



Het vraagstuk der ziekenhuisverpleging voor de gemeenten

<https://hdl.handle.net/1874/344717>

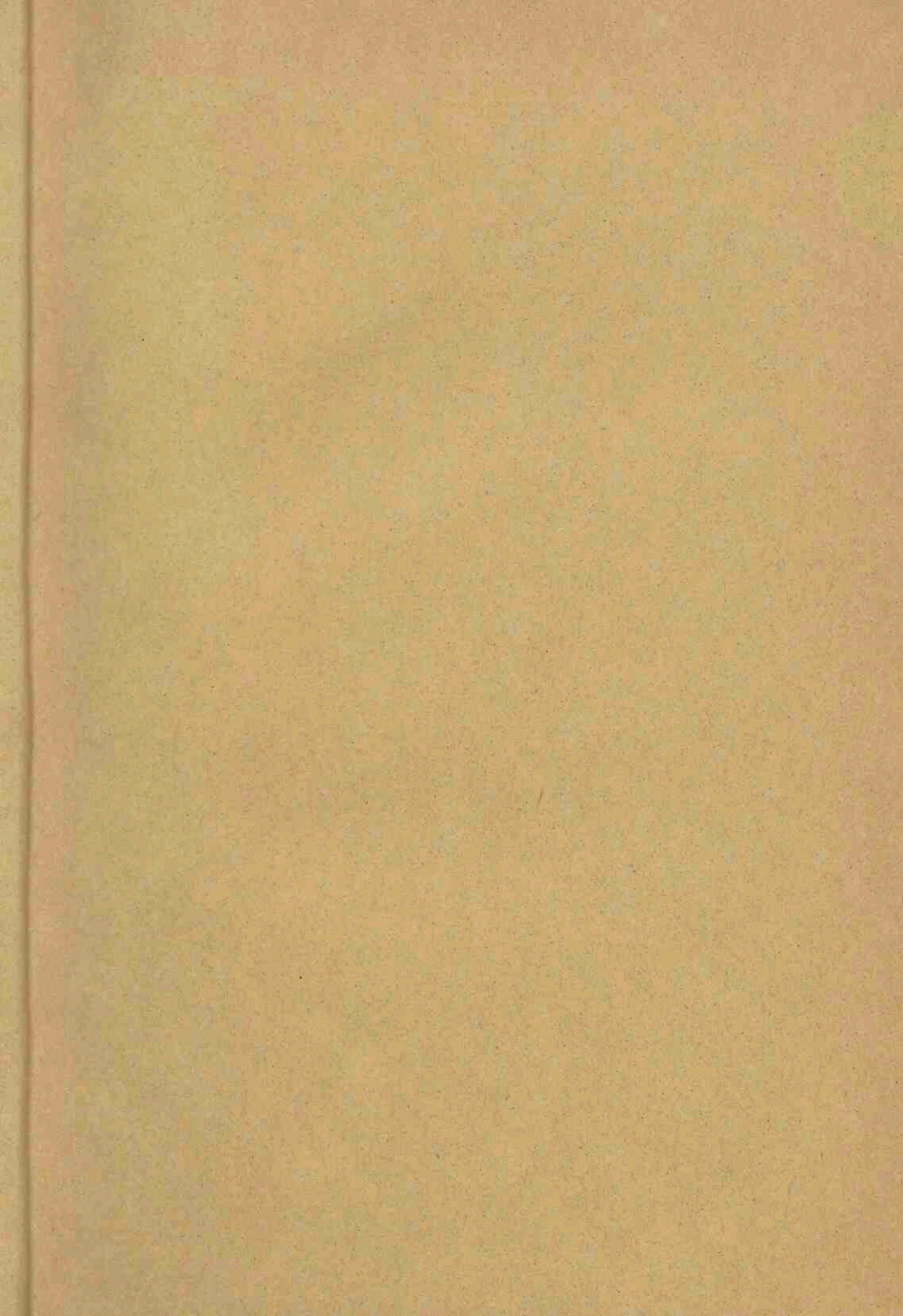
A. qu. 192, 1939.

HET VRAAGSTUK DER
ZIEKENHUISVERPLEGING
VOOR DE GEMEENTEN

W. B. SMIT

BIBLIOTHEEK DER
RIJKSUNIVERSITEIT

UTRECHT



HET VRAAGSTUK DER ZIEKENHUISVERPLEGING
VOOR DE GEMEENTEN

Diss. Utrecht, 1939

HET VRAAGSTUK DER ZIEKENHUISVERPLEGING VOOR DE GEMEENTEN

ACADEMISCH PROEFSCHRIFT
TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN
DOCTOR IN DE GENEESKUNDE AAN DE
RIJKSUNIVERSITEIT TE UTRECHT, OP
GEZAG VAN DEN RECTOR MAGNIFICUS
DR. TH. M. VAN LEEUWEN, HOOGLEERAAR
IN DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE,
VOLGENS BESLUIT VAN DEN SENAAAT DER
UNIVERSITEIT TEGEN DE BEDENKINGEN
VAN DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE,
TE VERDEDIGEN OP DINSDAG 27 JUNI 1939,
DES NAMIDDAGS TE 4 UUR

DOOR

WISSE BOUDEWIJN SMIT,

DIRECTEUR VAN DEN GEMEENTELIJKEN GENEESKUNDIGEN-
EN GEZONDHEIDSDIENST TE HAARLEM

GEBOREN TE 's-HEER ARENDSKERKE

1939

H. D. TJEENK WILLINK & ZOON N.V. — HAARLEM

BIBLIOTHEEK DER
RIJKSUNIVERSITEIT
UTRECHT.

*Aan mijne Vrouw
en aan mijn kinderen*

Bij het voltooien van dit proefschrift, 18 jaar na het verlaten van de Utrechtsche Hoogeschool, is het mij een behoefte U, Hoogleeraren en Oud-Hoogleeraren der Medische- en Filosofische faculteiten te bedanken voor het onderwijs, dat ik van U mocht ontvangen.

Met weemoed denk ik hierbij terug aan mijn overleden leermeesters, die zoo veel tot mijn vorming hebben bijgedragen.

Hooggeleerde BAART DE LA FAILLE, Hooggeachte Promotor, U ben ik zeer dankbaar voor de levendige belangstelling en vriendelijke tegemoetkoming, waarmee Gij mij bij mijn werk hebt geleid.

Hoogwelgeboren Zeergeleerde DE VOS VAN STEENWIJK, Burgemeester van Haarlem, U ben ik zeer erkentelijk voor de faciliteiten, mij verleend tijdens de bewerking van dit proefschrift en Uw belangstelling in mijn dagelijkschen arbeid.

Een woord van bijzonderen dank aan U, geachte Heer STALPERS, Chef van de Afdeeling Algemeene Zaken ter Gemeente-Secretarie, is hier zeker op zijn plaats, voor de groote bereidwilligheid, waarmee Gij met Uw groote kennis, ten koste van veel vrijen tijd, mij hebt ter zijde gestaan.

Tenslotte mijn dank aan allen, die mij op een of andere manier behulpzaam zijn geweest.

INLEIDING

De groote ontwikkeling der medische wetenschap in de laatste decennia en de totaal gewijzigde maatschappelijke toestanden hebben er toe geleid, dat in de steden van eenigen omvang het percentage der bevolking, dat in een ziekenhuis wordt opgenomen, niet alleen in absoluten zin zeer is toegenomen, maar ook, dat de toeneming zich in steeds grootere mate demonstreert in het aantal dergenen, die niet in staat zijn de opneming zelf te bekostigen.

Al schrijven de wettelijke bepalingen voor, dat de directe individueele zorg, ook in dit opzicht, door de overheid slechts als aanvullend mag worden gegeven, toch heeft de praktijk er toe geleid, dat die zorg voornamelijk op de overheid is komen te rusten en deze omstandigheid stelt die overheid, speciaal de gemeentelijke overheid, voor groote problemen.

Wel is er bij de openbare besturen een steeds toenemend begrip van het belang ook van dit deel der gezondheidszorg, welk begrip zich uit in den wensch tot het treffen van allerlei voorzieningen, maar daarbij moet, vooral de laatste jaren, en dat zal in de toekomst wel zoo blijven, steeds meer rekening gehouden worden met de moeilijkheden om dien wensch te verwezenlijken omdat de financiën niet toereikend zijn.

Nu geven de bepalingen van de Armenwet het recht, op den patiënt, wiens verpleging geheel of gedeeltelijk voor rekening van de gemeente of burgerlijke instelling van weldadigheid wordt beschouwd als geneeskundige armenzorg, en op zijn onderhoudsplichtigen, zooveel van de kosten te verhalen als, in

INLEIDING

De groote ontwikkeling der medische wetenschap in de laatste decennia en de totaal gewijzigde maatschappelijke toestanden hebben er toe geleid, dat in de steden van eenigen omvang het percentage der bevolking, dat in een ziekenhuis wordt opgenomen, niet alleen in absoluten zin zeer is toegenomen, maar ook, dat de toeneming zich in steeds grootere mate demonstreert in het aantal dergenen, die niet in staat zijn de opneming zelf te bekostigen.

Al schrijven de wettelijke bepalingen voor, dat de directe individueele zorg, ook in dit opzicht, door de overheid slechts als aanvullend mag worden gegeven, toch heeft de praktijk er toe geleid, dat die zorg voornamelijk op de overheid is komen te rusten en deze omstandigheid stelt die overheid, speciaal de gemeentelijke overheid, voor groote problemen.

Wel is er bij de openbare besturen een steeds toenemend begrip van het belang ook van dit deel der gezondheidszorg, welk begrip zich uit in den wensch tot het treffen van allerlei voorzieningen, maar daarbij moet, vooral de laatste jaren, en dat zal in de toekomst wel zoo blijven, steeds meer rekening gehouden worden met de moeilijkheden om dien wensch te verwezenlijken omdat de financiën niet toereikend zijn.

Nu geven de bepalingen van de Armenwet het recht, op den patiënt, wiens verpleging geheel of gedeeltelijk voor rekening van de gemeente of burgerlijke instelling van weldadigheid wordt beschouwd als geneeskundige armenzorg, en op zijn onderhoudsplichtigen, zooveel van de kosten te verhalen als, in

verband met de financieele omstandigheden van die personen oorbaar is en waarover het oordeel van den rechter beslist.

Het is echter wel gebleken, dat in het algemeen dit verhaal, zelfs streng doorgevoerd, eenerzijds slechts voor een klein gedeelte in de kosten van de overheid tegemoet komt, anderzijds voor de betrokkenen vaak een zwaar offer beteekent, omdat een betrekkelijk groot bedrag over een klein tijdsverloop moet worden betaald.

Begrijpelijk is het, dat men zich in overheidskringen beraadt over andere middelen en de methode om binnen het raam der financieele mogelijkheden zooveel mogelijk die voorzieningen tot stand te brengen en in stand te houden, zonder daarvoor andere evenzeer noodige zaken te verwaarloozen.

Die middelen raken verschillende belangen, n.l. het medisch belang, het sociale belang en het financieele belang.

Reeds tal van jaren tracht men dit moeilijke probleem op te lossen en daarbij is gebleken, dat, hoezeer verschillende systemen in een bepaalde omgeving worden toegepast en gunstig werken, deze daarom toch niet overal geschikt zijn, zoodat er van één uniform niet alles verwacht kan worden.

Daar is vooreerst het verschil tusschen het platteland en de stad.

De ziekenhuisverzorging op het platteland is van gansch ander karakter dan die in de steden. Daarvoor zijn tal van oorzaken aan te wijzen. Ik noem hier slechts het verschil in mentaliteit der bevolking, die over het algemeen slechts in het uiterste geval tot opneming besluit, de ruimere taak van den huisarts ten plattelande en het kleiner aantal specialisten, het verschil in opneming wegens sociale indicatie door meer

onderling hulpbetoon, minder opneming voor observatie, enz.

Daarentegen constateert men in de steden, dat er in dit opzicht op het gebied van de overheidszorg meer gevorderd wordt, mede door het werk van allerlei particuliere organisaties op dit gebied, die door hun werkzaamheden de gemeente tenslotte zwaardere verplichtingen opleggen.

Uit een en ander volgt, dat op het platteland de omvang der ziekenhuisverzorging ook relatief geringer is en daarom eenvoudiger op te lossen.

Misschien is hierin wel de reden gelegen, waarom de voorzieningen, die men hiervoor getroffen heeft en die een betrekkelijk groot aantal zielen omvat, ik bedoel hiermede de Federatie van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging in Nederland, de Bond van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging in de provincie Groningen, de Federatie van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging in de provincie Friesland, de Bond van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging in de provincie Drenthe, de Onderlinge Nationale Verzekering tegen de kosten van Ziekenhuisverpleging en Operatie enz., geen ingang gevonden hebben in steden van een bepaalde grootte.

Daar ligt de zaak anders èn voor de overheid èn voor de bevolking.

De ervaring, die ik gedurende een aantal jaren als directeur van den Gemeentelijken Geneeskundigen- en Gezondheidsdienst te Haarlem ten aanzien van die moeilijkheden en met betrekking tot die belangen heb gekregen, heeft mij de overtuiging geschonken, dat, al is in deze gemeente deze zaak nog niet geheel opgelost, waarop ik nog nader terugkom, het mogelijk is een methode toe te passen, die met al deze belangen rekening houdt en die beschouwd uit een oogpunt van

medisch-sociaal belang, in de praktijk bewezen heeft, niet zonder verdienste te zijn.

Ik heb gemeend, dat publiciteit van deze methode en de beschouwingen en motiveeringen daarop, die ik in deze bijdrage wil geven, nuttig kan zijn om op deze materie, die van zooveel belang is voor de geneeskunde en de geneeskundigen, voor de gemeenten en vooral ook voor de groote categorie van direct belanghebbenden, de aandacht te vestigen, daarbij uitgaande van het standpunt, dat voor grootere gemeenten zoowel de opneming van on- en minvermogenden, als de financieele maatregelen daarvoor, in vollen omvang moeten vallen onder de overheidszorg.

Daaruit moge blijken, dat de oplossing alleen kan gevonden worden in een door de Gemeente ingestelde verzekering.

Handelt een en ander in de eerste plaats en hoofdzakelijk over de ziekenhuisverpleging van on- en minvermogenden, in de praktijk blijkt, dat de grens voor deze categorie niet zoo scherp is te stellen, maar bovendien, dat ook personen, die in het maatschappelijk leven zeker daartoe niet zijn te rekenen, doch een beperkt inkomen hebben, de kosten van verpleging in een ziekenhuis en de kosten van behandeling zeer bezwaarlijk kunnen dragen.

Ook hier ligt voor de overheid een taak, omdat naar veler oordeel particuliere verzekeringsondernemingen op dit gebied niet buitengewoon voldoen, maar vooral omdat zoodanige verzekering veel meer moet worden gezien als een sociaal belang, dan als een commercieele onderneming.

HOOFDSTUK I

DE VERMEERDERING VAN ZIEKENHUISOPNEMING EN DE GEVOLGEN VOOR DE GEMEENTE

Ziekenhuisopneming voor rekening der gemeente, ten behoeve van on- en minvermogenden, is in de Armenwet officieel bestempeld als geneeskundige armenzorg.

Deze vorm van geneeskundige hulp wordt daardoor beschouwd als zuiver individueele zorg. De Armenwet is van 1912, doch zooals de feitelijke toestand nu, ruim 25 jaar later, is geworden, mag, zonder tegenspraak te vreezen, beweerd worden, dat, mogen al de formeele voorschriften van de wet in dit verband toepassing blijven vinden, de uitoefening van deze zorg door de Gemeente zoo ver is uitgegroeid boven de individueele hulp, dat zij in feite geworden is een zorg met een algemeen karakter.

Zij is, door de vormen, waarin zij gegeven wordt, door haar omvang en haar wijze van toepassing, meer direct gericht op de bevordering van de algemeene gezondheidszorg. De verschillende algemeene voorzieningen, welke voor deze geneeskundige hulp worden getroffen, komen meer voort uit het streven naar de behartiging van de algemeene gezondheidszorg dan uit de behoeften van ieder afzonderlijk individu, dat voor deze hulp in aanmerking komt.

Dat algemeene karakter wordt voor een goed deel bepaald door den omvang, dien deze hulp gekregen heeft.

Als we nu zien, dat in de gemeente Haarlem in 1913,

toen tellende 70.000 zielen, een gemeente, die op het gebied van geneeskundig hulpbetoon altijd vrij vooruitstrevend is geweest, voor verpleging werd uitgegeven een bedrag van *f* 85.000,— en in 1938 bij een aantal inwoners van 136.000 een bedrag van ruim *f* 777.000,—, dan behoeft over den aard van den omvang geen twijfel te bestaan en blijkt daaruit wel zeer duidelijk, dat, afgescheiden van de individueele behoefte, de overheidszorg van karakter is veranderd.

Wij mogen, als wij dat constateeren, ons daarover tegelijkertijd verheugen, omdat door de uitbreiding van de geneeskundige hulp in zoo groote mate een groot gemeenschapsbelang wordt gediend.

Bij de bespreking van de vraag, op welke wijze de voor de overheid hieruit voortvloeiende lasten kunnen worden verlicht, moet daarom worden uitgegaan van het standpunt, dat deze verlichting niet mag worden gezocht in een vermindering van de geneeskundige zorg zelve. Daardoor zou groote schade kunnen worden toegebracht aan de volksgezondheid en het gevaar is niet denkbeeldig, dat dit, ook materieel, uiteindelijk tot verlies zou leiden.

Indien, zooals hiervoor uiteengezet, deze overheidszorg een algemeen karakter heeft en naast de voorziening in de individueele behoeften het algemeen belang beoogt, mag de vraag gesteld worden, of het redelijk en juist is tegenover een groote categorie van personen, deze geneeskundige hulp te beschouwen als geneeskundige armenzorg.

De bekwame vakman, de kleine middenstander, die zich voor al zijn maatschappelijke behoeften zelf kan redden, die in stoffelijk opzicht, een volwaardig lid is van de maatschappij en daarin een nuttige en noodzakelijke functie verricht, kan niet de kosten dragen van verpleging en behandeling in een ziekenhuis. Is

hier dan sprake van — zij het gedeeltelijke — armlastigheid, of moet men eerder aannemen, dat de kosten van verpleging, door welke oorzaken dan ook, te hoog zijn? Want ziekenhuisverpleging is geen luxe, die men zich eerst bij een zeker inkomen kan veroorloven, het is geen uitzonderlijke gebeurtenis, als een weinig voorkomende ramp, immers het risico om te eenigertijd in een ziekenhuis te worden opgenomen is vrij groot.

In de rekening van den minvermogenden patiënt, al wordt deze dan ook niet geheel door hem voldaan, is echter verdisconteerd de factor algemeen belang en deze veroorzaakt geheel of gedeeltelijk zijn armlastigheid in dit opzicht.

Intusschen, hoe hierin verandering ware te brengen is een vraagstuk op zichzelf, dat aanleiding kan geven tot breedvoerige beschouwingen, doch als zoodanig buiten het kader van deze verhandeling valt.

Uit het voorafgaande volgt, dat in de laatste jaren de maatregelen van de gemeentelijke overheid op het gebied van ziekenhuisverpleging in aard en aantal zeer aanmerkelijk zijn toegenomen, doch niet alleen daaraan is het toe te schrijven, dat de kosten, die daarvan het gevolg zijn, zijn gestegen tot een cijfer, dat voor menig gemeentebestuur een bron van zorg is geworden.

Daarvoor zijn verschillende oorzaken aan te wijzen, die ieder op zich zelf en in verband met elkander tot dat resultaat hebben geleid.

1°. *Ontwikkeling van het ziekenhuiswezen.*

De ontwikkeling van het ziekenhuiswezen is één van de oorzaken, dat de geneigdheid tot opneming in een ziekeninrichting grooter is geworden. Immers de outillage der ziekenhuizen is in de laatste decennia veel

verbeterd, doordat, onder meer, de hulpmiddelen waarover zij thans beschikken een belangrijke uitbreiding hebben ondergaan (Röntgen-inrichtingen; toestellen voor het bepalen van het basaal-metabolisme; electrocardiograaf; toestellen voor korte- en ultrakorte golftherapie enz.,) Hierdoor kunnen veel onderzoekingen worden gedaan en behandelingen worden toegepast, die vroeger moesten worden nagelaten en dus een gerechtvaardigde aanleiding zijn om veel patiënten hiervan te laten profiteren. De uitgebreidheid van het laboratorium-onderzoek is mede een factor, die aanleiding is om meerdere observaties in het ziekenhuis te doen plaats hebben.

2°.) *Wijziging der mentaliteit van de bevolking.*

Het is bekend, dat er een belangrijk verschil bestaat in de mentaliteit der bevolking, voor wat betreft het zich doen opnemen in ziekenhuizen, sanatoria enz., in de stad en op het platteland.

Behalve, dat in de stad de bevolking er veel gemakkelijker toe overgaat om bij ziekte zich te laten behandelen in een ziekenhuis, kan, mede tengevolge van de crisis, worden vastgesteld, dat het onderling hulpbetoon bij ziekte belangrijk verminderd is. In veel gevallen zijn de menschen niet in staat, vanwege de zorgvolle omstandigheden in eigen gezin, om bij te springen en hulp te verleenen bij familie of bureu. Het gevolg hiervan is, dat een groot aantal patiënten wegens sociale indicatie moeten worden opgenomen, omdat een behoorlijke verzorging, door gebrek aan voldoende hulp, thuis niet wel mogelijk is. Ziektegevallen dus, waarbij geen sprake is van een voldoende medische indicatie voor opneming. Ik denk hier aan alleenwonende ouden van dagen, die, wanneer ze ziek worden, meestal niet door hun kinderen kunnen wor-

den verzorgd en verpleegd, hetzij door onwil, hetzij door de bovengenoemde omstandigheden.

De sociale indicatie tot opneming is in de steden van grooter beteekenis dan op het platteland.

Op het platteland is deze toestand nog anders. Uit eigen ervaring is mij gebleken, dat men daar veel overredingskracht noodig heeft om patiënten met interne ziekten te bewegen, zich in een ziekenhuis te doen opnemen. Zij zien het liever nog eens aan!

De interne patiënten worden thuis behandeld, terwijl ook minder patiënten voor observatie om de bovengenoemde reden naar een ziekenhuis worden verwezen.

Behandeling van abortus geschiedt thuis, zoodat het maar zelden voorkomt, dat opneming in een ziekenhuis behoeft te geschieden. Ook de bevallingen worden thuis afgewacht en hulp is hiervoor altijd te verkrijgen.

Naarmate er echter op het platteland ziekenhuizen worden gebouwd, betere communicatiemiddelen met de steden worden tot stand gebracht, de afstanden tot het ziekenhuis daardoor minder worden, zal ook daar de toestand, zooals boven geschetst, zich van lieverlede wijzigen in dien zin, dat de opneming in de ziekenhuizen ook daar vermeerderen zal.

3°. *Toeneming der specialisten en specialismen.*

Dat het vestigen van een groot aantal specialisten in de steden van grooten invloed is op de opneming van patiënten in de ziekenhuizen verwekt geen verwondering. Elke specialist, zijn opleiding werkt daartoe mede, wil het liefst zijn patiënten in een ziekenhuis behandelen omdat vele onderzoekingsmethoden hulpmiddelen vereischen, die slechts in een goed geoutilleerd ziekenhuis aanwezig zijn.

Het verder doorvoeren van specialismen in alle mogelijke onderdeelen van de geneeskunst is mede

oorzaak van bovengenoemde stijging, terwijl het sterk ontwikkeld ziekenfondswezen en het in de steden gemakkelijk kunnen beschikken over specialistische hulp, aanleiding geeft tot veel — m.i. te veel — verwijzen naar poliklinieken, die dikwijls fungeeren als voorposten voor de klinische behandeling.

Wijziging van bepaalde behandelingen, en ik noem hier de tonsillectomie, die, in veel gevallen, in de plaats is gekomen van de vroegere tonsillotomie, vraagt meer ziekenhuisopneming.

De medicus met een groote ziekenfondspraktijk kan in veel gevallen geen tijd vinden om een tijdroovende behandeling aan zijn patiënt te geven en ik heb den indruk, dat vele medici spoedig gencigd zijn bij meer ernstige zieken hulp van een specialist te vragen en door diens tusschenkomst opneming in een ziekenhuis.

Op het platteland, waar de spreekuren van den medicus niet overvuld zijn, zooals bij zijn collega's in de stad, behandelt hij zelf veel meer. Het is een zeldzaamheid, dat bijv. een patiënt met een pneumonie naar een ziekenhuis wordt overgebracht.

4°. *Verschuiving van kerkelijke- en bijzondere instellingen naar de gemeente.*

De verschuiving van de kerkelijke- en bijzondere armenzorg naar de burgerlijke armenzorg is een algemeen verschijnsel, vooral in grootere gemeenten, waaraan verschillende oorzaken ten grondslag liggen, zooals de groei van het aantal niet-kerkelijken, de uitbouw van de organisatie van de burgerlijke armenzorg en, voor een groot gedeelte, ook de moeilijkheden waarvoor de kerkelijke en bijzondere instellingen zich geplaatst zien om zich de noodige middelen te verschaffen.

De toestand is thans wel zoo, dat de bedoeling van de Armenwet, om de burgerlijke armenzorg slechts aanvullend te doen zijn, in het geheel niet meer tot haar recht komt.

Op het gebied van de geneeskundige armenzorg en in het bijzonder bij ziekenhuisverpleging wordt die verschuiving nog speciaal bevorderd door de ontwikkeling van de overheidsbemoeiing op dit gebied, die zoodanig is georganiseerd, dat voor opneming, gesteld, dat het on- of minvermogen vaststaat, nauwelijks eenige moeite behoeft te worden gedaan.

5°. *Vermindering van den welstand door de crisis.*

Deze is oorzaak, dat personen, die vroeger in staat waren ook de kosten voor ziekenhuisverpleging zelf te dragen, door het terugloopen van hun inkomen hiertoe niet meer bij machte zijn. Ze zijn lid geworden van een ziekenfonds, terwijl ze zich via hun ziekenfonds kunnen verzekeren tegen verhaal van kosten door de gemeente, bij opneming in een ziekenhuis, sanatorium enz.

Er heeft over de gansche linie een verschuiving naar beneden plaats, waardoor het grootste deel der bevolking — ik denk hier speciaal aan diegenen, wier inkomen ligt beneden de welstandsgrens van de ziekenfondsen (maximum f 3000,—) — bij opneming in een ziekenhuis, sanatorium enz., bijstand door de gemeente moet worden verleend.

Uit achterstaande tabel volgt, dat het belastbaar inkomen na 1930/1931 geleidelijk is gedaald, eveneens het aantal aangeslagenen, terwijl het aantal inwoners steeg van 118.492 (1 Juli 1930) tot 134.191 (1 Juli 1937). Het belastingjaar 1927/1928 was het eerste na de grenswijziging op 1 Mei 1927.

Belastingjaar	Belastbaar inkomen	Aantal aangeslagenen
1922/1923	f 66.586.013	—
1923/1924	„ 63.005.632	—
1924/1925	„ 61.854.803	—
1925/1926	„ 60.479.902	—
1926/1927	„ 59.977.312	—
1927/1928	„ 86.426.276	34.807
1928/1929	„ 87.659.002	35.198
1929/1930	„ 90.859.572	36.624
1930/1931	„ 93.266.314	37.736
1931/1932	„ 91.939.715	38.205
1932/1933	„ 81.772.128	34.689
1933/1934	„ 70.971.655	31.090
1934/1935	„ 67.952.712	30.307
1935/1936	„ 64.065.181	29.437
1936/1937	„ 60.527.247	28.015
1937/1938	„ 60.208.791	27.900

Wanneer wij, van de twee belastingjaren 1930/1931 en 1937/1938, de groepen nagaan van *f* 800,— tot *f* 3000,— belastbaar inkomen (zie nevenstaande tabel), dan zien we:

1°. dat het aantal aangeslagenen boven een belastbaar inkomen van *f* 3000.— is teruggelopen van 5929 tot 3854.

2°. dat het aantal aangeslagenen beneden een belastbaar inkomen van *f* 3000,— is verminderd van 31.807 tot 24.064, waaruit dus volgt, dat een zeer groot aantal inwoners niet in de Rijksinkomstenbelasting is aangeslagen.

Inkomen	1930/1931 Aantal aan- geslagenen	1937/1938 Aantal aan- geslagenen
van f 800.— f 1000.—	5409	3555
van f 1000.— f 1200.—	3557	3701
van f 1200.— f 1400.—	4015	4107
van f 1400.— f 1600.—	4277	3780
van f 1600.— f 1800.—	3869	2691
van f 1800.— f 2000.—	3335	1750
van f 2000.— f 3000.—	7345	4462
	31807	24046
Totaal aantal aangesl. Aantal aangeslagenen boven f 3000.—	37736	27900
	5929	3854

Zijn hiervoor aangegeven de verschillende oorzaken, die tot verhooging van het aantal opnemingen in ziekenhuizen, sanatoria enz. voor rekening van de gemeente hebben geleid, de vraag rijst thans, in welke mate heeft zich die vermeerdering voorgedaan en is zij van dien aard, dat zij aanleiding moet geven tot ernstige overweging van de gevolgen, die zulks op de overheidsfinanciën uitoeft.

Voor de beoordeeling van de stijging, zowel wat opneming betreft als de daaraan verbonden kosten, geef ik hier eenvoudigheidshalve de cijfers van de gemeente Haarlem.

Bij het beoordeelen van die cijfers moet één omstandigheid wel bijzonder in het oog worden gehouden.

In 1927 immers is de gemeente Haarlem aanmerkelijk uitgebreid en steeg het aantal zielen van ruim 80.000 tot ruim 111.000. Het grootste gedeelte van die stijging werd geleverd door de voormalige gemeenten

Schoten en Spaarndam, die reeds in dien tijd noodlijdend waren.

Het is duidelijk, dat deze omstandigheid terstond tot uiting kwam in het hulpbetoon door de gemeente en dat de verhouding tusschen het aantal zielen en het aantal opnemingen voor rekening der gemeente ook aanmerkelijk gewijzigd werd.

Jaar	Aantal opnemingen ziekenhuizen	Aantal verpleegdagen	Aantal inwoners op 1 Juli	Aantal opnemingen per 1000 zielen
1925	1452	47916	80481	18.04
1926	1788	67867	80748	22.14
1927	2495	86753	111873	22.30
1928	3268	111698	114063	28.65
1929	3618	126227	116300	31.11
1930	3963	138169	118492	33.45
1931	3915	139023	120831	32.40
1932	3824	131273	123415	30.99
1933	3820	121807	125803	30.37
1934	3811	111224	127963	29.78
1935	3899	115784	130469	29.89
1936	4615	134800	132103	34.94
1937	4544	133981	134191	33.86
1938	4960	138009	136390	36.37

Uit het vorenstaand overzicht blijkt dus, dat het aantal opnemingen per 1000 zielen is gestegen van 18.04 in 1925 tot 36.37 in 1938. Voor beoordeeling van den invloed van de grenswijziging kan men niet vergelijken de cijfers van 1926 en 1927, omdat die grenswijziging plaats had op 1 Mei 1927. Uit een vergelijking van het aantal opnemingen per 1000 zielen in 1926 en 1928 blijkt die invloed wel.

De kosten van verpleging in ziekenhuizen bedroegen over dat tijdvak:

Jaar	Kosten van verpleging in ziekenhuizen	Jaar	Kosten van verpleging in ziekenhuizen
1925	f 226.935	1932	„ 432.467
1926	„ 227.088	1933	„ 405.388
1927	„ 321.311	1934	„ 342.102
1928	„ 409.288	1935	„ 356.094
1929	„ 457.621	1936	„ 389.993
1930	„ 506.910	1937	„ 384.871
1931	„ 501.691	1938	„ 398.776

Behalve de verpleging in ziekenhuizen, is, vooral in de laatste jaren, de verpleging in andere inrichtingen aanmerkelijk uitgebreid, zooals verpleging in inrichtingen voor chronische patiënten en verpleging van zenuw- en zielszieken in inrichtingen (geen krankzinnigengestichten of aangewezen afdelingen) en gezinnen. Ook het aandeel van de gemeente in de kosten van verpleging in sanatoria en lighallen is zeer toenomen.

Vóór 1936 waren in den verpleegprijs voor ziekenhuizen begrepen de kosten van behandeling. Met ingang van 1 Januari 1936 wordt aan de specialisten voor klinische behandeling een vergoeding gegeven, berekend naar 1 cent per verzekerde en per week. De specialisten hebben een eigen administratie voor de verdeling van het op deze wijze bijeengebracht bedrag.

Ik heb mij wel eens afgevraagd, of er een oorzakelijk verband zou bestaan tusschen de invoering van deze vergoeding en de opmerkelijke stijging van het aantal opnemingen per 1000 zielen, van 29.89 in 1935 tot 34.94 in 1936, een verschil, dat, behalve bij de grenswijziging, niet voorkomt. Bij de grenswijziging was de groote verhooging verklaarbaar door den aard der bevolking, die aan Haarlem werd toegevoegd.

Voor deze verhooging kan ik vooralsnog geen be-

vredigende verklaring vinden. Indien de vergoeding voor klinische behandeling van invloed zou zijn op het aantal opnemingen, zou het gewenscht zijn, dat de specialisten zich rekenschap geven van de groote financiële offers, die hiervoor van de gemeente gevraagd worden en de mogelijkheid, dat deze te groot worden.

Ik kan mij niet onttrekken aan den indruk, dat de specialisten te weinig belangstelling hebben voor de sociale problemen, die met hun beroep samenhangen. Hoe weinig de medici in het algemeen, ook de huisartsen, daarvan weten, merkt men zoo overduidelijk, als men uit de particuliere praktijk plotseling als leider van een geneeskundigen- en gezondheidsdienst optreedt en de sociale vraagstukken op het gebied der volksgezondheid in hun omvang en belangrijkheid voor oogen krijgt.

De totale kosten van verpleging in ziekenhuizen, sanatoria, herstellingsoorden, inrichtingen voor onge-

Jaar	Kosten verpleging en behandeling	Subsidie Gasthuis	Totaal
1925	f 245.189	f 127.340	f 372.529
1926	„ 266.170	„ 123.708	„ 389.879
1927	„ 347.068	„ 126.570	„ 473.638
1928	„ 444.846	„ 134.000	„ 578.846
1929	„ 502.830	„ 140.000	„ 642.830
1930	„ 567.613	„ 156.133	„ 723.746
1931	„ 592.524	„ 196.807	„ 789.332
1932	„ 546.547	„ 124.000	„ 670.547
1933	„ 546.089	„ 127.790	„ 673.889
1934	„ 492.956	„ 121.258	„ 614.214
1935	„ 550.600	„ 112.316	„ 662.916
1936	„ 618.645	„ 108.137	„ 726.783
1937	„ 630.515	„ 126.945	„ 757.461
1938	„ 655.670	„ 121.945	„ 777.270

neeslijken e.d. met inbegrip van vergoeding voor klinische hulp (van 1936 af) en subsidie aan het semi-gemeentelijk ziekenhuis (St. Elisabeth's of Grootte Gasthuis) waren als volgt:

Voor een juiste beoordeeling van den invloed van de vermeerdering der kosten van ziekenhuisverpleging op de kosten voor de gemeente, moet rekening gehouden worden met de soms zeer strenge bezuinigingen, die in Haarlem, zooals trouwens ook in andere gemeenten, na 1930 zijn ingevoerd. Bovendien is na 1930 de door de gemeente aan de ziekenhuizen te betalen vergoeding per verpleegdag met ruim 25 % verminderd.

De vraag hiervoor gesteld, of de uitbreiding der verpleging van zoodanigen aard is, dat zij aanleiding moet geven tot overweging van de gevolgen, is met deze cijfers voor oogen, niet moeilijk te beantwoorden.

Men behoeft geen expert te zijn op het gebied van de gemeentefinanciën om te kunnen vaststellen, dat deze groote sommen, die voor verpleging moeten worden uitgegeven, nopen tot andere maatregelen dan het constateeren van het feit. Zelfs de medici, voor wie uiteraard bij opneming van patiënten voor gemeenterekening het vraagstuk der kosten niet van veel beteekenis is, zullen zich bij het beoordeelen van deze cijfers toch wel moeten afvragen, of een regelmatige ontwikkeling in deze richting wel mogelijk is, zonder dat het vraagstuk van de verpleging zelve in het gedrang komt.

HOOFDSTUK II

MAATREGELEN TER BEPERKING VAN DE KOSTEN VOOR DE GEMEENTE

Indien we dus moeten aannemen, dat er zich in de laatste jaren een belangrijke stijging van de kosten wegens ziekenhuisverpleging voordoet en aan den anderen kant de geldmiddelen van dien aard zijn, dat deze stijging, die waarschijnlijk wel niet tot stilstand is gekomen, op den duur niet kan worden gedragen, ligt het voor de hand dat er ijverig wordt gezocht naar middelen, om die uitgaven te verminderen, zonder echter aan de belangen van de zieken te raken.

Terecht worden m.i. door EYKEL en KERSBERGEN in de Geschriften van de Nederlandsche Vereeniging voor Armeuzorg en Weldadigheid no. LXI de volgende opmerkingen gemaakt:

„Evenals van den particulier, verminderen de inkomsten van de Overheidslichamen, van rijk, provincie en gemeente, zeer aanzienlijk. Evenals in het gezin zullen dus ook daar de uitgaven worden ingekrompen, de tering moet naar de nering worden gezet. Maar hierbij dient de grootste omzichtigheid in acht te worden genomen. Wanneer daarbij wordt geraakt aan de vitale belangen eener bevolking, dan zullen nadeelen optreden, die vele geslachten zullen doorwerken en in hun effect erger zullen zijn dan de gevolgen van de zgn. economische crisis. Een vitaal maatschappelijk belang van de eerste orde is de gezondheidstoestand van een volk.”

„Wanneer de volkskracht gesloopt wordt door aller-

„lei te vermijden ziekten, wanneer een volk niet de
 „voldoende beschikking heeft over de noodige genees-
 „kundige behandeling in geval van ziekte, dan boet
 „een dergelijk volk zeer belangrijk aan beteekenis in.”

„Op de prophylactische maatregelen valt niet te
 „bezuinigen, zonder deze ernstig in gevaar te brengen.”

„Geheel anders staat het met de sommen besteed
 „voor de behandeling thuis en in ziekenhuizen, sana-
 „toria, krankzinnigengestichten, enz.

„Hier is het zeker van groote beteekenis na te gaan,
 „of het niet mogelijk is, de uitgaven te verminderen
 „zonder aan de belangen van de zieken te raken. Een
 „deugdelijke geneeskundige behandeling en verpleging
 „moet gewaarborgd blijven.”

„Wanneer de tegenwoordig algemeen geldende me-
 „thoden van geneeskundige voorziening van de on- en
 „minvermogenenden door de gemeenten worden gehand-
 „haafd, dan zullen geen bezuinigingen mogelijk zijn.

„Dan zouden bezuinigingen beteekenen verslechter-
 „ring van de medische hulp.”

Een van de middelen om tot een rationeele vermin-
 dering van uitgaven te komen kan zijn de

*Contrôle op de opneming en den verplegingsduur van pa-
 tiënten in ziekeninrichtingen.*

Er zou dus kunnen worden gedacht aan een ver-
 scherpte contrôle, maar verscherpte contrôle is niet zoo
 eenvoudig, want het gaat om menschen en hun ge-
 zondheid. Fouten van min of meer ernstigen aard
 kunnen fatale gevolgen hebben voor de patiënten zelf
 en voor het gezag en vertrouwen van het controleerend
 apparaat.

Het zal wel geen tegenspraak ontmoeten, als men
 beweert, dat er, daargelaten de mate waarin, te spoedig
 in ziekenhuizen wordt opgenomen en de duur van het
 verblijf onnoodig wordt gerekt.

Voor gevallen, die poliklinisch uitstekend kunnen worden behandeld, bestaat veelal de neiging tot opneming, terwijl met goeden wil en zonder schade te berokkenen veel onderzoekingen (maag, hart enz.) poliklinisch kunnen worden verricht.

Door een regelmatige bespreking van den controleerend geneeskundige met de verschillende chirurgen kon de verplegingsduur bij operatie van appendicitis teruggebracht worden van 14 tot 11 dagen, bij curettage wegens abortus van 1 week tot 4 à 5 dagen, terwijl de gemiddelde verplegingstijd bij operatie van een hernia eveneens verminderd kon worden.

De praktijk zal leeren, dat ook in andere gevallen de verplegingstijd zal kunnen worden bekort.

Dat de patiënten soms langer in de ziekenhuizen verblijven, dan voor een volledig herstel noodig is, is niet altijd aan den behandelenden geneeskundige te wijten, maar veelal speelt hier het feit, dat het verplegend personeel ongaarne leege bedden ziet, een rol. Eveneens zien zij ongaarne een patiënt vertrekken, die nog niet heelemaal hersteld is, zonder er zich rekenschap van te geven, dat in veel gevallen de reconvalescentie zeer goed thuis kan plaats vinden.

Ook zal van invloed zijn, of een ziekenhuis over te veel leege bedden beschikt, dus relatief te groot is.

Wanneer er echter een goede samenwerking bestaat tusschen de ziekenhuisartsen en den controleerend geneeskundige, waardoor dus telkens uitwisseling van gedachten plaats heeft, dan blijkt, dat, niettegenstaande deze contrôle, de uitgaven toch elk jaar weer stijgen m.a.w. contrôle alleen is nimmer in staat een zoodanig grooten invloed uit te oefenen, dat hierdoor de uitgaven in die mate zouden kunnen worden beperkt, dat op deze wijze het vraagstuk kan worden opgelost.

Bij de contrôle bij opneming blijkt, dat door het

voorstellen van andere maatregelen, in bepaalde gevallen, opneming in een ziekenhuis kan worden voorkomen en de patiënten toch voldoende worden geholpen b.v. in inrichtingen voor ongeneeslijken.

Een groot bezwaar is, dat zooveel patiënten psychisch worden geïnfecteerd met de diagnose appendicitis chronica. De patiënt heeft geen rust voor hij van zijn afwijking is genezen, zoodat hij net zoo lang zoekt tot een of andere chirurg hem helpt.

Verder blijkt dikwijls, dat sommige chirurgen wel wat vlug besluiten tot operatieve behandeling van bepaalde afwijkingen. Ik denk hier speciaal aan de behandeling van retroflexio uteri.

De aan mijn Dienst verbonden patholoog-anatoom, die een groot aantal geopereerde appendices heeft onderzocht, vond hierbij een groot percentage, waarbij noch macroscopisch noch microscopisch eenige afwijking werd gevonden. Hierbij moet echter worden toegegeven, dat de diagnose moeilijk is en dat in de praktijk dikwijls blijkt, dat de patiënt volkomen van zijn klachten is bevrijd.

Hoe het ook zij, de contrôle op de opneming en den duur van het verblijf in de ziekenhuizen heeft een groote preventieve waarde en waakt tegen excessen. De contrôle als zoodanig heeft meer effect door het stellen van algemeene regelen voor wat den verplegingsduur van bepaalde acute ziekten (appendicitis, abortus enz.) betreft, dan als een middel, om in bepaalde gevallen den verplegingstijd te bekorten.

Contrôle is noodzakelijk om te waken tegen den drang van de patiënten zelve of van de medici om voor ziekten, waarvan de behandeling thuis of poliklinisch kan geschieden en waarvoor dus de outillage van een ziekenhuis niet noodzakelijk is, opneming in een ziekenhuis te verkrijgen.

Het zou wenschelijk zijn de contrôle te doen geschieden door ervaren geneeskundigen, bij voorkeur, door geneeskundigen met eenige specialistische ondervinding (internist, chirurg).

Helaas zijn de salarissen, die voor controleerende geneeskundigen worden uitgetrokken, niet van dien aard, dat medici met een dergelijke vooropleiding, zich voor deze functie beschikbaar stellen.

Verpleegprijs.

De verpleegprijs per dag van ziekenhuizen, sanatoria enz. is van grooten invloed op het bedrag, dat de gemeente moet uittrekken voor de verzorging van de on- en minvermogene zieken, zoodat getracht moet worden voor de particuliere ziekeninrichtingen den laagst mogelijken prijs te bedingen. Het blijkt echter, dat over het algemeen de verpleegprijzen niet, of althans zeer weinig, meer zullen kunnen worden verminderd.

Alhoewel de gemeente, die het overgrootste deel van de patiënten aan de particuliere ziekenhuizen levert, bij onderhandelingen over den verpleegprijs een sterke positie inneemt, vooral, wanneer zij daarnevens de beschikking heeft over een eigen ziekenhuis, staat het toch wel vast, dat ook zij belang heeft bij een behoorlijke exploitatie-mogelijkheid en dat zij terdege moet waken, dat bezuiniging op den verpleegprijs geen ongewenschte gevolgen heeft op outillage, voeding en verpleging.

Ziekenhuizen immers zijn in het algemeen geen commercieele ondernemingen en de meeste, behalve de van overheidswege geëxploiteerde, moeten een gedeelte van hun exploitatiekosten dekken door giften, legaten, enz.

Verhaal.

Geven de twee genoemde middelen eenig profijt, maar geen oplossing door voldoende directe vermindering der uitgaven, dan blijft niet anders over, dan te zoeken naar wegen om de inkomsten te verhoogen.

Het voor de hand liggend middel, dat wij krachtens de Armenwet kunnen hanteeren, is het geheel of gedeeltelijk verhaal van de kosten op den patiënt of zijn onderhoudsplichtigen.

Officieel geschiedt de vaststelling van het bedrag, dat verhaald moet worden en de termijnen, waarin, door den kantonrechter, in de praktijk vraagt het gemeentebestuur of de burgerlijke instelling een bepaalde bijdrage en komt de kantonrechter er eerst aan te pas, indien de patiënt of de onderhoudsplichtigen geheel weigerachtig zijn, of de gevraagde bijdrage te hoog vinden.

Het verhaal geschiedt uiteraard niet volgens een algemeen geldenden maatstaf, afgescheiden nog van al de bijzondere omstandigheden, waarmede in veel gevallen rekening moet worden gehouden.

Immers de vaststelling van de bijdrage geschiedt naar het inzicht van het verhalend orgaan, in feite vaak een persoonlijk inzicht, afhankelijk ook al van de financiële omstandigheden van het lichaam te wiens behoeve het verhaal geschiedt.

Zoo kan dus de werking en het resultaat van het verhaal nog al uiteenloopen naar gelang van tijd en plaats. Deze willekeur, die overigens onder vigueur van de huidige bepalingen niet te voorkomen is, is niet geheel billijk. Maar dat is niet het eenige nadeel van deze wijze om inkomsten te verkrijgen.

De daaraan verbonden administratie is tijdroovend en duur.

Bij de opneming, moet na het onderzoek of de be-

trokkene niet in staat is de kosten te betalen, een onderzoek ingesteld worden naar de financieele omstandigheden van de onderhoudsplichtigen.

Voor al wanneer deze elders gevestigd zijn, vordert dat geruimen tijd. Dan moet getracht worden deze tot vrijwillige betaling te bewegen en zoo dit niet bereikt wordt een verzoek aan den kantonrechter worden gedaan.

Een vertegenwoordiger moet daar verschijnen ter toelichting, Daarna behoort van de beslissing van den kantonrechter kennis gegeven te worden aan den werkgever, die de opgelegde bijdrage van het loon moet afhouden en aan het verhalend lichaam moet afstaan, indien althans de zaak niet in hoogere instantie beslist moet worden.

Geregeld moet gelet worden op het veranderen van werkgever en periodiek moet worden nagegaan of de financieele omstandigheden zich in gunstigen zin gewijzigd hebben. Daarnaast nog de inning van de vrijwillige bijdragen, die gewoonlijk in wekelijksche termijnen betaald worden.

Men kan zich dan eenigszins een beeld vormen van de omvangrijke administratie, die aan het verhaal van kosten in een groote gemeente verbonden is. En dat verkleint het resultaat. Immers de kosten daarvan kunnen geraamd worden op 25 % van de opbrengst, maar bovendien brengt de veelal langdurige procedure het nadeel, dat de betaling eerst aanvangt als de patiënt reeds ontslagen is. Dan is de geneigdheid om te betalen gewoonlijk niet zoo groot als in de dagen, dat men verpleging genoot en de kosten daarvan als een toekomstige, zij het geen prettige, omstandigheid beschouwde.

Dat alles maakt, dat het resultaat, ook al wordt dit goed georganiseerd en leert de praktijk eenige moeilijk-

heden overwinnen of verminderen, beneden de verwachtingen blijft.

Men kan natuurlijk trachten de bijdragen op te voeren, maar dat gaat maar tot een zekere grens en de mogelijkheid is niet zoo groot, omdat het bedrag naar verhouding van het tijdvak, waarover het loopt dan te hoog wordt.

Afgescheiden van den financiëleen kant, die eenerzijds niet de gewenschte resultaten oplevert en anderzijds voor de betrokkenen een zwaren last beteekent, is het hoogst onaangenaam, dat bij de zorgen, die een opneming in het ziekenhuis voor een gezin veroorzaakt, naarstig gesnuffeld wordt in de geldelijke omstandigheden van het gezin en van de onderhoudsplichtigen, waarbij familieverhoudingen en allerlei andere omstandigheden, die men liever binnenskamers houdt, betrokken kunnen worden.

Men heeft op verschillende manieren getracht aan de nadeelen, die de toepassing van het recht van verhaal met zich meebrengt, te ontkomen, in de meeste gevallen door overeenkomsten aan te gaan met ziekenhuisverplegingsfondsen, waarbij òf dekking van het tekort gegarandeerd wordt òf subsidie wordt gegeven van een vast bedrag per jaar òf een vast bedrag per jaar en per lid òf een gedeelte van de door de leden betaalde premie.

Andere regelingen stellen een door de ziekenhuisverplegingsfondsen aan de gemeente te betalen vergoeding per verpleegdag vast, welke vergoeding hier meer, daar minder beneden den officieelen verpleegprijs ligt, of een bedrag per lid en per jaar.

Voor zoover ik deze regelingen, met de toelichting, die ik daarbij ontving, kan beoordeelen, zijn zij te verkiezen boven de toepassing van het recht van verhaal en geven zij eenerzijds aan de gemeente financieel voor-

deel, anderzijds aan de patiënten de voordeelen, die verbonden zijn aan het buiten toepassing blijven van verhaal.

De meeste regelingen echter voldoen niet aan de eischen, die ik voor grootere gemeenten noodzakelijk acht. In de eerste plaats acht ik het noodzakelijk, dat de gemeente de volle zorg en verantwoordelijkheid behoudt voor de opneming en de verpleging. In sommige regelingen wordt die zorg overgeheveld naar de ziekenhuisverplegingsfondsen en volstaat de gemeente, behoudens eenige contrôle, met het verleenen van subsidie. In kleinere gemeenten levert dit niet veel bezwaar op, omdat bijzondere gevallen te overzien zijn en het contact tusschen de ingezetenen en de overheid veel eenvoudiger is dan in groote gemeenten.

Voor grootere gemeenten acht ik dezen toestand verwerpelijk, omdat de gemeente dan haar taak, die zij heeft voor de behartiging van de volksgezondheid, niet naar behooren kan vervullen. Deze regelingen komen dan ook in grootere gemeenten niet voor. Maar ook waar regelingen bestaan, waarbij de gemeente òf volledige zeggenschap over de opneming en den duur der verpleging òf alleszins voldoende contrôle heeft, is de regeling van de geldelijke gevolgen meestal beperkt tot een bepaalden duur van de verpleging, gewoonlijk 42 dagen. Daarna herleeft dus weer de volle aansprakelijkheid van de gemeente en de aansprakelijkheid van den patiënt en zijn onderhoudsplichtigen jegens de gemeente.

Men meene niet, dat langdurige verplegingen zeldzame uitzonderingen zijn. In de gemeente Haarlem was op 3698 in 1938 in ziekenhuizen opgenomen patiënten van 613 de verplegingstijd langer dan 42 dagen en van 105 langer dan 90 dagen.

Voor die verpleging boven den vastgestelden duur

moet dus weer het recht van verhaal worden toegepast met alle daaraan voor beide partijen verbonden nadeelen.

Toch worden met deze regelingen goede resultaten bereikt. Zoo heeft de gemeente 's-Gravenhage overeenkomsten aangegaan met rechtspersoonlijkheid bezittende instellingen inzake betaling van verpleging in ziekenhuizen en sanatoria, waarbij is bepaald, dat deze instellingen een bedrag van f 1.75 per verpleegdag betalen. Als gevolg hiervan werd de gemiddelde bijdrage per verpleegdag van f 0.43 in 1928 opgevoerd tot f 0.78² in 1938. Maar ook hier is deze regeling beperkt tot een bepaalden duur van verpleging. Overigens heeft de gemeente Haarlem een gelijksoortige regeling, waarbij dus een vergoeding per verpleegdag aan de gemeente wordt betaald, getroffen met eenige bedrijfsfondsen o.a. het Zieken- en Ondersteuningsfonds van de Nederlandsche Spoorwegen. Deze regeling is voor dergelijke fondsen wel zeer geschikt, omdat daarbij de vergoeding per verpleegdag kan bepaald worden, in verband met het gemiddeld inkomen, dat de leden van dat fonds genieten.

De regeling, zooals die in Zaandam bestaat, vertoont veel overeenkomst met de Haarlemsche regeling. Zij strekt zich echter alleen uit over wijkverpleging en verpleging in ziekenhuizen.

Bij het bestudeeren der verschillende regelingen ben ik intusschen wel tot de overtuiging gekomen, dat een over het geheele land geldende regeling niet mogelijk is, omdat de plaatselijke toestanden, gebruiken en reeds bestaande verhoudingen te zeer van elkaar afwijken en de eischen, die de voorziening in ziekenhuisverpleging stelt, plaatselijk te veel verschillen.

Het systeem, dat te Haarlem bestaat, waarbij de

gemeente het risico van den vollen duur der verpleging op zich neemt en dat zich niet beperkt tot ziekenhuis- en sanatoriumverpleging, wordt in het volgende Hoofdstuk nader uiteengezet.

HOOFDSTUK III

HET HAARLEMSCHE SYSTEEM

Na het betoog in de voorafgaande bladzijden over de noodzakelijkheid maatregelen te treffen, omdat de geldmiddelen der gemeente voor de steeds toenemende kosten van ziekenhuisverpleging niet meer toereikend zijn, doet het toch eenigszins merkwaardig aan, dat het voorstel, dat Burgemeester en Wethouders van Haarlem in 1926 aan den Gemeenteraad deden om een verzekering in het leven te roepen, niet voortkwam uit deze algemeene overweging, maar het gevolg was van een conflict met een bedrijfsfonds, waarmede de gemeente een overeenkomst had, al had dat conflict dan ook een financieel aspect.

Het geschil liep over de grootte van het gemiddeld bedrag, dat op de patiënten, aangesloten bij dat bedrijfsfonds, krachtens de Armenwet zou kunnen worden verhaald, en welk bedrag door het fonds aan de gemeente zou worden vergoed.

Als we bedenken, hoe over het bedrag der bijdrage in een enkel concreet geval de meeningen kunnen uiteenloopen, is het niet vreemd, dat over dit gemiddeld bedrag, waarvan het meer of minder door het betrekkelijk groot aantal patiënten voor partijen van groot belang was, niet zoo spoedig overeenstemming bereikt werd. Het gaf dan ook aanleiding tot uitvoerige nu en dan geanimeerde discussies in den Gemeenteraad.

De zaak is later op bevredigende wijze opgelost en doet verder niet ter zake voor het hier behandeld onderwerp, maar de besprekingen daarover in den Ge-

meenteraad beperkten zich niet tot het geschil in kwestie, maar raakten het geheele vraagstuk van de bijdragen in de verpleegkosten van ziekenhuizen.

Het resultaat was dan ook, dat de Gemeenteraad door aanneming van een motie, Burgemeester en Wethouders uitnodigde een voorstel te doen tot vaststelling van een verpleegtariet geldende voor ziekenhuisverplegingsfondsen.

Het voorstel, dat Burgemeester en Wethouders naar aanleiding daarvan in 1926 aan den Gemeenteraad deden, was van andere strekking, al moest het geacht worden in het algemeen aan de bedoeling van den Raad te beantwoorden.

Behalve eenige bedrijfsfondsen, bestonden in Haarlem geen ziekenhuisverplegingsfondsen, zoodat vaststelling van een tarief weinig zin had. Aan het voorstel van Burgemeester en Wethouders lag de gedachte ten grondslag, dat getracht moest worden de toepassing van verhaal krachtens de Armenwet zooveel mogelijk te voorkomen, omdat betaling van een betrekkelijk aanmerkelijk bedrag over een beperkten termijn, hoe billijk ook toegepast, toch nog altijd een zwaren last voor de patiënten beteekende en vooral ook, omdat verhaal op de onderhoudsplichtigen ten behoeve van personen, die overigens volkomen onafhankelijk zijn van die onderhoudsplichtigen, vaak aanleiding gaf tot onaangenaamheden en het noodzakelijk maakte, dat allerlei familieverhoudingen bij ambtelijke instanties bekend werden. Bovendien werd steeds meer het na-deel gevoeld van de kosten en de omvangrijke administratie, die aan de toepassing van het verhaalsrecht verbonden waren.

De oplossing werd gezocht in de instelling van een verzekering, die de aangeslotenen tegen betaling van een wekelijksche premie zou vrijwaren van de toepas-

sing van verhaal, evenals hun onderhoudsplichtigen.

Om zulks te verwezenlijken, zou dus de aansluiting bij deze verzekering van grooten omvang moeten zijn en de daaraan verbonden administratie en de kosten van inning gering.

Om dat te bereiken werd contact gezocht met de te Haarlem werkende algemeene ziekenfondsen. Deze konden geacht worden voor een groot gedeelte te omvatten de personen, die bij opneming in een ziekenhuis op hulp van de gemeente zijn aangewezen.

De gedachte van verzekering werd bij de besturen van de ziekenfondsen gunstig ontvangen en deze stelden bij hun leden een enquête in teneinde een oordeel te kunnen vormen over den omvang van de deelneming, die, zooals hiervoor reeds gezegd, een der criteria moest vormen bij de beslissing tot instelling eener verzekering. Het resultaat dier enquête, die gehouden werd toen de voorwaarden der verzekering nog niet bekend waren, was van dien aard, dat de instelling der verzekering verantwoord was. Van de leden der ziekenfondsen gaven 60 % hun instemming te kennen. Deze hadden zich daardoor wel niet gebonden, doch men mocht aannemen, dat, zoo de voorwaarden niet te bezwarend zouden zijn, de meesten daarvan zich zouden aansluiten. Het Gemeentebestuur vond hierin dan ook voldoende aanleiding om een voorstel aan den Raad te doen. Dat voorstel had in den Raad wel de volle belangstelling. Naast de instemming, welke het in het algemeen ontmoette, bewogen de besprekingen zich vooral over enkele voorwaarden en wel over de premie en den verplegingsduur.

De premie was door Burgemeester en Wethouders voorgesteld op 5 cent per week en per ziekenfondslid boven den leeftijd van 16 jaar, in de verwachting, dat daardoor zou worden bereikt een ontvangst gelijk aan

die, welke tot nu toe uit individueele bijdragen werd verkregen, maar zij hadden daarbij geen rekening gehouden met de bijdragen van hen, die niet tot de verzekering zouden toetreden. Op dien grond werd vermindering der premie bepleit. Daar tegenover werd gesteld, dat voor verpleging van kinderen beneden 16 jaar niet betaald werd en bovendien, dat de opzet eenigszins speculatief was, zoodat men niet te laag mocht gaan.

Bij het nalezen der verslagen daarover treft het wel, dat noch van de zijde van den Raad, noch van de zijde van Burgemeester en Wethouders aan deze verzekering toen gedacht is in verband met financieel voordeel of juist gezegd, — want men spreekt in deze naar mijn meening ten onrechte van winst, — van een vermindering van financieel nadeel. Tegenwoordig telt, al blijft de sociale waarde van deze instelling onveranderd, deze factor toch wel mee.

De Raad handhaafde de premie. De bedoeling was de verzekering te doen gelden voor een verplegings-tijd van 8 weken. Daarna zou de persoonlijke aansprakelijkheid van de verzekerden wederom herleven. Hier-tegen kwam algemeen verzet. Immers na verloop van dien termijn zouden voor de betrokken leden alle bezwaren, die tot het instellen van deze verzekering hadden geleid, wederom opnieuw gaan gelden en al voerde men daartegen aan, dat verpleging van langeren duur tot de uitzonderingen behoorde, de waarde hiervan gold evenzeer ten aanzien van de eventueel door de gemeente te lijden schade. Bovendien wordt de mogelijkheid van bijdrage bij langeren verplegingsduur relatief kleiner. Een voorstel om de verzekering onbeperkt voor den vollen verplegingstijd te doen gelden vond zelfs van de zijde van Burgemeester en Wethouders weinig tegenstand en werd met groote meerderheid aangenomen.

Na het besluit van den Raad hadden onder leiding van den toenmaligen Directeur van den gemeentelijken geneeskundigen- en gezondheidsdienst te Haarlem, J. VAN KONIJNENBURG, die in de tot standkoming van deze verzekering en in de geslaagde toepassing een overwegend aandeel heeft gehad, langdurige onderhandelingen plaats met de besturen der ziekenfondsen om tot een formeele overeenkomst te geraken.

Hoe was de verhouding in deze van de ziekenfondsen tot de gemeente?

Bij het vaststellen der voorwaarden traden zij op als partij, als vertegenwoordigers hunner leden. Zij sloten de overeenkomst af met de gemeente en konden als zoodanig hun invloed doen gelden. Als fondsen dragen zij echter geen risico, doch de leden verzekeren zich persoonlijk en blijven persoonlijk aansprakelijk. Behoudens de administratieve bemoeiingen, hoewel geen sinecure en het innen van de premie bepaalt zich hun taak overigens tot het adviseeren in bepaalde in de overeenkomst voorgeschreven gevallen. De gemeente draagt eenerzijds het risico van wanbetaling, de individuele verzekerde anderzijds van niet voldoen aan de verzekeringsvoorwaarden.

Zooals reeds met een enkel woord aangestipt, is het niet juist te zeggen, gelijk wel eens geschiedt, dat het fonds bij deze verhouding alleen optreedt als kas-sier. Buiten den invloed, welke het fonds kan uitoefenen op de totstandkoming van een verzekering als deze en den aard van de voorwaarden, heeft het voortdurend contact, dat bij die totstandkoming, bij wijziging en bij toepassing, met de gemeente noodig is, een band gelegd, die beiderzijds voor de behartiging van de volksgezondheid van groote beteekenis is en die ook voor de toekomst nog van veel waarde kan zijn. Ik acht het juist en verklaar gaarne, dat de jarenlange samenwer-

king tusschen de gemeente en de fondsen de kennis en het inzicht van de gemeente in de nooden van de groote bevolkingsgroep, die de fondsen vertegenwoordigen, belangrijk heeft vergroot en dat ook de fondsen voor de bijzondere, dikwijls groote moeilijkheden van de gemeente een steeds toenemend begrip hebben getoond.

De beteekenis hiervan moet men niet gering achten, omdat hiermede bereikt wordt, waarom men in zoo vele opzichten en zoo vaak vraagt een samenwerking tusschen de overheid en particuliere lichamen, met het doel het algemeen belang te dienen. Zeer zeker op het gebied der behartiging der volksgezondheid is het op den duur voor de overheid onmogelijk geheel zelfstandig en volkomen naar eigen inzicht alle noodige voorzieningen te treffen en evenmin kan zij, als verantwoordelijk voor een goede behartiging, deze overlaten aan anderen. De eenige juiste oplossing is een nauwe samenwerking tusschen beide instanties.

Met ingang van 7 Maart 1927 werd tenslotte de overeenkomst, gesloten met vijf te Haarlem werkende algemeene ziekenfondsen, van kracht, t.w.

N.V. Amsterdamsch Ziekenfonds;

Haarlemsch Ziekenfonds;

Nederlandsch Algemeen Ziekenfonds;

Rotterdamsch Ziekenfonds N.V. en

Ziekenfonds Ziekenzorg.

Het aantal verzekerden, daarbij niet meegerekend de kinderen beneden 16 jaar, bedroeg bij den aanvang 33586 bij een bevolking van ruim 80.000 zielen.

Tot de verzekering werden alleen toegelaten leden van bovengenoemde ziekenfondsen. Daarop is wel eens aanmerking gemaakt, omdat er nog altijd een behoorlijk aantal personen is, dat om een of andere, vaak zeer plausibele reden, geen lid van het ziekenfonds wordt, maar daartegenover staat, dat wilde men deze personen

inschakelen, men een afzonderlijke administratie zou moeten houden, in een wekelijksche inning der premie voorzien en afbreuk zou doen aan de beteekenis der fondsen. Want het is licht te begrijpen, dat deze verzekering een propagandamiddel bij uitstek voor de ziekenfondsen is geweest.

De voorwaarden, die volgens verordening golden voor opneming in ziekenhuizen geheel of gedeeltelijk voor rekening der gemeente, bleven van kracht en de geneeskundige- en gezondheidsdienst behield dus de volle zeggenschap over opneming en duur van het verblijf in een ziekenhuis. Uitgesloten was verpleging, waarvoor derden aansprakelijk waren b.v. bij ongevallen, bij opneming van intern personeel, in welk geval de verzekering eerst zou gelden, als de termijn, waarin de werkgever aansprakelijk was, verstreken was en dergelijke gevallen.

Voor toetreding bij den aanvang der verzekering was de toelating onbeperkt voor wat betreft den leeftijd.

Daarna konden 50-jarigen slechts worden toegelaten na keuring en 60-jarigen in bijzondere gevallen met toestemming van Burgemeester en Wethouders. Hierbij had men vooral op het oog de gevallen, dat iemand bij pensionneering of anderszins niet meer lid kan blijven van een bedrijfsfonds.

De wachttijd werd bepaald op 6 weken, terwijl de verzekering niet zou gelden, indien de verzekerde bij den aanvang der verzekering zou worden verpleegd, voor den duur van die verpleging.

De overige voorwaarden waren van administratieve aard en vereischen geen nadere toelichting.

Was de toetreding bij den aanvang zeer bevredigend, immers 34.000 verzekerden behalve de kinderen beneden de 16 jaar, aan het eind van 1927 was het aan-

tal reeds gestegen tot bijna 38.000. Dit was echter geen normale stijging, omdat Haarlem op 1 Mei 1927 aanmerkelijk werd uitgebreid.

De stijging heeft zich niettemin gestadig voortgezet zooals uit het hieronder gegeven overzicht blijkt en bedroeg op 31 December 1938, 58.075.

Jaar	Aantal verzekerden
7 Maart 1927	33.586
31 Dec. 1927	37.915
31 „ 1928	40.088
31 „ 1929	42.461
31 „ 1930	44.732
31 „ 1931	46.202
31 „ 1932	45.958
31 „ 1933	46.114
31 „ 1934	46.410
31 „ 1935	48.043
31 „ 1936	52.659
31 „ 1937	55.117
31 „ 1938	58.075

Wanneer men daarbij telt de kinderen beneden 16 jaar en degenen, die o.a. door bedrijfsfondsen bij de gemeente verzekerd zijn, komt men tot een aantal van ruim 90.000 zielen op een bevolking van ruim 137.000, waarvoor de financieele kant van verpleging in ziekenhuizen is geregeld. Een verhouding, die zelfs voor mij, die mij met dezen toestand vertrouwd heb gemaakt, nog immer sterk spreekt. Daaruit blijkt ook, dat de verzekering algemeen voldoet. Dat wil echter niet zeggen, dat in den loop der jaren geen bezwaren naar voren zijn gekomen.

De gemeente betrad bij de instelling van deze verzekering een geheel nieuw terrein en, het zou onver-

klaarbaar zijn indien het anders ware, daarbij werd op sommige punten wat vergeten of onjuist geregeld. Sommige van die bezwaren zijn later opgeheven door wijziging van de regeling, andere bestaan nog en blijken moeilijk op te heffen te zijn, juist omdat de regeling reeds jaren in den huidige vorm heeft gewerkt. Daarenvens is er in 1931 een aanmerkelijke uitbreiding tot stand gekomen. Behoudens deze uitbreiding zijn de wijzigingen niet van overwegend belang. De leeftijds-grens van toelating is gewijzigd eerst van 50 op 60 jaar en later is alleen de beperking opgenomen, dat personen boven den leeftijd van 60 jaar met toestemming van den Directeur van den gemeentelijken geneeskundigen- en gezondheidsdienst, dus na keuring, kunnen toetreden en personen, die op deze wijze op een leeftijd van 65 jaar of ouder toetreden, een hoogere premie moeten betalen.

Nadat bij den aanvang der verzekering de leeftijds-grens voor toelating als een factor van gewicht was beschouwd, lijkt deze wijziging nog al vrijgevig, omdat deze personen een grooter risico vormen. In werkelijkheid echter is deze wijziging, behalve dat zij in sociaal opzicht een verbetering is, die bij de betrokkenen zeer veel voldoening heeft gewekt, voor de gemeente in geenen deele nadeelig en wel, omdat men in het algemeen en zeker in de laatste jaren kan aannemen, dat het grootste gedeelte van de 60-jarigen en ouderen weinig of geen inkomsten meer heeft, vaak afhankelijk is van familie en verder leeft van een klein pensioen of ouderdomsrente. In de meeste gevallen is het inkomen van dien aard, dat daarvan moeilijk een bijdrage gevorderd kan worden en ik ben dan ook van meening, dat de opbrengst van de premie, vooral ook door de verhooging voor de 65-jarigen, hooger is, dan door de individueele bijdragen zou worden verkregen.

In één opzicht bleek het noodzakelijk af te wijken van het principe, dat met de betaling van de premie de verzekerden voor de kosten gedekt zullen zijn. Zoo kon een niet-kostwinner, die in het genot kwam van ziekgeld of wiens salaris of loon tijdens ziekte werd doorbetaald, bij de betaling van de weekpremie, aanmerkelijk voordeel hebben bij verpleging, omdat in veel gevallen de kosten van levensonderhoud gedurende dien tijd lager waren en zijn inkomsten gelijk of nagenoeg gelijk bleven.

Om daarin te voorzien is een bepaling opgenomen, dat de niet-kostwinners — voor kostwinners geldt dit bezwaar zooal, dan toch in zeer geringe mate — die een uitkeering genieten ingevolge de Ziektewet, pensioen of wachtgeld hebben of wier loon of salaris gedurende de verpleging geheel of gedeeltelijk wordt uitbetaald, zoolang de verpleging duurt, de helft van die uitkeering of loon aan de gemeente betalen. In bijzondere gevallen kan daarop uitzondering gemaakt worden en de beoordeeling of iemand al dan niet kostwinner is wordt soepel toegepast en daarbij wordt ook rekening gehouden met mede-kostwinnerschap. Eén bezwaar is slechts gedeeltelijk opgeheven. Zooals reeds gezegd gelden voor de toetreding de welstandsgrenzen, die gesteld zijn voor toetreding tot de ziekenfondsen. Nu hebben de ziekenfondsen deze grenzen, althans in Haarlem, eerst van 1923 af en daarbij was de overgangsbepaling gemaakt, dat zij die in 1923 lid waren, ongeacht hun inkomen, lid konden blijven. Deze overgangsbepaling was voor de gemeentelijke verzekering overgenomen. In de praktijk leidde zulks echter tot ongewenschte gevolgen. Het kwam herhaaldelijk voor, dat iemand met een zeer ruim inkomen zelfs tot f 6000 toe, bij opneming in een ziekenhuis zich op deze bepaling kon beroepen.

Daar de premie altijd nog maar een gedeelte van de verpleegkosten beteekende, was het onjuist om dezen toestand te handhaven. Maar het is uiterst moeilijk om aan verkregen rechten te tornen en het was nog niet zoo eenvoudig om bij deze overgangsbepaling de absolute grens te trekken bij een inkomen van *f* 3500,— waartoe besloten werd. Hoewel ik kan gevoelen voor verkregen rechten, acht ik deze bepaling toch ook thans nog onjuist, temeer omdat intusschen ook voor hoogere inkomens een regeling getroffen is.

De voornaamste wijziging van de regeling bracht de uitbreiding van de verzekering mede.

Oorspronkelijk gold de regeling alleen voor de ziekenhuizen. In 1930 kwam van uit den Gemeenteraad aandrang om de verzekering ook te doen gelden voor verpleging in herstellingsoorden en sanatoria. Bij het onderzoek dat Burgemeester en Wethouders naar aanleiding daarvan instelden en de onderhandelingen met de ziekenfondsen kwam men op een breeder plan, dat echter verhooging van de premie met zich meebracht.

Het voorstel van Burgemeester en Wethouders aan den Raad, waarover met de ziekenfondsen overeenstemming was bereikt, hield in, uitbreiding tot herstellingsoorden, sanatoria voor tuberculose en inrichtingen voor ongeneeslijken. Daarnevens zou voor de verzekerden, die door particuliere vereenigingen in een lighal of in kinderherstellings- en vacantiëkolonies werden verpleegd de bijdragen, die zij aan die vereenigingen zouden moeten betalen, door de gemeente worden betaald, zoodat zij ook daarvoor verzekerd waren.

De behandeling in den Raad was niet eenvoudig. Verschillende leden meenden, dat de gemeente bij deze verzekering nog al zijde spon en dat daarom de verzekering wel moest worden uitgebreid, maar de premie niet of niet zooveel moest worden verhoogd.

Het voorstel luidde verhooging tot 8 cent per week. Anderen waren integendeel van meening, dat de opnemingsduur den invloed daarvan onderging. Er werden van beide zijden veel cijfers geproduceerd, maar een zuivere vergelijking met den toestand van vóór de verzekering was ten eenenmale onmogelijk, omdat intusschen de grenswijziging had plaats gevonden en niemand de overige factoren, die op de toeneming van de verpleging invloed hadden uitgeoefend, zooals hiervoor uiteengezet, juist kon waardeeren.

Ook thans nog is niet bij benadering te zeggen, van welken invloed de verzekering in financieel opzicht is geweest, al kan thans bij de groote daling der inkomens, wel worden aangenomen, dat de verzekering voordeel aan de gemeente brengt, in dien zin, dat de nettokosten lager zijn, dan zij zouden zijn zonder verzekering. En is daartegen bezwaar? Is het niet juist, dat de gemeente, niet alleen in dezen tijd, nu de nood er toe dringt, maar ook in betere tijden, haar werk op zoo goedkoop mogelijke wijze doet, vooropgesteld natuurlijk, dat dat werk goed is en dat de vergoeding, die er voor gevraagd wordt redelijk is? Toch kan de redelijkheid van de vergoeding, die thans in Haarlem gevraagd wordt, niet in twijfel worden getrokken.

Het is uitgesloten, dat bij een onredelijk hooge premie zooveel tienduizenden vrijwillig tot de verzekering zouden zijn toegetreden en dat een groot aantal werkloozen nog een premie van 5 cent per week en per lid betaalt.

Er is bij de behandeling in den Raad nog de gedachte geopperd om ook de krankzinnigenverpleging onder de verzekering te betrekken. Daarvan is echter afgezien, omdat dit een verdere verhooging van de

premie zou veroorzaken en omdat tenslotte het risico van krankzinnigenverpleging dermate gering is, dat niet was te verwachten, dat men een verhooging van de premie voor dit doel zou aanvaardden.

Het voorstel van Burgemeester en Wethouders werd intusschen aangenomen en in 1932 trad de gewijzigde regeling in werking. Aanvankelijk gaf deze premieverhoging, zooals uit den staat van het aantal leden blijkt, eenigen terugslag op het ledental, een terugslag overigens, die niet van groote beteekenis was en die spoedig wederom was overwonnen.

Behalve de uitbreiding bracht deze wijziging ook iets nieuws, doordat ook verpleging voor rekening van particuliere vereenigingen onder de verzekering werd gebracht.

De gemeente heeft met deze vereenigingen een overeenkomst gesloten, waarbij bepaald wordt, dat voor iederen verzekerde, die voor rekening van de vereeniging verpleegd wordt, de gemeente een bepaald bedrag per verpleegdag vergoedt. Dat bedrag werd gevonden in het gemiddelde der bijdragen, die de vereeniging voordien van particulieren ontving. Dat gemiddelde, van de zijde der gemeente eenigszins vrijgevig berekend, bedroeg voor de stichting „Brederodeduin” (lighal) 35 cent per dag, voor de kinderherstellings- en vacantiëkolonies 20 cent per dag. De vergoeding is niet verminderd, ofschoon er gereede twijfel is, of het gemiddelde der particuliere bijdragen thans nog op die bedragen zou uitkomen.

Er is van de zijde van sommige vereenigingen en ook in den Raad nog eenige tegenstand geweest, omdat men vreesde, dat de gemeente zich hiermede te veel zou begeven op het terrein der vereenigingen. Dit lag intusschen geenszins in de bedoeling en in de praktijk is van die bezwaren dan ook nooit iets gebleken.

De regeling voldoet uitstekend en is voor de vereenigingen van belang, omdat zij op deze wijze kunnen rekenen op een bepaald bedrag voor verpleegkosten en daarvoor niet afhankelijk zijn van de tijdsomstandigheden.

Zijn hiervoor besproken de voornaamste wijzigingen als gevolg van uitbreiding en opheffing van bezwaren, ik kom thans tot een bezwaar, dat naar mijn meening aan deze verzekering kleeft en dat tot nu toe niet mogelijk bleek te ondervangen.

De welstandsgrens loopt voor gehuwden en kostwinners, om mij daartoe te bepalen, tot *f* 2700.— en naar gelang van het aantal kinderen tot *f* 3000.—.

De premie echter is voor iederen verzekerde gelijk, of hij een inkomen heeft van *f* 800.— of van *f* 3000.—. Dat zou niet onjuist zijn, indien het object van verzekering voor ieder gelijk was. Maar men verzekert zich in dit geval niet tegen de kosten van ziekenhuisverpleging of andere vormen van verpleging, maar tegen de betaling van de bijdrage, die in geval van verpleging zou gevorderd worden, welke bijdrage verband houdt met het inkomen en dus voor inkomens van *f* 800.— en *f* 3000.— aanmerkelijk verschilt.

Bij een inkomen van *f* 800.— zou waarschijnlijk geen bijdrage worden gevorderd, bij een inkomen van *f* 3000.— welhaast, tenzij bij langdurige verpleging, de volle verpleegprijs. Uit een sociaal oogpunt is dit onjuist en het is dus begrijpelijk, dat de gemeente in 1930 getracht heeft hierin wijziging te brengen, door een regeling voor te stellen, waarbij een gedifferentieerd tarief werd opgenomen, waardoor de lagere inkomens een lagere premie en de hogere inkomens een hogere premie zouden betalen. Daarover kon met de ziekenfondsen geen overeenstemming worden bereikt.

De redelijkheid daarvan, uit sociaal oogpunt, kon

men algemeen aanvaardden, maar men zag geen uitweg uit de administratieve moeilijkheden. Hoewel dit argument niet genoemd is, vermoed ik, dat ook het verloop van ziekenfondsleden gevreesd werd, als tengevolge van deze wijziging het aantal leden der gemeentelijke verzekering zou verminderen. Immers, dat zou te verwachten zijn en speciaal van hen, die een hoogere premie zouden moeten betalen. Zou dit afbreuk doen aan het algemeen karakter van de verzekering en leiden tot een uitbreiding in de toepassing van het verhaalsrecht, daartegenover stond, dat van deze vluchtelingen een hooge bijdrage op grond van hun inkomen zou worden gevorderd, hetgeen dus financieel voordeelig zou zijn voor de gemeente en dat de verwachting gewettigd was, dat langzamerhand deze vluchtelingen weer zouden terugkeeren.

De administratieve moeilijkheden echter vormden het groote struikelblok en de tegenstand van de ziekenfondsen deden Burgemeester en Wethouders tenslotte besluiten van hun voornemen af te zien. Maar de vraag blijft toch bij voortduring dringend, vooral nu de tegenstelling nog scherper uitkomt, bij een premie van 5 cent voor een werklooze en een premie van 8 cent voor iemand met een inkomen van maximaal f 3000.—, en al verheel ik mij de moeilijkheden niet en kan ik de bezwaren van de ziekenfondsen begrijpen, ik kan mij niet voorstellen, dat dit niet te eeniger tijd gewijzigd zal worden, omdat het juist en billijk en redelijk is.

Men zal die bezwaren op een of andere wijze moeten ondervangen om tot een zoo bevredigend mogelijke regeling te komen.

Ook thans zijn weer onderhandelingen met de ziekenfondsen gaande over deze kwestie en ook thans stuiten die op dezelfde bezwaren. Men heeft de onjuistheid in de huidige regeling willen opheffen door voor te

stellen naast de premie een bepaald bedrag te heffen per verpleegdag, wisselend naar gelang van het inkomen. Maar daarmee haalt men het onderzoek naar den financieelen toestand weer binnen en de verzekering verliest haar populariteit, omdat men met betaling van de premie niet van alles af is.

Nu behoeft dat onderzoek naar den financieelen toestand niet zoo intens te zijn, omdat men de onderhoudsplichtigen zou kunnen uitschakelen en vaste bedragen zou kunnen vorderen op grond van den belastingaanslag.

Dit systeem wijkt toch zeer af van de oorspronkelijke gedachte en het brengt in ieder geval den last van administratie en inning mede. De tijd en de ervaring zullen leeren, wat hierin de beste oplossing is.

Wellicht wordt daarbij hulp ondervonden van de ervaringen, die men elders verkrijgt. Ben ik goed ingelicht, dan overweegt men ook te Amsterdam een verzekering in de richting van het Haarlemsche systeem. Niet onmogelijk lijkt het mij, dat men daar van meet af aan met deze moeilijkheid weet rekening te houden.

Dat wat betreft de bezwaren van de verzekering.

Een regeling als deze kan echter op papier een uitstekenden indruk maken en theoretisch alleszins te verdedigen zijn, de vraag hoe zij in de praktijk werkt is naast het sociaal-geneeskundig en financieel resultaat, van groot belang.

Het zou onverklaarbaar zijn, als bij een ledenaantal van ± 60.000 zich bij de toepassing geen enkele moeilijkheid voordeed. Moeilijkheden zijn er inderdaad, maar ze zijn zoo zeldzaam en van zulk een geringen omvang, dat men, wat dat betreft, een regeling, die beter voldoet, niet zou kunnen wenschen. Verschil van meening over toepassing tusschen ziekenfondsen en de gemeente kan ik mij niet herinneren; voor zoo-

ver er bezwaren zijn geweest kwamen die van den kant van de verzekerden.

De administratie voor de gemeente is tot het uiterste beperkt. De aanmelding geschiedt bij het ziekenfonds, dat daarvan evenals van de overige mutaties, bericht zendt aan de gemeente, waarvan een kaartregister wordt aangelegd.

Het risico, dat de toetreding tot de verzekering geschiedt overeenkomstig de voorwaarden, behalve bij 60-jarigen, blijft voor rekening van het ziekenfondslid.

Bij eventueele opneming in een ziekenhuis moet, naast het medisch advies, worden overgelegd het bewijs van verzekering, dat vergeleken wordt met het kaartregister, en het aanslagbiljet in de Rijksinkomstenbelasting moet worden vertoond ten blijke, dat men voor wat betreft de welstandsgrens terecht verzekerd is.

De gemeente is niet aansprakelijk voor iemand, die is toetreden in strijd met de voorwaarden. Het voordeel hiervan, waardoor sommigen, echter door eigen schuld, gedupeerd worden, is, dat te voren geen onderzoek behoeft te worden ingesteld naar de vraag, of iemand naar zijn inkomen verzekerd kan zijn. Dit wordt alleen gecontroleerd bij opneming.

De premie wordt door het fonds tegelijk met de ziekenfondspremie geïnd en deze wijze van inning brengt dus betrekkelijk weinig kosten mede.

De fondsen ontvangen als vergoeding voor administratie en inning $\frac{1}{2}$ cent per week en per lid, die bij het afdragen maandelijks van de premie wordt afgehouden. Een en ander gaat vlot en soepel, ook al, omdat de administratieve inrichting van de ziekenfondsen tegenwoordig uitstekend in orde is.

Indien men deze zeer geringe administratieve bemoeiingen van de gemeente vergelijkt met de administratie en de kosten, die verbonden zijn aan het onder-

zoek bij iedere opneming, naar de mogelijkheid en de grootte van de bijdrage, requesten aan den kantonrechter, beroepszaken, loonbedrag, staat van kosten en deurwaarder, dan is het voordeel van deze regeling op dit punt wel volkomen duidelijk. Het voornaamste zijn echter de resultaten.

De resultaten moeten worden beoordeeld van uit tweërlei oogpunt, het financieel oogpunt, voor de gemeente van direct voelbaar belang, en het sociaal-medisch oogpunt.

Ik stel het belang van het laatste zeker niet achter bij dat van het eerste.

Een van de gevolgen van deze verzekering is, naar algemeen wordt aangenomen en ik ben het daarmee eens, een vermeerdering van het aantal opnemingen en wellicht ook verlenging van den duur der verpleging.

Of die vermeerdering groot of klein is, kan niet beoordeeld worden, omdat, zooals ik reeds opmerkte, allerlei andere factoren medegewerkt hebben tot de vermeerdering der opneming, maar bovendien ook, omdat in Haarlem, tengevolge van de grenswijziging, juist ten tijde van de invoering van de verzekering, de grondslag voor vergelijking ontbreekt.

Kan de vermeerdering van opneming eenerzijds worden aangemerkt als een financieel nadeel, anderzijds is het naar mijn overtuiging van groot sociaal-medisch belang. In de eerste plaats moet men, dat is mij in mijn praktijk eerst als huisarts en daarna als directeur van een geneeskundigen- en gezondheidsdienst duidelijk gebleken, niet onderschatten het aantal van hen, die niet of te laat, zonder dat zulks directe fatale gevolgen behoeft te hebben, worden opgenomen, omdat zij terugschrikken voor de onvermijdelijk daaraan verbonden kosten, al geschiedt de verpleging met hulp van de gemeente. Dat is bij deze regeling voortaan uit-

gesloten. Maar afgescheiden daarvan, is het vaak zoo moeilijk de grens tusschen het noodzakelijke van verpleging of verlenging van verpleging en het wenschelijke daarvan, scherp te trekken.

Tracht men die grens zoo scherp mogelijk bij het noodzakelijke te stellen, dan kan natuurlijk nu en dan een opneming worden voorkomen en een verpleging met enkele dagen worden bekort.

Als men hier echter — en de specialist is hiertoe uiteraard geneigd — wat toegeeft aan het wenschelijke, kan men dan zeggen, dat die uitgaven daarvoor overbodige, ondoelmatige uitgaven zijn?

Vooropgesteld, dat ongemotiveerde opneming en verpleging wordt voorkomen, en daarvoor is de controle, die scherp moet zijn zonder hard te worden, meen ik, dat deze hoogere uitgaven, die uit de verzekering voortvloeien, maar die deze verzekering tevens mogelijk maken te doen, niet als een nadeel, maar als een voordeel, zij het geen financieel voordeel, zijn te beschouwen.

Van veel grootere waarde is echter het sociaal voordeel, dat voortkomt uit de massale toetreding tot de verzekering, zooals dat in Haarlem is geschied. Daar betalen thans \pm 60.000 personen hun wekelijksche premie en brengen in toepassing het „draagt elkanders lasten”.

Zij zorgen hierdoor zelf mede voor eventueele verpleging in ziekenhuizen, sanatoria, lighallen, herstellingsoorden, inrichtingen voor ongeneeslijken en kinderherstellings- en vacantiëkolonies, voelen zich daardoor minder afhankelijk van de overheid en zijn ook inderdaad minder afhankelijk.

Door deze verzekering, aangevuld door de gemeentelijke z.g. Middenstandsverzekering en de overeenkomst op dit gebied met eenige bedrijfsfondsen, zijn op

een bevolking van 137.000 zielen voor bijna 100.000 zielen, de financiële gevolgen van ziekenhuisverpleging en behandeling geregeld, zoodat zij bij eventueele opneming, althans deze zorgen niet te dragen hebben.

Het is dan ook, meen ik, geoorloofd, waar het hier verhoudingsgewijze een zoo groote bevolkingsgroep betreft, dit resultaat als buitengewoon gunstig te beschouwen. Hetzelfde mag gezegd worden van de financiële resultaten.

Deze resultaten zijn niet positief aan te wijzen, maar kunnen toch gemakkelijk uit de hierna volgende gegevens worden afgeleid. Een vergelijking van de absolute uitgaven en de inkomsten, hoewel op zichzelf belangrijk, geeft daarvan geen goed beeld, omdat de stijging daarvan ook het gevolg is van de vermeerdering van het aantal inwoners.

Een juist beeld geeft de vergelijking tusschen de uitgaven en inkomsten per inwoner en per jaar, zooals de hier volgende tabel aangeeft:

OVERZICHT VAN DE INKOMSTEN EN UITGAVEN WEGENS VERPLEGING IN ZIEKENHUIZEN,
SANATORIA, E.D.

Jaar	Totaal kosten verpleging met inbegr. subsidie gasthuis	Totaal inkomsten aan premie en andere bijdragen	Totaal premie	Aantal inwoners op 1 Juli	Kosten per inw. en p. jaar	Ontvangst per inw. en p. jaar.	Netto kosten per inwoner en per jaar
1925	f 372.529,—	f 32.046,—	—	80.481	f 4,63	f 0,40	f 4,23
1926	„ 389.879,—	„ 36.204,—	—	80.748	„ 4,83	„ 0,45	„ 4,38
1927	„ 473.638,—	„ 93.930,—	f 67.092,—	111.873	„ 4,23	„ 0,84	„ 3,39
1928	„ 578.846,—	„ 116.524,—	„ 93.198,—	114.063	„ 5,07	„ 1,02	„ 4,05
1929	„ 642.830,—	„ 134.008,—	„ 97.073,—	116.300	„ 5,53	„ 1,16	„ 4,37
1930	„ 723.746,—	„ 162.514,—	„ 117.457,—	118.492	„ 6,10	„ 1,40	„ 4,70
1931	„ 789.332,—	„ 227.095,—	„ 165.506,—	120.831	„ 6,53	„ 1,88	„ 4,65
1932	„ 670.547,—	„ 246.451,—	„ 178.822,—	123.415	„ 5,43	„ 2,—	„ 3,43
1933	„ 673.889,—	„ 239.244,—	„ 178.546,—	125.803	„ 5,36	„ 1,90	„ 3,46
1934	„ 614.214,—	„ 241.827,—	„ 182.812,—	127.963	„ 4,80	„ 1,89	„ 2,91
1935	„ 662.916,—	„ 244.769,—	„ 183.268,—	130.469	„ 5,08	„ 1,88	„ 3,20
1936	„ 726.783,—	„ 265.671,—	„ 197.679,—	132.103	„ 5,50	„ 2,01	„ 3,49
1937	„ 757.461,—	„ 279.980,—	„ 209.684,—	134.191	„ 5,64	„ 2,08	„ 3,56
1938	„ 777.270,—	„ 299.753,—	„ 221.425,—	136.390	„ 5,70	„ 2,19	„ 3,51

Het overzicht loopt van 1925 af, omdat voor dien tijd de gemeente aan het St. Elisabeth's of Groote Gasthuis geen vergoeding per verpleegdag betaalde, doch het tekort op de exploitatie, waarin de kosten van verpleging van on- en minvermogende patiënten waren begrepen.

De cijfers per inwoner voor het jaar 1927 hebben voor dit overzicht weinig waarde, omdat de grenswijziging plaats had op 1 Mei 1927 en het bevolkingscijfer op 1 Juli dus geen zuivere berekening geeft.

Bij de beoordeeling van deze cijfers kan de stijging van het aantal inwoners dan verder buiten beschouwing worden gelaten.

In den tijd, waarover het overzicht loopt is, zooals reeds is uiteengezet, door allerlei oorzaken o.a. door deze verzekering, het aantal opnemingen zeer uitgebreid en is vooral in de laatste jaren de verpleging in inrichtingen voor ongeneeslijken, herstellingsoorden en inrichtingen voor geesteszieken, die niet verpleegd worden in krankzinnigengestichten of in aangewezen inrichtingen, zeer sterk toegenomen.

De kosten per inwoner en per jaar zijn gestegen van *f* 4,63 in 1925 tot *f* 5,70 in 1938, waarbij in aanmerking moet worden genomen, dat de verpleegprijs in dien tijd aanmerkelijk is verminderd.

Door de verhooging, voornamelijk tengevolge van de verzekering, van de inkomsten van *f* 0,40 per inwoner in 1925 tot *f* 2,19 per inwoner in 1938 zijn de netto ten laste der gemeente komende kosten gedaald van *f* 4,23 in 1925 tot *f* 3,51 in 1938.

Het is jammer, dat niet van den aanvang der verzekering af een splitsing is gemaakt van de kosten voor verzekerden en niet-verzekerden. Ik beschik daarom hiervoor alleen over de cijfers der laatste jaren. In 1937 werd wegens verpleging van verzekerden in totaal uit-

gegeven een bedrag van 459.091,— en netto ontvangen aan premie *f* 209.684,—, zoodat deze verzekerden 45.67 % der kosten betaald hebben. Voor 1938 waren deze cijfers respectievelijk *f* 477.905, *f* 221.425 en 46.33 %.

Het is duidelijk, dat op andere wijze dan door verzekering deze bedragen nooit kunnen bereikt worden, en dat spreekt nog sterker als men ziet, dat werklooze verzekerden, die een reductie genieten op de premie, in 1938 toch nog aan premie betaald hebben een bedrag van *f* 18.670,—.

Ik verheug mij hierover, omdat hierin zoo sterk tot uiting komt het groeiend begrip van de noodzakelijkheid en de waarde van „eigen hulp”, hetgeen ook voor de toekomst van zooveel belang is, maar het vraagt toch ook waardeering voor deze houding van een groot aantal werkloozen, die, wetende, dat zij in deze omstandigheden bij eventueele opneming niets zouden behoeven bij te dragen, van hun steun gaarne de verminderde premie betalen. Hieruit blijkt tevens, hoezeer deze verzekering wordt gewaardeerd.

Bij de dagelijksche toepassing van de bepalingen dezer verzekering, blijft mijn waardeering groeien voor het juist inzicht, dat de Gemeenteraad in 1926 op voordracht van Burgemeester en Wethouders, verdedigd door den toenmaligen Wethouder, later Minister Mr. SLINGENBERG, in deze zaak getoond heeft, in de overtuiging, dat het groot nut heeft afgeworpen, niet alleen voor de gemeentefinanciën en voor het belang der verzekerden, maar ook en niet in de laatste plaats, voor de volksgezondheid.

TEKST van de overeenkomst van de gemeente Haarlem met de te Haarlem werkende algemeene ziekenfondsen, van December 1934, gewijzigd October 1935 en Maart 1936.

Artikel 1.

Waar in deze overeenkomst wordt vermeld „de gemeente”, „het Fonds” of „de directeur”, wordt daaronder verstaan onderscheidenlijk „Burgemeester en Wethouders van Haarlem”,

en „de Directeur van den gemeentelijken geneeskundigen- en gezondheidsdienst te Haarlem”.

Artikel 2.

Partij ter eene zijde verbindt zich, met inachtneming van de hiernavolgende voorwaarden en bepalingen,

a.) op de leden — inwoners der gemeente Haarlem — van het Fonds, die worden verpleegd in ziekenhuizen, waarmede de gemeente eene overeenkomst betreffende de verpleegkosten heeft aangegaan, in het parkherstellingsoord, of daarmee naar het oordeel der gemeente gelijk te stellen inrichtingen, in sanatoria voor tuberculose voor zoover de plaatsing in die inrichtingen geschiedt door den directeur en met uitzondering van hen, die wegens een geestesziekte worden verpleegd, geenerlei verhaal van de kosten dier verpleging toe te passen, noch op de onderhoudsplichtigen dier leden;

b.) voor de leden — inwoners der gemeente Haarlem — van het Fonds, die worden verpleegd in de inrichting „Brederodeduin” of in kinderherstellings- en vacantiëkolonies, voor zoover de plaatsing in die inrichtingen geschiedt door en voor rekening van bijzondere vereenigingen, onder goedkeuring van

den directeur, de voor die verpleging verschuldigde bijdrage te voldoen;

- c. op de leden, die in een inrichting voor ongeneeslijken worden verpleegd, voor zoover de plaatsing in die inrichtingen is geschied door den directeur, (en met uitzondering van hen, die wegens een geestesziekte worden opgenomen), en op de onderhoudsplichtigen dier leden wordt gedurende den tijd door de gemeente te bepalen (in verband met het inkomen, den leeftijd van den verpleegde en den vermoedelijken duur der verpleging) geen verhaal toegepast.

Onder verpleging wordt mede verstaan het vervoer naar en van de ziekenhuizen in de gemeente.

Artikel 3.

De leden van het Fonds kunnen zich daartoe verzekeren tegen betaling van een premie van acht cent per week, welke premie door het Fonds wordt geïnd.

De aldus verzekerden — niet kostwinners — die eene uitkeering ingevolge de Ziektewet, pensioen of wachtgeld genieten, of wier loon of salaris gedurende de verpleging geheel of gedeeltelijk wordt uitbetaald, moeten bovendien, zoolang zij voor rekening der gemeente verpleegd worden, de helft van de uitkeering ingevolge de Ziektewet, van het pensioen of wachtgeld of van het uitgekeerde loon of salaris aan de gemeente betalen. Dit bedrag wordt door den directeur geïnd.

De gemeente kan, in bijzondere omstandigheden, rekening houdend met de ten laste van den verzekerde komende vaste uitgaven, gedeeltelijk vrijstelling van deze betaling verleen.

Het Fonds kan daartoe een voorstel aan de gemeente doen.

Indien ten aanzien van deze vrijstelling geen overeenstemming wordt bereikt tusschen de gemeente en het Fonds, wordt daaromtrent een beslissing genomen door eene commissie, waarin de ziekenfondsen en de gemeente vertegenwoordigd zijn.

Indien de verzekerde in gebreke blijft het krachtens dit artikel behalve de premie verschuldigde aan de gemeente te betalen, verliest hij alle uit deze verzekering voortvloeiende rechten.

Artikel 4.

Van de verzekering zijn uitgesloten minderjarigen, wier ouders of wettelijke verzorgers zelf niet verzekerd kunnen zijn behoudens in het geval, dat deze voor de verzekering zijn afgekeurd. Aan personen, die een andere dan de Nederlandsche nationaliteit bezitten, kan de toelating tot de verzekering door de gemeente worden geweigerd.

Voorzoover deze worden toegelaten behoudt de gemeente de bevoegdheid de verzekering te allen tijde met inachtneming van een opzegtermijn van vier weken, te beëindigen.

Artikel 5.

Indien van een gezin, beide of een der ouders of wettelijke verzorgers zich hebben verzekerd, geldt hunne verzekering eveneens voor de te hunnen laste komende inwonende gezinsleden beneden den leeftijd van 16 jaar, zoo hiervan opgave is gedaan aan het Fonds. Het Fonds doet van deze opgave mededeeling aan de gemeente.

Artikel 6.

Het Fonds draagt de van de verzekerden ontvangen premie na aftrek van een halven cent per verzekerd

lid en per week aan de gemeente af, in maandelijksche termijnen, onder overlegging van een staat, vermeldende van week tot week de aantallen der bijgeschreven en afgeschreven leden en het aantal der leden, waarmede de week sluit.

Artikel 7.

Behoudens het bepaalde in het tweede lid van dit art. gaan de uit deze verzekering voortvloeiende rechten voor de verzekerden en de in artikel 5 bedoelde gezinsleden in, zes weken, nadat de verzekering is aangegaan. Ten aanzien van de verpleging in sanatoria gaan deze rechten in zes maanden nadat de verzekering is aangegaan en ten aanzien van de verpleging in gestichten voor ongeneeslijken twee jaren, nadat de verzekering is aangegaan.

Het bepaalde in de vorige alinea is niet van toepassing op hen die verzekerd zijnde, van het eene Fonds naar het andere overgaan, mits daarbij geen onderbreking van de premie-betaling plaats heeft en tevens op militieplichtigen, die vóór de uitoefening van hun dienstplicht verzekerd zijn, wier verzekering bij den aanvang van hun militairen dienst ophoudt en die binnen vier weken na beëindiging van hun militairen dienst wederom tot de verzekering toetreden, voor zoover althans de daarin genoemde wachttijden in de eerste verzekeringsperiode verstreken zijn.

Bovendien kan de gemeente het bepaalde in de 1e alinea niet van toepassing verklaren op hen, die wegens langdurige werkloosheid hun verzekering hebben beëindigd en vóór of terstond bij beëindiging der werkloosheid wederom tot de verzekering toetreden.

Artikel 8.

Voor de in art. 5 bedoelde gezinsleden, die zich bin-

nen een termijn van twee maanden, nadat zij den 16-jarigen leeftijd bereikt hebben, verzekeren, gaan deze rechten onmiddellijk in.

Indien de verzekering gesloten wordt na afloop van den in het eerste lid genoemden termijn, is het bepaalde in art. 7 van toepassing.

Artikel 9.

Indien gedurende den wachttijd, bedoeld in art. 7 de verzekerde of een der in art. 5 bedoelde gezinsleden in eene der in art. 2 genoemde inrichtingen wordt opgenomen, geldt de verzekering niet voor den persoon van den verpleegde gedurende den duur dier verpleging.

Artikel 10.

De verzekerde kan geen aanspraak doen gelden op de uit art. 2 voortvloeiende rechten, indien de verpleging geschiedt wegens een afwijking welke zich naar het oordeel van den directeur op het tijdstip van het aangaan der verzekering reeds had geopenbaard, zoodanig, dat de noodzakelijkheid van verpleging in een inrichting binnen afzienbaren tijd, kon worden verwacht.

Artikel 11.

De verzekerden zijn verplicht, indien zij of een der in art. 5 bedoelde gezinsleden in eene der in art. 2 genoemde inrichtingen worden opgenomen, op verzoek van den directeur aan dezen te vertoonen hun aanslagbiljet in de rijksinkomstenbelasting, dat zij het laatst hebben ontvangen.

Indien blijkt, dat zij zijn aangeslagen in die belasting naar een inkomen, zoo het betreft ongehuwden boven *f* 2.100,— en zoo het betreft gehuwden of kost-

wINNERS, als zoodanig door de gemeente aangemerkt, boven *f* 2.700,—, of indien op andere wijze blijkt, dat hun inkomen deze bedragen te boven gaat, worden zij niet als verzekerden beschouwd. De door hen betaalde premie wordt niet terugbetaald. Het bedrag van *f* 2.700,— genoemd in de 2e alinea van dit artikel wordt tot ten hoogste *f* 3.000,— verhoogd voor de tot het gezin van den verzekerde behoorende kinderen beneden den leeftijd van 18 jaar en wel met *f* 100,— per kind.

Indien, in gevallen bedoeld in alinea 2, wordt aangetoond, dat op het tijdstip van opneming het gemiddeld inkomen is verminderd, kan de gemeente den belanghebbende alsnog als verzekerde beschouwen.

Voor de toepassing van dit artikel geldt ten aanzien van gehuwden het inkomen van den man. Zijn de echtgenooten beiden afzonderlijk in de Rijksinkomstenbelasting aangeslagen, dan geldt voor de toepassing van dit artikel het gezamenlijk inkomen der echtgenooten.

Artikel 12.

In afwijking van het bepaalde in het vorig artikel blijft de verzekering voor verzekerden, voor zoover zij gehuwd zijn of kostwinners, als zoodanig door de gemeente aangemerkt, die vóór 1 Januari 1923 te Haarlem lid waren van het Fonds en sindsdien onafgebroken lid zijn gebleven, van kracht zoolang hun inkomen het bedrag van *f* 3.500,— niet te boven gaat.

Het bedrag van *f* 3.500,— bedoeld in het eerste lid van dit artikel wordt tot ten hoogste *f* 3.800,— verhoogd voor de tot het gezin van den verzekerde behoorende kinderen beneden den leeftijd van 18 jaar en wel met *f* 100,— per kind.

Artikel 13.

Vervallen.

Artikel 14.

Personen, die den leeftijd van zestig jaren bereikt hebben kunnen zich niet verzekeren dan met toestemming van den directeur.

Personen, die op het tijdstip van toetreding den leeftijd van vijf en zestig jaar hebben bereikt zijn in afwijking van het bepaalde in art. 3 1e alinea een premie verschuldigd van 12 cent per week.

Het bepaalde in de 1e en 2e alinea is niet van toepassing op hen, die verzekerd zijnde, van het eene Fonds naar het andere overgaan, mits daarbij geen onderbreking van de premie-betaling plaats heeft.

Artikel 15.

Personen, die op grond van het bepaalde in artikel 12, bij vermeerdering van hun inkomen boven het daarin genoemde bedrag, uit de verzekering moeten uittreden, kunnen, zoo hun inkomen nadien beneden de in art. 11 gestelde normen daalt, wederom tot de verzekering toetreden, ongeacht hun leeftijd.

Artikel 16.

De verzekering geldt niet voor vrouwen, die in een ziekeninrichting worden opgenomen ten behoeve van hare bevalling, tenzij zij zeven maanden verzekerd zijn.

Behalve de verzekeringspremie moet de verzekerde voor eene bevalling in eene ziekeninrichting aan de gemeente betalen een bedrag van twaalf gulden vijftig cent. Dit bedrag wordt geïnd door den directeur.

Artikel 17.

Voor personen, die wegens de reden van opneming in eene der in art. 2 genoemde inrichtingen, den aard hunner betrekking of uit anderen hoofde recht hebben

op betaling der kosten van verpleging door derden, wordt de verzekering eerst van kracht, zoodra dat recht ophoudt.

Artikel 18.

Bij royement van een verzekerde zal ten hoogste vier weken als onbetaalde premie aan de gemeente in rekening mogen worden gebracht.

Artikel 19.

De opneming, de verpleging en de duur van het verblijf in eene der in art. 2 genoemde inrichtingen van de verzekerden geschieden overeenkomstig de voorschriften en bepalingen, welke gelden voor hen, die geheel of gedeeltelijk voor rekening van de gemeente worden verpleegd.

Indien de verpleging geschiedt voor rekening van derden, is de verzekering onverminderd het bepaalde in art. 2, 2e alinea slechts van kracht voor den door den directeur bepaalden duur.

Artikel 20.

Alle verzekeringen gaan in op den Maandag der week. Het Fonds zendt in het begin van iedere week, uiterlijk op Woensdag aan den directeur een naamlijst der op Maandag der voorafgaande week toegetreden en geroyeerde verzekerden, vergezeld van de gezinskaarten der toegetreden verzekerden, aangevende de volledige namen, geboortedata en adressen van de verzekerden en van hunne onder de verzekering vallende gezinsleden.

Het thans bestaande model van lijsten en kaarten blijft gehandhaafd.

Artikel 21.

In gevallen, waarin deze overeenkomst niet voorziet, beslist de gemeente, gehoord het Fonds.

Evenzoo beslist de gemeente, gehoord het Fonds, bij twijfel omtrent de toepassing van een der bepalingen dezer overeenkomst.

Artikel 22.

Zij, die verzekerd zijn ingevolge de overeenkomst dd. 4 Januari 1932, worden bij het inwerking treden der nieuwe overeenkomst zonder wachttijd als verzekerden beschouwd, indien zij overigens ingevolge de bepalingen dezer overeenkomst verzekerd kunnen zijn.

Artikel 23.

Deze overeenkomst wordt aangegaan met ingang van 1 Januari 1935 en geldt tot 1 Januari 1936, met dien verstande, dat zij wordt geacht telkens met een jaar te zijn verlengd, tenzij door een der partijen tenminste drie maanden voor afloop van den geldigheidsduur is opgezegd.

HOOFDSTUK IV

GEMEENTELIJKE ZIEKENHUISVERZEKERING

Het stellen van een kunstmatige grens geeft nimmer volledige bevrediging. Die grens kan goed zijn in dien zin, dat zij in algemeenen zin voldoet en de meest praktische oplossing beteekent, men behoudt evenwel de grensgevallen.

Zoo was het ook met de verzekering in het vorige hoofdstuk behandeld. De daarvoor bepaalde welstandsgrens, die gelijk was aan die gesteld voor de toelating tot de ziekenfondsen, omvatte in het algemeen degenen, die niet in staat waren de kosten van ziekenhuisverpleging volledig te dragen. Doch al spoedig kwam in tal van gevallen het feit naar voren, dat buiten die grens, de bezwaren van de kosten van ziekenhuisverpleging niet minder gevoeld werden. En niet alleen de grensgevallen.

Toen deze zaak eenmaal in de publieke belangstelling stond, bleek het overduidelijk, welke groote financiële zorgen ziekenhuisverpleging en behandeling meebracht voor het gezin uit den kleinen middenstand, te meer nog, omdat de verhoudingen in een provincie-stad nu eenmaal meebrengen, dat men zich eerder genoopt voelt tot klasseverpleging dan in een groote stad, een omstandigheid overigens, waarop de ziekenhuizen zijn ingesteld.

Het ligt voor de hand, dat men hiervoor verwijst naar particuliere verzekeringsmaatschappijen op dit gebied, waarvan er een groot aantal bestaat.

Het is echter gebleken, dat velen daarin te-

recht of ten onrechte geen vertrouwen hebben.

Ik wil mij niet begeven in een beoordeeling van de verzekeringsvoorwaarden en hare toepassing van particuliere instellingen. Ik ken ze daarvoor te weinig en kan ze dus niet beoordeelen. Mijn bezwaar tegen deze verzekeringen bestaat hierin, dat zij winst beoogen. De kosten, waartegen men zich verzekert, zijn echter zoo hoog, mede door de oorzaken, voortkomend uit de zorg voor het algemeen belang, dat de voorziening hierin niet moet worden een op winst ingestelde zaak, maar taak kan worden van de overheid, die het algemeen belang dient.

Een tweede bezwaar is de bij vele instellingen bestaande gewoonte om verzekerden, die slechte risico's blijken te zijn, te royeeren. Van den zakelijken kant bezien is dat begrijpelijk, uit een oogpunt van sociaal belang echter volkomen onjuist. Hoe men echter tegenover particuliere verzekeringsinstellingen op dit gebied staat, doet en deed ook in 1930, toen in Haarlem deze kwestie aanhangig was, weinig ter zake. De vraag was toen, is er behoefte aan maatregelen in dit opzicht van de zijde van de gemeente. Mede op aandrang van den Gemeenteraad, besloot het Gemeentebestuur een onderzoek in te stellen naar de mogelijkheid om een verzekering in het leven te roepen voor personen met een inkomen van ten hoogste *f* 5000,— voor gehuwden en *f* 3500.— voor ongehuwden.

Daartoe werd een enquête ingesteld bij de ingezetenen met een inkomen tusschen *f* 2700.— en *f* 5000.—, omdat de personen met een inkomen beneden *f* 2700.— voor een groot gedeelte reeds verzekerd waren.

De uitkomst van deze enquête bevestigde den indruk, dat behoefte aan een verzekering inderdaad bestond en dat de instelling daarvan door de gemeente genoeg vertrouwen gaf, om toetreding van een

voldoend aantal personen te mogen verwachten.

De gemeente stelde zich daarop in verbinding met de ziekenhuizen te Haarlem en de Specialistenvereniging. De ziekenhuizen werden bereid gevonden een overeenkomst te sluiten voor klasse-verpleging (kamer met ten hoogste 3 bedden) tegen een bepaalden prijs per verpleegdag, waarin begrepen de kosten van gebruik der operatiekamer en van genees- en verbandmiddelen, behalve geneesmiddelen op recept.

Met de specialistenvereniging waren de besprekingen niet zoo eenvoudig. De specialisten-tarieven vormden een moeilijk punt, maar het was toch van belang, dat men eenige zekerheid had ten aanzien van de honoraria, die voor deze patiënten in rekening zouden worden gebracht. Bovendien kon, wegens het bestaande bindend besluit van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, met de specialisten geen formeele overeenkomst worden aangegaan met betrekking tot de tarieven. Dat is thans nog zoo. Ik vraag mij af, welk bezwaar er toch bij de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst kan bestaan, om met een lichaam als de gemeente een contract te sluiten over tarieven, terwijl er wel een contract is ten aanzien van de vergoeding van klinische hulp aan zaalpatiënten.

Ten slotte kwam een wat men zou kunnen noemen gentlemen's agreement tot stand, volgens hetwelk de specialisten het laagste 2e klasse tarief zouden in rekening brengen en de gemeente streng de hand zou houden aan de welstandsgrens van *f* 3500,— resp. *f* 5000.—.

Het voorstel aan den Gemeenteraad ontmoette veel meer bestrijding dan het voorstel over de verzekering, in Hoofdstuk III behandeld. Bij het laatste betroffen de bezwaren details als premie en verplegingsduur,

hier echter kwamen principieele bezwaren naar voren. Het voornaamste bezwaar was, dat de gemeente zich hier begaf op een terrein, dat moest worden overgelaten aan het particulier initiatief en de vrees, dat de overheidsbemoeiing zich in de toekomst op verzekeringsgebied verder zou uitbreiden. Behalve de principieele bezwaren, hadden sommigen maar een matig vertrouwen in de levensvatbaarheid van deze gemeentelijke instelling en de financieele resultaten, omdat de gemeente zich hier op een geheel nieuw en onbekend terrein begaf. Dit laatste kon niet ontkend worden. Verzekering tegen ziekte is wel bijzonder moeilijk, omdat men het risico niet kan bepalen op grond van allerlei statistische gegevens, hetgeen men bij andere soorten verzekeringen wel kan doen. De overweging echter, dat er talrijke particuliere instellingen bestonden, die winst maakten, hetgeen niet in het voornemen lag van de gemeente, en het sociale karakter van deze instelling, deed over dit bezwaar heenstappen.

Bij de behandeling stond voorop, dat de gemeente geen winst zou maken, doch ook geen gelden zou bijleggen, derhalve een zuiver bemiddelende rol zou spelen. Eventueele winst zou gereserveerd worden en zoo noodig ten gunste van de verzekering worden besteed. Bij verlies zouden de voorwaarden moeten worden herzien. Het voorstel behaalde een goede meerderheid.

Met ingang van 1 Januari 1931 werd de verzekering ingesteld. De toetreding viel, bij de verwachtingen, die de uitkomst van de enquête had gewekt, aanvankelijk tegen. Men wilde blijkbaar eens even aanzien, hoe deze verzekering zou voldoen. Bij den aanvang traden ongeveer 1500 personen toe, thans zijn er bijna 4500 verzekerden.

Dit getal is, vooral in vergelijking met de andere ver-

zekering met bijna 90.000 aangeslotenen niet groot, maar de groep, waaruit deze verzekerden komen, is klein.

De vermeerdering van het aantal togetredenen is bovendien tot stand gekomen zonder noemenswaardige reclame en propaganda.

De verzekering werkte van het begin af aan goed en tot tevredenheid van alle partijen, al waren ook hier, zooals overal waar persoonlijke belangen in het geding komen, wel eens moeilijkheden. In de 8 jaren, dat de verzekering bestaat, is er slechts één geval aan arbitrage onderworpen.

Zooals reeds gezegd, geldt de verzekering voor klasseverpleging. Dat wordt door de verzekerden algemeen gewenscht, maar is ook een groot voordeel voor de ziekenhuizen en de specialisten. Opneming voor rekening der verzekering geschiedt alleen op medische indicatie.

Bij de behandeling in den Raad is nog wel aangedrongen op verruiming, maar een verzekering, die zich moet bedruipen, kan het risico van opneming op sociale indicatie niet dragen. In de voorwaarden zijn dan ook de gevallen, waarin opneming voor de verzekering kan geschieden, eenigermate aangegeven.

In het voorstel waren oorspronkelijk interne ziekten uitgesloten, bij de behandeling in den Raad is dit zoodanig gewijzigd, dat ook opneming in gevallen, waarin de behandeling hulpmiddelen eischt, die alleen het ziekenhuis biedt, onder de verzekering vallen. Opneming voor interne ziekten bepaalt zich voornamelijk tot observatie.

De premie bedraagt voor volwassenen *f* 13.— per jaar, voor kinderen tot den leeftijd van 18 jaar, *f* 3.— per jaar. Bij een aantal kinderen van 4 en meer wordt op deze premie van af het 4e kind nog reductie gegeven.

De premie voor kinderen is gering en niet in verhouding tot de kosten. Immers het risico voor kinderen is niet zooveel geringer dan voor volwassenen. Toch meen ik, dat deze lage premie voor kinderen juist is, omdat bij een hoogere premie, de totale gezinspremie voor gezinnen met kinderen in veel gevallen een bezwaar zou vormen voor toetreding en deze instelling daardoor haar sociaal karakter zou verliezen. Dan zou bovendien het aantal verzekerden te klein worden om een instelling van eenige beteekenis te verkrijgen. Het aantal kinderen beneden 18 jaar vormt ongeveer een derde gedeelte van het aantal verzekerden. Het is gebleken, dat de kinderen, die 18 jaar worden bijna zonder uitzondering lid van de verzekering blijven.

De verzekering geldt voor een verplegingsduur van 10 weken per ziektegeval. De wachttijd bedraagt 6 weken. Dit zijn de voornaamste verzekeringsvoorwaarden.

Ook hier doet zich echter weer de vraag voor, welke zijn de resultaten.

Als sociale maatregel mag deze verzekering volkomen geslaagd genoemd worden. Immers uit het aantal verzekerden, dat nog steeds toeneemt, blijkt, dat de verzekering voorziet in een behoefte. Zij is van groot voordeel voor de categorie personen, waarvoor zij is ingesteld, omdat de premie geenszins drukkend is en het daaraan verbonden profijt groot. Dat is vooral voor deze groep, die in niet geringe mate den druk der tijden voelt, van groote beteekenis. Men denke hierbij aan de talrijken, die, afkomstig uit een beter milieu, door welke oorzaak ook, in omstandigheden zijn gekomen, die hun niet veroorloven eventueel klasseverpleging te betalen en die hiertoe door deze verzekering in staat worden gesteld.

De bedragen, die voor sommige patiënten zijn be-

taald, zijn niet gering en beloopt in enkele gevallen ongeveer *f* 1000.— Klachten over deze verzekering zijn dan ook zeer zeldzaam en zij geniet allereerste het volle vertrouwen. Dat werd beoogd en dat is bereikt.

De verzekering behoeft geen oplossing te geven in financiële moeilijkheden van de gemeente, zooals de verzekering voor de ziekenfondsleden, omdat hier voor de gemeente geen moeilijkheden bestonden. Integendeel, opzet is, dat de gemeente hiervan geen financieel voordeel of nadeel heeft. In zoverre zijn dus de financiële resultaten van deze verzekering van geen belang. Zij hebben echter wel beteekenis voor beantwoording van de vraag of de financiële basis waarop deze verzekering staat, voldoende stevig is ook voor de toekomst en zij hebben waarde voor de beoordeeling van het vraagstuk van verzekering tegen kosten van verpleging en behandeling in een ziekenhuis. De volle waarde daarvan kan echter eerst verkregen worden, wanneer de verzekering geruimen tijd bestaat. De cijfers over 7 jaar geven, hoe belangwekkend overigens, geen volkomen betrouwbaren grondslag.

Vooraf in het begin gaf de exploitatie een tamelijk groot voordelig saldo, dat als reserve jaarlijks op de rekening werd overgeschreven en dus in de gemeentekas voor de verzekering gereserveerd bleef. Toen na eenige jaren de reserve zoodanig aangroeide, dat reeds bijna het bedrag van de totale jaarpremie was bereikt, zijn de voordeelen voor de verzekerden onverplicht en niet als rechten, uitgebreid. Niet als rechten, omdat niet bekend was, welke kosten aan die uitbreiding verbonden waren en tevens niet hoe hoog de kosten volgens de verzekeringsvoorwaarden in de toekomst zouden worden.

Reeds spoedig heeft de ervaring geleerd, dat dit standpunt juist is geweest, want zowel de kosten van

verpleging en behandeling volgens de verzekeringsvoorwaarden als de kosten van de uitbreiding zijn de laatste jaren sterk gestegen, zoodat die uitbreiding voor een gedeelte is teruggenomen. De uitbreiding betrof behandeling in een ziekenhuis, waarvoor geen opneming noodig is, noodzakelijke hulp van een gediplomeerde verpleegster, wijkverpleging, opneming en behandeling van na het aangaan der verzekering geboren kinderen, die nog niet verzekerd konden zijn (b.v. couveuse-behandeling, pylorospasmus), consult van een specialist, vergoeding voor sanatoriumverpleging, vervoer per ziekenauto en uitkeering bij bevaling.

Gedurende eenigen tijd is nog vergoeding gegeven voor noodzakelijke tandheelkundige behandeling, doch dit is spoedig gestaakt, omdat contrôle hierop niet mogelijk bleek en de kosten daarvan te hoog werden.

De vergoeding voor behandeling in een ziekenhuis waarvoor geen opneming noodig is, is met ingang van 1 Jan. 1939 vervallen, omdat 1936 en 1937 een exploitatieverlies gaf en omdat de kosten van röntgenbehandeling zoodanig stegen, dat het begrip „noodzakelijk onderzoek en behandeling” verloren ging.

De specificatie van de kosten der verzekering van 1931 t/m 1937 is als volgt:

OVERZICHT VAN DE INKOMSTEN EN UITGAVEN VAN DE GEMEENTELIJKE ZIEKENHUISVERZEKERING
OVER DE JAREN 1931 T/M 1937

	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937
1. Gemiddeld aantal verzekerden	1.761	2.103	2.279	2.591	2.839	3.037	3.394
2. Aantal patiënten	34	62	55	68	81	98	106
3. Aantal verpleeg-dagen	565	1.241	928	1.312	1.539	1.788	2.394
4. Totaal uitgaven	f 10.832,03	f 15.580,64	f 14.527,78	f 22.507,07	f 25.545,02	f 28.222,24	f 35.138,65
5. Verpleegkosten	„ 3.389,—	„ 7.446,—	„ 5.565,—	„ 7.827,—	„ 9.173,40	„ 10.149,50	„ 13.494,50
6. Kosten behandel-ing	„ 2.102,80	„ 4.100,50	„ 3.523,20	„ 4.772,25	„ 5.049,60	„ 6.675,50	„ 7.745,23
7. Kosten narcose	„ 107,—	„ 225,—	„ 237,—	„ 215,—	„ 346,—	„ 520,—	„ 507,50
8. Kosten medicijnen	„ 17,02	„ 101,10	„ 31,70	„ 47,71	„ 78,51	„ 94,63	„ 129,59
9. Kosten aanv. be-palingen en onver-plichte bijdragen	—	„ 272,—	„ 1.436,52	„ 5.454,01	„ 7.161,76	„ 6.461,35	„ 8.766,46
10. Kosten medisch toezicht	„ 1.500,—	„ 1.500,—	„ 1.500,—	„ 1.500,—	„ 1.500,—	„ 1.500,—	„ 1.500,—
11. Kosten admini-stratie	„ 1.500,—	„ 1.500,—	„ 1.500,—	„ 1.500,—	„ 1.500,—	„ 1.500,—	„ 1.500,—
12. Kosten incasso-premie	„ 310,31	„ 249,10	„ 286,22	„ 348,33	„ 450,24	„ 553,89	„ 710,57
13. Kosten aanschaf-fing materiaal, re-claima, acquisitie, drukwerk, onder-zoeken, enz.	„ 1.916,21	„ 186,94	„ 448,14	„ 842,27	„ 285,51	„ 767,37	„ 784,80
14. Ontvangen premie,	„ 16.928,60	„ 20.206,55	„ 21.954,73	„ 25.118,03	„ 27.624,39	„ 29.914,63	„ 33.604,99

Berekend over 7 jaar bedroeg het gemiddeld aantal patiënten per 1000 verzekerden en per jaar 28. Het was voor den aanvang der verzekering geraamd op 27. Het gemiddeld aantal verpleegdagen per patiënt, berekend over 7 jaar, bedroeg 20. De kosten der verpleging per 1000 verzekerden en per jaar waren *f* 3168.—. Aan de ziekenhuizen wordt *f* 6,— per dag betaald, waarin begrepen zijn de kosten van eventueel gebruik van operatiekamer en genees- en verbandmiddelen, echter geen Röntgen- of radiumbehandeling. Deze wijze van betaling voorkomt bijrekeningen en is administratief veel eenvoudiger. Voor verpleging langer dan 30 dagen wordt inplaats van *f* 6,—, *f* 5,— per verpleegdag in rekening gebracht.

De kosten van behandeling (waaronder begrepen Röntgenfoto's en Röntgenbehandeling tijdens verpleging) waren per 1000 verzekerden en per jaar *f* 1886.—. Per patiënt bedroegen die kosten gemiddeld ongeveer *f* 75,—.

Voor toetreding tot deze verzekering is, zooals hiervoor vermeld een welstandsgrens gesteld. Er is echter geen minimum-grens. Om bepaalde redenen is een onderzoek ingesteld naar het inkomen van de patiënten.

Dit onderzoek liep over 192 patiënten en gaf de volgende uitkomst:

Inkomen	Aantal patiënten
tot <i>f</i> 1000.—	11
van <i>f</i> 1001—, 1500.—	12
„ „ 1501—, 2000.—	12
„ „ 2001—, 2500.—	21
„ „ 2501—, 3000.—	34
„ „ 3001—, 3500.—	24
„ „ 3501—, 4000.—	30
„ „ 4001—, 4500.—	27
„ „ 4501—, 5000.—	21

Het staat wel vast, dat een groot aantal van deze patiënten, waren zij niet verzekerd, niet voor eigen rekening, althans in een lagere klasse zou zijn verpleegd, in welk geval het ziekenhuis een lageren verpleegprijs en de specialist geen of een veel lager honorarium had kunnen berekenen. Daaruit mag dan ook de gevolgtrekking worden gemaakt, dat, vooral nu zooveel personen, die vroeger van zekeren welstand waren, financieel sterk achteruit zijn gegaan, deze verzekering ook voor de ziekenhuizen en de specialisten niet zonder beteekenis is.

Het is niet bekend, hoe het financieel risico van deze verzekering in de toekomst zal worden. Bij den aanvang der verzekering verkeerden de verzekerden voor zoover bekend in goede lichamelijke conditie. Langzamerhand geraakt een gedeelte met kwalen behept en vermeerdert het risico, totdat het na verloop van tijd door afvoer van verzekerden eenerzijds en toetreding anderzijds, min of meer constant blijft, behoudens toevallige schommelingen. Bij toetreding worden de verzekerden, voorzoover hun opgaven op het aangifteformulier daartoe aanleiding geven, gekeurd.

Personen boven den leeftijd van 50 jaar worden altijd gekeurd.

Ik beschik niet over gegevens om te beoordeelen, wanneer dat zal zijn en hoeveel het risico nog zal stijgen, maar de resultaten over 7 jaar maken het toch wel zeer waarschijnlijk, dat, met de speling, die bestaat in de thans gegeven onverplichte vergoedingen, ook wanneer de top van het risico is bereikt, de opzet volgens de bestaande polisvoorwaarden kan gehandhaafd blijven.

Ik beschouw deze verzekering dan ook als een nuttige en rationeele aanvulling van de verzekering voor de ziekenfondsleden.

POLISVOORWAARDEN

van De Gemeentelijke Verzekering tegen de kosten van verpleging en behandeling in een Ziekenhuis.

1. Tot de verzekering kunnen toetreden ingezetenen van Haarlem en de aan Haarlem grenzende gemeenten of gedeelten van gemeenten, zooals door Burgemeester en Wethouders zal worden bepaald, wier inkomen voor wat betreft ongehuwden *f* 3.500,— en voor wat betreft gehuwden — na aftrek van *f* 150,— per kind beneden den leeftijd van 18 jaar — *f* 5.000,— niet te boven gaat, met uitzondering van de kinderen beneden den leeftijd van 18 jaar, wier ouders zelf niet verzekerd zijn of op grond van hun inkomen zelf niet verzekerd kunnen zijn.

2. Voor de toetreding worden de inkomens van ongehuwde kostwinners aangemerkt als inkomens van gehuwden. (Zie toelichting onder B).

3. De verzekering zal voorzien in de gevallen:

a. waarin opneming in een ziekenhuis noodzakelijk is voor het ondergaan van een operatie, onverschillig van welken aard;

b. waarin opneming uit medisch oogpunt noodzakelijk is;

c. waarin opneming noodzakelijk is wegens bepaalde besmettelijke ziekten.

A. Behandeling door tandartsen valt buiten de verzekering;

ten opzichte van zwangerschap en bevalling geschiedt opneming voor rekening der verzekering uitsluitend voor die gevallen, waarvoor naar het oordeel

van den directeur van den gemeentelijken geneeskundigen- en gezondheidsdienst, deze uit therapeutisch oogpunt noodzakelijk wordt geacht;

röntgenfoto's kunnen slechts genomen worden na toestemming van den directeur van den gemeentelijken geneeskundigen- en gezondheidsdienst, tenzij bij spoedgevallen.

B. Uitgegaan wordt van het feit, dat behandeling uit medisch oogpunt van interne ziekten slechts hoogst zelden opneming in een ziekenhuis vereischt. Interne ziekten kunnen bijna steeds thuis behandeld worden, indien de sociale omstandigheden voldoende zijn en hierbij dient opgemerkt, dat sociale omstandigheden geen rol spelen bij de beoordeeling of opneming uit medisch oogpunt noodzakelijk is. Hieruit volgt, dat ziekten als longontsteking, tuberculose, apoplexie (beroerten), hart- en nierziekten enz. als regel niet voor rekening der verzekering kunnen worden opgenomen. Wel valt er onder een toestand als coma diabeticum (bewusteloosheid bij suikerziekte), omdat de behandeling hiervan hulpmiddelen vereischt, welke slechts het ziekenhuis ter beschikking heeft.

Wel vallen onder de verzekering die gevallen, waarbij opneming noodzakelijk is voor een geneeskundig onderzoek en dit onderzoek hulpmiddelen vereischt, welke alleen het ziekenhuis biedt.

Verpleging van geesteszieken alsmede behandeling in een polikliniek vallen niet onder de verzekering.

C. Opneming voor rekening van de verzekering is toegestaan in geval van diphtherie, febris typhoidea, meningitis cerebrospinalis epidemica (nekkrimp), poliomyelitis anterior acuta (kinderverlamming), lyssa (hondsdolheid), en in de gevallen vermeld onder groep A. der Besmettelijke Ziektenwet als cholera, pokken, enz.; bij roodvonk, indien naar het oordeel van den

directeur van den gemeentelijken geneeskundigen- en gezondheidsdienst barakverpleging noodzakelijk is.

4. Voor de opneming is toestemming van of namens den directeur van den gemeentelijken geneeskundigen- en gezondheidsdienst noodzakelijk, behoudens in spoedgevallen.

In spoedgevallen moet de goedkeuring binnen 24 uur na de opneming worden aangevraagd.

5. Bij verschil van opvatting ten aanzien van de noodzakelijkheid van opneming tusschen den behandelenden geneesheer en den directeur van den gemeentelijken geneeskundigen- en gezondheidsdienst wordt over de opneming, voor rekening der verzekering, beslist door arbitrage.

De arbiter wordt voor elk geval aangewezen door het bestuur van de Haarlemsche Specialistenvereniging.

De verzekerde, die arbitrage wenscht, is een bedrag van f 10,— verschuldigd, dat te voren moet worden betaald aan den directeur van den gemeentelijken geneeskundigen- en gezondheidsdienst.

Indien de arbitrale uitspraak ten gunste van den verzekerde luidt, wordt het gestorte bedrag aan hem terugbetaald. Indien de arbitrale uitspraak niet ten gunste van den verzekerde luidt, wordt hem terugbetaald, zooveel als het gestorte bedrag de helft der aan de arbitrage verbonden kosten overtreft.

6. De verzekering geldt voor de 2e klasse der ziekenhuizen in Haarlem. Onder 2e klasse wordt verstaan verpleging in een kamer, bestemd voor ten hoogste drie patiënten, zooals overeengekomen met de directies van de ziekenhuizen.

7. De verzekering geldt voor verpleging van ten hoogste 10 weken voor elk ziektegeval.

8. De kosten van verpleging, behandeling en medi-

cijnen in de ziekenhuizen worden ten volle vergoed.

Behandeling door meer dan één specialist of door huisarts naast specialist, wordt slechts vergoed, indien de aard der behandeling zulks vereischt en daarvoor te voren goedkeuring is verkregen van den directeur van den gemeentelijken geneeskundigen- en gezondheidsdienst.

Geen vergoeding wordt gegeven voor verpleging en behandeling in een ziekenhuis wegens ziekten, die zich voordoen tijdens verblijf in het ziekenhuis, welke op zichzelf opneming in een ziekenhuis niet vereischen.

9. In de keuze van ziekenhuis en geneesheer wordt de verzekerde vrijgelaten.

10. Indien verpleging en behandeling geschiedt in een ziekenhuis in een andere gemeente of door een in een andere gemeente gevestigden geneesheer, worden de kosten, zoo deze meer mochten bedragen, alleen vergoed tot een bedrag, als de gemeente verschuldigd zou zijn, indien de verpleging en behandeling had plaats gevonden in een ziekenhuis en door een geneesheer, gevestigd in deze gemeente.

11. De premie bedraagt voor volwassenen *f* 0,25 per week en voor kinderen beneden den leeftijd van 18 jaar *f* 0,25 per maand.

Wanneer in een gezin, dat verzekerd is, meer dan 3 kinderen beneden den leeftijd van 18 jaar zijn, bedraagt de premie voor het vierde kind *f* 0,20, voor het vijfde *f* 0,15 en voor het zesde en volgende *f* 0,10 per maand.

12. Het recht op betaling van kosten van verpleging en behandeling door de verzekering gaat in 6 weken, nadat de verzekering is aangegaan.

13. Voor toetreding tot de verzekering bestaat geen leeftijdsgrens.

14. De verzekering eindigt:

a. wanneer de verzekerde zich metterwoon buiten een der in 1e bedoelde gemeenten of gedeelten der gemeenten vestigt;

b. door opzegging, welke tenminste één maand te voren per aangeteekenden brief moet geschieden.

c. door opzegging door de gemeente, wanneer het inkomen boven de in sub 1 gestelde grens is gestegen, of om andere redenen.

De opzegging door de gemeente geschiedt eveneens een maand te voren per aangeteekenden brief.

15. De verzekerde heeft geen recht op eenige vergoeding wegens verpleging of behandeling krachtens deze verzekering, indien hij op den eersten der maand, waarin de aanvraag voor opneming of behandeling geschiedt of waarin de verpleging of behandeling aanvangt, meer dan drie maanden premie verschuldigd is.

16. De toelating wordt afhankelijk gesteld van een geneeskundig onderzoek, zoo de door belanghebbende gegeven inlichtingen daartoe aanleiding geven. Indien blijkt, dat de toelating is geschied op grond van onjuiste inlichtingen van den belanghebbende, vervalt het recht op betaling der kosten door de verzekering.

17. Bij de toelating kan van de verzekering worden uitgezonderd de vergoeding van de kosten van verpleging en behandeling van bepaalde, op het tijdstip van toelating, bij den verzekerde bestaande ziekten en afwijkingen.

18. De premie moet maandelijks en bij vooruitbetaling worden voldaan aan den gemeentelijken Incassodienst, welke daartoe, tenzij betaling regelmatig plaats heeft per giro, of de verzekerde ook voor andere betalingen is aangesloten bij den gemeentelijken stortings- en ophaaldienst, een kwitantie aanbiedt, waarvan de kosten *f* 0,10 bedragen.

Voor de eerste maal wordt de premie geïnd bij de

aanbieding van het bewijs van verzekering, waarvoor f 0,50 wegens zegelkosten is verschuldigd.

19. Het hoofd van het gezin is verplicht terstond aan Burgemeester en Wethouders mededeeling te doen van alle wijzigingen, die zich in zijn gezin voordoen, zooals vermeerdering van het gezin door geboorte, verandering van woonplaats in de gemeente, huwelijk, overlijden van een der verzekerden, vertrek van het gezin of een der leden uit de gemeente enz. en daarbij zoo noodig het bewijs van verzekering ter wijziging aan Burgemeester en Wethouders in te zenden.

20. De verzekering geldt niet voor kinderen, na het aangaan der verzekering geboren, dan nadat hiervan aantekening is geschied op het bewijs van verzekering.

21. Voor de tot het gezin behorende kinderen, die verzekerd zijn, wordt met ingang van de 1ste maand, volgende op die waarin zij den leeftijd van 18 jaar bereiken hebben, de premie voor volwassenen berekend.

Van het bereiken van den 18-jarigen leeftijd moet terstond worden kennis gegeven aan Burgemeester en Wethouders.

22. Ingeval een verzekerde in een ziekenhuis moet worden opgenomen, moet daarvan bericht worden gezonden aan den directeur van den gemeentelijken geneeskundigen- en gezondheidsdienst. Daartoe moet gebruik worden gemaakt van het van gemeentewege verstrekte formulier, waarop de naam van den patiënt voorkomt. In geval van spoedopneming, zonder voorafgaande goedkeuring van dien directeur, moet dat bericht binnen 24 uur na de opneming worden ingezonden.

GEVOLGTREKKINGEN

1. De verpleging en behandeling in een ziekenhuis dienen, naast het bijzondere belang van de patiënten, door haar omvang en de vormen, waarin zij gegeven worden, in belangrijke mate het belang van de volksgezondheid.
2. Het is daarom niet juist, dat de hulp, die van overheidswege moet worden verleend aan hen, die de kosten van verpleging en behandeling niet geheel kunnen betalen, nog steeds als armenzorg wordt beschouwd.
3. De ontwikkeling van de medische wetenschap en van de sociale verzorging, heeft in de laatste jaren geleid tot groote vermeerdering van de ziekenhuisverpleging, terwijl daarnevens de algemeene daling van de inkomens het aantal van hen, die deze verpleging niet geheel kunnen betalen aanmerkelijk heeft doen toenemen.
4. Het treffen van maatregelen om de daaraan verbonden kosten op te brengen, opdat niet te eeniger tijd om financiële redenen de geneeskundige hulp moet worden beperkt, is in het belang van de volksgezondheid.
5. De mentaliteit van de bevolking en haar behoeften verschillen plaatselijk, op het platteland en in de steden, zoodanig, dat een algemeen geldende regeling ter voorziening daarin niet wenschelijk is.

6. Voor grootere gemeenten verdient een verzekering, waarbij de gemeente het risico van de verpleging geheel op zich neemt, met inschakeling van de ziekenfondsen, de voorkeur.
7. Op grond van de 1e conclusie mag worden gesteld, dat de gemeente, die in dit verband het algemeen belang van de volksgezondheid heeft te behartigen, het aangewezen lichaam is, om deze regeling te treffen voor personen beneden een zekeren welstand en dat verpleging en behandeling in een ziekenhuis geen voorwerp moet zijn van verzekering op commerciëelen grondslag.
8. Verzekering door de gemeente voor verpleging en behandeling in een ziekenhuis van personen, behoorende tot den z.g. kleinen middenstand, is daarom uit sociaal oogpunt te verdedigen en toe te juichen.

CONCLUSIONS

1. Par leur étendue et les formes qu'ils ont prises les soins médicaux et le traitement à l'hôpital servent non seulement les intérêts personnels des malades, mais aussi dans une large mesure la salubrité publique.
2. C'est pourquoi il faut regretter que les secours que les autorités doivent prêter à ceux qui ne peuvent payer entièrement les frais des soins médicaux et du traitement soient toujours donnés à titre d'assistance publique.
3. Le développement de la science médicale et des mesures sociales, tend à augmenter considérablement le nombre des malades, tandis que d'un autre côté la baisse générale des revenus a fait accroître le nombre de ceux qui ne peuvent payer entièrement ce traitement.
4. Dans l'intérêt de la salubrité publique il faut prendre des mesures pour subvenir aux frais qui y sont attachés, afin d'empêcher qu'un jour ou l'autre les secours médicaux ne doivent être restreints.
5. La mentalité et les besoins de la population locale est si différente, spécialement à la campagne et dans les villes, qu'un règlement général ne pourrait y suffire.

6. Pour les grandes communes il faudrait donner la préférence à une assurance, par laquelle la commune, en incorporant les caisses d'assistance, prendrait tous les risques d'un traitement.
7. En vertu de la première conclusion on peut soutenir que la commune, à qui incombe sous ce rapport l'intérêt de la salubrité publique, est le corps indiqué pour prendre les mesures en question pour les malades sans ressources et que les soins médicaux et le traitement à l'hôpital ne doivent pas être l'objet d'une assurance à base commerciale.
8. C'est pourquoi, au point de vue social, il est recommandable qu'en ce qui concerne les personnes appartenant à la petite bourgeoisie la commune se charge de l'assurance pour les soins médicaux et le traitement à l'hôpital.

SCHLUSZFOLGERUNGEN

1. Durch Umfang und Ausgestaltung der Verpflegung und Behandlung in einem Krankenhaus ist diese sowohl dem besondern Interesse der Patienten, wie dem Interesse der Volksgesundheit in hohem Masse förderlich.
2. Es ist deshalb nicht richtig, dasz die Hilfe, die seitens der Behörden denjenigen gewährt werden musz, die die Kosten der Verpflegung und Behandlung nicht ganz bezahlen können, noch immer als Armenunterstützung betrachtet wird.
3. Die Entwicklung der medischen Wissenschaft und der sozialen Fürsorge im allgemeinen hat in den letzten Jahren eine bedeutende Ausdehnung der Krankenhauspflege herbeigeführt, während gleichzeitig der allgemeine Rückgang der Einkommen die Anzahl derjenigen, die diese Verpflegung nicht ganz bezahlen können, wesentlich hat zunehmen lassen.
4. Es liegt im Interesse der Volksgesundheit, dasz Masznahmen zur Bestreitung der damit verbundenen Kosten getroffen werden, damit die ärztliche Hilfe nicht zu irgend einer Zeit eingeschränkt werden musz.
5. Die Mentalität der Bevölkerungsgruppe und die Bedürfnisse derselben sind örtlich, ganz besonders

auf dem Lande und in den Städten, derart verschieden, dasz eine allgemein gültige Regelung dieser Materie nicht wünschenswert ist.

6. Für grözere Gemeinden ist eine Versicherung, wobei die Gemeinde, indem sie die Krankenkassen einschaltet, das Versicherungsrisiko ganz übernimmt, zu bevorzugen.
7. Auf Grund der 1 These darf die Behauptung aufgestellt werden, dasz die Gemeinde, die in diesem Zusammenhang das allgemeine Interesse der Volksgesundheit wahrzunehmen hat, die geeignetste Körperschaft ist zur Herbeiführung einer solchen Regelung für Personen, deren Jahreseinkommen eine gewisse Grenze nicht übersteigt und dasz die Pflege und die Behandlung in einem Krankenhaus nicht Objekt einer Privatversicherung auf geschäftlicher Grundlage sein musz.
8. Versicherung seitens der Gemeinde für die Verpflegung und Behandlung von Angehörigen des sogen. einfachern Mittelstandes ist deshalb von sozialem Standpunkt zu verteidigen und zu begrützen.

CONCLUSIONS

1. Besides serving the private interests of the patients nursing and medical treatment in a hospital, on account of their extent and the forms in which they are provided, in a large measure contribute to the furtherance of public health.
2. Therefore it is not right that the assistance which the public authorities have to render to those who are unable to bear the entire cost of nursing and treatment is still considered as poor relief.
3. The development of medical science and of social care has of late years led to a considerable growth of hospital nursing, while besides the general fall in incomes has greatly increased the number of those who cannot bear the entire cost of such nursing.
4. It is to the interest of public health that measures should be taken to cover the expenses thus required, lest some time medical assistance should have to be limited for financial reasons.
5. The mentality of the population and the requirements show such local differences, notably in the country and in towns, as to make a general regulation relating to this matter undesirable.
6. For larger municipalities an insurance is to be preferred by which the municipality fully under-

takes to bear all nursing expenses, including the sick-funds in its scheme.

7. On the strength of the first conclusion the position may be advanced that the municipality, which in this connection has to supervise the general interest of public health, is the obvious body to make this regulation for those persons whose annual income remains below a certain level and that nursing and treatment in the hospital must not be the objects of insurance on a commercial basis.
8. Insurance by the municipality against nursing and medical treatment in a hospital of small, middle-class persons is therefore justified and should be encouraged.

INHOUD

	blz.
INLEIDING	9
HOOFDSTUK I	
DE VERMEERDERING VAN ZIEKENHUISOPNEMING EN DE GEVOLGEN VOOR DE GEMEENTE	13
HOOFDSTUK II	
MAATREGELEN TER BEPERKING VAN DE KOSTEN VOOR DE GEMEENTE	26
HOOFDSTUK III	
HET HAARLEMSCHE SYSTEEM	37
HOOFDSTUK IV	
GEMEENTELIJKE ZIEKENHUISVERZEKERING	69
POLISVOORWAARDEN	80
GEVOLGTREKKINGEN	86
CONCLUSIONS	88
SCHLUSZFOLGERUNGEN	90
CONCLUSIONS	92

STELLINGEN

I

Van Staatswege worde onderzocht of, en zoo ja hoe, het mogelijk is tuberkelbacillen in melk door snelle pasteurisatie te dooden. Indien dit mogelijk is, worde de pasteurisatie van consumptiemelk verplicht gesteld. Het toezicht op de pasteurisatie behoort aan de overheid te worden opgedragen.

(Dr. TH. BAUMANN, *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 1939, No. 11, bldz. 233).

II

In bepaalde gevallen van angina pectoris overwege men ernstig het doen verrichten van de totale exstirpatie van het ganglion stellatum.

(R. LERICHE, *La Chirurgie de la Douleur*).

III

De vroegtijdige loslating van de normaal gelegen placenta dient conservatief behandeld te worden.

IV

Voor de behandeling van agranulocytose, verdient transfusie met bloed van een donor, waarbij vooraf kunstmatig een leucocytose is verwekt, aanbeveling.

(F. LAINER, *Klinische Wochenschrift*, 1937, No. 41, blz. 1435).

CONFIDENTIAL

The following information is being furnished to you for your information only. It is not to be disseminated outside your organization. This information is being furnished to you in confidence and is not to be disseminated outside your organization.

The information contained herein is for your information only and is not to be disseminated outside your organization. It is being furnished to you in confidence and is not to be disseminated outside your organization.

The information contained herein is for your information only and is not to be disseminated outside your organization. It is being furnished to you in confidence and is not to be disseminated outside your organization.

The information contained herein is for your information only and is not to be disseminated outside your organization. It is being furnished to you in confidence and is not to be disseminated outside your organization.

The information contained herein is for your information only and is not to be disseminated outside your organization. It is being furnished to you in confidence and is not to be disseminated outside your organization.

The information contained herein is for your information only and is not to be disseminated outside your organization. It is being furnished to you in confidence and is not to be disseminated outside your organization.

V

Het verdient aanbeveling om het recept van unguentum ad scabiem der Nederlandsche Pharmacopee, 5e uitgave, te herzien.

(Dr. P. J. v. PUTTE, *N.T.D.G.*, 1936, No. 35, bldz. 3935).

VI

Bij het stellen der indicatie van de radicale operatie is het labyrinthaire onderzoek onontbeerlijk.

VII

De Voor- en Nazorg van geesteszieken dienen bijvoorbeeld door samenwerking van verschillende gemeenten, over het geheele land afdoende te worden geregeld.

VIII

Uniformiteit in de eischen bij keuring van gemeentepersoneel is wenschelijk.

IX

Richtlijnen voor het nemen van maatregelen ten opzichte van de Luchtbeschermings Geneeskundige Diensten, dienen van Regeeringswege te worden aangegeven.

X

De samenstelling van het voedsel voor gedetineerden in gevangenissen, uitsluitend naar de waarde van het gehalte aan calorieën, dient te worden gewijzigd, omdat ook rekening moet worden gehouden met het vitaminegehalte.

