de algemeene vergadering heerschte deze ongebonden vrijheid. Het gevaar was dus groot, dat in de fondsen, waarin de deelnemers geen, of zoo goed als geen zeggenschap hadden, op het honorarium van de deelnemers-geneeskundigen en -apothekers zou worden bezuinigd, ten einde de premie niet te doen uitgaan „boven de thans in doorsnee door de ziekenfondsen vastgestelde premie." Dit honorarium, volgens den Minister reeds „karig", zou dus dan nog kariger worden!

Hoewel de financiële prikkel tot het aanvragen van toelating door het vervallen der Rijkssubsidie was vervallen, zou toch volgens den Minister de toelating voor de ziekenfondsen beteekenis hebben, omdat zij

1° - „naar buiten het cachet van een behoorlijk ziekenfonds

zouden krijgen, waartoe het publiek en de geneeskundigen zich kunnen wenden met redelijke zekerheid voor hunne belangen" en

2° - een niet onaanzienlijke vermeerdering van ziekenfondsleden door het toetreden der verzekerde arbeiders met hun gezinnen.

Voor al het eerste punt is, wat de verzekerden betreft, zeer zeker niet juist. De inrichting van het fonds laat het gros der fondsleden koud.

Daar ook de mogelijkheid bestond voor minder goede fondsen om voor vijf jaar toegelaten te worden, en voor de arbeiders niet gedacht werd aan een verplichting tot toetreding, was ook het tweede punt van twijfelachtige waarde.

Overigens verschilde dit ontwerp in zijn eischen zeer weinig van het vorige. Een welstandsgrens was ook thans niet vereischt en de beperkte vrije artskeuze was er weder in opgenomen.

Door het vervallen der Rijkssubsidie verdwenen uit de eischen de opnemings in ziekenhuizen en sanatoria en de wijkverpleging, maar ook de *specialistische en de tandheeskundige hulp behoeften niet in haar vollen omvang* te worden verleend.

Door het aftreden van het kabinet eind November 1925 kwam ook dit ontwerp weer niet in openbare behandeling.

Bij de Staatsbegroting 1926 (Bijlage A Hoofdstuk IV No. 10 blz. 9) wordt door enkele leden gevraagd een wettelijke regeling betreffende het particuliere ziekenfondswezen. Bij de door hen verstrekte gegevens over naam en polis blijkt, dat, hoewel de Handelingen spreken van „middenstandsziekfondsen" de middenstandsziekteverzekeringen worden bedoeld. Volgens het antwoord van den Minister zou een gedeelte der klachten betrekking hebben op onderwerpen, die door de ziektewet worden geregeld, terwijl hij tevens aanvoert, dat een betere opvoeding van het publiek het aantal klachten zou verminderen.

§ 11 - ZIEKENFONDSWET SLOTEMAKER DE BRUINE

Den 9en November 1927 diende Minister Dr J. R. Slot-

maker de Bruïne een nader gewijzigd ontwerp van Wet „Regeling der Ziekenfondsen” in.

Hij kwam opnieuw met wijzigingen. „Het in Genève op de internationale Arbeidsconferentie aangenomen ontwerp-verdrag wijkt in beginsel af zoowel van het oorspronkelijke ontwerp, als van het gewijzigde”, daar hier weer ziekingeld-uitkeering en ziekenverzorging gekoppeld waren. De Minister had dan ook bezwaren tegen ratificatie, aangezien ook volgens hem de ziekenverzorging is een algemeen belang, en deze dus niet opgezet moet worden als een aanvulling op een wettelijke regeling betreffende ziekingeldverzekering van arbeiders.

Inhoud:

De *welstandsgrens* zal bij Algemeenen Maatregel van Bestuur worden vastgesteld. Rechtstreeksche dwang tot toetreding schijnt den Minister niet raadzaam.

De term „geneeskundige hulp” wordt vervangen door „geneeskundige verzorging”, daarmee uitsprekend, dat het niet beperkt is tot de engere geneeskundige hulp, maar dat ook mogelijk is, dat de ziekenfondsen op sociaal-hygienisch gebied gaan werken.

Naast een *minimum-gebied* zal ook een *minimum-ledental* worden gevraagd om de dwergfondsen te kunnen weren.

De Minister zegt in de Memorie van Toelichting, dat hij het gewenscht acht, de verplichting om ook de gezinsleden te doen verzekeren bij het fonds op te heffen, maar hij verplicht de fondsen het geheele gezin te aanvaarden en hij staat toe, dat de ziekenfondsen den eisch van toetreding van geheele gezinnen in hun statuten plaatsen.

Voorts eischt hij:

- 1° - de z.g. *vrije artsenkeuze, een recht van de verzekerden, en*
- 2° - *het daarvoor noodzakelijke recht van de geneeskundigen, zich aan een fonds te verbinden.*

In bijzondere omstandigheden kan, met toestemming van den Minister, hiervan worden afgeweken.

Voor *buitengewone verloskundige hulp* zal niet meer apart worden betaald, omdat dit anders te bezwarend zou zijn voor de fondsen. „Daardoor is ook de geneeskundige onafhankelijk van de vroedvrouw.”

Voor het *Toezicht* werd het Staatstoezicht op de Volksgezondheid een geschikt orgaan geacht, terwijl het toezicht op de handelingen der geneeskundigen, apothekers, vroedvrouwen, tandartsen en verpleegsters werd opgedragen aan de Gezondheidscommissies.

De merkwaardigheid en onjuistheid van dit laatste zien we duidelijk door zijn opvolger, Minister Mr T. J. Verschuur uitgedrukt in de volgende nota van wijzigingen.

In de zitting van 1930/1931 komt de 3e Nota van Wijzigingen aan de orde (48).

In de discussie wordt gezegd: „Het principe van samen dragen der lasten was in de sociale verzekering aanvaard. Als echter de bijdrage ex art. 124 der Ziektewet, vermeerderd met eenzelfde bedrag door den arbeider te betalen, zijn geneeskundige verzorging moest regelen, zou het peil te laag worden.”

Toch vond de Minister, dat deze bijdrage „zou zijn een tegemoetkoming in de premie, die de verzekerde arbeiders aan de ziekenfondsen betalen. Dit beslist nog niet over de premie, waarin tegemoet gekomen wordt. Deze kan hooger gedacht worden dan zij thans in menig geval is en dus beantwoorden aan een hooger peil van het ziekenfonds, dan, over het algemeen, het tegenwoordige”.

De Minister onderscheidt *normale voorziening en uitgebreide prestaties*.

Tot de *normale voorziening* behooren dan de huisverpleging en specialistische hulp, waaronder ook te begrijpen tandheelkundige hulp en chirurgische hulp binnen zekere grenzen, alsmede verloskundige hulp.

Onder de *uitgebreide prestaties* zijn te brengen de volledige specialistische hulp en de ziekenhuisverpleging, wellicht ook sanatoriumverpleging en vervoer naar die inrichtingen.

Het was niet de bedoeling van den Minister, dat voor al deze voorzieningen eigen organisaties zouden worden opgericht; hij wenschte benutting van de wijkverpleging van het Groene, het Wit-Gele en het Witte Kruis.

De bijdrage van 0,4 % van het loon der verzekerde leden

werd geschat op ongeveer 8—10 cent per week. „Voor deze uitkeering zouden dus aan de ziekenfondsen, wat betreft de verzorging van deze bepaalde groep leden, hogere eischen kunnen worden gesteld, dan voor toelating in aanmerking komen”. De Rijkssteun zou dan eventueel beperkt worden tot die leden, die niet verzekerd zijn krachtens de Ziektewet en wier inkomen binnen de welstandsgrens ligt.

Nadrukkelijk zegt de Minister, dat de ziekenfondsen zich moeten *beperken tot de ziekenverzorging*: „Op dat gebied is nog zooveel te doen, dat voor onafzienbaren tijd, alle krachten van de fondsen daarbij bepaald moeten worden. Sociaal-hygiënische voorzieningen zijn er reeds vele.”

Wat betreft de *honoreering* van de huisartsen keert de Minister terug tot het oorspronkelijk abonnementstelsel, omdat alleen dat systeem een zuivere verhouding geeft.

De *buitengewone verloskundige* hulp is te zeer wisselvallig, dan dat deze in het honorarium van den fondsarts kan inbegrepen worden. Daarvoor is een afzonderlijke honoreering noodig. Hij zal krijgen een vast bedrag per bij hem ingeschreven gehuwde vrouw.

De Gezondheidscommissies, die, zooals de Minister terecht opmerkt, „benoemd zijn voor het uitbrengen van sociaal-hygiënische adviezen”, worden bij het *toezicht* uitgeschakeld. Beter is het de praktijk te volgen van de bestaande fondscommissies. Concentratie hiervan is aanbevelenswaardig, doch de Minister acht het niet raadzaam tot die samenwerking te dwingen.

Teekenend is de opmerking „dat met betrekking tot de administratie van de fondsen, concentratie tot besparing leidt”.

In het Voorloopig Verslag, verschenen 1 Mei 1931, vinden we, dat de Commissie van Rapporteurs de totstandkoming van deze regeling, na het vervallen der Rijksbijdrage, van minder belang acht. „Over het algemeen werken de ziekenfondsen op bevredigende wijze. — Bij de groote verscheidenheid, welke in de praktijk in inrichting en werking van deze fondsen bestaat, kan wettelijk ingrijpen veeleer ongewenschte gevolgen hebben.”

Gewezen wordt op het verschil in behandeling tusschen den verplicht verzekerden arbeider en de andere leden van het ziekenfonds.

De thans aan het bewind zijnde Minister van Sociale Zaken, Dr J. R. Slotemaker de Bruïne, onder wien het Sociale Verzekeringswezen ressorteert, heeft een vierde Nota van Wijziging in uitzicht gesteld, alvorens de behandeling in de Tweede Kamer zal worden hervat.

HOOFDSTUK III

INRICHTING DER ZIEKENFONDSEN

§ 1 - DOEL

Het *doel* van een ziekenfonds is en moet blijven: Het verschaffen van geneeskundige en pharmaceutische hulp aan zijn verzekerden. In medische kringen geldt nog steeds als definitie van een ziekenfonds de definitie, die het eerst gebruikt is bij de enquête van 1901—1908 (49): *instellingen, welke aan hunne leden, tegen periodiek te betalen, vaste geldelijke bijdragen geneeskundige behandeling, met of zonder verstrekking van geneesmiddelen, verschaffen.*

In de reglementen der Maatschappij-ziekenfondsen wordt het doel als volgt omschreven: (50) „Het doel van het ziekenfonds is om bij wijze van onderlinge verzekering aan personen, die door hun maatschappijelijken welstand niet door eigen middelen op de gewone wijze in geneeskundige hulp kunnen voorzien, te verstrekken:

- a - genees- en heilkundige hulp door huisartsen.
- b - poliklinische en klinische hulp door specialisten.
- c - verloskundige hulp door vroedvrouwen en in buitengewone gevallen op verzoek van deze door artsen.
- d - genees- en verbandmiddelen door apothekers of apotheekhoudende artsen op voorschrift van den huisarts of van den specialist.
- e - brillen, breukbanden en pessaria hoogstens eenmaal in de twee jaar op voorschrift van den huisarts of van den specialist.
- f - tandheelkundige hulp.”

Omtrent de *uitgebreidheid* dezer hulp bestaan zeer verschillende opvattingen.

Oorspronkelijk gaven de gilde-bussen voornamelijk een geldelijke tegemoetkoming, later meer en meer gecombineerd

met geneeskundige en pharmaceutische hulp, inclusief de z.g. kleine chirurgie (zie hoofdstuk I). De uitkeering van ziekengeld beoogt de financiële gevolgen van arbeidsongeschiktheid door ziekte en/of ongeval te verminderen door een gedeeltelijke uitkeering van het gederfde inkomen. Was deze uitkeering er niet, dan zou na betrekkelijk korten tijd de patiënt gaan behooren tot de armlastigen en op steun van overheidswege of vanwege de particuliere liefdadigheid zijn aangewezen. Een dergelijke vorm van eigen hulp is slechts in beperkte mate financieel mogelijk en de meeste verzekeringen geven dan ook slechts voor een bepaalden duur uitkeering — meestal 13 tot 26 weken — een duur, die samenhangt met ziektefrequentie, hoogte der uitkeering en hoogte der contributie. Wijziging der contributie kan dus wijziging van de grootte en/of van den duur der uitkeering ten gevolge hebben. Na dezen uitkeeringstermijn zal dus zoo noodig de armenzorg moeten invallen. Als zoodanig is dus de ziekengelduitkeering een zuiver verzekeringstechnisch onderwerp.

Later komt er meer en meer scheiding tusschen de ziekengelduitkeering en de ziekenbehandeling. De geldelijke schadeloosstelling is thans voor de meeste arbeiders geregeld in de Ziektewet. Voor een ander gedeelte wordt dit risico gedragen door verschillende verzekeringsmaatschappijen (n.l. voor vele kleine zelfstandigen).

Na de periode omstreeks 1848, ingeleid met de oprichting van A.Z.A., kwamen de ziekenfondsen, uitsluitend voor geneeskundige en pharmaceutische hulp. Toen ter tijde waren de specialisten nog vrijwel onbekend en was er geen behoefte de hulp uit te breiden buiten die van *huisarts, chirurgijn en apotheker*.

Eerst later kwamen er specialisten en in den eersten tijd verleenden deze hun hulp nog geheel belangeloos (A.Z.A.).

De philanthropie trad in dezen tijd bij de ziekenfondsen sterk op den voorgrond. Wat de specialisten betreft, was hun geheele hulp weldadigheid, doch ook de huisartsen, die vaak voor *f* 1.— tot *f* 1.50 per gezin per jaar hun hulp verleenden, toonden hierbij heel duidelijk hun liefdadigheidszin. Toen

er meer en meer specialisten en specialismen kwamen en de huisarts meer behoefte ging gevoelen aan consulten met een specialist, kon niet verwacht worden, dat men deze hulp op zoo goedkoope wijze bleef geven. Steeds meer werd de praktijk van den specialist ziekenfondspraktijk en gratis behandelen van een groeiend deel der bevolking was onmogelijk.

In de eerste plaats ontstonden de *z.g. poliklinieken*, waar tegen een zeer lage bijdrage in den vorm van een maandkaart minvermogenden specialistische hulp konden verkrijgen.

Een logisch gevolg van deze uitbreiding der geneeskunst was, dat men in de ziekenfondsen behoefte ging gevoelen aan een behoorlijke regeling van de specialistische hulp. De moeilijkheden, die daarbij aan het licht traden, waren geheel andere dan bij de honoreeringskwesties van huisartsen en apothekers en zullen bij de honoreering besproken worden.

Langen tijd bleven de ziekenfondsen nu hunne hulp beperken tot *huisarts, specialist en apotheker*, al of niet gecombineerd met *verloskundige hulp*, c.q. een vergoeding daarvoor onder den naam tegemoetkoming.

Zelfs werden geruimen tijd uitgesloten van behandeling de ziekten, te wijten aan „eigen schuld”, met name de gevolgen van excessen in Baccho en in Venere. Zoo diep was dit doorgedrongen, dat een Staatscommissie in 1892 nog kon schrijven (51) over een fonds, waar deze bepaling niet bestond: „*Aan ernstigen twijfel kan het onderhevig zijn, of die bepaling het voortwoekeren der krankheid niet bevordert.*”

Op zeer beperkte schaal werden *z.g. hulpmiddelen* als brillen, breukbanden, buikbanden en elastieken kousen verstrekt, waarbij vaak de patiënt een gedeelte moest bijbetalen.

Uit deze periode dateert de opkomst van de Kruisverenigingen, die zich gingen bezig houden met de *verpleging van zieken in het gezin*, o.a. door vorming van magazijnen van verplegingsartikelen en het aanstellen van wijkverpleegsters. In een gedenkboek van het Groene Kruis lezen we (52) dat vanaf 1886 in enkele plaatsen in Nederland weliswaar wijk-

verpleging werd uitgeoefend, doch dat eerst na 1890 het besef kwam, dat niet het voornaamste werk van deze diaconessen waren naaischool, vereenigingswerk en dergelijken arbeid, maar dat het zwaartepunt moest liggen in de verpleging.

Later, toen van alle zijden aangedrongen werd op een georganiseerde bestrijding van de tuberculose als volksziekte en men het gevaar van deze besmettelijke en gevaarlijke ziekte ging beseffen, hebben de Kruisvereenigingen het aangedurfd, hun werk hiermede uit te breiden. Deze uitbreiding was logisch, omdat de verpleging der zieken, dus ook der lijders aan tuberculose, reeds in handen van hare wijkverpleegsters was. Daarnaast kwam nu het huisbezoeksterswerk: de verbetering der hygiëne en contrôle in het gezin.

Vele zieken kunnen verpleegd worden in het eigen gezin. Of dit mogelijk is, hangt, behalve van den aard der ziekte, af van den huiselijken toestand en de aanwezigheid van voldoende en behoorlijke hulp. Wanneer men de gelegenheid heeft voor den zieke een rustig plekje te reserveeren en er goede hulp is in den vorm van een wijkverpleegster, die den zieke geregeld kan helpen, de huisgenooten instrueeren en een wakend oog laten gaan over de hygiëne in het gezin, is een grooter aantal zieken thuis te verplegen, dan mogelijk is in krotwoningen of plaggenhutten, met als eenige assistentie de wel goed-bedoelde, maar in haar uitwerking vaak funeste, hulp van een oude baker, buurvrouw of schoolkind. Bij een behoorlijke uitbreiding van het aantal wijkverpleegsters, zoodat deze vrijwel overal kunnen komen, is het aantal thuis verpleegden m.i. nog belangrijk te vergrooten. De vereenigingen het Groene Kruis, het Witte Kruis en het Wit-Gele Kruis hebben thans 900 afdeelingen met wijkverpleging. Daarnaast zijn nog een aantal zelfstandige plaatselijke vereenigingen. Toch zijn er nog een 300-tal afdeelingen, die deze nuttige instelling missen.

Maar zelfs bij een groote uitbreiding van de wijkverpleging zijn er nog talloozen, voor wie verpleging in een ziekenhuis noodig is. In de groote steden, met hun stedelijke en particuliere ziekenhuizen, met hunne gemeentelijke geneeskundige diensten, is de opneming van patiënten, vooral van de on-

en minvermogenen van oudsher erg gemakkelijk geweest, zoodat zelfs Mevr. Lodewijk Salomonson schreef in het Maandblad voor Ziekenverpleging van 15 December 1891 (53): „Zoozeer ik de wijkverpleging in plaatsen als Londen apprecieer, zoo onnoodig beschouw ik haar in Amsterdam, waar de uitstekende gasthuizen zoo geheel in het bereik der arme zieken liggen. De verzorging is daar zoozeer te prefereeren boven elke verpleging aan huis, dat ik het stichten van een inrichting voor wijkverpleging eerder ten nadeele dan ten voordeele der armen acht”.

Thans is de toestand gelukkig geheel anders, wat de appreciatie der wijkverpleging aangaat en het is zelfs een punt van overweging, of door een uitbreiding der wijkverpleging niet een belangrijke besparing is te verkrijgen met behoud van de hygienische voordeelen. Volgens de gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek zijn de kosten van ziekenhuisverpleging te begrooten op het bedrag van één verpleegdag per ziel per jaar. De onkosten per dag zijn ongeveer *f* 4.—. De wijkverpleging kost per rayon van ongeveer 2000 zielen één verpleegster met een salaris van hoogstens *f* 2000.—, dus ongeveer *f* 1.— per ziel per jaar. Een verschuiving van de ziekenhuisverpleging naar de wijkverpleging geeft dus een belangrijke besparing.

Verskillende patiënten, die òf niet van de kostelooze opneming in een ziekenhuis konden profiteren, òf een te groot gevoel van eigenwaarde hadden om „op stadskosten”, zij het dan ook gedeeltelijk, te worden opgenomen, òf de aan deze wijze van opnemen onverbrekkelijk verbonden methode van onderzoek naar de gezinsinkomsten niet wenschten, zochten naar een uitweg en vonden deze in een aparte verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging, de z.g. *ziekenhuisverplegingsfondsen*. Gedeeltelijk zijn deze fondsen opgericht door het Groene, het Wit-Gele en het Witte Kruis, gedeeltelijk zijn het zelfstandige vereenigingen, gemeentelijk of plaatselijk; terwijl er enkelen geboren werden als onderafdeeling van een ziekenfonds. Ook het op ziekenfondsgebied vrijwel overwonnen „directie-beginsel” komt in enkele „vereenigingen” om den hoek, waar een verzekeringsmaatschappij

(o.a. de z.g. Goudsche) zich op dit gebied heeft geworpen. In hunne werking is er een groot verschil tusschen de stad en het platteland.

In de eerste plaats is in de steden de opneming van gemeentewege veel gemakkelijker (zie boven) en bestaat daar meestal een regeling, waarbij de te betalen bedragen varieeren van nihil tot het derde klasse tarief, in verband met het inkomen. Het resultaat hiervan is, dat een vrij strenge contrôle noodig is om een te groote toevloed te weren.

Ten tweede is de neiging om zich op te laten nemen in een ziekenhuis op het platteland, hoewel groeiende, belangrijk kleiner dan in de steden, nog afgezien van de financieele rem. Verschillende factoren werken daartoe mede. Ten eerste de grootere moeilijkheden van vervoer en bezoek. Dan heeft ten plattelande nog steeds het ziekenhuis veel van een schrikbeeld. Terwijl voor een zestigtal jaren geen boer kon sterven, zonder dat de „doctor” uit de stad er was geweest, beteekende voor velen het opnemen in een ziekenhuis, dat het geval hopeloos was; en men ontmoet in de meer achteraf gelegen streken van ons vaderland nog steeds menschen, die liever thuis maar succombeeren, dan in een ziekenhuis „in stad” opgenomen te worden. In mindere mate vinden we deze tegenzin op het platteland nog op vele plaatsen.

Voorts zijn er nog de volgende verschillen: In de steden ligt de grens van het vol-betalen bij een bepaald, meestal niet zeer laag, inkomen, terwijl op het platteland de beoordeeling geschiedt geval voor geval door het Burgerlijk Armbestuur, waarbij in doorsnee nog geldt — en ook door de bevolking als juist wordt aangenomen — dat ieder, die in een eigen huisje woont (ongeacht de grootte der hypotheek) of een of twee koeien melkt, niet in aanmerking komt voor steun van gemeentewege, zoodat de plattelandsbewoners veel eerder de behoefte gevoelden zich te dekken tegen het geldelijke risico van opneming in een ziekenhuis.

Terwijl de ontwikkeling der ziekenfondsen op het platteland eerst sedert kort, onder den druk van de verwachte wet op de ziekenverzorging, een flinke uitbreiding heeft ondergaan, bestond vóór dezen over het algemeen voor de

bewoners hoogstens de mogelijkheid zich te verzekeren van huisartsenhulp in een z.g. doktersfonds. Daardoor namen de verenigingen voor ziekenhuisverpleging een groote vlucht en — breidden zij hun hulp uit. Immers, men voelde, wanneer een operatie moest plaats vinden, de financieele bezwaren daarvan en dientengevolge gingen vele dergelijke verenigingen ook mede-verzekeren het geldelijk risico van de operatieve hulp, of meestal van de klinische specialistische hulp, grootendeels echter exclusief de internistenhulp.

Specialistisch-geneeskundige hulp is een moeilijk onderwerp. Meer en meer sluipt in de steden de gewoonte binnen, dat de patiënt zelf uitzoekt, onder welk specialisme zijn aandoening thuis behoort, om dan, met voorbijgaan van den huisarts, zich regelrecht tot den betreffenden specialist te wenden. *Dat is onjuist.* De leek kan niet beoordeelen, waar zijn aandoening precies zetelt en bovendien is een specialistische behandeling niet steeds de meest gewenschte. Immers, de huisarts zal, bij een juiste verhouding tusschen den patiënt en hem, gestel en gezin het beste kennen en den meesten invloed hebben op de psyche. Deze drie punten worden maar al te vaak over het hoofd gezien en een geneesheer wordt te veel beschouwd als een instrument voor het produceeren van recepten.

De ziekenfondsen moeten zoo *economisch* mogelijk werken. Bij behoud van een zoo goed mogelijke behandeling moeten alle onnoodige behandelingen achterwege blijven. Zoowel dus een goede en doeltreffende behandeling van den zieke, als het economisch belang van het ziekenfonds eischen een corrigens op de zich bij sommige patiënten uitende zucht tot specialistische behandeling. De nadere uitwerking hiervan zal bij de financiën van het ziekenfonds behandeld worden.

De *geneeskundige en pharmaceutische hulp vormt een zoodanige eenheid*, dat deze niet op kunstmatige wijze te splitsen is. De aandrang tot deze plitsing gaat uit van een aantal verenigingen voor ziekenhuisverpleging, die bij de verpleging aan hunne leden ook vergoeden de kosten der daarbij ondergane behandeling. De Friesche Federatie van Ziekenhuisverplegingsfondsen heeft een adres gericht aan den Minister

van Sociale Zaken, waarin zij betoogt, dat de hulp van specialisten beter buiten de Ziekenfondswet gehouden kon worden, daar deze in groote gebieden reeds verzorgd wordt door de verplegingsfondsen. Zij meent, dat deze fondsen, terwille van de leden met een inkomen boven de welstandsgrens der ziekenfondsen, de uitbreiding harer hulp met klinische specialistische behandeling niet ongedaan kunnen maken.

De overgang tusschen deze klinische geneeskundige hulp en de poliklinische, d.w.z. de hulp, die niet gepaard gaat met opneming in een ziekenhuis, is een zeer vloeiende. De scheiding hiertusschen hangt af van vele factoren, eenerzijds van het inzicht van den behandelend geneesheer (specialist), anderzijds van den aandrang van den patiënt of zijn verzorgers. Om een concreet voorbeeld te noemen: De eene oor-neuskeelarts zal veel meer adeno-tonsillotomieën op laten nemen dan de ander, die meer poliklinisch werkt. Zoo zal het ook gaan met verschillende kleine chirurgische ingrepen of bijzondere diagnostische onderzoeken. Hierbij speelt de voornaamste rol de medicus, die zal hebben te beoordeelen, of deze behandeling of dit onderzoek zonder schade voor den patiënt zal kunnen geschieden zonder opneming. Daarbij dient in aanmerking genomen te worden, behalve de lichamelijke toestand van den patiënt, ook de afstand tusschen de woning van den zieke en de geneeskundige inrichting (waaronder ook eventueel te verstaan de onderzoekkamer van den geneesheer), de toestand der wegen en de vervoersmogelijkheden. Doch ook is een factor, of poliklinische behandeling of onderzoek voor den betrokken geneesheer veel meer moeite en last meebrengt dan een klinische. Zeer zeker tellen ook, althans bij de niet-chirurgische gevallen of de kleine chirurgie, de verhoudingen ten huize van den patiënt mede.

Wanneer de patiënt of zijn omgeving eigenwijs is en er groot gevaar bestaat, dat de voorschriften niet of onvoldoende zullen worden opgevolgd, is er reden voor opneming, maar wanneer er een goede gelegenheid is voor verpleging thuis, met goede deskundige hulp in den vorm van een wijkverpleegster, is het m.i. economisch niet te verantwoorden zieken naar een ziekeninrichting te zenden zonder absolute nood-

zaak. Anderzijds mag men ook niet onderschatten de tegenzin, die op een gedeelte van het platteland nog aanwezig is tegen opneming in een ziekenhuis. Een tweede, niet te verwaarloozen moeilijkheid, vormen die gevallen, waarbij de huisarts van den patiënt wel in staat is de betreffende behandeling toe te passen, resp. het betreffende onderzoek te verrichten, doch daarbij noodig heeft de technische inrichting van een ziekenhuis. Daar de vereeniging voor ziekenhuisverpleging wel niet anders zal kunnen doen, dan alleen „specialistische” klinische hulp honoreeren, zal de drang ontstaan, tot schade van patiënt en huisarts beide, om ook in dit geval den huisarts uit te schakelen, en den specialist de behandeling te doen overnemen. *Schade voor den huisarts*, omdat dit stelsmatig beknotten van zijn werkgelegenheid hem daarin de noodige routine zal doen gaan missen en omdat tegelijk hiermee zijn belangstelling in dit gebied der medische wetenschap, waar hij toch geen werk zal kunnen verrichten, zal gaan tanen. *Schade voor den patiënt*, omdat zijn huisarts, d.i. de door hem vertrouwde geneesheer, die hem kent, vervangen wordt door een of meer specialisten. De vertrouwenspositie, die gelukkig nog een groot deel van onze huisartsen, zeer zeker op het platteland, bij hun patiënten inneemt, geeft een andere verhouding dan tegenover den specialist, waarvan de patiënt vaak alleen den naam kent.

Wanneer de vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging in dezen hun zin zouden krijgen en de klinische specialistische hulp wordt aan hen overgelaten en buiten het ziekenfondswezen gehouden, dan zal allereerst voor diegenen, die geen lid van een ziekenfonds zijn, de neiging en de verleiding groot worden, hoe langer hoe meer aan te dringen op opneming ook voor kleinere ingrepen. De eenige rem daartegen is het geweten van den patiënt — en hoe fijn besnaard moet dit zijn, om deze toch zeer geringe deviatie te voelen, waar zij meestal voorbeelden te over hebben van *huns inziens* gelijke gevallen, die wèl en op aandrang van den geneesheer zijn opgenomen — en het bestuur der vereeniging, dat toch niet competent is om deze zuiver medische kwesties te beoordeelen. Zelfs al laten deze besturen zich, zooals dat meestal gaat, voorlichten

door een medisch adviseur, dan is te voorzien, en ook reeds gebleken, dat de moeilijkheden niet uit zullen blijven.

Misschien zou het euvel te verminderen zijn door een goedwerkende contrôle-dienst, maar ook dan is bij een dergelijke gedeeltelijke verzekering de kans niet gering, dat het aantal patiënten, dat opgenomen wordt, nog veel te groot is. Deze contrôle is ook alleen mogelijk, wanneer ze gecentraliseerd uitgeoefend wordt, bij en in de ziekenhuizen.

Is eenmaal dit proces bij deze categorie van leden aan den gang, dan breidt het zich als een olievlek uit over de andere bevolkingsgroepen, die tòch al zoo gemakkelijk het gevoel hebben, dat zij achtergesteld worden, „omdat zij fondspatiënt zijn”. Deze moeilijkheden doen zich niet zoo voor, wanneer we de geheele geneeskundige hulp zien als een eenheid, zooals ze in werkelijkheid ook is. Wil dan een bepaalde categorie, die buiten het ziekenfondswezen valt, zich verzekeren tegen de kosten van klinisch-specialistische hulp en opneming in een ziekenhuis, dan is deze daarin volkomen vrij, en, wanneer de uniformiteit en de samenwerking tusschen de ziekenhuisverplegingsfondsen groot genoeg is geworden (waarvan men allerwege de symptomen reeds gaat zien), dan is daartegen ook geen enkel technisch bezwaar meer te maken. Of ook, van geneeskundige zijde bezien, in het belang der volksgezondheid, deze verzekering gewenscht is, staat nog zeer te bezien. We zullen dan toch onvermijdelijk krijgen de boven geschetste moeilijkheden.

Het ziekenfonds moet dus geven de geheele geneeskundige en pharmaceutische hulp!

De ziekenverzorging omvat echter meer elementen dan alleen de eenvoudige geneeskundige en pharmaceutische hulp. We kunnen onderscheiden de volgende wijzen van verpleging:

- 1 - Verpleging van krankzinnigen en van geestes- en zenuwzieken.
- 2 - Sanatoriumverpleging voor tuberculose.
- 3 - Verpleging in rusthuizen.
- 4 - Ziekenhuisverpleging.
- 5 - Wijkverpleging.

Is het nu ook gewenscht de ziekenfondsen voor al deze verplegingsvormen te laten zorgen? In principe zal men dit zeker moeten beamen. Het doel is immers zoo goed mogelijk te zorgen voor het herstel van den zieke. Maar nu praktisch?

Voor een deel worden de kosten van deze verpleging juist voor de minvermogenden door de gemeenschap gedragen.

De betaling van de kosten der *krankzinnigenverpleging* is geregeld in art. 39 en 40 der Armenwet en het lijkt mij ongewenscht in deze regeling, die reeds geruimen tijd goed functionneert, verandering te brengen.

Sanatoriumverpleging van tuberculose-lijders in die gevallen, waarin de kans op genezing of blijvende verbetering niet te gering is, zou zeer zeker tot de taak van het ziekenfonds behooren. Volgens den districts-tuberculose-arts F. Tijdens (54) zou dit een bedrag vorderen van gemiddeld f 1.— per persoon in dienstbetrekking. Globaal berekend zijn volgens hem de kosten f 2,5 à f 3 miljoen per jaar, wat overeen komt met 40 cent per ziel per jaar. Een contributie in de ziekenfondsen van één cent per week per ziel zou dit bedrag dus ruimschoots opbrengen.

Rusthuizen maken de zaak weer veel moeilijker. Terwijl de aanwijzingen voor de verpleging van tuberculose-lijders in een sanatorium vrijwel vaststaan en onder contrôle van de consultatiebureaux voor tuberculose kunnen worden gesteld, is opneming in een rusthuis wel vaak gewenscht, doch meestal niet noodzakelijk.

Ziekenhuisverpleging kan en moet wel degelijk door de ziekenfondsen worden gegeven en er is alle reden om ten deze het aantal lichamen te verminderen, waardoor de administratiekosten zullen dalen. De vaak geopperde financiële bezwaren wegen niet zoo zwaar. Wel is het juist, dat de draagkracht der hier in aanmerking komende groepen zeer beperkt is, maar het aantal, dat zich reeds heeft verzekerd in de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging is zeer belangrijk. In verschillende Federaties van vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging waren in 1932 verzekerd: (55)

In de „Federatie” 319.000 leden, overeenkomend met ong. 1.200.000 zielen.

In Friesland in de provinciale Federatie 58.237 leden, of ongeveer 230.000 zielen.

In de provincie Groningen 57.000 leden, of 230.000 zielen.

In de provincie Drenthe 18.500 gezinnen of 55.000 zielen.

In Noord Holland 16.192 leden of ongeveer 65.000 zielen.

Van Overijssel en Gelderland zijn geen cijfers bekend.

Tezamen telden deze federaties dus bijna 2.000.000 zielen.

Naast deze vereenigingen in federatief verband staan er nog vele, die geen enkele band aangegaan hebben, zoodat het totaal aantal verzekerden in deze fondsen belangrijk hooger is dan deze toch reeds vrij hooge cijfers. Daar nu ook de grootste steden, zooals boven genoemd is, zeer gemakkelijk geheel of gedeeltelijk op stadskosten patiënten in de ziekenhuizen doen opnemen, is het aantal leden daar niet groot. We mogen dus aannemen, dat van de 6.000.000 inwoners buiten de grootste steden ongeveer de helft verzekerd is tegen de kosten van ziekenhuisverpleging. Uitbreiding der ziekenfondsen met de ziekenhuisverpleging zal dus voor een groot deel der verzekerden geen financieele bezwaren opleveren. Het is de vraag, of de aldus gedecimeerde Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging kunnen blijven bestaan. Dit mag echter geen argument zijn om de zaak nu maar te laten zooals ze is. Vele der ziekenhuisverplegingsfondsen zijn reeds vereenigd in provinciaal verband. Wanneer bij behoud van dit verband er een eenheid komt in de rechten der leden en in de contributies, is het zeer zeker mogelijk, dat gevormd worden gewestelijke vereenigingen, die dan voldoende leden kunnen krijgen om hun voortbestaan te verzekeren.

Ook het betalen der *wijkverpleging* kan geen overwegend bezwaar zijn. Uit de jaarverslagen der Groene Kruisvereenigingen, van het Witte en Wit-Gele Kruis en uit het Overzicht van het Sociaal Hygienisch werk in Nederland (56) leeren we, dat er op 1 Januari 1932 bij de verschillende vereenigingen waren aangesloten 658.741 leden, wat overeenkomt met ongeveer 2.600.000 zielen. Een fractie hiervan (8000) komt uit de groote steden. De bevolking van ons land was op dien datum, exclusief de vijf grootste steden 5.853.752 zielen, zoodat ongeveer 50 % lid van deze vereenigingen is. M.i. zal

het zéér ongewenscht zijn, dat de ziekenfondsen eigen diensten voor wijkverpleging in gaan richten. Dit zou zijn een versnippering op een gebied, waar een eenheid te vinden is als op geen ander terrein mogelijk lijkt. De juiste weg, overeenkomende met de meening van Minister Verschuur in 1931 is, dat de ziekenfondsen voor hare leden collectief lid worden van het Groene, Witte of Wit-Gele Kruis en daarvoor recht erlangen op wijkverpleging en gebruik van verplegingsartikelen. In de stad Groningen werkt dit stelsel reeds tot wederzijdsche tevredenheid.

Als doel van een goed ziekenfonds zal in elk geval noodzakelijk zijn, de geheele geneeskundige en pharmaceutische hulp, terwijl er misschien reden zal zijn om in verband met den economischen toestand een overgangstijdperk van ongeveer 5 jaar te stellen, gedurende welken tijd de contacten en contracten voorbereid kunnen worden voor de uitbreiding met wijkverpleging, ziekenhuisverpleging en verpleging in sanatoria voor tuberculose.

§ 2 - FINANCIËN

1 - Inkomsten.

a - Contributie of premie.

Daar de ziekenfondsen uit den aard hunner doelstelling bestemd zijn voor de minder draagkrachtige lagen der bevolking, is het noodig, met behoud van de best mogelijke hulp, de lasten niet hooger te maken dan strikt noodzakelijk is. De betalingstermijn moet kort zijn en zoo mogelijk samen vallen met de betaling van het loon. Wil men deze premie-inning, zooals deze trouwens in de ziekenfondsen gebruikelijk is, behouden, dan is daarbij een vaste contributie een onafwijsbare eisch. Juist de gezinnen met het laagste budget kunnen zich niet instellen op wisselende bedragen voor hun ziekenfonds, maar elke week moet hetzelfde bedrag worden betaald. Het principe van het gezamenlijk dragen der lasten heeft in den loop der jaren gevoerd tot het huidige systeem: een contributie voor volwassenen, en daarnaast een lagere voor de kinderen. Meestal wordt hierbij voor hoogstens 3 of 4

kinderen betaald. Hierdoor bereikt men, dat voor de groote gezinnen de last niet te zwaar wordt. Het loon van den kostwinner houdt immers ook geen verband met de grootte van zijn gezin. Over het algemeen is de grens waarop de contributie voor volwassenen verschuldigd is, vastgesteld op 16 jaar, waarbij aangenomen wordt, dat de meeste zestienjarigen reeds iets verdienen en een zekere zelfstandigheid hebben, zoodat het billijk is, dat voor of door hen contributie betaald wordt. Wel zijn er gevallen, dat door het bezoeken van ambachtsscholen, nijverheidsscholen e.d. deze jongens of meisjes nog geen eigen inkomsten hebben, maar m.i. moet in dat geval het contributiebedrag opgeteld worden bij de opleidingskosten. In verscheidene fondsen is er verschil tusschen het contributiebedrag van de ouders en dat van inwonende kinderen boven 16 jaar, maar daarbij is vaak weer een aparte contributieregeling noodzakelijk voor onvolledige gezinnen en voor alleenstaanden. Deze zeer ingewikkelde regeling is onnoodig, omdat het verschil per gezin niet groot zal zijn en het, naast de ingewikkelder administratie, aanleiding kan geven tot moeilijkheden B.v. deze: Valt een inwonende zoon, die een eigen positie heeft en thuis kostgeld betaalt, onder de inwonende kinderen of onder de zelfstandige personen? Er is dan ook een bovengrens noodig voor den leeftijd, want een inwonende ongehuwde zoon zou zoo tot in lengte van dagen onder het lagere tarief vallen.

Een zeer belangrijk vraagstuk is de z.g. *getrapte contributie*. Hierbij houdt de wekelijksche bijdrage der verzekerden verband met het inkomen. Wil men de belooningen der aan het fonds verbonden geneeskundigen en anderen, die hun werkkraft aan het fonds geven, op peil brengen en de verstrekkingen de noodige uitgebreidheid geven, dan is het gevaar groot, dat de contributie hooger moet worden, dan de minst-draagkrachtigen kunnen betalen. Het zou geen overwegend bezwaar zijn, de honoraria aan den lagen kant te doen zijn, wanneer daarvoor dan ook alleen de minst welgestelde leden behoeften behandeld te worden. Dan zou daarbij van de deelnemers een zekere mate van philantropie gevraagd worden. Dit mag *niet* gevergd worden ten behoeve

van hen, die wel degelijk op deze wijze hun hulp behoorlijk kunnen betalen.

Hier komen wij op de z.g. *welstandsgrens*, een veelomstreden punt. Terwijl een gedeelte der geneesheeren pleit voor een betrekkelijk lagen welstandsgrens, zijn er reeds vele, die een matige verhooging hiervan voorstaan. Bij de ondernemers-ziekenfondsen (de z.g. directie-fondsen) en de „coöperatieve” fondsen heerscht over het algemeen het streven, de welstandsgrens zoo hoog mogelijk op te voeren. Dit is wel begrijpelijk. Uit een oogpunt van risico behoort deze bovenste groep tot de kern, waarmee men geen last heeft van wanbetaling e.d. Doch het principe van de ziekenfondsen, zooals dit in deze bladzijden ontwikkeld is, eischt economisch beheer en economisch gebruik van alle hulpmiddelen. Zoo zal, ten einde geen onnoodige kosten of te vermijden tijdverlies te veroorzaken, het noodzakelijk zijn te bepalen: dat boodschappen, spoedgevallen uitgezonderd, des morgens voor negen uur bij den geneesheer worden bezorgd; dat, wie daartoe in staat is, zich persoonlijk op het spreekuur aanmeldt; dat de geneesheer zijn route op de beste wijze kan indeelen. Ook bij het bezorgen van recepten en medicamenten worde dit doorgevoerd. Men kan niet toestaan, dat met het wegbrengen van een recept gewacht wordt, tot men toevallig dien kant uit eens een boodschap heeft.

Er zal dus alleen bij uitzondering rekening gehouden kunnen worden met wenschen omtrent tijd van bezoek, niet op het spreekuur verschijnen, enz. Dank zij de lange jaren, waarin zij tot de particuliere praktijk behoorden, kan een beter gesitueerde zich aan deze regels niet gemakkelijk aanpassen. Hij is over het algemeen te weinig doordrongen van het belang, efficiëncy ook te doen toepassen door zijn geneesheer en is er aan gewend deze extra faciliteiten, zij het dan ook tegen een zekere verhooging van het honorarium, te eischen. Aangezien men met een hooger inkomen wel in staat is, een rekening voor zijn geneeskundige en pharmaceutische hulp te betalen, is het niet gewenscht, dat deze groep toegang krijgt tot de ziekenfondsen.

Daar nu vooral van bepaalde zijden, mede in verband met

de hooge welstandsgrens in de Ziektewet, aangedrongen wordt op een welstandsgrens van dezelfde orde in de ziekenfondsen, zal het verschil in inkomen tusschen de leden met de hoogste en met de laagste inkomens dermate zijn, dat, terwijl de contributie voor de laatsten niet meer te betalen is, voor de eersten het bedrag met een zeker gemak is op te brengen. Om nu toch leveringen en bewezen diensten behoorlijk te kunnen honoreeren, zal de gemiddelde contributie betrekkelijk hoog moeten worden. Deze is voor de minder-gesitueerden niet op te brengen. Voor hen zal dus een lagere premie moeten worden vastgesteld. Dit kan echter alleen, als het aantal leden, dat de hoogste premie betaalt, groot genoeg is, om het deficit op de lagere te dekken. Dit evenwicht is slechts te bereiken door een algemeene toetreding. Stelt men deze niet verplicht, dan zullen de goede risico's, speciaal uit de categorie met de hoogste inkomens beneden de welstandsgrens, zich afzijdig houden. Toepassing van art. 48 der Ziektewet met vrij groote gestrengheid zal de noodzakelijke dwang op de verplicht verzekerden uitoefenen. Voor een volledig succes ware te overwegen, of ook op de andere bevolkingsgroepen, die krachtens hun inkomen lid behooren te worden van de ziekenfondsen, een zekere dwang kan worden uitgeoefend. Hiertoe kan o.a. dienen een zeer groote gestrengheid van de gemeenten bij het verstrekken van steun aan hen, die, hoewel hun inkomen beneden de welstandsgrens ligt, geen lid zijn van een ziekenfonds. Zooals de ervaringen bij verschillende vereenigingen voor ziekenhuisverpleging hebben geleerd, werkt een dergelijke houding in de juiste richting.

Gewenscht is m.i. een contributieregeling, waarbij de contributie voor alle personen boven 16 jaar gelijk is, waarbij voor de kinderen een contributie vastgelegd wordt, welke daar belangrijk beneden ligt en welke hoogstens verschuldigd is voor 3 kinderen per gezin. De leden worden gesplitst in drie groepen, met welstandsgrenzen, voor kostwinners resp. *f* 3000.—, *f* 2300.— en *f* 1600.—, voor niet-kostwinners resp. *f* 2400.—, *f* 1800.— en *f* 1200.—, in plaatsen met een inwonertal boven 14.000. In de kleinere plaatsen zullen deze cijfers ongeveer bedragen: voor kostwinners resp. *f* 2400.—, *f* 1800.—

en *f* 1200.—; voor niet-kostwinners resp. *f* 2000.—, *f* 1500.— en *f* 900.—.

b - Bijdragen

Zooals nader bij de bespreking van de honoraria zal worden medegedeeld, komt het mij gewenscht voor, dat de behandeling van ongevallen in den zin der Ongevallenwet 1921 en der Land- en Tuinbouw-Ongevallenwet 1922 in ieder geval gedurende de eerste 6 weken niet meer afzonderlijk zal worden gehonoreerd door de Rijksverzekeringsbank, doch zal gerekend worden te behooren tot de geneeskundige behandeling, die vanwege het ziekenfonds wordt verstrekt. Daardoor komt een belangrijk bedrag, dat dient voor de betaling der geneeskundige behandeling door de Rijksverzekeringsbank, vrij, dat gebruikt kan en mag worden om de financiën van de ziekenfondsen te versterken (de geheele geneeskundige behandeling, zonder de ziekenhuisverpleging, kostte aan de R.V.B. in 1931 bijna *f* 1½ miljoen) (57). Vaak nog wordt bij de bepaling der honoraria van de medici en de apothekers in aanmerking genomen, dat een niet onbelangrijk bedrag wordt verkregen van de ongevallenbehandeling. De honoraria zullen, wanneer deze bate vervalt, op een billijke hoogte dienen te worden gebracht. Door Berger werd bij de bespreking van de Wet Talma (58) de maatregel voorgesteld om de nota's voor geneeskundige behandeling van de ziekenfondsleden aan de R.V.B. gezonden, aan de ziekenfondsen uit te betalen. Tegenover artsen en apothekers begaat men daarmee dan geen onbillijkheid, omdat de betaling van hun diensten opgesloten ligt in een voldoende ziekenfondshonorarium. Wel eischt dit een groote administratieve omslag.

Een andere wijze om deze uitkeering te regelen ware een subsidie aan de ziekenfondsen per verzekerd lid. Echter is dit, evenals dit op blz. 111 betoogd wordt voor de verzekerden krachtens de Ziektewet, ondoenlijk door het verloop van de verzekerden. Dan is beter het verstrekken van een bijdrage per ziel per jaar. Op deze wijze komt men tot een soort collectief contract tusschen de Rijksverzekeringsbank en de gezamenlijke ziekenfondsen. Er is alles voor te zeggen, dat de verloskundige hulp,

te verstrekken ingevolge art. 36^o der Ziektewet, ook door de ziekenfondsen zal worden gegeven. Daarvoor kan ook een bedrag in de kas van het ziekenfonds worden gestort. In de derde plaats is er ook het fonds ex art. 124 der Ziektewet, waarvan de bedragen geschat werden op ongeveer f 6 miljoen per jaar (59). Dit bedrag is bestemd om besteed te worden voor de verzekerde arbeiders. De eenigszins gedrongen rede-
neering van den minister, die dit bedrag beschouwt als een tegemoetkoming in een fictieve premie, die hooger ligt dan de werkelijke premie, zou veroorzaken een verschil in be-
handeling tusschen den verzekerden arbeider en de andere fondsleden, waartoe ook zijn gezin behoort! Een dergelijk verschil zal tot groote moeilijkheden leiden. De patiënt voelt niet, waarom hij anders (beter?) behandeld moet worden dan zijn gezin. Dit geeft steun aan een voorstel om het bedrag, gevormd door bovengenoemde subsidies, door een centraal instituut over de ziekenfondsen te doen verdeelen, zonder dat de administratie der ziekenfondsen voor een onoplosbare taak komt te staan. Immers, hoe komt het ziekenfonds te weten, of een lid nog verzekerd is ingevolge de Ziektewet? Dat is praktisch onmogelijk. Zelfs bij een zeer uitgebreide admini-
stratie, die schatten geld zou kosten, is dit onmogelijk. Bovendien schept het hebben van twee soorten bediening onge-
wenschte toestanden. Dat wil daarom nog niet zeggen, dat over het geheele land de bijdrage per ziel gelijk moet zijn. Het centrale instituut kan al naar de behoefte de aandeelen vaststellen, waarbij het extra risico voor grootere ziekenhuis-
opneming en eventueel een extra hooge reserveering voor specialistische hulp in industriecentra e.d. in rekening ge-
bracht kan worden. Zonder een zeer duur en omslachtig administratiesysteem is er in het geheel geen kans, in de richting van het ministerieele voorstel te geraken. *Of men geve, onder bepaalde voorwaarden, aan de goedgekeurde of toe-
gelaten ziekenfondsen een bijdrage per ziel uit dit fonds, of men stelle hier tegenover een bijdrage uit 's Rijks kas, waardoor het bedrag toch per ziel uitgekeerd kan worden.*

2 - *Uitgaven*

a - Honoraria

De geneeskundigen, aan de ziekenfondsen verbonden, zijn te splitsen in huisartsen en specialisten, een splitsing, noodig door de verschillende verhouding tegenover de patiënten. Immers, de huisarts wordt geroepen voor alles, wat er in het gezin gebeurt, terwijl de specialist alleen geraadpleegd wordt in zeer bepaalde gevallen.

Hoe dient nu de honoreering der geneeskundigen te geschieden? Er zijn drie verschillende wijzen in gebruik:

- I - betaling per verrichting, het z.g. prestatiestelsel,
- II - een vast salaris, de vol-ambtenaar in dienst van het ziekenfonds,
- III - de betaling per abonnement, waarbij de geneesheer een bepaald bedrag per jaar ontvangt voor elk bij hem ingeschreven verzekerde. We vinden hier in de praktijk weer twee vormen en wel:

a - de betaling van een gefixeerd bedrag per ziel per jaar;

b - de betaling van een bepaald bedrag per betalend verzekerde, waarbij dan als betalend verzekerde worden beschouwd die personen, voor wie de volle contributie wordt betaald. Bij deze regeling wordt dan voor de kinderen óf niets betaald, óf een bepaald deel van bovengenoemd bedrag (meestal is dat een derde).

Een enkele maal vinden we bij de oudere door de geneeskundigen opgerichte ziekenfondsen nog de bepaling, dat het overschot, na aftrek van de verstrekkingen en de medicamenten, in bepaalde verhouding tusschen geneeskundigen en apothekers wordt verdeeld. Hier hangt dus het abonnementsbedrag direct af van de onkosten en dienen de salarissen als een sluitpost. Later is dat vervangen bij de Maatschappijfondsen door een vast bedrag per ziel per jaar. Daar echter in deze fondsen de geneeskundigen aansprakelijk zijn voor het tekort, is voor hen het verschil meer theoretisch dan praktisch.

Ad. I - Wil men *betaling per verrichting* invoeren, waar uit

een oogpunt van betaling naar geleverde prestatie veel voor te zeggen is, dan is het noodzakelijk in verband met de beperkte vaststaande inkomsten van het fonds, een totaal maximum te stellen. De situatie is nu helaas zoo, dat aan den eenen kant sommige geneeskundigen de verleiding niet kunnen weerstaan zooveel mogelijk visites te maken, om daardoor hun inkomen omhoog te brengen, anderzijds de patiënt niet spoedig vindt, dat zijn geneesheer te vaak komt, wèl hem graag meer zag verschijnen, ten minste, wanneer hem dat niets meer kost. Heeft men geen maximum van de totaal-honoraria, dan is het dus zeer gevaarlijk met het oog op de financiën van het fonds, en heeft men dit wel, dan zullen de zeer conscientieuze medici, die hun bezoeken niet bovenmatig uitbreiden, een veel te laag inkomen krijgen, daar het bedrag per verrichting te laag wordt.

In het Rapport over de Ziekenfondsen in Amsterdam van 1897 worden met instemming door de Commissie aangehaald de woorden van Prof. B. J. Stokvis, gesproken bij het neerleggen van het voorzitterschap van de Medische Commissie van Ziekenzorg, het eenige ziekenfonds, dat daar toen deze betalingswijze had ingevoerd: „Het beginsel juich ik nog steeds toe, maar de praktische toepassing heeft tot te veel misstanden geleid, dan dat ik er nog langer mijn naam aan leenen wil.” Wel is getracht de bezwaren te ondervangen door een ticket modérateur, d.w.z. dat de patiënt voor elk bezoek een bepaald bedrag zelf moet betalen, maar voor hen, die te goeder trouw zijn en met veel ziekte te kampen hebben, wordt de last dan onevenredig zwaar. Bovendien moet, wil het een rem zijn, het bedrag niet te laag zijn, en dan gaat het principe van het ziekenfonds, het gezamenlijk dragen der lasten, verloren.

Ad. II - Een aanstelling als vast ambtenaar voor de fonds-geneesheeren heeft het bezwaar, dat het dan niet wel mogelijk is, de vrije artsenkeuze te handhaven (zie aldaar). Eenerzijds moet ter wille van de efficiency gezorgd worden, dat deze ambtenaren hun geheele werkkraft kunnen geven, dus dat zij een voldoende aantal leden op hun naam hebben, terwijl daarentegen een overbelasting tegenover hen en tegen-

over de patiënten niet verantwoord is. Men is dus noodwendig aangewezen op een zoo groot aantal geneesheeren, dat er steeds ruimte voor nieuwe patiënten beschikbaar is, wat niet economisch is.

Het gevaar is groot, dat patiënten zullen moeten worden toegewezen aan een geneesheer, terwijl zij in hem onvoldoende vertrouwen hebben, wat voor de behandeling een ongunstige factor is. Ook is bij hen de lichte correctie, die in het volgende punt genoemd zal worden, de overschrijving op een anderen geneesheer, niet mogelijk, maar is men direct gedwongen tot bestuursmaatregelen.

Ad. III - Bij de derde wijze van honoreeren, per abonnement, in verreweg de meeste ziekenfondsen gebruikelijk, is alleen het bezwaar, dat de medici te nalatig zijn met bezoeken, omdat ze toch hun honorarium krijgen, welke afwijking, *als* ze voorkomt, gecorrigeerd zal worden door overschrijving op andere geneesheeren. Eerder zou men dit mogen verwachten bij de aanstelling als vast ambtenaar. Een tweede bezwaar, dat ook bij de ambtenaren geldt, is, dat de patiënten te veel zullen vragen, meer bezoeken wenschen te ontvangen als noodig is. De ervaring leert, dat men rekenen moet op een vergrooting van het aantal prestaties per patiënt van 30—50 % bij overgang van de particuliere praktijk naar het ziekenfonds. Recente onderzoekingen hebben zelfs als resultaat gehad, dat de verhouding van de prestaties per ziel in de particuliere en de fondspraktijk zich verhouden als 1 : 4! Een deel van deze verhooging vindt zijn oorzaak daarin, dat vele minder gegoeden buiten de fondsen hun geneesheer te laat roepen en soms zich zelf te vroeg genezen verklaren om van verdere bezoeken verschoond te blijven. De tact der geneeskundigen kan hier meestal wel de excessen beteugelen. In den laatsten tijd is voorgesteld om het premiebedrag te verlagen en daartegenover van den patiënt een vergoeding per ziektegeval te vragen (60). Dan heft echter dit middel het euvel van „te veel visites wenschen” in het geheel niet op, integendeel zal het idee te eer post vatten: er is immers voor betaald! Hoogstens zullen enkele lichte ziektegevallen en ongemakjes nu niet meer bij den huisarts verschijnen.

Boven is reeds betoogd, dat de hulp, door de ziekenfondsen te geven, goed moet zijn, doch zoo efficiënt mogelijk, d.w.z. alle luxe, d.i. overdaad, moet geweerd worden. Zooals ik zooeven uiteenzette, zullen de honoraria in een bepaalde verhouding dienen te staan tot de inkomsten van het fonds. De contributie mag niet hooger worden dan noodzakelijk is, een eisch, die tegenwoordig zoo mogelijk nog sterker klemt.

Alle kosten moeten dus zoo laag mogelijk zijn. Hoe eenvoudiger de inrichting kan zijn, des te lager worden de administratiekosten. Ook centralisatie en mechanisatie der administratie kan de onkosten hiervan doen dalen. Om ook den tijd der geneesheeren niet onnoodig te gebruiken voor ritten in een richting, waar zij reeds den zelfden dag geweest zijn, hetzij omdat de boodschappen te laat gekomen zijn, hetzij omdat een bezoek op een bepaald uur wordt gevraagd, is meestal bepaald, dat boodschappen, spoedeisende gevallen uitgezonderd, op een bepaald uur moeten zijn gebracht, terwijl de geneesheer vrij moet blijven, zijn route zoo doeltreffend mogelijk in te richten. Tegenwoordig heeft de ziekenfondsgeneesheer naast zijn honorarium van het ziekenfonds, een wisselend bedrag aan inkomsten uit de behandeling van ongevalspatiënten. Het is m.i. onjuist, dat deze behandeling, zeker voor zoover zij door den huisarts geschiedt, apart gehonoreerd wordt. Bij de invoering der Ongevallenwet 1901 werd door verschillende geneesheeren al bezwaar gemaakt tegen de h.i. dubbele betaling. Bij deze ongevalsbehandeling treden ook de bezwaren van het prestatiestelsel vaak op den voorgrond. Door verschillende geneesheeren, die deze weelde niet kunnen dragen, worden patiënten met verwondingen soms behandeld met een frequentie en een zwaarwichtigheid, die merkwaardig groot is.

Het is onlogisch, wanneer een wondje toevallig onder het werk ontstaat, dit *niet* van wege het ziekenfonds te behandelen. Hierin schuilt bovendien een gevaar. Het merkwaardige feit doet zich voor, dat verscheidene patiënten, ziekenfondslid, hun ongevalsletsels niet laten behandelen door hun huisarts, maar door een ander. Daarmee gaat samen een overdrijving van de belangrijkheid van deze letsels door den pa-

tiënt. De moeilijkheid, die we toch nog al eens ontmoeten, om den patiënt tijdig weer aan den arbeid te krijgen, wordt vergroot doordat de behandeling valt buiten het ziekenfonds en geheel apart wordt gehonoreerd, waardoor een sterk accent erop valt.

Doch — bij de organisatie der ziekenfondsen werd rekening gehouden met deze extra-bate. Wanneer men de behandeling gedurende de eerste 42 dagen aan de ziekenfondsen opdraagt, vallen daaronder voor het jaar 1930 169.756 ongevallen met geneeskundige behandeling tegen 8346 ongevallen waar de behandeling langer duurde dan 42 dagen (61).

Rationeel zou het zijn, in het geheel geen grens meer te trekken, maar de ziekenfondsen te laten zorgen voor de geheele medische verzorging van hunne leden. Bij de bepaling van het honorarium dient daarmee rekening gehouden te worden. Zooals vrijwel algemeen reeds is doorgedrongen, moet het totaal aantal ziekenfondsverzekerden, dat bij één geneesheer mag zijn ingeschreven in gevallen, waar praktisch geen andere praktijk kan worden uitgeoefend, worden vastgesteld op ongeveer 4000 in de steden en 3000 op het platteland. Dit aantal kan, althans op het platteland, maar nauwelijks bereikt worden zonder overbelasting. Nemen we deze cijfers als norm aan, dan is de geneesheer daarmee volkomen bezet. Mede aan de hand van de cijfers, die Dr H. G. Hamaker geeft in het Maandblad van het Comité voor studie van Medische Beroepsbelangen van Juni 1932 mogen we dan de volgende onkosten aannemen:

auto	f 2500.—
apotheekbenodigdheden	f 2500.—
extra-kosten door de grootte van het huis, meerdere bediening, hogere belasting, licht, verwarming	f 600.—
boeken, tijdschriften en lidmaatschappen	f 250.—
instrumenten	f 150.—
vacantie en ziekte (waarnemer en ziekteverzeke- ring)	f 500.—
apothekers-assistente	f 1200.—
premie levens- en pensioenverzekering	f 1200.—
Totaal onkosten	f 8900.—

Deze cijfers schijnen zeer hoog, maar zij betreffen een praktijk, die zeer druk is, gezien het aantal fondspatiënten en de cijfers zijn bijeengebracht uit de opgaven van plattelandsgeneesheeren.

Voor de stads-huisartsen vervallen de onkosten van de apotheek, zoodat daar de onkosten worden *f* 5200.—. Hierbij moeten we bedenken, dat de onkosten voor de bewoning waarschijnlijk hooger zijn te schatten, dan buiten. Nemen we nu de honoraria, zooals deze den laatsten tijd door de Huisartsencommissie der Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst worden gepropageerd, en in verschillende ziekenfondsen zijn aangenomen, n.l. per ziel en per jaar *f* 3.50 voor den huisarts, voor den apotheekhoudenden huisarts verhoogd met *f* 2.— voor de levering van medicamenten en verbandstoffen (bereidingshonorarium en kostprijs te samen), dan komen we tot bruto bedragen voor den huisarts en apotheekhoudend huisarts van *f* 14.000.— resp. *f* 16.500.—. De netto-inkomens zouden dan worden *f* 8800.— resp. *f* 7600.—. Daar dergelijke praktijken wel niet dik gezaaid zullen zijn, blijken ons deze cijfers den geneesheer bij zijn drukke en verantwoordelijke taak een goed bestaan te waarborgen, doch zeer zeker niet een overmatig hoog inkomen te geven. Hierbij is te bedenken, dat de inkomsten uit behandeling van ongevallen door den huisarts vervallen zijn.

De *apotheker* krijgt dan m.i. *f* 1.70 per ziel per jaar, en daarnaast nog de inkoopprijs van de medicamenten verhoogd met 10 % (voor inwegen en dergelijke verliezen). Deze speciale betaling der medicamenten is noodig, omdat de apotheker volledig afhankelijk is van het voorschrijven der geneesmiddelen door den arts. Bij een aantal van 8000 patiënten per apotheker is ook hij met een assistente behoorlijk bezet en ontvangt dan een inkomen van dezelfde orde als de arts.

Het stelsel, waarbij de apotheekhoudende arts een vast bedrag krijgt, inclusief de medicamenten, heeft in de praktijk goed voldaan en ontheft den geneesheer van een omvangrijke administratie.

Voor den *specialist* geldt in zekere mate, wat voor den apotheker is aangevoerd, n.l. dat hij, althans gedeeltelijk,

afhankelijk is in zijn werk van den huisarts. Anderzijds kan, door gemakkelijker en meer in behandeling te nemen en minder met advies terug te wijzen naar den huisarts, het specialistisch aandeel in de behandeling toenemen. Moet het dus billijk geacht worden, dat de specialist betaald wordt naar zijn prestaties, een zekere *limiet* is ook hier noodzakelijk door de beperkte inkomsten van het ziekenfonds. De moeilijkheden bij de honoreering van den specialist zullen m.i. in de volgende richting opgelost moeten worden:

a - de patiënt bezoeke alleen den specialist (zijner keuze) met medeweten en op verwijzing van den huisarts. Wanneer een geneesheer voor zijn patiënt een specialistisch onderzoek wenscht, is deze verwijzing volkomen begrijpelijk. Anders staat de zaak, wanneer de *patiënt* een specialist wenscht te raadplegen. In de eerste plaats is hij niet steeds in staat te weten, onder welk specialisme zijn ziekte valt. Hierbij denken we aan: oogklachten als gevolg van nieraandoeningen, huidjeuk als een symptoom van diabetes, maagcrisen in het verloop van tabes en urineklachten bij intoxicaties.

Daarnaast is het voor den specialist noodzakelijk, dat zijn tijd niet geheel onnoodig in beslag genomen wordt, wil men hem behoorlijk kunnen honoreeren. De inkomsten van het fonds zijn niet onbeperkt en de meeste uitgaven vormen vaste posten.

Bij weigering door den huisarts van een „verwijsbriefje” behoort er zoowel voor den patiënt, als eventueel voor den specialist, door den patiënt op eigen kosten geraadpleegd, beroep mogelijk te zijn op een medische commissie.

b - de specialist behandle alleen die afwijkingen, die specialistische behandeling noodig hebben en wijze de rest onder mededeeling van zijn advies terug naar den huisarts.

Vaak zal een advies van den specialist of een bevestiging door hem van de diagnose voldoende zijn om de behandeling verder door den huisarts te doen geschieden. In deze gevallen dient dan ook de behandeling door dezen te geschieden.

c - *betaling geschiede volgens een vast te stellen tarief, waarbij voor kleinere verrichtingen het maandkaartsysteem worde aangenomen, met aparte honoreering voor grootere ingrepen.*

Het bijzondere karakter van de specialistische hulp laat, bij de groote uitbreiding van het aantal specialismen en het aparte karakter van deze behandelingen, geen betaling per abonnement toe.

Ten einde toch eenerzijds de administratie van specialist en fonds te vereenvoudigen, anderzijds de bestaande gewoonte te volgen, kunnen kleinere verrichtingen met maandkaarten gehonoreerd worden, welke geldig zijn voor de behandeling gedurende een geheele maand, terwijl voor de grootere verrichtingen een tarief vastgesteld moet worden. Hier kan men een verdere vereenvoudiging toepassen, die reeds hier en daar in praktijk is gebracht, door voor de grootere verrichtingen vaste bedragen te noemen, inclusief de nabehandeling.

d - *er worde voor de geheele specialistische behandeling een bedrag gereserveerd, waaruit de vorderingen der specialisten worden voldaan.* Mocht te eeniger tijd het totaal der rekeningen het beschikbare bedrag overtreffen, dan wordt een pond-pondsgewijze verdeeling toegepast, terwijl het niet aan hen uitbetaalde gedeelte als vordering op deze kas wordt geboekt, om uitbetaald te worden, zoodra een volgend jaar er weer voldoende is. *Het gereserveerde bedrag mag alleen ten bate der specialistische hulp worden gebruikt.* Dit jaarlijks te reserveeren bedrag, het z.g. „Pauschal”-bedrag, zal bij de tegenwoordige valuta voor het platteland moeten bedragen ongeveer f 1.25 per ziel per jaar en voor de steden ongeveer f 1.75 per ziel per jaar. In verschillende fondsen, waar door gebrek aan overeenstemming tusschen de verschillende deelnemers een volledige betaling per prestatie plaats vond, bleken deze bedragen tot nog toe voldoende te zijn. Mocht blijken, wat m.i. zeer onwaarschijnlijk is, dat deze bedragen regelmatig te weinig zijn, dan zullen zij herzien dienen te worden.

e - *een commissie uit de specialistenvereening contrôleert*

de nota's der specialisten. Desgewenscht kan een advies van den contrôledienst, zooals deze in het volgende hoofdstuk ontwikkeld wordt, worden aangevraagd.

Om dezelfde reden als bij de honoreering der specialisten zijn genoemd, de wisselvalligheid in het aantal hulpverleeningen, zal ook de *verloskundige hulp* per verrichting moeten worden betaald. Hierbij is geen mogelijkheid voor de verloskundigen, om het aantal verrichtingen uit te breiden, dus kan het zuivere prestatiestelsel behouden blijven. Verondersteld wordt, dat de verloskundige hulp door vroedvrouwen wordt verleend. De bevalling in normale gevallen laten leiden door een geneesheer is een luxe, die het ziekenfonds niet kan en niet mag betalen. Op die plaatsen, waar geen vroedvrouw is en de geneesheer deze hulp verschaft, zal deze hetzelfde honorarium ontvangen, dat anders de vroedvrouw zou toucheeren. Dit honorarium zal moeten bedragen ongeveer *f* 15.— op het platteland en ongeveer *f* 17.50 à *f* 20.— in de steden.

De *buitengewone verloskundige hulp*, voor zoover deze verleend kan worden door den huisarts, worde gerekend in zijn honorarium begrepen te zijn.

Een goed ingericht ziekenfonds zal moeten verstrekken *de geheele conserveerende tandheelkundige hulp*. De honoreering hiervan zal gezocht moeten worden in de richting van een betaling per abonnement. Voor prothesen, die naast de zuiver medische indicatie gewoonlijk tevens een min of meer groote kosmetische indicatie hebben, zou een regeling te ontwerpen zijn, waarbij de patiënt een deel van de kosten bijdraagt, zooals thans voor verschillende hulpmiddelen reeds het geval is.

Er zijn op het oogenblik in ons land twee systemen in de ziekenfondsen ingevoerd.

A - „*Huisbehandeling*”. Hierbij is elk verzekerde ingeschreven ten name van een bepaalden tandarts en wordt door dezen in diens eigen behandelkamer geholpen. De tandarts krijgt dan een vast bedrag per jaar per bij hem ingeschreven verzekerde.

B - „*Kliniekbehandeling*”. Hierbij houden een of meer tand-

artsen zitting in een kliniek, door het ziekenfonds ingericht en betaald. De betaling der tandartsen geschiedt hier volgens een bedrag per zittingsuur.

Ad A - *Huisbehandeling*. Hierbij moeten we verschil maken tusschen het platteland en de grootere plaatsen. Op het platteland worden vrijwel alleen extracties verricht, meestal thans nog door den huisarts. Hier zou kunnen gelden een lager abonnementsbedrag, waarvoor dan alleen reiniging en extracties worden gegeven, terwijl voor de vullingen een apart bedrag betaald wordt per vulling. In de steden zou dan de volledige conserveerende behandeling moeten worden gegeven voor een hooger honorarium. Eventueel zou voor de middelgrootte plaatsen een tusschenvorm kunnen gelden. Voor het platteland geeft dit een besparing voor het fonds, welke echter ook noodig is, daar andere uitgaven weer hooger zijn. Als voorbeeld van een tarief kan gelden het volgende:

Verstrekt worden:

- a - Eerste hulp, het wegnemen van pijn, d.i. extractie, eventueel met verdooven.
- b - Extractie wegens saneering, d.i. het verwijderen van elementen, die niet meer behouden kunnen blijven.
- c - Mondreiniging en het geven van instructies.
- d - Gebits-saneering door eenvoudige middelen (vulling).
Wortelkanaalbehandeling zij hierbij hooge uitzondering.
- e - Herstel der kauwfunctie.

Voor volledige hulp, a, b, c, d: f 0.75 per ziel per jaar.
Voor volledige hulp met bijbetaling van f 1.— per vulling, f 5.— per wortelkanaalbehandeling: f 0.50 per ziel per jaar.
Voor dezelfde hulp met een bijbetaling van f 2.— resp. f 5.—: f 0.25 per ziel per jaar.

Het totaal maximum voor de categorieën 2 en 3 is f 0.75 per ziel per jaar. Voor allen gelden speciale prijzen voor de prothesen, welke dicht liggen bij den kostprijs.

Ad B - „*Kliniekbehandeling*”. Hierbij worden door het fonds alle kosten der kliniek, als wasch, assistentie, administratie, medicamenten en materiaal, gedragen. De tandartsen worden dan betaald met ong. f 5.— per uur. De patiënten kunnen de vrije keuze krijgen uit de verschil-

lende tandartsen, die zitting hebben. Men kan echter geen onbepaalde toelating van tandartsen hebben bij dit stelsel, omdat de uren ongeveer bezet moeten zijn. Dit is wel een schaduwzijde. De tandheelkunde heeft echter één eigenaardigheid, die hier veel sterker naar voren treedt dan bij de andere te verstrekken hulp, n.l. dat bij verwaarloozing de kosten snel en sterk zullen stijgen. Bij de kliniekbehandeling is dat beter te voorkomen dan bij de huisbehandeling. Men heeft reeds hier en daar, o.a. in Utrecht, ingevoerd, dat, na het verleen van de eerste hulp, de patiënten uiterlijk na $\frac{1}{2}$ jaar terug moeten komen voor contrôle. Gebeurt dat niet, dan wordt de hulp niet gratis verstrekt, maar moet er voor betaald worden. Een dergelijke intensieve contrôle is echter alleen bij een klinieksysteem juist door te voeren.

Ik meen dan ook, dat voor de steden het klinieksysteem aangewezen is, waarbij men toch een vrij groot aantal tandartsen aan het ziekenfonds kan verbinden door het aantal uren per tandarts niet groot te nemen. Voor de kleinere plaatsen en het platteland kan dan de huisbehandeling worden ingevoerd met de betaling per abonnement.

b - Geneesmiddelen.

Het fonds zal moeten breidelen de zucht bij patiënten en geneeskundigen om specialité's te slikken, resp. voor te schrijven. Ook bij het voorschrijven van geneesmiddelen komt luxe voor! Deze speciaalpreparaten hebben in de meeste gevallen niets voor boven de door de medici zelf voorgeschreven galenische en chemische preparaten of hunne mengsels, dan de luxe-verpakking, de vaak iets aangenamer smaak en de soms gemakkelijker in te nemen vorm of een aesthetischer uiterlijk. Daartegenover staat, dat de contrôle op de samenstelling gemeenlijk onmogelijk is en men dus moet vertrouwen op een of anderen fabrikant. In vele gevallen is de samenstelling zelfs niet bekend. Het vorig jaar vervallen fiscale invoerrecht op geheimmiddelen had althans tot resultaat, dat de fabrikanten de samenstelling vermeldden! Het karakter van een ziekenfonds laat niet toe om de bovengenoemde futiele redenen, veel grooter uitgaven te doen dan noodig is.

Ook in de particuliere praktijk wordt van verschillende zijden gestreden tegen het doordringen van den vloed van specialité's. Zoo is verschenen het Specialitéboekje der Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Pharmacie en een boekje van Dr H. Pinkhof, welke ons de formules en bereidingen van een groot aantal specialité's geven. Deze specialité's verleiden ook den patiënt soms tot het op onoordeelkundige wijze innemen van, soms sterkwerkende, geneesmiddelen, bevorderen het kwakzalveren door de leeken en verlammen de medici, die verleeren hun recepten te schrijven, welke hen dwingen hun aandacht te bepalen bij de werking van de verschillende componenten. Ook voor de particuliere praktijk geldt toch, dat geld verspillen uit den booze is!

In het algemeen zullen dus specialité's niet voorgeschreven mogen worden. In bijzondere gevallen, door een daarvoor aangewezen commissie van medici te beoordeelen, zullen ze natuurlijk moeten worden toegelaten. Dat dergelijke modeinvloeden een groote beteekenis hebben, bewijzen de cijfers van het ziekenfonds Zaanland en van A.Z.A. A.Z.A. heeft uitgerekend (62) dat de kosten voor geneesmiddelen per patiënt per jaar voor verschillende medici uiteenliepen van 74,39 tot 398,43 cent! Ook andere fondsen boekten dergelijke resultaten bij een enquête. Zaanland stelt nu een maximum vast (63) van *f* 1.— per ziel per jaar, waarvan 85 cent voor den huisarts, terwijl 15 cent beschikbaar is voor specialisten-recepten, sera, vaccins, salversan en insuline en „buitengewoon verband”. Het blijkt, dat daarmee, zonder de goede voorziening te schaden, volstaan kan worden, want velen bleven vrij ver beneden dat bedrag. Wanneer een geneesheer meer voorgeschreven heeft, dan wordt dit door een medisch-pharmaceutische commissie onderzocht, en blijken geen bijzondere omstandigheden aanwezig te zijn, dan wordt het meerdere op zijn honorarium gekort.

Dr Feisser in zijn boven genoemde brochure (64) wil invoeren, dat de patiënt voor elk medicament een klein bedrag, b.v. *f* 0.10 betaalt. De vele recepten voor boorwater, een klein pakje watten, enz. zouden verdwijnen, daar men deze dan liever regelrecht bij den drogist haalt.

Als men deze beide regelingen combineert, zal de verspilling van geneesmiddelen belangrijk verminderen. Eveneens moet de mogelijkheid beperkt worden om op kosten van het fonds die preparaten te krijgen, die op of over de grens van geneesmiddelen liggen. Met name voedingspreparaten als ovomaltine, sanatogen, eikelcacao, voorts kinawijn, bloedwijn, levertraan voor gezonde zuigelingen en kleuters, en dergelijke, welke alleen zullen mogen worden voorgeschreven, wanneer ze ook de facto als geneesmiddel moeten dienen.

c - Reservefonds

Bij de geheele financiering van het ziekenfonds sta voorop, dat de gelden van het ziekenfonds uitsluitend besteed mogen worden voor het doel van het ziekenfonds, zooals dat hierboven ontwikkeld is. Winst maken is dus geheel uitgesloten. Financiering van woningbouw en dergelijke zaken, hoe nuttig dat op zichzelf ook moge zijn, behoort niet tot de taak der ziekenfondsen, die beoogen de behandeling van de zieken. Mochten er fondsen zijn, die voor hun gebouwen, meubilair en administratie toch een zeker kapitaal nodig hebben en dat niet beschikbaar kunnen stellen als belegging van hun reservefonds, dan mag daarvoor natuurlijk een billijke rente worden betaald, welke rente echter niet hooger zal mogen zijn dan de normale rente voor vaste beleggingen. Bij deze gebouwen en meubilair dient natuurlijk de noodige soberheid betracht te worden. Op deze wijze zullen de z.g. directiefondsen verdwijnen, doch zooals uit het historisch overzicht reeds is gebleken, zal dat geen verlies beteekenen. Toch moet de positie van het fonds niet wankel zijn. Er zijn bij de boven geschetste uitgaven enkele, die niet in directe verhouding staan tot de contributie, n.l. de medicamenten, verstrekking van brillen, breukbanden enz., en eventueel het vaste salaris van den administrateur en van de boden. Daarom is nodig een reservefonds en het getuigt van een juist beleid, wanneer men zorgt, dat jaarlijks een bedrag van ten minste $1\frac{1}{2}$ à 2 %, liefst de eerste jaren iets meer, van de bruto-ontvangsten in de reserve gestort worden. Deze stortingen mogen pas op-

houden, wanneer het reserve-fonds het gemiddelde bereikt heeft van de uitgaven in de laatste drie jaren.

Het reservefonds dient:

- 1 - voor het opvangen van exploitatie-tekorten.
- 2 - tot het aanzuiveren van eventuele oude exploitatie-tekorten.
- 3 - wanneer het fonds de reglementaire grootte heeft bereikt, mag de rente gebruikt worden voor uitbreiding der hulp of verlaging der premie.
- 4 - het reservefonds mag, bij wijze van belegging, het administratiegebouw en het daarin aanwezige meubilair bezitten, mits de waardeering daarvan niet boven de werkelijke liquidatiewaarde uitgaat.

§ 3 - BESTUUR

Aan het hoofd van een ziekenfonds staat een bestuur, dat de zaken regelt. Op welke wijze moet dat worden samengesteld en uit welke personen moet dat bestuur bestaan?

Daartoe is in de eerste plaats noodig, dat we goed vaststellen het *karakter* van een ziekenfonds.

Is een ziekenfonds een *onderneming*? Neen, alleen die ziekenfondsen, die als winstgevend bedrijf gevoerd werden en worden door belanghebbende directies vallen hier onder en deze zijn juist veroordeeld en moeten verdwijnen.

Een *vereeniging zonder meer*? Bij een vereeniging wordt het bestuur gekozen uit en door de leden. Maar wie zijn hier de leden? Meestal worden hiermee de verzekerden aangeduid, maar bij een juiste werking van een ziekenfonds zijn geheel andere dingen betrokken dan de normale doelstellingen van vereenigingen.

Valt het ziekenfonds onder de *coöperaties*? Volgens sommigen, o.a. de Landelijke Federatie, wel, en dan is ze te vergelijken met de verbruikcoöperaties. Dan zou het logisch zijn, dat de verbruiker daarvan het bestuur vormde en dat de leverancier geen zitting noch eenige invloed in het bestuur heeft. Maar de geneesheer is niet een eenvoudige leverancier van gezondheid. „Zijn betrekking tot de zieken en tot het

gezin der leden is en behoort iets anders te zijn als die van den leverancier in een verbruikscöoperatie, van wie slechts wordt gevorderd, dat hij den leden voor het minste geld de beste artikelen levert. Het is niet ondenkbaar, dat een ziekenfonds, waarin aan deze verbruiksvereënings-eischen wordt voldaan en waaraan m.a.w. de knapste dokter is verbonden en waar de wekelijksche contributie tot een minimum is gereduceerd, dat zulk een fonds toch slecht werkt en niet populair is, omdat de dokter hartelijkheid, toewijding en vriendschap aan zieken onthoudt, welke eigenschappen niet zijn te reglementeeren, en wier waarde niet in geld is uit te drukken. Ziekenfondsreglementen, die een sterke verwantschap verraden met verbruiksvereëningsreglementen en waar b.v. evenals in een winkel, de dokter met bonnetjes wordt betaald, zijn daarom in den grond af te keuren. (65)"

De vergelijking is ontstaan, toen uit Engeland de coöperatieve gedachte in Nederland werd geïmporteerd en men meende, dat alles wel coöperatief geregeld kon worden. Zeer zeker gaat het in de ziekenfondsen om een coöperatief beginsel, d.w.z. in samenwerking van alle partijen wordt de geneeskundige verzorging van den minvermogenden zieke geregeld, maar dan opgevat als een samenwerking van geneesheeren en verzekerden. Evenmin als een verbruikscöoperatie van de verzekerden is dus het ziekenfonds te beschouwen als een productie-coöperatie van de geneeskundigen en apothekers.

Van verschillende zijden, o.a. de Landelijke Federatie, is betoogd, dat de geneeskundigen als „leveranciers” van het ziekenfonds geen recht hebben om mee te beslissen over de voorwaarden, waaronder ze zullen leveren. Ook dit is niet juist. In de eerste plaats zijn geneesheeren geen leveranciers van gezondheid. De verhouding tot de patiënten is gelukkig van geheel anderen aard. Maar, afgescheiden daarvan, welke leverancier laat door zijn afnemers de voorwaarden vaststellen, waaronder hij levert?

Weer anderen vatten de positie van de geneeskundigen op als die van werknemers (66). Wanneer men deze onjuiste beschouwingswijze zou deelen, dan nog zou de „medezeggenschap”, die thans allerwege wordt geëischt of ingevoerd, ook

hier noodig zijn. Ook Prof. M. W. F. Treub in zijn werkje Sociale Verzekering beschouwde nog de geneeskundigen als werknemers, doch reeds in 1915 bij het indienen van zijn Ziektewet had hij dat standpunt verlaten.

De Landelijke Federatie tot behartiging van het Ziekenfondswezen huldigt de meening, dat de verzekerden alleen het bestuur dienen te vormen, in elk geval de meerderheid daarin moeten innemen. In verschillende adressen die zij tot Minister en Kamers heeft gericht, vinden we de volgende motieven:

- 1 - de verzekerden zijn als belanghebbenden het best in staat de belangen van het fonds te behartigen;
- 2 - het is voor de medici en apothekers niet mogelijk het belang van het fonds in de eerste plaats te bevorderen. Zij zijn immers tevens vaak deelnemer in een Maatschappij-ziekenfonds en moeten daarmee dus concurreren tegen de Federatie-ziekenfondsen.

Zelfs wordt in dit verband in een adres aan de Tweede Kamer van Juni 1925 gezegd: „Uit het fondsbestuur behooren geweerd te worden alle personen, die met het ziekenfondswezen niets te maken hebben.”

In beide praemissen zit een fout. In de eerste plaats zijn de geneeskundigen evenzeer belanghebbenden als de verzekerden. Allen hebben er belang bij, dat door een behoorlijke betaling de mogelijkheid van een goede behandeling wordt geschapen, terwijl evenzeer allen er belang bij hebben, dat niet door te hoog opgevoerde contributie het doel van het fonds illusoir zal zijn.

In de tweede plaats wil ik opmerken, dat evenzeer als den verzekerde zijn gezondheid ter harte gaat, een goede behandeling van de aan zijn zorg toevertrouwde zieken voor den goeden geneesheer van zeer veel belang is. Nog steeds is juist, wat Prof. Dr W. Nolen schreef (67): „De geneesheer moet tegenover zijn patiënt niet alleen staan als degelijk onderlegd geleerde, maar bovenal als man van gemoed.... Want wie niet kan meevoelen met zijn patiënten, wie zich niet kan inleven in hun leed en hun pijn, hun droefheid en hun smart; wie niet begrijpen kan, dat zelfs een ingebeeld lijden een

zwaar lijden kan zijn, die kan den patiënt ook niet doorgronden, diens lijden niet met zijn geheele ziel tasten en voelen, door en door begrijpen en beseffen, die kan dan ook niet het beleid, de toewijding en het geduld bezitten, dat de geneesheer, die een hooge opvatting heeft van zijn taak, voor zich zelf volstrekt onmisbaar moet achten."

Bij het bespreken van de samenstelling van het bestuur sta voorop, dat in het bestuur alleen zitting mogen hebben personen, die een persoonlijke band met het ziekenfonds hebben. Vrijgestelden of ambtenaren van organisaties zullen dus nooit als zoodanig deel kunnen uitmaken van de besturen.

Voorts heeft het beginsel der pariteit vele voordeelen. Meestal heeft men te maken met een tweepolige pariteit, waarbij twee partijen samenwerken. Enkele malen ziet men echter een driehoeksvorming, doch dan moet daarbij onmogelijk gemaakt worden, dat de eene groep door de andere of door een combinatie van twee andere groepen overstemd wordt. Deze driehoeksverhouding vinden we o.a. in de Maatschappijziekenfondsen. Wat in een brochure: De ziekenfondsen, hun verleden, heden en toekomst staat (68): „In de Maatschappijziekenfondsen (zijn) de overschietende groep van bestuursleden-verzekerden in ieder geval en onder alle omstandigheden in de minderheid" mag niet voorkomen, maar het is ook absoluut onjuist. Deze opvatting is wel eenigszins te verklaren uit het feit, dat in het Unificatierapport van 1925 deze foutieve meening werd verkondigd, terwijl de beide vertegenwoordigers der Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in de Commissie blijkbaar niet het foutieve van deze stelling hebben aangetoond. Het systeem, zooals dit in de Maatschappijziekenfondsen wordt uitgewerkt, is, hoewel op het oog wat ingewikkeld, m.i. volkomen juist. De Maatschappij onderscheidt drie groepen van belanghebbenden: verzekerden, geneeskundigen en apothekers. Deze hebben elk een gelijk aantal bestuursleden, door de leden der groep te verkiezen. Daar een verkiezing door enkele duizenden ziekenfondsleden vaak moeilijkheden zal geven, wordt daar een

verkiezing met tusschentrap ingevoerd door schriftelijk een aantal stemgerechtigden aan te wijzen, die genoemd worden vertegenwoordigers der verzekerden. Dit systeem is te vergelijken met b.v. de stemgerechtigden ter Algemeene vergadering van den ieder bekenden A.N.W.B. of met het kiescollege der kerken. Ten einde nu een overstemmen door toevallige mindere opkomst ter vergadering te vermijden, is het totaal aantal stemmen, dat elke groep uitbrengt, gelijk gemaakt, door per aanwezig bestuurslid van een groep een aantal stemmen uit te brengen, gelijk aan het product van de aantallen aanwezige bestuursleden der andere groepen. Het samenspannen van twee groepen tegen de derde wordt voorkomen door aan $\frac{2}{3}$ der *aanwezige* leden eener groep het recht te geven, schorsing van een besluit en arbitrage te eischen. Het resultaat is dan ook in de praktijk, dat zelden een stemming beslissing behoeft te brengen, maar dat men de meeste besluiten in onderling overleg neemt.

Met behoud van dit principe was het misschien tactisch juister geweest de aantallen bestuursleden anders te verdeelen en wel de helft verzekerden, een vierde geneeskundigen en een vierde apothekers.

Toch is er tegen deze wijze van samenstelling der besturen wel iets in te brengen. De apothekers worden door de Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst beschouwd als belanghebbenden en als gelijkwaardigen in de besturen opgenomen. Principieel is hun toestand anders. Terwijl de geneeskundigen aansprakelijk zijn voor de tekorten der Maatschappijziekenfondsen, vallen de apothekers buiten deze regeling. Maar ook is de verhouding tusschen apotheker en patiënt een andere dan tusschen geneesheer en patiënt. M.i. is er meer reden om de apothekers, evenals de instrumentmakers en opticiens te beschouwen als leveranciers van het fonds. Met hen zou alleen een contract gesloten behoeven te worden, terwijl zij in het bestuur geen stem zouden krijgen.

Het bestuur zal dan moeten bestaan uit evenveel geneeskundigen als verzekerden.

Rest als laatste kwestie de bezetting van den voorzitterszetel. Er wordt van verschillende zijden aangedrongen op een

z.g. onpartijdig voorzitter. In principe is daar niets tegen, maar de groote moeilijkheid zal zijn te bepalen, wie als zoodanig kunnen optreden. Wenscht men een buiten de partijen staanden voorzitter, dan is de keuze niet groot meer. Eigenlijk zou dan alleen overblijven de mogelijkheid van een jurist, en liefst een met een ambtelijke positie. Of dat voor de ontwikkeling van het ziekenfondswezen te wenschen ware, staat te bezien.

Het verkiezen van een voorzitter in onderling overleg uit het midden der bestuursleden komt mij nog het meest wenschelijk voor.

§ 4 - TOEZICHT

Op de ziekenfondsen zal een zekere mate van toezicht van overheidswege niet gemist kunnen worden, vooral wanneer de door mij genoemde bijdragen worden uitgekeerd. Dat toezicht dient in de eerste plaats om fraude te voorkomen en voorts om te verhinderen, dat een ziekenfonds zich gaat ontwikkelen in een richting, die afwijkt van de goede grondbeginselen. Dat toezicht zal zijn drieledig:

- 1 - wat betreft het beleid van het ziekenfonds;
- 2 - wat betreft het financieel beheer;
- 3 - wat betreft geneeskundige vragen en geschillen.

Ad 1 - Toezicht op het beleid van het ziekenfonds.

Dit toezicht kan zeer goed worden uitgeoefend door een centraal orgaan. Een instelling als de kortelings opgeheven verzekeringsraad had deze taak gereedelijk kunnen vervullen.

Op den grondslag van hier en daar bestaande fondscommissies zouden commissies kunnen worden gevormd in grooter verband, onder voorzitterschap van vertegenwoordigers van het centraal gezag, met als leden vertegenwoordigers van de verschillende bij de regeling van het ziekenfondswezen betrokken groepen.

Dit college, of deze colleges hebben dus een repressief toezicht op de handelingen en besluiten der ziekenfondsbesturen en doen in eerste instantie uitspraak bij geschillen, tenzij deze medische vragen betreffen.

Ad 2 - Toezicht op het financieel beheer van het zieken-

fonds. Het financieele toezicht kan ondergebracht worden bij een bestaand toezichthoudend orgaan, om op deze wijze te komen tot een centrale financieele contrôle op alle ziekenfondsen, op dezelfde wijze als thans de Rijksverzekeringsbank de geheele contrôle op de Raden van Arbeid heeft.

Ad 3 - *De berechting van geschillen en vragen op medisch gebied*. Deze geschiedt bij de vigeerende sociale wetten op zeer verschillende en soms frappant onvoldoende wijze door zeer uiteenlopende instanties.

Wanneer het betreft „handelingen, die het vertrouwen in den stand der geneeskundigen ondermijnen, of nalatigheid, waardoor ernstige schade ontstaat voor een persoon, te wiens behoefte hun genees-, heel- of verloskundige raad of bijstand gevraagd werd”, (Wet van 2 Juli 1928 S 222, houdende nadere voorschriften ten aanzien van de uitoefening der geneeskunst), dan vinden we de colleges in eersten aanleg, samengesteld uit een jurist-voorzitter, een jurist-secretaris en vier medici, in gevallen, waarin vroedvrouwen of tandartsen zijn betrokken, aangevuld met twee leden dezer groepen; met beroep op een centraal college, dat op dezelfde wijze is samengesteld. Een bezwaar tegen de werking is de zeer enge opvatting van belanghebbende in den zin der Wet, die deze colleges blijkens hare jurisprudentie huldigen. Het Ontwerp-Ziekenfondswet 1931 breidt dit gebied verder uit, door bij niet-toelating van geneeskundigen tot een ziekenfonds beroep open te stellen op de colleges in eersten aanleg, evenals van de beslissingen der fondscommissies van toezicht. Ook het toezicht op de handelingen der aan het ziekenfonds verbonden geneeskundigen en anderen, zal behooren tot hun gebied, waardoor dus m.i. de opvatting van belanghebbende zal moeten worden gewijzigd.

De medische vragen in beroepszaken bij de *Ongevallenwet 1921* worden in eerste instantie behandeld door de zeven Raden van Beroep (O), bestaande uit werknemers, werkgevers, een voorzitter en een griffier. Het hooger beroep vindt plaats bij den Centralen Raad van Beroep (O), uit juristen

samengesteld. Deze colleges bestaan dus uit leeken en hebben ook te oordeelen over, vaak ingewikkelde, vragen op medisch gebied.

De uitspraak in beroep bij de *Land- en Tuinbouw-Ongevallenwet* is meestal opgedragen aan Commissies van Scheidslieden. De regeling hiervan geschiedt door een Algemeenen Maatregel van Bestuur op grond van art. 90 dezer Wet.

De medische vragen, die bij de uitvoering der *Ziektewet rijzen*, worden op zeer verschillende wijze berecht. De vragen die zich bij de *kassen der Raden van Arbeid* voordoen, worden bij uitsluiting aangebracht bij den Raad van Beroep (O). Hierop is geen hooger beroep mogelijk, tenzij het de vraag betreft, of de patiënt een verplicht-verzekerde was (art. 125 der *Ziektewet*). Een uniforme rechtspraak is niet te verwachten, waar hier zeven verschillende leekencolleges hun oordeel in hoogste instantie geven omtrent medische geschilpunten!

De rechtspraak voor de *Bedrijfsverenigingen* is geregeld in art. 106 der *Ziektewet*. Hierbij wordt alle rechtspraak opgedragen aan een door de *Bedrijfsvereniging* in te stellen scheidsgerecht. De medische vragen worden hier voorgelegd, zonder de mogelijkheid van hooger beroep, aan de enkelvoudige kamer, die *zoo mogelijk* uit een bevoegd geneeskundige zal bestaan. De Federatie van *Bedrijfsverenigingen*, die het leeuwendeel der *Bedrijfsverenigingen* omvat, heeft daartoe ingesteld een zevental meervoudige kamers en 59, sedert 1 October 1933 tot 18 verminderd, enkelvoudige kamers.

10 *bedrijfsverenigingen* hebben hun eigen enkelvoudige kamer, terwijl er één gebruik maakt van de bevoegdheid die de wet haar geeft, en geen enkelvoudige kamer heeft ingesteld (69).

Van de medische geschilpunten bij de uitvoering der *Invaliditeitswet* bestaat beroep open volgens de *Beroepswet* op de *Raden van Beroep* (O) met den Centralen Raad van Beroep (O).

Het zou zeer gewenscht zijn, wanneer het instellen van een goede beroepsinstantie voor het oplossen van medische vragen en geschillen bij de ziekenfondsen tegelijk gebruikt kon

worden om voor alle sociale wetten een goede beroepsregeling te maken. De oplossing zou te vinden zijn door het instellen van *Raden van Beroep voor medische zaken*, met een *centraal college*, welke alle vragen op medisch gebied zouden moeten behandelen.

Deze Raden zouden, analoog aan de Colleges in eersten aanleg volgens de Tuchtwet, als Voorzitter een jurist mogen hebben, ten einde ook de formeele zijde steeds goed in het oog te houden, terwijl de leden geneeskundigen zouden moeten zijn.

§ 5 - VERZEKERDEN

Wil het ziekenfonds aan zijn doel beantwoorden, dan moeten zoo mogelijk allen, die daarvoor in aanmerking komen, lid worden. Bij de berekening der contributie wordt gerekend op de normale verhouding van volwassenen en kinderen en het is niet toe te staan, dat een ziekenfonds ten eigen bate de groote gezinnen zou uitsluiten. Toegelaten moet dus worden ieder, die zich aanmeldt en een inkomen heeft, lager dan de te stellen welstandsgrens. Uitzondering kan alleen gemaakt worden voor die personen, die op het oogenblik van aanmelding ziek zijn. Alleen wanneer een massaal toetreden zou plaats vinden, door een verplichting over de geheele lijn, kunnen deze slechte risico's worden aangenomen. De welstandsgrens is reeds nader besproken en uitgewerkt bij de bespreking der contributies.

Den verzekerde komt het recht toe, uit de aan het fonds verbonden geneeskundigen diégene te kiezen tot zijn huisarts, die hij wenscht. Toch kan men niet toelaten, dat telken male, als er in het gezin van een ziekenfondslid geneeskundige hulp noodig is, opnieuw gekozen wordt. In de eerste plaats zijn er de bezwaren voor de volksgezondheid. Juist omdat de positie van den huisarts een bijzondere vertrouwensverhouding vraagt, is het ongewenscht vaak van huisarts te verwisselen. Maar ook kent de huisarts den patiënt en zijn eigenaardigheden en overgevoeligheden. Dus voor den patiënt is een onnoodige verandering van huisarts allerminst gewenscht.

Voor de administratie van het ziekenfonds brengt een overschrijving arbeid mede, dus kost het geld. Ten einde nu den verzekerden de vrijheid te geven, die hen toekomt, anderzijds de administratie echter niet te overbelasten, en tevens om te voorkomen, dat om futiele redenen in een opwelling van het oogenblik veranderd wordt van huisarts (soms omdat hij niet voldeed aan te hooge eischen van den verzekerde of in een opwelling van ontevredenheid) is in de meeste fondsen de zeer juiste bepaling ingevoerd, dat bij het lid worden de verzekerde zijn huisarts kiest en hij voorts éénmaal per jaar mag veranderen. Wenscht hij op een gegeven oogenblik een anderen huisarts te nemen, dan kan dat tegen betaling van een bepaald bedrag b.v. f 2.50, ten bate van het fonds. Heeft de verzekerde werkelijk gegronde bezwaren tegen zijn geneesheer, dan kan hij in beroep komen bij den Raad van Beroep voor medische Zaken. Na onderzoek kan deze beslissen, dat de betaalde geldsom hem worde gerestitueerd.

§ 6 - DEELNEMERS

Als deelnemer moet in de eerste plaats worden beschouwd de huisarts. Daarnaast komen, in een andere verhouding, te staan de gezamenlijke specialisten, tandartsen en vroedvrouwen en als een afzonderlijke categorie van leveranciers de apothekers.

Hierbij komt de speciale verhouding tusschen medicus en patiënt voornamelijk tot uiting bij den huisarts en bij de vroedvrouw. Daarbij wegen de imponderabilia zeer zwaar. Bij den specialist is de verhouding al iets anders en bij den tandarts en den apotheker is meestal geen sprake meer van een speciale vertrouwensverhouding.

De toelating der deelnemers draait om het vraagstuk der vrije artsenkeuze. Hieronder verstaan we het recht van den patiënt om uit de gezamenlijke artsen die geneesheer tot de zijne te kiezen, in wien hij het meeste vertrouwen heeft. Noodzakelijk hiervoor is het recht van toetreding voor de artsen. Ieder te goeder naam en faam bekend staand geneesheer moet worden toegelaten op zijn verzoek, zich tegen de geldende voorwaarden te mogen verbinden aan het fonds.

In den strijd om dit beginsel, dat dus primair een recht van den verzekerde en secundair een recht van den geneeskundige betreft, is opgemerkt, dat dan ook bepaald zou moeten worden, de plicht van iederen huisarts om zich aan de ziekenfondsen te verbinden. Daarbij werd geschreven, dat men iederen huisarts, die zich aanmeldde, maar moest accepteren, maar dat deze het recht had na drie maanden weg te loopen. Dit is niet juist. Het *ziekenfonds* moet zoowel elken huisarts als elken verzekerde, die zich aanmeldt en aan de vereischten voldoet, accepteren, maar de *arts* kan zich met een opzeggingstermijn van drie maanden, de *verzekerde* zelfs met ten hoogste een week terugtrekken.

Alleen in die plaatsen, waar slechts één fonds is zal een verzekerde gedwongen kunnen zijn zich bij een bepaald ziekenfonds aan te sluiten, wanneer art. 48 der Ziektewet in werking treedt.

Evenals de patiënt het recht heeft, te kiezen, welke huisarts de zijne wordt, komt ook elken geneesheer het recht toe, patiënten, waarvan hij weet, dat het zoo noodzakelijke vertrouwen ontbreekt, waardoor het nuttig effect der behandeling vaak illusoir zal blijken, te weigeren. Wenscht geen der ter plaatse praktiseerende geneesheeren een patiënt te behandelen, wat wel een groote uitzondering zal zijn, dan wijst het fondsbestuur en in hooger beroep de Raad van Beroep voor medische zaken, een geneesheer aan. De vrije keuze van geneesheer voor den patiënt is reeds ingevoerd in de sociale verzekering bij de Ongevallenwet, bij Kon. Besluit van 14 Juli 1902 S. 153, laatstelijk gewijzigd bij Kon. Besluit van 3 Sept. 1921 No 1043. In datzelfde Kon. Besluit wordt zelfs voorgeschreven, dat ambtshalve ieder geneesheer, die zich ergens vestigt, een aanmeldingsformulier thuis krijgt (art. 2).

Terecht schreef Rudolf Virchow, toen hij ongeveer 1850 een reorganisatie van de behandeling der armen voorstond (70): „Man kann die Armen auf einen bestimmten Schneider, auf einen bestimmten Koch, einen bestimmten Baumeister verweisen, aber nicht auf einen bestimmten Arzt. Der Arzt hat eine durchaus exceptionnelle Stellung, wie sie durch die eigentümliche Natur seines Berufes begründet ist. Der Arzt ist

wesentlich ein Vertrauensmann. Von dem Augenblick, wo er diesen Charakter verliert hört seine Bedeutung auf." Hoeveel te meer geldt dit niet voor de ziekenfondsleden! Het beginsel der vrije artsenkeuze heeft alleen dáár gefaald, waar men vond de combinatie van ziekenverzorging en ziekengelduitkeering in één kas. Daar werd van den geneesheer tevens gevraagd de contrôle op de arbeidsgeschiktheid van zijn patiënten. „Waar het vertrouwen in den geneesheer ontbreekt, of waar men in hem ziet meer den *contrôleerend* geneesheer, den ambtenaar van de kas, dan wel den *behandelend* geneesheer, blijven niet zelden, zoo niet immer, mededeelingen van intiemen aard verborgen, welker ervaring van het hoogste nut zou kunnen zijn voor den lijder, ja zelfs voor het nageslacht. Een jarenlange observatie der ouders is een waardevol hulpmiddel voor de behandeling der kinderen, waar erfelijkheid of voorbeschiktheid voor ziekten zich kunnen doen gelden" (70).

Reeds geruimen tijd is de kwestie van de verklaringen, die van den geneesheer worden gevraagd, aan de orde. Vele werkgevers, waaronder ook Rijk, Provincie en Gemeente, vroegen bij ziekte van hun personeel overlegging van een verklaring van den behandelenden geneesheer. Deze contrôlemaatregelen zijn, zooals hierboven betoogd werd, onjuist. Zelfs gaat men soms zoo ver, dat, wanneer de geneesheer meent een dergelijke verklaring te moeten weigeren, den patiënt geraden wordt zich van een anderen huisarts te voorzien. Niet alleen particulieren, werkgevers, begaan deze onjuistheid, maar mij is bekend, dat een Provinciale Waterstaat dit aan een harer wegwerkers mededeelde. Het is m.i. zeer de vraag, of wanneer zulk een poging zou slagen, de geneesheer niet een vordering op den werkgever kan gronden op het Burgerlijk Wetboek. Men zie in dit verband de publicatie in het Artsenboekje 1921 blz. 91.

Naast deze verklaringen omtrent de arbeidsongeschiktheid staan de vragen van verzekeringsmaatschappijen, waarbij de laatste jaren ook de organen der sociale verzekering zich hebben gevoegd, die bovendien naar de diagnose vragen. Dit is

zeer zeker in strijd met het beroepsgeheim van den arts. In elk geval kan strijd daarmee bestaan, en wanneer men alleen in die gevallen deze verklaring weigert, zegt dat voldoende. Om de juiste verhouding tusschen patiënt en geneesheer te behouden, is het weigeren van elke diagnose noodzakelijk. Natuurlijk zal de behandelende geneesheer den contrôleerend-geneeskundige, *die den patiënt onderzocht heeft*, doch misschien eenige moeilijkheden heeft met de diagnose, terecht mogen helpen. In de rechtspraak heeft in verband met het verschooningsrecht de Hooge Raad op 21 April 1913 een belangrijk arrest gewezen (71). Uit de overwegingen neem ik over:

„dat anderzijds art. 66 den geneeskundige de *bevoegdheid* verleent om, ook al is hij als getuige of deskundige voor den rechter geroepen om een verklaring af te leggen en dus van den hem door zijn eed opgelegden *plicht tot zwijgen*, ontslagen, desondanks getuigenis te weigeren nopens hetgeen waarvan de wetenschap hem, geneeskundige, als zoodanig is toe-
vertrouwd,

„dat de verplichting tot geheimhouding waarvan dit artikel spreekt berust op de eigenaardige eischen van het uitgeoefend beroep,

„dat die eischen ten aanzien van het geneeskundig beroep meebrengen, dat een ieder, die zich of een der zijnen onder behandeling stelt van een geneesheer, er op kan rekenen, dat hetgeen deze bij die behandeling door mededeelingen van den zieke zelf of te zijnen behoeve gedaan, of *door eigen onderzoek* omtrent den patiënt te weten komt — *al* hetwelk geacht moet worden den geneesheer als zoodanig te zijn *toe-
vertrouwd* — geheim blijve, *vermits* alleen bij voldoening aan dien eisch kan worden voorkomen, dat de zieke zelve of zij, die geroepen zijn voor hem te zorgen, uit vrees voor zijn openbaarheid zich laten weerhouden geneeskundige hulp *in te roepen* en dus slechts dan het doel van het aan de geneeskundigen toekomend verschooningsrecht kan worden bereikt.”
Hoeveel te meer geldt dit niet voor werkgevers en dergelijken! Zelfs worden attesten gevraagd om te bewijzen, dat een jong meisje éénmaal 's maands verhinderd is de gymnastiekles

bij te wonen! De eenige verklaring, die zonder bezwaar kan afgegeven worden is die, waarin de datum van aanvang en einde der *behandeling* worden verstrekt. Hieraan heeft echter niemand veel behoefte. Behandeling is niet synoniem met arbeidsongeschiktheid!

Het is dus noodzakelijk, dat van den geneeskundige geen verklaringen worden gevraagd betreffende zijn eigen patiënten.

§ 7 - CONCLUSIES

Resumeerend komen we tot de volgende conclusies, die vrijwel overeenkomen met de conclusies van de Rapporten der Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst van 1908 en van de Staatscommissie Ziekenverzorging 1919, zooals deze op blz. 49, resp. 80 zijn vermeld:

De ziekenfondsen zullen in hun statuten de volgende bepalingen moeten hebben:

- 1 - dat het doel uitsluitend is de geneeskundige en pharmaceutische hulp voor hare verzekerden.
 - 2 - dat de gelden niet mogen worden besteed voor eenig ander doel.
 - 3 - dat er is een welstandsgrens.
 - 4 - dat ieder te goeder naam en faam bekend staand geneesheer, apotheker en vroedvrouw het recht heeft zich tegen de geldende voorwaarden aan het fonds te verbinden.
 - 5 - dat de verzekerden de vrije keuze hebben uit de aan het fonds verbonden deelnemers.
 - 6 - dat een geneesheer het recht heeft een patiënt te weigeren.
 - 7 - dat overschrijving van den eenen deelnemer op den anderen éénmaal 's jaars kosteloos kan geschieden.
 - 8 - dat voor de huisartsen wordt vastgesteld een honorarium, bestaande uit een vast bedrag per ziel per jaar, voor de apotheekhoudende huisartsen verhoogd met een vast bedrag voor de levering van medicamenten en verbandstoffen.
- dat voor de apothekers wordt vastgesteld een honorarium

per ziel per jaar, waarboven vergoed wordt de kostprijs der medicamenten, verhoogd met 10 %.

dat de vroedvrouwen gehonoreerd zullen worden per verrichting.

dat voor de tandheelkundige hulp in de steden mogelijk is de „kliniekbehandeling”, terwijl in gevallen, waar deze niet in te voeren is, de „huisbehandeling” wordt gegeven (zooals dit op blz. 121 en 122 is behandeld).

- 9 - dat er is een maximum aantal ingeschrevenen per huisarts.
- 10 - dat een reserve gevormd wordt voor specialistische hulp, waarin gestort wordt een vast bedrag per ziel per jaar en dat deze reserve voor geen ander doel mag worden gebruikt.
- 11 - dat een reservefonds zal worden gevormd, waarin telken jare een bedrag van ten minste 2 % der contributie wordt gestort, tenzij dit fonds de hoogte bereikt heeft van de gemiddelde uitgaven der laatste drie jaren.
- 12 - dat in het bestuur zullen zitting hebben een gelijk aantal verzekerden en geneeskundigen.
- 13 - dat in het fondsbestuur geen zitting mogen hebben personen, die niet zijn verzekerde of deelnemer aan het ziekenfonds, met uitzondering van den voorzitter.
- 14 - dat geen der beide groepen belanghebbenden overstemd zal kunnen worden, maar zich steeds zal kunnen beroepen op een arbitrage, op de wijze zooals in de Maatschappijfondsen de regeling is.
- 15 - dat de geneesheeren niet gedwongen kunnen worden verklaringen af te geven omtrent hun eigen patiënten.

Om te bereiken, dat deze bepalingen alle in de ziekenfondsreglementen worden opgenomen, is het noodzakelijk, dat deze van overheidswege zullen worden opgelegd, waarbij de bepalingen sub 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 en 15 zoo mogelijk in de Wet moeten worden vastgelegd.

De bedragen van de welstandsgrens, en de honoraria dienen ook van overheidswege geregeld te worden, waarbij wij denken aan een Algemeenen Maatregel van Bestuur. De wel-

standsgrenzen worden daarbij vastgelegd op de bedragen, zooals zij op blz. 109 zijn genoemd.

Voor minimum honorarium voor den huisarts ware bij de tegenwoordige valuta vast te stellen *f* 3.50 per ziel per jaar, voor den apotheekehoudend huisarts te verhoogen met *f* 2.—.

Voor den apotheker ware een bedrag van *f* 1.70 te noemen. De honoraria voor de vroedvrouwen waren vast te stellen op *f* 17.50 in de steden en *f* 15.— op het platteland, terwijl als storting in de kas voor specialistische behandeling aangenomen mag worden *f* 1.75 in de steden en *f* 1.25 op het platteland.

Als maximum aantal ingeschrevenen per huisarts zal voor de steden 4000 en voor het platteland 3000 moeten worden vastgesteld.

Voorts zullen tevens wettelijk geregeld dienen te worden het toezicht op de ziekenfondsen en de beslissing omtrent geschillen, in den zin, zooals in de vorige bladzijden is uiteengezet.

HOOFDSTUK IV

DE VERHOUDING VAN ZIEKENZORG EN GEZONDHEIDSZORG

§ 1 - INLEIDING

De taak der gezondheidszorg, die op de gemeenschap rust, omvat de bevordering der volksgezondheid en het verwijderen of verwijderd houden van schadelijke invloeden. Een gedeelte van deze taak is geregeld in verscheidene wetten, welker uitvoering onder verschillende departementen ressorteert.

In de *Gezondheidswet* vinden we de instelling en regeling van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Deze wet bevatte ook de regelen omtrent de sedert 17 Januari 1934 opgeheven Gezondheidscommissies.

Regelen omtrent het voorkomen en bestrijden van besmettelijke ziekten zijn te vinden in de *Besmettelijke Ziektenwet*, de *Quarantainewet* en de *Begraafwet*. Voorschriften, betrekking hebbende op de geneeskundige en pharmaceutische hulp vinden we in de *Wetten betreffende de uitoefening der Geneeskunst en betreffende de uitoefening der Artsenijbereidkunst*. Enkele speciale voorzieningen zijn getroffen in de *Opiumwet*, de *Wet op de bereiding van Sera en Vaccins* en de *Röntgenstralenwet 1931*.

De *Woningwet* behandelt in art 4 *b*, *c*, *e* en *g* de hygiënische eischen, die aan woningen te stellen zijn, terwijl deze eischen voor scholen worden vastgelegd in het z.g. *Bouwbesluit* van 15 Februari 1924, S. 48, zooals dit nader is gewijzigd. Dit besluit berust op art. 6 der *Lager Onderwijswet*. De *Veiligheidswet* regelt de eischen voor fabrieksgebouwen en tot het verschaffen van hulp bij ongevallen. Speciale gebieden worden hier geregeld door de *Stoomwet*, de *Caissonwet*, de *Steenhouwerswet*, de *Stuwadoorswet* en het *Mijnreglement*.

De *Warenwet* bevat bepalingen omtrent de keuring van

waren, terwijl de *Vleeschkeuringswet* speciaal dit onderwerp ten opzichte van vleesch en vleeschwaren uitwerkt.

Regels, verband houdende met de geneeskundige verzorging vinden we verder in de *Armenwet* (art. 32—35), de *Krankzinnigenwet*, de *Ongevallenwet 1921*, de *Land- en Tuinbouwongevallenwet 1922*, de *Invaliditeitswet* (art. 99 en 106) en de *Ziektewet*.

Wanneer we het geheele samenstel van bepalingen trachten te overzien, dan vinden we eenerzijds een aantal bepalingen over het Toezicht op de Volksgezondheid, anderzijds een aantal wetten, die de geldelijke gevolgen van ziekte, ongeval en invaliditeit betreffen. Voorts zeer uiteenlopende bepalingen, die geneeskundige of hygiënische voorzieningen regelen.

Het gemis aan eenheid in de z.g. sociale verzekeringswetten is reeds langeren tijd een punt van discussie en o.a. uitvoerig besproken in de dissertatie van Dr G. C. J. Kruisinga van 1925.

Naast de overheidsorganen, die ter uitvoering van een of meerdere der bovengenoemde wetten zijn geschapen, staan een reeks, door het particulier initiatief voortgebrachte, organisaties ter voorkoming en bestrijding van ziekten. Het overgrote deel hiervan wordt door de overheid met subsidies en op andere wijze gesteund.

Directe of gecoördineerde overheids- of particuliere organen, die de gezondheidszorg in haar geheel overzien, zijn alleen te vinden in de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten in de grootste steden. Andere, kleinere, steden hebben soms wel een dienst, die den naam gezondheidsdienst draagt, maar die in werkelijkheid voor een juiste uitvoering van haar taak onvoldoende geoutilleerd is. Bovendien geven vaak de plaatselijke verordeningen aan deze diensten niet de bevoegdheden, noodig om de opvolging van de door hen aanbevolen maatregelen te verzekeren.

„Voor een goede zorg voor de Volksgezondheid is noodig een orgaan, dat de oorzaken van benadeeling of gevaar voor de volksgezondheid opspoort, den weg wijst voor verbetering en de wettelijke maatregelen tot bescherming en afweer uitvoert.” (72). Zoo lezen we in § 2 van de Memorie van Toe-

lichting op de Wet tot Instelling van Gezondheidsdiensten. Helaas is dit wetsontwerp, dat deze zeer juiste grondgedachte uitwerkte, den 14 December 1933 ingetrokken. In deze Memorie vinden we verder, dat tot deze diensten o.a. zullen behooren de schoolartsendiensten, de bestrijding der besmettelijke ziekten en de kinderhygiëne.

De bestaande gemeentelijke diensten behartigen slechts gedeeltelijk de kinderhygiëne; over 't algemeen is deze overgelaten aan het particulier initiatief. De schoolartsendiensten buiten de steden zijn z.g. districtsschoolartsendiensten. Deze zijn gevormd door de samenwerking van verscheidene gemeenten. Zij vormen één der eerste elementen voor goede districts-gezondheidsdiensten en bewijzen, dat samenwerking zeer goed mogelijk is.

De kinderhygiëne, de bestrijding der tuberculose, der geslachtsziekten en van het alcoholisme waren reeds lang door het particulier initiatief ter hand genomen en op zeer voldoende wijze uitgewerkt. Echter vinden wij nog een groote versnippering. „Het particulier initiatief moet werken door middel van vereenigingen en deze nemen met den dag in aantal toe. Voor een deel vindt dat zijn oorzaak in het feit, dat elke bijzondere vorm van zorg, voorzorg en nazorg weder zijn eigen organisatie vraagt. Nog een andere reden is zeker de omstandigheid, dat verschillende Godsdienstige gezindten voor de onderdeelen eigen vereenigingen hebben opgericht” (73). Deze overmaat van vereenigingen kost aan bestuurs- en administratiekosten meer dan economisch te verantwoorden is.

Wel vinden we enkele grootere centrale vereenigingen, waarbij vaak een groot aantal vereenigingen met eenzelfde doel zijn aangesloten, zooals:

de Nederlandsche Centrale Vereeniging tot bestrijding der Tuberculose; de Algemeene Nederlandsche Vereeniging Het Groene Kruis; de Nationale Federatie van het Wit-Gele Kruis; de Nederlandsche Bond tot Bescherming van Zuigelingen en Kleuters en ter Bevordering der Praenatale Zorg e.a., maar er is veel te weinig verband tusschen de organen der gezondheids- en der ziekenzorg. Vaak werken gelijksoortige organi-

saties naast elkaar in dezelfde plaats, zoodat centralisatie en coördinatie hier zou kunnen leiden tot een zorg, die meer effect sorteert en minder kost.

Wanneer van verschillende vereenigingen huisbezoeksters of verpleegsters op een en dezelfde plaats werken, is er tusschen deze dikwerf geen of onvoldoende contact, zoodat de economie onvoldoende is. Ook kan niet zonder protesten van de bezochten een woning overstromd worden door een ongebreideld aantal verpleegsters of huisbezoeksters!

In de Inleiding tot het Overzicht over het Sociaal-hygiënisch Werk in Nederland (74) merkt hoofdinspecteur Eykel op: „Men kan niet aan den indruk ontkomen, dat hier door het ontbreken van samenwerking versnippering van krachten plaats heeft. Vooral op het gebied van de kinderhygiëne zijn de zelfstandig werkende vereenigingen zoo verspreid, dat het niet zoo eenvoudig is een goed overzicht samen te stellen.

„..... Die samenwerking moet door de Inspectie worden geïnstigeerd en geleid, in dien zin, dat het particulier initiatief zich in vrijheid kan blijven ontwikkelen.”

§ 2 - DE TAAK DER ZIEKENFONDSEN

De organen der ziekenzorg hebben ook groot belang bij een goede voor- en nazorg, immers, hoe beter deze geregeld is, hoe meer de ziekenzorg zelve ontlast wordt. Maar ook omgekeerd, hoe beter de ziekenzorg functionneert, des te minder gevaren dreigen er voor de gezonden. Zieken- en gezondheidszorg zullen dus nauw moeten samenwerken om een zoo groot mogelijk effect te bereiken.

We vinden deze consequentie, althans in theorie, reeds getrokken in de Ziektewet, waar een prophylaxefonds gevormd wordt ter voorkoming van ziekten, en in de Invaliditeitswet, waar art. 122 gelegenheid geeft, steun te verleenen aan ziekeninrichtingen of vereenigingen, in het belang der volksgezondheid werkzaam.

Echter is een rationeele verdeling van arbeid tusschen de organen der ziekenzorg en der gezondheidszorg noodzakelijk. Wat de eerste betreft, n.l. de ziekenfondsen, deze dienen zich te beperken tot de geneeskundige en pharmaceutische hulp-

verleening, maar zij moeten deze dan ook in haar geheelen omvang verleen. Allen, die krachtens hun inkomen geacht moeten worden tot de minvermogenen te behooren, zullen van fondswegen bovengenoemde hulp mogen en moeten vragen. Minvermogenende worde hier opgevat, zooals dit begrip in de vorige hoofdstukken is uitgewerkt.

Van deze groep mag met redelijkheid verwacht worden, dat zij niet in staat is, zich voor alle gevallen van volledige geneeskundige hulp te voorzien. Maar deze hulp zij dan ook volledig en afdoende. In het vorige hoofdstuk is besproken, dat ook de behandeling van ongevallen en bedrijfsziekten vanwege het ziekenfonds dient te geschieden.

In het vorige hoofdstuk is wel gesproken over een welstandsgrens naar boven, maar niet over een naar beneden. Wordt deze niet vastgesteld, dan zal dus ook de geheele z.g. armenpraktijk onder de ziekenfondsen kunnen vallen. Hier tegen kunnen bezwaren aangevoerd worden. In de eerste plaats, dat het ziekenfonds belast gaat worden met de minder gunstige risico's. De huisartsen krijgen voor hun honorarium de vaak meer zorgen vereischende zieken (de armen zijn door de meestal slechter hygiënische omstandigheden en minder goede voeding meer ziek en eischen meestal meer contrôle op de naleving der gegeven voorschriften) maar bij een voldoende honorarium is daartegen geen bezwaar te maken en kan men hier een zekere dosis extra-werk beschouwen als een bijdrage tot de liefdadigheid. Doch anderzijds worden de uitgaven voor ziekenhuisverpleging en specialistische hulp grooter. Dat kan echter gedeeltelijk ondervangen worden door het ziekenfonds te doen profiteren van een goede contrôle op de opneming en den verplegingsduur in de ziekenhuizen. De onkosten zullen daardoor waarschijnlijk niet onbelangrijk dalen.

Voor de gemeenten, behalve de grootste steden, beteekent deze wijze van behandeling der armlastigen een wezenlijk voordeel. Behalve het feit, dat vooral in vele plattelandsgemeenten de kosten lager zullen worden, heeft men nu de mogelijkheid, al naar gebleken behoefte, de fondscontributie geheel of slechts voor een deel voor rekening der gemeente

te nemen. Hierdoor zal men ook bij de armenverzorging in kunnen voeren een samen dragen, wat tegenover de patiënten het moreele voordeel heeft, dat zij op die wijze kunnen leeren, zolang mogelijk althans iets bij te dragen. Datzelfde principe tracht de Minister van Sociale Zaken ook door te voeren bij de regeling voor werkloozen, waar hij vooropstelt, dat de lasten van de verzekering zullen moeten worden gedragen door de gemeente, de verzekerden en de fondsen gezamenlijk. Enkele gemeenten hebben reeds in deze richting gewerkt. In het prae-advies van de artsen R. N. M. Eykel en Dr L. C. Kersbergen voor de Nederlandsche Vereeniging voor Armenzorg en Weldadigheid worden enkele gemeenten genoemd en daarbij blijkt een directe besparing voor de overheidskas te zijn verkregen (75). Als nadeel wordt genoemd het vervallen van de z.g. vestigingspremie, die in het gemeentesalaris van den geneeskundige was begrepen, doch slechts op zeer enkele plaatsen zal deze thans nog noodig blijken. „Gaarne wil ik toegeven, dat het stelsel in zeer groote gemeenten, met het oog op het eigenaardig pauperisme, dat vaak daar wordt aangetroffen, moeilijk uitvoerbaar is, maar voor de gemeenten tot b.v. 100.000 inwoners was het zeker bruikbaar (76). „Dit pauperisme omvat de absoluut verarmden, waarvoor we de definitie mogen gebruiken, die Dr J. Adriani geeft (77): „Hier onder verstaan wij degenen, die geheel en al van blijvende ondersteuning afhankelijk zijn, de bewoners van armhuizen, voor zoover deze tot het „blijvend” gedeelte behooren, ouden van dagen, invaliden, gebrekkigen, ongeneeslijk zieken, krankzinnigen, voor zoover deze geheel ten laste van armbesturen komen, beroepsbedelaars en zwervers”, hoewel deze in sommige opzichten, b.v. tegenover de invaliden en ouden van dagen, m.i. te streng is.

Bij deze regeling der geneeskundige armenverzorging is voor de patiënten het voordeel verkregen, dat, wanneer hun levenspeil daalt, zij niet gedwongen zullen worden nu ook hun vertrouwden huisarts los te laten voor een hun vreemden gemeente-arts, maar dat zij hun eigen geneesheer kunnen behouden.

§ 3 - CONTRÔLE

Boven werd reeds de contrôle op de ziekenhuisverpleging genoemd. Deze is van zeer groot belang. De verpleging in de ziekenhuizen eischt jaarlijks vrij groote sommen uit de openbare kassen, speciaal voor de lagere klassen. Hier moet zonder tekort te doen aan de eischen der ziekenverzorging, de noodige zuinigheid betracht worden. Er moet dus contrôle uitgeoefend worden op de opneming en op den verplegingsduur.

Deze contrôle moet geheel onafhankelijk zijn, zoowel van de verzekerden als van de ziekenfondsen. Daarom is het zeer gewenscht daarvoor een ambtelijke contrôle in te stellen. In het algemeen is de medische contrôle in ons land zeer on-economisch geregeld. Verschillende overheidsdiensten hebben hun eigen contrôleerend-geneeskundigen in hetzelfde gebied wonen en werken. Daarnaast vindt men de contrôle-diensten, heel- of half-ambtelijk, van verschillende organen der sociale verzekering, als Raden van Arbeid, Rijksverzekeringsbank en Bedrijfsverenigingen. Gewenscht ware een concentratie, waarvan trouwens reeds in artikel 46 der Ziektewet wordt gerept, welke gedachte getracht is uit te werken in het Kon. Besluit van 26 Februari 1930 S. 48. De groote, uit het particulier initiatief voortgekomen organisatie, die we kennen als Centraal Beheer, heeft reeds over bijna het geheele land hare districtsdiensten, waarin contrôleerende geneeskundigen de contrôle zoowel bij ziekte als bij ongeval uitoefenen. Om de grootst mogelijke efficiëncy te bereiken, zullen m.i. de overeenkomstige diensten van het Rijk, de Gemeenten en andere volledige en semi-overheidsorganen (Raad van Arbeid, Rijksverzekeringsbank, Posterijen, Nederlandsche Spoorwegen) en van de kleinere bedrijfsverenigingen met deze gecombineerd moeten worden. Een redelijk bezwaar schijnt mij hier-tegen niet aan te voeren. De bestaande diensten van Centraal Beheer bewijzen m.i. overduidelijk, dat niets een combinatie van ziekte- en ongevallencontrôle in den weg staat. Dat men hier een strenge selectie moet toepassen, spreekt wel van zelf en men zal hier moeten benoemen geneeskundigen met een groote praktijkervaring. Dan zal men ook de contrôle op de

ziekenhuisverpleging aan deze ambtenaren kunnen opdragen. „In de beschikbaarstelling van dit contrôle-orgaan ten behoeve der ziekenfondsen is reeds een gewenschte overheidssteun gelegen, welke ongetwijfeld zeer nuttig effect zal sorteren” (78). Het geregeld contact van dezen dienst met de overige onderdeelen van den gezondheidsdienst is van voldoende belang, om de contrôle-dienst ook in het geheel van de gezondheidsdiensten in te passen.

Deze contrôledienst kan bij inschakeling in den gezondheidsdienst bovendien de leiding krijgen van het onderzoek van personen, die gevaar opleveren voor overbrenging van een besmettelijke ziekte. Ook kan aan dezen dienst opgedragen worden het onderzoek omtrent den gezondheidstoestand van personen, die een rijbewijs aanvragen ingevolge de Motor- en Rijwielwet. Hierdoor wordt een tot nog toe onbekende uniformiteit bereikt.

§ 4 - KINDERHYGIËNE

De onafhankelijkheid van de kinderhygiënist, zoowel van de leeken, als van de praktiseerende geneeskundigen, als van de overheidsorganen kan, evenals die van de contrôleerende geneeskundigen, het best gewaarborgd worden door een aanstelling als vol-ambtenaar. Vooral voor hun werk als schoolarts en bij de uitvoering der Wet tot bescherming van leerlingen tegen de gevolgen van besmettelijke ziekten van personeel van inrichtingen van onderwijs is dit noodig.

Voor andere onderdeelen, als de ante-natale zorg, de zuigelingen- en kleuterzorg, blijve de huisarts ingeschakeld. Men diene ervoor te waken, dat de bestaande organisaties niet geheel uitgeschakeld worden om daarvoor in de plaats een stroef werkend ambtelijk apparaat te krijgen. De groote activiteit door de huisartsen ontwikkeld bij de zuigelingen-zorg is op geen enkele wijze te vervangen. Alleen waar door den afstand, tijdsgebrek of bijzondere moeilijkheden, er een tekort is, vulle de ambtenaar dit aan. De huisarts is als vertrouwde van het gezin de aangewezen leider van de consultatiebureaux voor zuigelingen. Hij is daartoe ook volkomen competent. Het gevaar is groot, dat door de vele en velerlei

consultatiebureaux het werk van den huisarts te veel ingeperkt wordt. Zijn belangstelling in deze onderdeelen der geneeskundige wetenschap zal, door gebrek aan praktische werkgelegenheid, atrophieeren. Dit zou een principieele fout zijn.

Voor het leiden van deze bureaux komt ook den huisarts een belooning toe. In enkele provincies is deze door het Groene Kruis reeds ingevoerd, maar door vele artsen wordt daartegen bezwaar gemaakt. In de eerste plaats, omdat een betaling naar de door hen opgeofferde tijd niet wel mogelijk is en zij dan liever het werk geheel en al voor niets verrichten en in de tweede plaats, omdat zij vreezen, dat tengevolge van een salariering door het Groene Kruis er een scheeve verhouding zal komen te bestaan tusschen de plaatselijke besturen en de geneeskundigen. Wanneer de „tegenmoetkoming” kwam van een gezondheidsdienst, zou het laatste bezwaar vervallen zijn.

De Groene, Witte en Wit-Gele Kruisbesturen zullen als tot heden hun lokalen en wijkverpleegsters ter beschikking stellen en de propaganda voor deze bureaux voeren, waartegenover het subsidiebedrag staat, dat voor de wijkverpleegsters gegeven wordt.

§ 5 - BESTRIJDING DER TUBERCULOSE EN DER GESLACHTSZIEKTEN

Ook deze beide diensten late men bestaan. Alleen is het wenschelijk, dat er uitbreiding plaats vindt, zoodat beide diensten over het geheele land werken. Reeds thans wordt een groot deel der kosten door het Rijk gedragen, waarvoor dan ook van de Consultatiebureaux voor tuberculose een druk gebruik gemaakt wordt voor keuringen van personeel aan scholen en bij de uitvoering van enkele sociale verzekeringswetten. Doch ook hier is samenwerking met de andere diensten zeer noodig. Zooals thans reeds in de provincie Groningen een samenwerking is geboren tusschen de schoolartsendienst en de tuberculosebestrijding, is deze m.i. overal noodzakelijk (79).

§ 6 - HYGIËNE VAN GEBOUWEN

Het hygiënisch toezicht op gebouwen, dat sedert de opheffing van de gezondheidscommissies, vooral op het platteland, praktisch geheel losgelaten is, dient weer opgenomen te worden en gecentraliseerd. Een gedeelte van de eischen, die aan fabrieken en dergelijke te stellen zijn, zijn van zoo specieelen aard, dat daarvoor als tot heden een afzonderlijke dienst moet blijven bestaan. De eigen organisaties van het hygiënisch toezicht van de Arbeidsinspectie en van het Mijnwezen zullen dus blijven bestaan.

Het toezicht op woningen, schoolgebouwen, kantoorgebouwen, gestichten kan gecentraliseerd worden. De verschillende geneeskundigen van den gezondheidsdienst, die zich op hygiënisch gebied bewegen, b.v. de schoolartsen, kunnen hier mede van advies dienen. Daarnaast zal voor de zuiver technische vragen een deskundige aan den dienst moeten verbonden worden.

§ 7 - SUBSIDIEERING

De verschillende subsidies, door de overheid aan de vereenigingen, werkzaam op het gebied der Volksgezondheid, gegeven, moeten, om een zoo groot mogelijk nuttig effect te sorteren, door een centraal lichaam worden beheerd. Daardoor zal bereikt worden een verband tusschen deze vereenigingen en een rationeele verdeeling van den arbeid.

Ook zal misschien daarbij bereikt worden, dat de uitgaven, b.v. voor de gemeenten, niet meer zoo uit elkaar loopen als thans het geval is (80).

Ook bij de verdeeling van de bedragen der overheidsbijdragen onder de ziekenfondsen is voor den Gezondheidsdienst een taak weggelegd.

§ 8 - GEBIED EN SAMENSTELLING DER GEZONDHEIDSDIENSTEN

Het gebied van een districtsgezondheidsdienst zal vrij groot kunnen en moeten zijn. Het geheele land buiten de steden met meer dan 100.000 inwoners ware daartoe te verdeelen in districten met ongeveer 4- tot 600.000 inwoners.

Er komen dan een tiental districtsgezondheidsdiensten, die

voor de geregeld voorkomende onderzoeken en voor die onderzoeken, waarbij spoed gewenscht is, kunnen beschikken over een laboratorium. Een gedeelte van het werk, wat nu de Inspecteurs van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid verrichten in verband met de bestrijding van besmettelijke ziekten zal dan ingevolge art. 37 der Besmettelijke Ziektenwet, door de gezondheidsdiensten worden verricht.

De gezondheidsdiensten zullen dus bestaan uit de in § 3, 4, 6 en 7 genoemde onderdeelen.

De leiders van de diensten ter bestrijding van tuberculose en geslachtsziekten zullen als adviseurs aan den Gezondheidsdienst verbonden moeten worden.

In verband met de taak op het gebied der subsidieering van vereenigingen zou de leiding van den dienst kunnen berusten bij een Inspecteur van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid als Directeur. Deze behoudt dan het toezicht en de leiding.

SAMENVATTING

- 1 - De geneeskundige behandeling van den on- en min-vermogende zieke geschiede door ziekenfondsen. Onder min-vermogenden zijn te verstaan „degenen, die naar hun gewonen levensstandaard, zich juist daarin kunnen handhaven, maar niet over reserves beschikken, zoodat zij, bij eenigen tegenslag, terstond in hun bestaan bedreigd worden en in dat geval genoodzaakt zouden zijn, vreemde hulp in te roepen” (80).
- 2 - Als hoofdeischen zijn aan een ziekenfonds te stellen:
 - a - het doel mag uitsluitend zijn de geneeskundige behandeling der leden;
 - b - de betaling der huisartsen bij abonnement;
 - c - de vrije artsenuitkeuze;
 - d - een paritetisch bestuur van verzekerden en artsen;
 - e - een welstandsgrens naar boven;
 - f - een minimum-ledental.
- 3 - De gemeenten dragen bij in de kosten der ziekenfondsen door:
 - a - een bijdrage in de contributie voor leden, die een inkomen hebben, beneden een vast te stellen grens, welke uiteraard belangrijk lager dient te liggen dan de bovengrens, welke geldt voor toetreding tot het fonds.
 - b - de geheele contributie voor armlastigen in plaatsen met een inwonertal beneden ongeveer 100.000.
- 4 - De overheid stelle, via een centraal orgaan, ter beschikking van de ziekenfondsen:
 - a - Een bijdrage in de hogere kosten, veroorzaakt door

het opdragen van de behandeling van ongevalsletsels aan de ziekenfondsen.

b - de contrôle door den gezondheidsdienst.

- 5 - Het ziekenfonds late de geheele prophylaxe over aan den gezondheidsdienst.
- 6 - Er worden ingesteld gezondheidsdiensten in groote districten, zooals dit in Hoofdstuk IV ontwikkeld is.
- 7 - De subsidieering van de particuliere vereenigingen op het gebied der Volksgezondheid door de overheid worde onder toezicht gesteld van de gezondheidsdiensten, die tevens het noodige verband tusschen deze vereenigingen leggen en onderhouden.
- 8 - Als begin van de organisatie dezer gezondheidsdiensten kan gebruik gemaakt worden van de districtsschoolartsendiensten. Vervolgens worden eerst de districtscontrôlediensten en de centrale regeling der subsidieering ingesteld, waarna de verdere uitbouw kan volgen.

SUMMARY

- 1 - The medical treatment of the pauper and poor patient should be undertaken by a sick-fund. „By poor patients we understand those, who can only just maintain themselves in their own standard of living, but possess no reserves, so that at some accident or illness they are at once threatened in their subsistence and would be forced to call in extraneous aid.”
- 2 - Principal requirements for a sick-fund:
 - a* - the purpose should exclusively be the medical treatment of members;
 - b* - the payment of the family-doctors by subscriptions;
 - c* - free choice of physician;
 - d* - parity of insured and physicians in a managing board;
 - e* - a maximum means-limit;
 - f* - a minimum number of members.
- 3 - The municipalities contribute in the expenses of the sick-funds by:
 - a* - a contribution in the subscription of members, who have an income below a limit to be fixed, which, of course remains considerably below the upper one, which obtains to the joining of the fund;
 - b* - the whole subscription for paupers in places of less than 100.000 inhabitants.
- 4 - The public authorities should by means of a central organ place at the disposal of the sick-funds:
 - a* - a contribution in the higher expenses caused to the sick-funds by the charge of the treatment of injuries by accidents;
 - b* - the supervision by the public health service.

- 5 - The sick-fund should leave the entire prophylaxis to the public health service.
- 6 - Public health services should be created in large districts, as has been developed in Chapter IV.
- 7 - The subsidization of the independent societies in the field of public health by authorities should be placed under the supervision of public health services, which form and maintain the necessary connection between these societies.
- 8 - As a beginning of the organization of these public health services may be used the school medical service of the district. Subsequently the supervision services in the districts and the central regulation of the subsidization should be established, after which further development may follow.

ZUSAMMENFASSUNG

- 1 - Die ärztliche Behandlung der un- oder weniger bemittelten Kranken geschehe durch Krankenkassen.
Unter Wenigerbemittelten sind diejenigen zu verstehen, die sich in ihrer gewohnten Lebenshaltung nur eben behaupten können, aber nicht über Reserven verfügen, so dass sie bei Miszgeschick gleich in ihrer Existenz bedroht werden und sich dann genötigt sehen, fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen.
- 2 - Die an Krankenkassen zu stellenden Anforderungen sind folgende:
 - a - ihr Zweck sei ausschliesslich die ärztliche Behandlung der Mitglieder;
 - b - Zahlung der Hausärzte im Abonnement;
 - c - freie Ärztwahl;
 - d - eine paritätische Verwaltung durch Versicherte und Ärzte;
 - e - eine Wohlstandsgrenze nach oben;
 - f - eine Mindestmitgliederzahl
- 3 - Die Gemeinden tragen zu den Kosten der Krankenkassen bei:
 - a - durch einen Beitrag zu der Kontribution derjenigen Mitglieder, die ein unter einer festzustellenden Grenze liegendes Einkommen haben; diese Grenze soll selbstverständlich bedeutend tiefer als die obere zum Beitritt erforderliche liegen;
 - b - durch Zahlung der ganzen Kontribution für Unterstützungsbedürftige an Orten mit weniger als etwa 100.000 Einwohnern.

- 4 - Weiter gebe die Obrigkeit den Krankenkassen via ein Zentralorgan:
 - a - einen Beitrag zu den Mehrkosten, die den Krankenkassen aus der Behandlung von Unfallverletzungen erwachsen;
 - b - eine Kontrolle durch den Gesundheitsdienst.
- 5 - Die Krankenkasse überlasse die ganze Prophylaxe dem Gesundheitsdienst.
- 6 - Gesundheitsdienste werden in groszen Bezirken eingerichtet wie dies im IV. Kap. erörtert ist.
- 7 - Die Unterstützung von Vereinen, die auf volksgesundheitlichem Gebiete tätig sind, seitens der Obrigkeit werde unter die Aufsicht der Sanitätsbehörden gestellt, die zugleich die erforderliche Zusammenwirkung zwischen diesen Vereinen vermitteln und erhalten.
- 8 - Bei der Organisation der Gesundheitsdienste kann von den Kreisschulärztediensten ausgegangen werden; sodann wird der Kontrolledienst eingerichtet und die Subvention geregelt, worauf der weitere Ausbau erfolgen kann.

RÉSUMÉ

- 1 - Le traitement médical des malades *sans* ou *à peu de* ressources doit se faire par les caisses d'assistance.
Comme gens à peu de ressources il fait considérer „ceux qui, selon leur niveau habituel d'existence, arrivent à s'y maintenir, mais ne disposent pas de fonds de réserve, de sorte qu'à quelque contre-coup ils sont immédiatement menacés dans leur existence et qu'en ce cas ils seraient contraints d'invoquer l'assistance d'autrui.”
- 2 - Les conditions principales qu'il faut poser à une caisse d'assistance, sont:
 - a - Le but ne doit être que le traitement médical des membres, à l'exclusion de toute autre chose.
 - b - Le paiement des médecins par abonnement.
 - c - Le choix libre de médecin.
 - d - La représentation paritaire des assurés et des médecins dans le bureau de la caisse.
 - e - Une limite d'aisance maximum.
 - f - Un nombre minimum de membres.
- 3 - Les communautés contribuent aux frais des caisses d'assistance par:
 - a - un paiement partiel de la cotisation des membres qui ont des revenus n'excédant pas une certaine limite, laquelle naturellement doit être considérablement inférieure à celle qui permet encore participation à la caisse.
 - b - La cotisation entière des assistés dans les localités ayant un nombre d'habitants qui est inférieur à 100.000.

- 4 - L'autorité publique, à l'intermédiaire d'un organe central doit mettre à la disposition des caisses d'assistance:
 - a - Une partie des frais extraordinaires que feront ces caisses parcequ'elles seront chargées du traitement médical des blessures causées par accident.
 - b - Le contrôle par le service de la santé.
- 5 - La caisse d'assistance doit laisser toute la prophylaxie au service de la santé.
- 6 - Des services de santé doivent être créés dans de grands ressorts, comme cela a été développé au Chapitre IV.
- 7 - La subvention des sociétés particulières qui s'occupent de la santé publique doit être mise sous la surveillance des services de santé, qui nouent et entretiennent les relations nécessaires entre ces sociétés.
- 8 - Pour la création de l'organisation de ces services de santé on peut se servir des organisations des médecins scolaires du ressort. Ensuite on doit organiser les services de contrôle du ressort, après quoi on peut procéder à l'extension complète du service.

LITERATUUR¹⁾

- 1 - Jaarcijfers van Nederland 1931, blz. 152.
- 2 - Mr S. Muller, Schetsen uit de Middeleeuwen. Nieuwe Bundel, Amsterdam 1914, blz. 153.
- 3 - Mr S. Muller, l.c. blz. 156.
- 4 - P. J. Blok, Geschiedenis eener Hollandsche stad, blz. 261.
- 5 - Mr S. Muller, l.c. blz. 156.
- 6 - ibid. blz. 162.
- 7 - Dr E. H. A. Timmer, Knechtsgilden en knechtbossen in Nederland. Arbeidsverzekering in vroegere tijden, blz. 4.
- 8 - De Opbouw IX, blz. 827. Ziekenzorg en vakbeweging.
- 9 - Staatsregeling van 1798, art. 53.
- 10 - Besluiten der Tweede Kamer en Decreten van het Vertegenwoordigend Lichaam des Bataafschen Volks. 1798.
- 11 - Timmer, l.c.
- 12 - De ziekenfondsen in Nederland. Amsterdam 1895. Maatschappij tot Nut van 't Algemeen.
- 13 - Verslag van de I Afdeeling der Staatscommissie Arbeids-enquête, aangaande de verzekering of andere voorzorgen bij ongevallen, ziekte, overlijden of ouderdom van werklieden, voor zoover die maatregelen niet in verband staan met eenige bepaalde inrichting van Nijverheid. 1892. Bijlage 9.
- 14 - Jaarcijfers voor Nederland, 1931, blz. 8.
- 15 - Rapport omtrent den toestand der Ziekenfondsen in Nederland. Ned. Mij. t. b. d. Geneeskunst, 1908.
- 16 - Extract uit het Register der Besluiten van het Wetgevend Lichaam der Bataafsche Republiek. Dinsdag den 10 Mey 1803.

¹⁾ N.T.v.G. = Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.

- 17 - Staatsblad No 25 van 31 Mei 1818.
- 18 - N.T.v.G. 1930, blz. 2259 en volg.
- 19 - Rapport aan Zijne Excellentie den Minister van Binnenlandsche Zaken over de geneeskundige staatsregeling, ingediend den 23 April 1842 door de Commissie, benoemd bij Zijner Majesteits Besluit van den 20 November 1841 No 60, opgenomen in de Stukken betreffende de herziening der Geneeskundige Wetten en verordeningen, 1841—1842 ('s Gr. 1842).
- 20 - De beide Rapporten over de geneeskundige Staatsregeling ingediend den 23 April 1842 door de Commissie, benoemd bij Zijner Majesteits Besluit van 20 November 1841 No 60 aan Zijne Excellentie den Minister van Binnenlandsche Zaken bescheiden aan de waarheid getoetst door Theodorus Cornelis Seegers, Practiserend Medicinae, chirurg, et art. obst. doctor, ridder der Orde van den Nederl. Leeuw, te 's Gravenhage, 1843.
- 21 - Is eene hervorming der ziekenbussen noodzakelijk en uitvoerbaar? Een woord van eenige aan alle geneeskundigen. Amsterdam, 1846.
- 22 - N.T.v.G. 1931, blz. 1792 e.v.
- 23 - Reglement voor de vereeniging te Amsterdam tot onderlingen waarborg tegen kosten door ziekten veroorzaakt. (Amsterdam, 1854).
- 24 - Archief Gemeente Winschoten, 1872, Reg. No 897.
Archief Gemeente Kethel en Spaland, z.n.
- 25 - N.T.v.G. 1888 II blz. 139.
- 26 - N.T.v.G. 1888 II blz. 442.
- 27 - N.T.v.G. 1890 II blz. 135.
- 28 - De ziekenfondsen in Nederland. Rapport uitgebracht door een Commissie van Onderzoek, bestaande uit: W. Stoder, C. J. Snijders, G. P. v. Tienhoven e.a. Amsterdam, 1895. Maatschappij tot Nut van 't Algemeen.
- 29 - De Ziekenfondsen in Nederland, hun gebreken, hun verbetering. Niet-officieel bijvoegsel tot het rapport der Nutscommissie over die instellingen. Middelburg, 1895.
- 30 - Rapport over de Ziekenfondsen te Amsterdam. Uitgebracht door de ziekenfondscommissie, ingesteld bij be-

- sluit van 25 Oct. 1897 door de afd. Amsterdam van de „Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst”. Amsterdam, 1900.
- 31 - N.T.v.G. 1898 II blz. 65.
- 32 - N.T.v.G. 1900 I blz. 457.
- 33 - N.T.v.G. 1900 II blz. 108.
- 34 - Rapport omtrent den toestand der Ziekenfondsen in Nederland. Ned. Mij. t. b. d. Geneeskunst, 1908.
- 35 - *ibid.* DI I blz. 97.
- 36 - N.T.v.G. 1908 II blz. 360 e.v.
- 37 - N.T.v.G. 1912 I blz. 957 e.v.
N.T.v.G. 1912 II blz. 482 e.v.
- 38 - Stenografisch verslag van de besprekingen over de voorstellen A. I—A. V. Amsterdam, 1913, Ned. Mij. t. b. d. Geneeskunst.
- 39 - N.T.v.G. 1914 II blz. 1258 e.v.
- 40 - Rapport der Commissie tot onderzoek naar de mogelijkheid meer eenheid te brengen in het ziekenfondswezen in ons land. Gouda, 1925.
- 41 - N.T.v.G. 1927 II blz. 2578.
- 42 - N.T.v.G. 1929 II blz. 2017 e.v.
- 43 - N.T.v.G. 1930 blz. 4728 e.v.
- 44 - N.T.v.G. 1930 blz. 4729.
- 45 - De geneeskundige en hygiënische verzorging in Nederland mede in verband met de veranderingen in de economische structuur door Arts J. E. Feisser. Amsterdam, 1935.
- 46 - Rapport van de Commissie tot onderzoek naar de controle bij de ziekenkassen in Duitschland, 1929.
- 47 - N.T.v.G. 1920 II blz. 2755 e.v.
- 48 - Handelingen der Tweede Kamer der Staten Generaal, 1930/1931. Gedrukte Stukken No 14.
- 49 - Rapport omtrent den toestand der ziekenfondsen in Nederland, 1908, DI II blz. 1.
- 50 - Model-Reglement als leidraad voor op te richten Maatschappij-ziekenfondsen. Goedgek. door het H.B. in 1927, gehoord de H.C., de S.C., en de vergadering van vertegenwoordigers der Maatschappijziekenfondsen en ge-

- wijzigd (artt. 6 en 42) gehoord H.C. en S.C. door de verg. van het D.B. van 24-1-1929, art. 2.
- 51 - Rapport der Staatscommissie benoemd krachtens de Wet van 19 Januari 1890 Stbl. 1.
Fondsen-enquête blz. 60.
- 52 - In Zilverkrans. Gedenkboek, uitgegeven ter gelegenheid van het 25 jarig bestaan van het Groene Kruis.
1 Sept. 1925, blz. 37 e.v.
- 53 - In Zilverkrans, blzz. 39 en 40.
- 54 - Hoe voorkomen wij het voortdurend dreigend geldelijk tekort in de Tuberculose-bestrijding?
Tegen de Tuberculose, Jg XXVII No 6, 1931 en
Praeadvies voor het 38e Gezondheidscongres.
- 55 - Verslag van den Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid enz. over het jaar 1930, blz. 192 e.v.
- 56 - Overzicht van het Sociaal-hygiënisch werk in Nederland op het gebied van den Dienst der Volksgezondheid.
- 57 - Verslag omtrent den toestand der Rijksverzekeringsbank en hare werkzaamheden in het jaar 1930, blz. 137.
- 58 - J. A. Berger, De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Nederland, blz. 178.
- 59 - Aanteekening bij art. 65 der Tekstuitgave Ziektewet, Ed. Schuurman en Iordens.
- 60 - Feisser l.c.
- 61 - Verslag der Rijksverzekeringsbank 1930, blz. 90.
- 62 - N.T.v.G. 1932, blz. 2854.
- 63 - Geneesmiddelenvoorziening bij Ziekenfondsen door J. W. de Goeye. N.T.v.G. 1930 I blz. 349.
- 64 - Feisser l.c.
- 65 - Rapport der Commissie benoemd om een onderzoek in te stellen aan welke eischen een ziekenfonds behoort te voldoen. N.T.v.G. 1900 I blz. 462.
- 66 - Prof. M. W. F. Treub, De sociale Verzekering, blz. 86.
- 67 - Prof. Dr W. Nolen, Ziekte, zicke en geneesheer, 1909, blz. 31.
- 68 - De ziekenfondsen, hun verleden, heden en toekomst; uitgegeven door de Land. Feder. ter beh. v. h. Ziekenfondswezen.

- 69 - Bijdrage omtrent de uitvoering van de Ziektewet door Bedrijfsverenigingen. Dr G. F. Fortanier. Diss. Rotterdam 1934, blz. 137 e.v.
- 70 - Adres der Ned. Mij. t. b. d. Geneeskunst, 1907.
- 71 - N.T.v.G. 1913, I blz. 1330 e.v.
- 72 - Bijlage Handelingen der Tweede Kamer, 1919/1920, No 619.
- 73 - Wat geschiedt er in Nederland in het belang der Volksgezondheid? Ad. ter Cock, blz. 15.
- 74 - Overzicht van het Sociaal-hygiënisch werk in Nederland op het gebied van den Dienst der Volksgezondheid, blz. 8.
- 75 - Geschriften van de Nederlandsche Vereeniging voor Armeuzorg en Weldadigheid, No LXI, blz. 45.
- 76 - ibid. blz. 56.
- 77 - Dr J. Adriani, Voorlezingen over Armeuzorg en Maatschappelijk werk, blz. 6.
- 78 - Geschriften van de Ned. Ver. enz., blz. 35.
- 79 - Regeling der samenwerking tusschen de distr. tbc. arts, distr. kinderarts, districts-schoolartsen en huisartsen, 1934.
- 80 - N.T.v.G. 1934, blz. 425.
- 81 - Dr J. Adriani, l.c. blz. 7.

STELLINGEN

I

Bij de doseering der insuline voor den lijder aan diabetes mellitus houde men rekening met de rhythmische functie van de lever.

II

Als narcose, die in elk ziekenhuis is toe te passen, verdient thans de avertine-basis-narcose de voorkeur.

III

De toenemende onvolledigheid van den vaccinatietoestand der Nederlandsche bevolking levert een gevaar op. Dit zou zonder groot risico te bezweren zijn door te bepalen, dat de vaccinatie verplicht is vóór het einde van het tweede levensjaar.

IV

Bij de sportkeuring van jeugdigen heeft het opnemen van den bloeddruk geene praktische waarde.

V

In de plattelandspraktijk heeft de diagnose „acute buik” reden van bestaan en is deze een indicatie tot directe opneming in een ziekenhuis.

VI

Het toedienen van pijnstillende middelen, uitsluitend om een pijnlooze baring te verkrijgen, is niet op een geneeskundige indicatie gegrond en daarom te verwerpen.

VII

Het ware gewenscht de wetten ter verzekering van uitkeering bij tijdelijke en blijvende invaliditeit en ouderdom, samen te voegen tot een eenheid.

Hierbij zou den getroffene verzekerd moeten worden:

- a* - bij tijdelijke invaliditeit, onverschillig door welke oorzaak, een uitkeering, verband houdende met het loon.
- b* - bij blijvende invaliditeit, na een zekeren termijn, een uitkeering, bedragende het noodzakelijk levensonderhoud.
- c* - bij ouderdom een uitkeering als onder *b*.
- d* - de mogelijkheid de uitkeeringen sub *b* en *c* door een vrijwillige verzekering te verhoogen.

VIII

Het is noodzakelijk, dat de geneeskundigen, die de praeventieve geneeskunde verzorgen, tenzij zij zich hierbij beperken tot hun eigen patiënten, geen andere praktijk uitoefenen.

IX

De consultatiebureaux voor zuigelingen dienen bij voorkeur door huisartsen geleid te worden. De huidige generatie van geneeskundigen is hiervoor ten volle berekend.

X

Het ware gewenscht, voor de apothekers een wettelijke regeling te scheppen, analoog aan de Wet van 2 Juli 1928 S. 222, houdende nadere voorschriften ten aanzien van de uitoefening der geneeskunst.

XI

Een wederinvoering der praeventieve contrôle op advertenties is noodzakelijk.

(Verg. Publicatie van Z.M. den Koning van Holland enz. 1807:

Art. 4 - Geen courantier zal vermogen eenige advertentie betreffende tot de genezing van ziekten of de krachten van geneesmiddelen in die nieuwspapieren te plaatsen, zonder

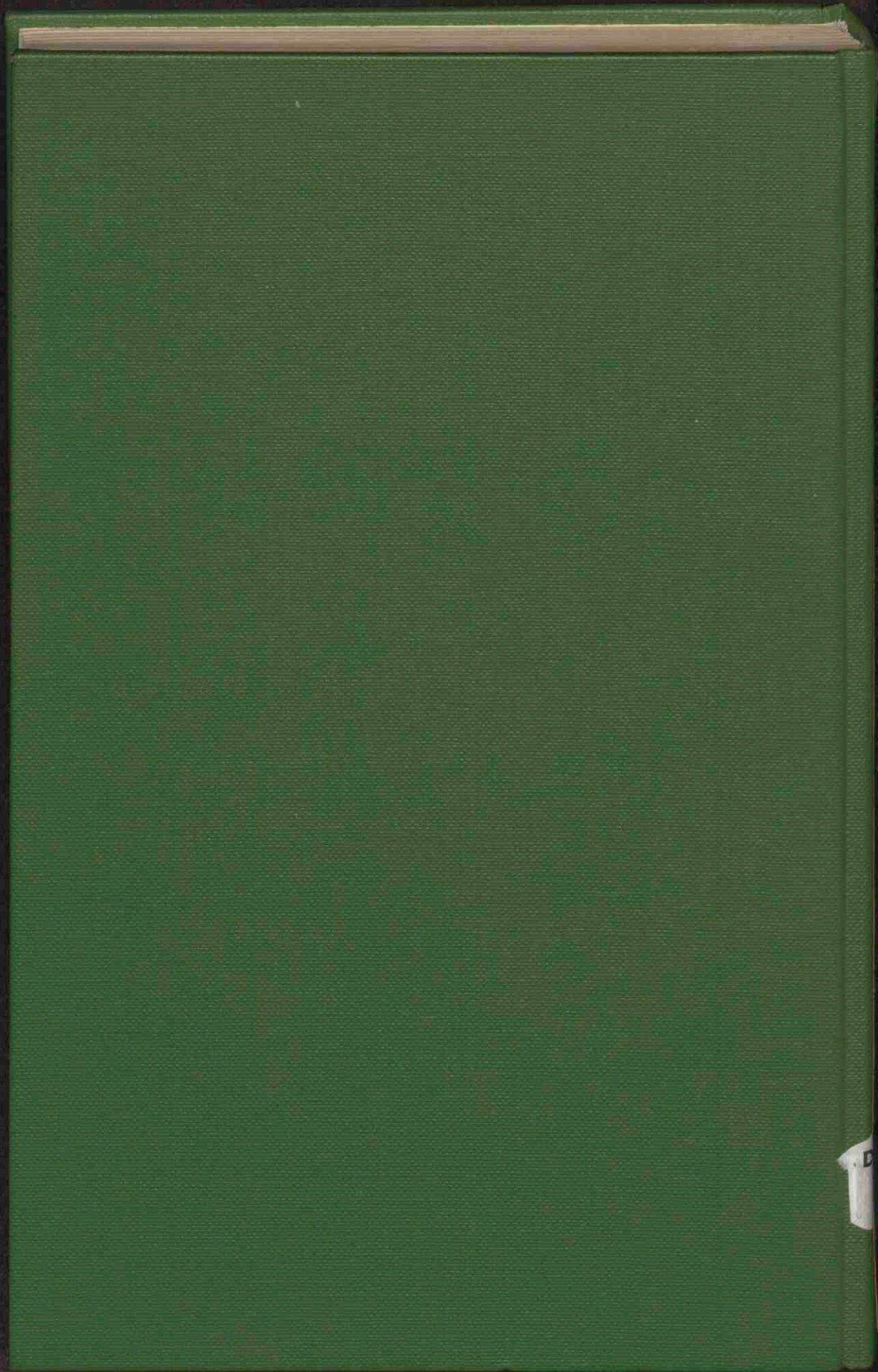
dat dezelve door de Departementale Commissie voor Geneeskundig Onderzoek en Toevoorzigt, onder welker Ressort het Nieuwspapier wordt uitgegeven, na voorafgaand schriftelijk verzoek van den belanghebbende, geëxamineerd en met een favorabele dispositie voorzien zal wezen,)

XII

Onder alle omstandigheden bedenke de Officier van Gezondheid, dat hij, behalve geneesheer is Officier van Harer Majesteits strijdkrachten en als zoodanig plichten heeft.







D