



MEDISCHE ZORG
ROND 1900

NIETS NIEUWS ONDER DE ZON

Niets nieuws onder de zon

De Nederlandse samenleving staat voor een aantal ingrijpende beslissingen over de gezondheidszorg. Terwijl er nog veel onduidelijkheid bestaat over de toekomstige financiering van de zorg, het declaratiesysteem en de positie van de medisch specialist, nemen politici van links tot rechts standpunten in die op de lange termijn grote gevolgen hebben. Bij het vormen van een gefundeerde mening is kennis van het verleden altijd een goed begin. Het onderstaande artikel geeft een interessant beeld van de manier waarop verzekeraars, artsen en overheid rond 1900 met elkaar omgingen. Ze behartigden hun eigen belangen, maar hielden ook de ontwikkeling van de medische wetenschap en de continuïteit van de gezondheidszorg goed in het oog.

Uit de cocktail van belangen en doelstellingen die ook toen al de discussie beheerste, kwam ruim honderd jaar geleden een principe voort dat tot op de dag van vandaag een belangrijke pijler vormt onder onze gezondheidszorg: de vrije artsenkeuze. Bij de ontwikkelingen die vandaag de dag op ons af komen, is dat principe opnieuw in het geding. Om tot een weloverwogen standpunt te komen, is er dus alle reden om eerst eens achterom te kijken.

Het artikel is een publicatie van het Kenniscentrum Historie Zorgverzekeraars.

Jos Sluijs,

Directeur Ceifer Accountants en Belastingadviseurs

1.1 Verzekering, medische zorg en belangenbehartiging in Nederland, 1850-1908

De zorgverzekering stond in 1900 aan het begin van haar ontwikkeling. De overheid had zich tot 1900 volgens de geldende liberale tradities van bemoeienis met de verzekering van de gezondheidszorg onthouden. Hoe zag dit bestel er uit en hoe behartigden de betrokken partijen hun belangen?

Medische zorg in 1900

De Nederlander kon rond 1900 een beroep doen op een zich snel ontwikkelende medische zorg. Aan de basis stond de huisarts, toen nog *algemeen* arts genoemd. Hij verleende de meeste diensten door het aanhoren van zijn patiënten en het stellen van diagnoses, met huisbezoeken, het uitschrijven van recepten en het verrichten van kleine heelkundige handelingen. Hij trad op als *raadgever, opvoeder, de vriend van het gezin*, een ideaalbeeld dat wel alleen van toepassing was op de huisarts van gegoede particulier betalende patiënten.¹

De algemeen arts verwees voor ingewikkelder zorg door naar de specialist die klinisch in ziekenhuizen, of poliklinisch in de eigen praktijk zorg verleende. Het specialisme maakte een stormachtige ontwikkeling door.² De technische, epidemiologische en etiologische ontwikkeling van de medische wetenschap ging zo snel dat een algemeen arts lang niet meer alle zorg kon verlenen. Jonge artsen kozen daarom een specialisme, waarin zij zich verder bekwaamden.

Het afdwingen van maatschappelijke en wetenschappelijk erkenning van het specialisme was echter moeizaam. Deze artsen probeerden hun praktijk op te bouwen door het bieden van gratis poliklinische zorg aan armen en minvermogenden. De kleine groep particuliere patiënten werd thuis bezocht. Tot 1920 was de extramurale, niet aan een ziekenhuis verbonden polikliniek voor de specialist de belangrijkste lokatie, pas daarna werd het ziekenhuis de plaats voor het specialistisch werkterrein.³ De belangrijkste eerste specialismen waren oogheelkunde, keel-, neus- en oorheelkunde, gynaecologie, kinderziekten, dermatologie, interne heelkunde en de aloude chirurgie.

Huisartsen en specialismen bleken al snel niet alleen concurrenten van elkaar, maar zij kregen ook concurrentie van andere medische beroepsbeoefenaren door de ontwikkeling van tandheelkundige zorg en paramedische beroepen als heilgymnastiek en verbeterde verloskundige zorg.

Rond 1890 was er een artsenoverschot. Het aantal medisch studenten groeide en er was gebrek aan goede praktijken in de steden. Op het platteland bestond een artsengebrek, maar daar waren de praktijken minder geliefd vanwege de grote afstanden en de lagere inkomsten. Dit artsenoverschot had financiële en kwalitatieve gevolgen. Gemeentes en ziekenfondsen, de belangrijkste financiers van de artsenzorg, konden de medici, vooral met een beginnende praktijk, tegen elkaar uitspelen en de honoraria verlagen.

De doktoren moesten dit wel accepteren. Collectief optreden kwam nog niet in hun woordenboek voor. De Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, hun landelijke beroepsorganisatie, had zich nog niet ingesteld op de verdediging van de materiële artsenbelangen. Haar afdelingen hadden op lokaal niveau meer het karakter van gezelligheidsclubjes en wijdden zich liever aan wetenschappelijke causerieën.

De markt van de zorgverzekering rond 1900

De verzekering van de gezondheidszorg werd in Nederland al sinds het einde van de achttiende eeuw grotendeels uitgevoerd door ziekenfondsen.⁴ De ziektekostenverzekering, uitgevoerd door schadeverzekeraars, bestond nog niet door gebrek aan markt. De scheiding in de samenleving tussen de gegoede bovenlaag en de rest van de bevolking was groot. De middenklasse, de belangrijkste doelgroep voor de ziektekostenverzekering, werd pas na 1890 langzaam groter. De doelgroep van de ziekenfondsverzekering werd daarom gevormd door de minvermogenden: de mensen wiens inkomen te laag was om de particuliere tarieven van de artsen te betalen, maar die teveel verdienden om een beroep konden doen op de gemeentelijke armenzorg. Dit werd aangegeven door de *welstandsgrenzen* of loonnormen, die plaatselijk werden vastgesteld aan de hand van de tarieven voor de inkomstenbelasting.

De ziekenfondsen bestonden uit filantropische instellingen, bedrijfsfondsen, op commerciële leest geschoeide ziekenfondsen, confessionele instellingen en door artsen en apothekers beheerde fondsen, de doktersfondsen en medewerkersfondsen. Deze fondsen hadden ieder een eigen bestuursvorm: directeurs bij de commerciële fondsen, door de leden gekozen verzekerden bij de onderlinges en artsen en apothekers bij de medewerkersfondsen. Het was een wirwar van premies, uitkeringen, juridische constructies en plaatselijke belangen. De premies waren niet gebaseerd op actuariële principes. Ze werden vastgesteld aan de hand van ervaring en de positie van de kas.⁵

Deze instellingen voorzagen hun verzekerden in het algemeen van genees-, heelkundige, verloskundige en soms van poliklinische specialistisch hulp, geneesmiddelen, verloskundige hulp en beperkte tandheelkundige

hulp in de vorm van trekken van tanden en kiezen. Dit laatste meestal door de huisarts. Velen hadden ook uitkeringen als zieken- en begrafenisgeld in hun pakket. De definitie van een ziekenfonds luidde in 1900 dan ook een *instelling, welke aan hare leden tegen periodiek te betalen, vaste geldelijke bijdragen, geneeskundige behandeling met of zonder verstrekking van geneesmiddelen verschaffen*.⁶

606 van deze ziekenfondsen voorzagen in 1902 946.500 Nederlanders van een verzekering, 17,7% van de totale bevolking.⁷ De fondsen waren voornamelijk geconcentreerd in de steden in West- en Midden-Nederland. Op het platteland was de verzekeringsgraad laag. Daar konden de mensen maar in beperkte mate een beroep doen op kleine onderlinge verenigingen en op de collectieve arrangementen, aangeboden door de plaatselijke dorpsdokters, de zogenoemde doktersfondsjes.⁸ Deze gebrekkigheid van de verzekering van de gezondheidszorg in de niet-stedelijke gebieden vormde een groot probleem.⁹

Dit ziekenfondsbestel werd fel bekritiseerd. Noch de artsen, noch de vakbonden en de overheid hadden er goede woorden voor over. Opmerkelijk genoeg werd daarbij niet zozeer het beperkte verstrekkingenpakket of de hoogte van de premies onder vuur genomen, maar de bestuurlijke inrichting van de fondsen, hun financiële reilen en zeilen, het handelen van de ziekenfondsbodes en de arbeidsvoorwaarden van de gecontracteerde artsen en apothekers. Deze kritiek was begrijpelijk. Toch had het bestaande bestel ook zijn goede kanten. Het was de enige mogelijkheid voor een deel van de bevolking om door collectieve arrangementen te voorzien in de verzekering van de gezondheidszorg en bleek door het gebruik in die behoefte te voorzien, al kon het beter.

De feilen van de commerciële ziekenfondsverzekering

De artsen en de vakbonden hadden de grootste hekel aan de commerciële zieken- of exploitatiefondsen waar een kleine directie de premies, de verstrekkingen en de honoraria vaststelde. Sommige exploitatiefondsen hadden een bijna landelijk dekkend werkgebied, zoals het Rotterdamsch Ziekenfonds¹⁰ of het Nederlandsch Algemeen Ziekenfonds, het NAZ.

De meeste fondsen waren werkzaam in de grote steden in Zuid- en Noord-Holland en Utrecht. In Amsterdam bestonden op 1 januari 1898 veertien ziekenfondsen, waarvan er tien door een *financieel belanghebbend bestuur* beheerd werden.¹¹ Zij verzekerden 99.643 zielen, 19,14% van de 520.602 inwoners. De Nederlanden, het Rotterdamsch Ziekenfonds, het NAZ en de Verzekeringsbank 'Victoria' waren de grootste, commercieel werkende verzekeraars.

In Rotterdam waren dertien exploitatiefondsen actief. De Ziekensociëteit onder de zinspreuk "Eendracht maakt macht" was de grootste commerciële ziekenfondsverzekeraar met 20.150 leden in september 1901. In 1900 fuseerden De Zieken-Administratie tot het verleenen van Geneeskundige Hulp "Rotterdam" en de Ziekensociëteit onder de zinspreuk "Tot Nut van 't Algemeen" tot een nieuwe grote commerciële verzekeraar met ±16.000 verzekerden.¹² Een goede derde was het Rotterdamsch Ziekenfonds met 13.000 leden. In Rotterdam bleken deze instellingen dochterondernemingen van leven-, begrafenis- en schadeverzekeringsmaatschappijen. Zij besloten in 1900 tot samenwerking om een aanvullende verzekering voor poliklinische specialistische hulp te bieden.¹³ ±49.150 mensen waren bij deze fondsen verzekerd, 14% van de 348.474 Rotterdammers. Deze grote ziekenfondsen domineerden de markt die in deze en andere steden ook nog werd bediend door vele andere kleinere en kleine fondsjes, vaak in handen van één of twee directeuren, met meestal een paar honderd verzekerden. Zij voorzagen rond 1900 de minvermogende groepen in de behoefte aan de verzekering van de belangrijkste medische zorg, de huisartsenzorg, de verstrekking van genees-, verband- en kunst- en hulpmiddelen en in ziekengeld. Zwaardere zorg, zoals specialistische hulp, ziekenhuis- en sanatoriumverpleging stond nog in de kinderschoenen, werd niet gebruikt of werd betaald uit de pot van de geneeskundige armenzorg.¹⁴

Ondanks hun populariteit werden deze fondsen door de artsen, de vakbonden en filantropische organisaties fel bekritiseerd. De exploitatiefondsen hadden als commerciële instellingen hun beperkingen. Van een degelijke actuariële bedrijfsvoering was geen sprake. De meeste van hen waren kleine instellingen, zonder financiële reserves, waar de directeuren eigenaars én bestuurders waren. De beheerskosten van deze fondsen waren hoog. Bij de afdeling Amsterdam van het Rotterdamsch Ziekenfonds werd in 1898 21% van de premie-inkomsten voor de bedrijfsvoering gereserveerd, terwijl dit bij de niet-commerciële fondsen gemiddeld 10% was.¹⁵ De vakbonden en de filantropische organisaties hadden als grootste grief dat de verzekerden geen invloed hadden op de inrichting van de fondsen en de samenstelling van de verstrekkingenpakketten. De artsen hadden het meeste commentaar op de exploitatiefondsen. Zij klaagden vooral over de te lage en slechte uitbetaling van hun honoraria, de te grote praktijken en het ontbreken van de vrije artsenuitkeuze. De directeuren en hun bodes konden verzekerden onder druk zetten om een opgedrongen arts te kiezen en artsen naar willekeur aanstellen en ontslaan.

Vooral de bodes werden door de artsen beschouwd als kwaaië pieren. Zij hadden een slechte reputatie en het begrip bode-actie was berucht. De bodes beconcurrerden elkaar vaak bij het aftroggelen en ronselen van verzekerden voor de aanbrenghpremies, staken soms premies in hun eigen zak en eisten van de artsen bij de uitbetaling van hun honoraria 1-2% fooi. De artsen hadden van de bodes een lage dunk: *Het peil waarop zij staan is meestal niet hoog, wel zijn zij sluw en berekenend. Met eerlijkheid en goede manieren nemen zij het meestal niet al te nauw.*¹⁶ Bodes konden verzekerden op bijzonder knappen dokters wijzen, die gemakkelijk gezondheidsverklaringen voor de ziekenfondsen verstrekten en daardoor de concurrentie tussen de artsen negatief versterkten. De meeste artsen hadden liever niet met hen te maken. De NMG was van mening dat ieder contact tussen de bodes en de medici vermeden diende te worden.

Toch viel het met de bodes in de praktijk wel mee. Zij schoten de premie voor als hun cliënten soms krap zaten in tijden van economische malaise, de zogenoemde kwade schuld, en fungeerden daarmee als sociaal vangnet. Velen waren geen zwendelaars, maar werkten als vroege variant van de moderne assurantietussenpersoon voor ziekenfondsen, weduwen- en wezenbussen en begrafenis- en levensverzekeringsmaatschappijen. De commerciële ziekenfondsverzekering, zowel de grote exploitatiefondsen als de kleinen, stond dus in een kwaad daglicht. Zowel de vakbonden als de artsen wilden hierin verbetering brengen. De artsen ondernamen hierbij de eerste pogingen.

Medewerkersfondsen

De eerste officiële klachten over de exploitatiefondsen kwamen naar aanleiding van een onderzoek van de plaatselijke Commissie van Geneeskundig Toezicht te Amsterdam in 1842. Het meest werd gemopperd over te grote praktijken en slechte betaling van de artsen en de apothekers.

Met dit onderzoek uit 1842 werd niets gedaan. Daarom namen artsen en apothekers uit de Amsterdamse medische wereld op 26 oktober 1846 zelf het initiatief. Zij besloten tot de oprichting van een algemeen ziekenfonds uit het corps der geneeskundigen zelve, het Algemeen Ziekenfonds Amsterdam of AZA.¹⁷ Het bestuur werd gevormd uit een commissie, gekozen uit de deelnemende geneeskundigen en een raad van toezicht, samengesteld door lokale notabelen. De gegoede Amsterdammers waren bereid om voor hun minvermogene stadgenoten een ziekteverzekering in te richten, maar voor de verzekerden zelf was geen bestuursinvloed weggelegd.

De oprichters formuleerden bij de oprichting van dit eerste, door medewerkers beheerde fonds beleidslijnen, die de NMG na 1900 verder zou uitwerken. De AZA-artsen definieerden het principe van de vrije artsenuitkeuze: ter voorkoming van concurrentie konden alle lokale artsen en apothekers zich bij deze fondsen aansluiten en konden de ziekenfondsleden uit alle deelnemende artsen en apothekers kiezen. De artsen kwamen ook met de instelling van een welstandsgrens voor de ziekenfondsverzekering. Daardoor werd de particuliere praktijk van de ziekenfondspraktijk afgeschermd en het inkomen uit de particuliere praktijk gegarandeerd. Het AZA werd en bleef een groot succes. Het bleek enkele maanden na de oprichting het op een na grootste fonds van Amsterdam. Het groeide van 8.147 leden in 1847 tot 83.050 in 1897.¹⁸ Bij discussies over de inrichting van een goed functionerend ziekenfonds werd tot in 1895 verwezen naar het AZA. Ook in andere plaatsen werden fondsen als het AZA opgericht. Goudse artsen stichtten in 1857 een eigen ziekenfonds, gericht tegen de speculatie van de plaatselijke ziekenfondsen. Het Haagse Departement van de Maatschappij tot Nut van het Algemeen stichtte in 1858 het Nutsziekenfonds. De NMG-afdeling Rotterdam kwam in 1858 met het Algemeen Ziekenfonds Rotterdam.

Deze fondsen hadden dezelfde gemeenschappelijke bestuursinrichting: een zakelijk bestuur, samengesteld uit artsen, apothekers en notabelen met een financiële of juridische achtergrond. Ondanks deze gemengde samenstelling werden zij toch beschouwd als artsenfondsen, voornamelijk doordat hun besturen fanatiek voorstander van de vrije artsenuitkeuze waren en redelijke honoraria betaalden. Dat de artsen in het AZA-bestuur soms de grootste mond konden hebben, betekende niet dat het fonds zonder meer instemde met het ziekenfondsbeleid van de NMG. Het zou in de twintigste eeuw vaak een eigen koers varen, zonder zich iets van de richtlijnen van de landelijke artsenorganisatie aan te trekken.

De exploitatiefondsen verdwenen niet van het Amsterdamse en Rotterdamse toneel, ondanks dat de medewerkersfondsen veel verzekerden trokken. Premiehoogte, de wervingskracht van de bodes, de keuze voor de eigen arts, buurt- en familietraditie waren voor de minvermogenen de belangrijkste redenen om voor het lidmaatschap van een fonds te kiezen, niet de degelijkheid van het bestuur van een fonds.¹⁸ De artsen zouden met andere maatregelen moeten komen om het Nederlandse ziekenfondsbestel te verbeteren.

Dat zou gebeuren, maar niet zonder politieke en maatschappelijke druk. De artsen kregen rond 1900 niet alleen te maken met exploitatiefondsen, maar ook met onderling beheerde arbeidersfondsen, de onderlinges. Deze sociaal-democratisch getinte fondsen zouden een nagel aan de doodskist van de artsen met hun NMG worden.

Arbeidersziekenfondsonderlinges en artsen

De oprichting van door de arbeiders zelf beheerde ziekenfondsen kwam na 1890 op gang. Plaatselijk werkende vakbonden, de bestuurdersbonden, zagen in het aanbieden van verzekeringen tegen de geldelijke gevolgen van ziekte, arbeidsongeschiktheid, werkloosheid en staking een uitstekend middel om leden te werven.²⁰ Zij droegen daarmee het socialistische ideaal van de coöperatie uit en boden hun leden een mogelijkheid om hun gezinnen voor de ergste nood te behoeden. Hun dekking was echter onvolledig, een goede sociale verzekering kon alleen door de landelijke overheid met wetgeving geboden worden.

Katholieke en sociaal-democratische bonden wilden hun leden zelf hun ziekenfondsen laten beheren, liefst met artsen die bij deze fondsen in loondienst werkten en met eigen gezondheidszorginstellingen als apotheken en ziekenhuizen. In tegenstelling tot de omringende landen waar de mutualiteiten een volledige pakket verzekeringen boden, koos de Nederlandse vakbeweging vaak voor de loskoppeling van de ziekenfondsen en ziekengeldverzekering in ziekenfondsen. De ingewikkelde verzekering van de gezondheidszorg met verstrekkingen in natura en de vaak gespannen verhoudingen tot de artsen was beter te voeren in gespecialiseerde ziekenfondsen met eigen kassen.

Het beroemdste onderlinge fonds was de Afdeling Ziekenfonds van de 's-Gravenhaagsche Coöperatieve Broodbakkerij en Verbruiksvereniging "De Volharding". De Volharding, in 1893 opgericht uit *algemeene ontevredenheid [...] over de behandeling in bestaande ziekenfondsen*, groeide snel.²¹ In 1900 telde het 15.000 leden, 6,8% van de Haagse bevolking. Het verstrekkingenpakket was het uitgebreidste van zijn tijd met tandheelkundige zorg, specialistische hulp voor keel-, neus- en oorziekten, oogziekten en gynaecologie.

De Volharding was een doorn in het oog van de NMG: het betaalde de artsen per verrichte handeling in plaats van op abonnement en zorgde voor eigen medische instellingen als de apotheek. De vrije artsenkeuze was beperkt. De gecontracteerde artsen moesten zich vestigen in een door het bestuur aangewezen deel van de stad, terwijl de verzekerden uit het hele artsenbestand konden kiezen. De Volharding werd het trekpaard voor het onderlinge ziekenfondswezen in Nederland.

Een ander fonds was de Algemeene Amsterdamsche Vereeniging voor Genees-, Heel- en Verloskundige Hulp: Ziekenzorg, op 17 juni 1895 in het leven geroepen door de Handwerkers Vriendenkring. Het bestuur van deze vereniging wilde *een apparaat scheppen, dat in staat zou zijn de gevolgen van materiële verwaarlozing voor de gezondheid van de arbeiders en hun gezinnen tot zo klein mogelijke afmetingen terug te brengen*.²² Het wilde de geneeskundige verzorging van de leden *zelf ter hand nemen [...] om ze te onttrekken aan instellingen, die de medische zorg beschouwden als een bron van verrijking*. Ziekenzorg opende daarom in 1903 eigen poliklinieken voor heelkunde, geslachtsziekten, oogaandoeningen, vrouwenziekten, keel-, neus- en oorziekten, huidziekten en kinderziekten om de verzekerden optimale specialistische hulp te kunnen bieden.

De ideologie van de onderling beheerde ziekenfondsen stond haaks op de opvattingen van de artsen. De NMG baseerde zich op de vrije praktijk, de onderling beheerde fondsen toonden zich voorstander van het loondienst verband en eigen instellingen. De NMG ging bij de ziekenfondsverzekering uit van de volledig vrije artsenkeuze, betaling op abonnement en plaatselijk vastgestelde welstandsgrenzen om de fondspraktijk van de particuliere praktijk te scheiden. De arbeidersfondsen propageerden beperkte vrije artsenkeuze bij de vestiging van de praktijken, honorering per verrichting en toelating tot de verzekering zonder welstandsgrenzen.

Het ondergeschikt maken van de medische beroepsuitoefening aan het beleid van de arbeidersfondsbesturen was nauwelijks verenigbaar met de drang naar autonomie van de artsenprofessie. Deze fondsen stonden voor alles wat socialistisch en links was en dat was de voor de meeste medici een gruwel. Alleen sociaal-democratische artsen, ook NMG-leden, waren bereid om uit ideologische motieven voor de onderlinge fondsen te werken. De meeste artsen die een overeenkomst met de arbeidersfondsen tekenden, deden dit omdat zij anders niet aan een praktijk konden komen.

Het eerste conflict tussen de medici en een onderling fonds deed zich voor in 1898.²³ In Zaandam was ruzie in de artsengelederen ontstaan toen een net opgericht fonds met plaatselijke medici geen overeenstemming kon bereiken over contractvoorwaarden. De leidinggevende arbeiders lieten zich over de artsen ietwat denigrerend uit als *ondergeschikten*. De artsen lieten dit niet over hun kant gaan en probeerden het fonds te boycotten, maar zonder resultaat. Zoals later vaker bij dit soort conflicten zou gebeuren was er altijd wel een collega die zich niet aan een dergelijk appèl zou houden.

De kwestie Zaandam maakte dat de artsen niet alleen wantrouwig stonden tegenover ondernemersfondsen, maar ook de onderling beheerde fondsen met argusogen bekeken. Juist omdat dit ideologisch gebaseerde fondsen waren zou de NMG hen meer en meer als bestrijdbare vijand zien dan de commerciële fondsen, die voor de medici alleen economisch belangrijk waren. De exploitatiefondsen zouden zich om commerciële redenen wel naar de wensen van de artsen buigen, de onderling beheerde fondsen niet.²⁴

De NMG kiest voor belangenbehartiging

De NMG verkeerde rond 1900 in een identiteitscrisis. Het ging om de vraag of zij een artsenorganisatie kon blijven, die zich uitsluitend richtte op de ontwikkeling van de medische wetenschap en het onderhouden van de onderlinge collegiale contacten, min of meer een gezelligheidsclub? Of moest zij zich bezighouden met de behartiging van de materiële belangen van haar leden en de kwaliteit van de gezondheidszorg?

De interne druk om te veranderen werd steeds groter. Er dreigde spanning tussen de opkomende specialistisch artsen die erkenning van hun werk wilden en de algemeen artsen die hun positie en inkomen daardoor aangetast zagen. Beginnende artsen hadden grote moeite om nieuwe praktijken te vinden en wilden dat de NMG hen steunde. De sociaal-democratische artsen wilden grotere betrokkenheid van de medische stand bij maatschappelijke vraagstukken als de openbare gezondheidszorg, de geneeskundige armenzorg en de ziekenfondsverzekering.

De ziekenfondskwestie te Zaandam was een eerste teken aan de wand voor komende conflicten met arbeidersfondsen. De huisartsen van de NMG-afdeling uit Amsterdam hadden in 1897 met een lijvig rapport gepubliceerd over de plaatselijke misstanden bij de exploitatiefondsen en het buitensluiten van de artsen door de besturen van de onderlinge fondsen.²⁵ De discussies over het ziekenfondswezen werden tijdens de Algemene Ledenvergaderingen steeds intensiever. De artsen met ziekenfondscontracten riepen om collectieve belangenbehartiging.

Ook de maatschappelijke druk op de NMG groeide. De invloedrijke Maatschappij tot Nut van 't Algemeen had in 1895 aangedrongen op verbetering van het ziekenfondsbestel.²⁶ De landelijke overheid werd voor het eerst actief met wetgeving op het terrein van de gezondheidszorgverzekering. De Ongevallenwet van 1901 dwong artsen die op grond van deze wet zorg verleenden tot het volgen van administratieve richtlijnen voor de praktijkvoering, onder meer door het voorschrijven van richtlijnen voor declaraties en tarieven.

De NMG besloot in 1902 tot een reorganisatie en zich te richten op de belangenbehartiging van haar leden.²⁷ Deze reorganisatie bestond uit de invoering van het principe van de algemeen bindende besluiten en de instelling van de Centrale Commissie van Beroepsbelangen. De Algemene Vergaderingen konden nu besluiten nemen, die aan alle artsleden bindend konden worden opgelegd, ook in ziekenfondskwesties. De Centrale Commissie voor Beroepsbelangen zou voor algemeen artsen, de huisartsen, en de specialisten de materiële belangen moeten gaan behartigen, vooral op ziekenfondsgebied.

Het directe effect van deze hervorming was voorlopig nog gering. Het Hoofdbestuur en de nieuwe Centrale Commissie bemoeiden zich nauwelijks met de plaatselijke en regionale ziekenfondsprikelen en de problemen van de NMG-leden. De belangrijkste verandering was dat de artsenorganisatie nu de mogelijkheid had om haar leden de wet op te leggen en zich had uitgesproken over een omschakeling naar een belangenorganisatie.

Ziekenfondsen of territoriale kassen? Een korte discussie

De NMG-leden vonden het al lang nodig dat de Maatschappij zich duidelijk zou uitspreken over de verbetering van het landelijke ziekenfondswezen. Tot 1900 waren er diverse commissies geweest die wat rapportjes hadden uitgebracht. De aanwezigen op de Algemene Vergadering van 1900 vonden het tot dan toe geproduceerde echter zò beneden peil, dat zij besloten tot drastischer maatregelen. Zij benoemden een commissie die onderzoek moest doen naar *de inrichting van Ziekenfondsen en vast te stellen aan welke eischen een Ziekenfonds behoort te voldoen, met dien verstande, dat daarbij rekening gehouden zal moeten worden gehouden met de verschillen, welke in die eischen door de verschillende grootte der gemeenten noodig worden gemaakt, en tevens middelen te beramen, hoe aan de aldus geformuleerde eischen zou kunnen worden voldaan.*²⁸

Een breedvoerig geformuleerde onderzoeksopdracht met een 10 centimeter dik rapport als resultaat. In het rapport werden 616 ziekenfondsen beschreven, alle aangetroffen misstanden aan de kaak gesteld, oplossingen voorgedragen en als belangrijkste: er werd een visie op ziekenfondsbeleid geformuleerd, die zonder veel discussie en met een paar aanpassingen door de Algemene Vergadering van de NMG in 1908 werd overgenomen als richtlijn voor de komende 33 jaar.

C.F. Schreve, Amsterdams huisarts, was de belangrijkste gangmaker achter dit omvangrijke werk. Hij had zich ontwikkeld tot ziekenfondsdeskundige, die tot in de dertiger jaren de ideologie voor het NMG-ziekenfondsbeleid zou formuleren. Betrokkenheid van de verzekerde bij de verzekering van zijn gezondheidszorg zou zijn stokpaardje blijken.

De NMG kreeg tijdens dit onderzoek in 1903 een verzoek van minister Kuyper om advies over ziekteverzekeringwetgeving. Het kabinet-Kuyper wilde Nederland voorzien van een totaal andere, op Duitse leest geschoeide ziekteverzekeringwet met *districtsziekenkassen*.²⁹ Kuyper dwong daarmee de Maatschappij om voor eerste maal een formeel standpunt over de ziekenfondskwestie in te nemen.

In haar advies aan Kuyper erkende de NMG de noodzaak tot het wettelijk regelen van de ziekenfonds-

verzekering. De artsen stemden in dit geval in met territoriale ziekenkassen op basis van vrije artsenkeuze en het abonnementshonorarium. Zij hadden een kater van de bestaande ziekenfondsen en wilden zelfs geen erkenningsregeling voor goed functionerende instellingen.³⁰ De NMG wilde in het vervolg bij alle ziekenfondswetgeving worden betrokken. In de landen waar de verplichte verzekering zonder medewerking van de artsen was ingevoerd waren *vele misstanden in de inwendige huishouding teweeggebracht, tot groot nadeel van de minvermogenenden en tot uitbuiting van de geneesheeren!*³¹

Dat zou ook niet gebeuren. Kuypers wetsontwerp haalde de Tweede Kamer niet, want zijn kabinet viel voor de behandeling in 1905. J.D. Veegens zijn opvolger, deed in 1906 nog een poging om Kuypers ziekteverzekering door het parlement te loodsen, maar zonder resultaat. Het principe van de verplichte verzekering met uitsluitend districts-kassen als uitvoeringsorganen was daarmee van de baan. Zowel de NMG als de overheid zouden bij discussies over hervormingen in het vervolg blijven bij verbetering van de bestaande fondsen.

Het ziekenfondsrapport; de principes van de NMG-ziekenfondsideologie

Schreve en zijn medecommissieleden J.P. van der Brugh, L.F. Dentz, N.W. Maas en P.H. van Eden verdedigden hun rapport op de Algemene Vergadering van de NMG in juli 1908.

Zij vonden dat de ziekteverzekering voor de geneeskundige verzorging met de nodige waarborgen kon worden overgelaten aan het particulier initiatief, de ziekenfondsen.³² Dit in tegenstelling tot de ontwikkelingen in Duitsland en België. De verzekering tegen de geldelijke schade van ziekte hoorde met de ongevallenzeker-
 kering en de ouderdomsverzekering in Nederland tot de sociale wetgeving. De regering had wel de verantwoordelijkheid voor het instellen van een rijkstoezicht op de ziekenfondsen om misbruiken tegen te gaan en een ordelijke bedrijfsvoering te garanderen.

Ziekenfondsen waren organisaties, aangepast aan de *aard, het bedrijf, de gewoonten van de bevolking, [...] de uitgestrektheid der gemeente*. Voor de inrichting van goed functionerende instellingen waren algemene richtlijnen noodzakelijk, maar deze moesten voldoende mogelijkheden bieden om de organisatie over te laten aan deskundigen die van de plaatselijke omstandigheden op de hoogte waren. Hierdoor zouden de belangen van de verzekerden en de medewerkers het beste kunnen worden gediend.³³ Met een afdoende, door de staat verzorgd toezicht kon de verdere regeling *geheel overeenkomstig de inzichten en behoeften van die partijen* aan hen worden overgelaten.

Schreve en de zijnen bedoelden niet dat er maar rücksichtslos kleine ziekenfondsjes konden worden opgericht. Zij wilden juist aansluiting tot krachtige organisaties met een zuinig beheer en reductie van de beheerskosten. De NMG zou de ziekenfondsen met haar nieuwe erkenningseisen daartoe kunnen dwingen.

De commissie vond daarom dat de stedelijke en regionaal werkende afdelingen van de NMG de beste kwalificaties hadden voor de beoordeling en erkenning van ziekenfondsen.³⁴ Veel afdelingen hadden voor hun leden al bindende besluiten genomen, waarin het hen verboden werd zich te verbinden aan nieuwe ziekenfondsen waarvan de statuten en reglementen nog niet door deze afdelingen waren goedgekeurd. De erkenningsprocedure bleek ook te werken voor bestaande ziekenfondsen.³⁵

Al deze voorstellen leken degelijk. Maar wat nu als de besturen van de bestaande fondsen onwillig bleken, of als er in het werkgebied van de afdelingen geen fondsen waren? Volgens Schreve moesten de Maatschappijafdelingen in dat geval zelf fondsen oprichten, die aan alle eisen van de NMG konden voldoen: afdelingsfondsen als modelfondsen! Deze opmerking werd zonder discussie in de Algemene Vergadering als beleid geaccepteerd en vormde de basis voor de ontwikkeling van de afdelingsfondsen, de latere Maatschappijfondsen.³⁶

Voor Schreve was de gelijke behartiging van alle bij de ziekenfondsverzekering betrokken partijen de voorwaarde voor het succesvol functioneren van een fonds. Het ziekenfonds was een verzekeringsinstituut waar de medicus en de apotheker voor hun diensten een behoorlijk honorarium konden ontvangen en het fonds lid zeker was van zijn recht op *vereischte geneeskundige hulp [...] uit hoofde van zijn, zij het ook geringe, dan toch steeds voldoende, premiebetaling*.³⁷ Dit betekende voor alle betrokken partijen gedeelde verantwoordelijkheid voor beleid en beheer van de ziekenfondsverzekering. Zij hadden ieder recht op vertegenwoordiging in het bestuur van hun fonds.

De NMG verklaarde zich in 1908 met de voorstellen van Schreve cum suis formeel voor gemengd samengestelde ziekenfondsbesturen met medewerkers en verzekerden. Dit in tegenstelling tot de principes van het onderling beheerd ziekenfondswezen, waar uitsluitend verzekerden de besturen vormden. De NMG-artsen hadden daarmee gekozen voor een ziekenfondsideologie, gevormd door een bestel op basis van het particulier initiatief, onder toezicht van de rijksoverheid. De kern moest worden gevormd door plaatselijk werkende, door de NMG-afdelingen erkende werkende organisaties, die bestuurd werden door alle betrokken partijen.

De gedachten van de commissie en de opvattingen van de Algemene Vergadering werden vastgelegd in een modelreglement voor ziekenfondsbesturen. Dit reglement verwoordde *in het algemeen wenschelijke voorwaarden, waarnaar zooveel mogelijk ziekenfondsen, bestaande en nog te vestigen zich zouden moeten richten*³⁸ en werd aangenomen als leidraad voor eventuele, door de afdelingen op te richten fondsen.

Bestuursvorming en politiek

De eerste bepalingen van dit modelreglement golden de vorming van een ziekenfondsbestuur. Een fonds moest worden beheerd door een financieel-belangeloos bestuur. De commissie-Schreve vond dat dit bestuur *gelijkelijk* moest zijn samengesteld uit personen, die uit en door de gecontracteerde medewerkers, zowel artsen als apothekers, en uit en door de verzekerden werden gekozen. Volgens deze ingewikkelde formulering zouden de machtsverhoudingen tussen verzekerden en medewerkers gelijk moeten zijn: paritair of in een verhouding van 1:1.

Dit werd ook vastgelegd in het verslag van de Algemene Vergadering.³⁹ De besluitenlijst van deze vergadering vermeldde echter een verdeling in drie gelijkwaardige partijen: een tripartiete zetelverdeling tussen artsen, apothekers en verzekerden. De artsen zouden zich bij de latere inrichting van de Maatschappijfondsen houden aan de vermelding in de besluitenlijst, een drievoudig machtsevenwicht. Deze veranderde opvatting zou later zware conflicten opleveren met de onderling beheerde fondsen en de vakbeweging, die vonden dat de belangen van de verzekerden daarmee door de NMG tekort gedaan werden.

De commissie nam in het reglement ook politieke bepalingen op. Verzekerden mochten onder geen beding van het fondslidmaatschap worden uitgesloten op grond van beroep, godsdienst of politieke richting. De NMG wilde politisering van de ziekenfondsen, in ieder geval van de door haar erkende of eventueel op te richten instellingen, definitief uitschakelen. De artsen benadrukten hiermee dat ziekenfondsen, in dit geval de fondsen onder de paraplu van de Maatschappij, zich niet met politiek of godsdienst mochten inlaten. Zij moesten neutraal zijn om iedere minvermogene een goede gezondheidszorg te kunnen verzekeren.

Vrije artskenkeuze en honoraria

Voor de medewerkers werd bepaald dat *alle geneesheeren en apothekers, te goeder naam en faam bekend, wier gewone werkkring zich over het gebied van het ziekenfonds uitstrekt, moeten het recht hebben als deelnemer tot het ziekenfonds toe te treden; de geneesheer hetzij als huisarts, hetzij als specialist*.⁴⁰

Deze eis werd de belangrijkste voorwaarde voor erkenning van ieder type ziekenfonds. Het was voor de NMG de verwoording van haar grootste adagium, de onbeperkte vrije artskenkeuze en zou enkele jaren later letterlijk worden overgenomen als algemeen bindend besluit bij de vaststelling van de ziekenfondspolitiek. En passant gaf de NMG met deze bepaling ook nog een voorzet voor de ontwikkeling van de vrije apothekerskenkeuze door de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Pharmacie, de NMP. Deze zou in het vervolg de ziekenfondspolitiek van de NMG overnemen en geschikt maken voor haar eigen doeleinden.

De Maatschappij maakte hiermee definitief onderscheid tussen de praktijkvoering van de huisartsen en de specialisten. *Waar de praktijk het duidelijk genoeg gemaakt heeft, dat een geneeskundig òf als huisarts òf als specialist, maar niet tegelijkertijd in beide kwaliteiten werkzaam kan zijn, dient deze scheiding ook voor de ziekenfondsen te gelden*.⁴¹ Deze scheiding betekende dat de huisartsen en de specialisten bij de verdeling van de ziekenfondspot concurrenten van elkaar werden in plaats van collegae. De huisartsen vonden zichzelf onderbetaald, terwijl de specialisten juist rond 1908 hun strijd begonnen om erkenning van hun specialismen door middel van een ziekenfondspraktijk en dringend behoefte hadden aan inkomsten.⁴² De scheiding werd geregeld door de instelling van het verwijfsbriefje, waarmee de patiënt in het vervolg na verwijzing door de huisarts toegang tot de specialistische praktijk kreeg.

De ziekenfondsen zouden later op twee manieren met de gevolgen van deze bepaling te maken krijgen. De specialisten zouden als NMG-leden hun recht op deelname in de fondsen opeisen en staan op een zo ruim mogelijk specialistisch verstrekkingenbeleid. Of de fondsen aan deze vraag zouden kunnen voldoen, zou afhangen van hun financiële positie, hun concurrentiepositie en van de bereidwilligheid van andere medewerkers uit de besturen, de huisartsen en de apothekers, om een deel van hun invloed af te staan.

De specialisten werden per verrichting of op abonnement betaald. De apothekers kregen een vergoeding per verzekerde en een betaling voor geleverde geneesmiddelen volgens een door het ziekenfondsbestuur vast te stellen tarief. De huisartsen kregen een abonnementshonorarium per betalende verzekerde per jaar. De NMG had in 1906 het abonnementshonorarium als enig vergoedingssysteem voor de huisartsenpraktijk aangevaard, zowel voor de stads- als de plattelandsartsen.⁴³ De honoraria zouden, net als de premies, regelmatig moeten worden aangepast aan de *eischen des tijds*, zowel in het belang van de medewerkers als voor de geneeskundige verzorging van de leden.⁴⁴

De commissie verwachtte met deze bepalingen degelijke garanties voor een goede rechtspositie van de ziekenfondsmedewerkers te hebben afgegeven. Zij zouden vanzelfsprekend de grondslag vormen voor de voorwaarden waaronder artsen en apothekers dienden te worden gecontracteerd.

Verzekering, medische zorg en belangenbehartiging in Nederland, 1850-1908; een evaluatie

De verzekering van de gezondheid van de minvermogende Nederlander werd rond 1900 geboden door diverse soorten ziekenfondsen. De ziektekostenverzekering bestond nog niet. Dit ziekenfondsbestel was beperkt en had zijn gebreken. Het was een vroegontwikkende markt, met veel commercie. De fondsen werkten als private organisaties. Van samenwerking in landelijke koepelorganisaties was nog geen sprake, een mogelijkheid waar de artsen wel over konden beschikken. Zij waren de belangrijkste aanbieders van medische zorg, verenigd in hun beroepsorganisatie NMG.

De NMG trad voor 1900 nog niet op als belangenorganisatie bij ziekenfondskwesties. De doktoren verkeerden op plaatselijk niveau door onderlinge concurrentie in een zwakke positie tegenover de onderlinge en commerciële fondsen. Zij bleken wel in staat om door de oprichting van door medewerkers beheerde ziekenfondsen tegen de feilen van de commerciële ziekenfondsverzekering op te treden. Daarbij werden de eerste onderdelen van een eigen ziekenfondsbeleid ontwikkeld: de vrije artsenkeuze, de welstandsgrens en het abonnementshonorarium.

De ziekenfondsverzekering was door de initiatieven van Kuyper in 1903 onderdeel geworden van de gewenste sociale verzekeringswetgeving. De overheid was vanaf dat moment bij de ziekenfondswetgeving als partij betrokken. De ontwikkeling van de verzekering van de gezondheidszorg en de belangenbehartiging ervan werd daardoor versneld.

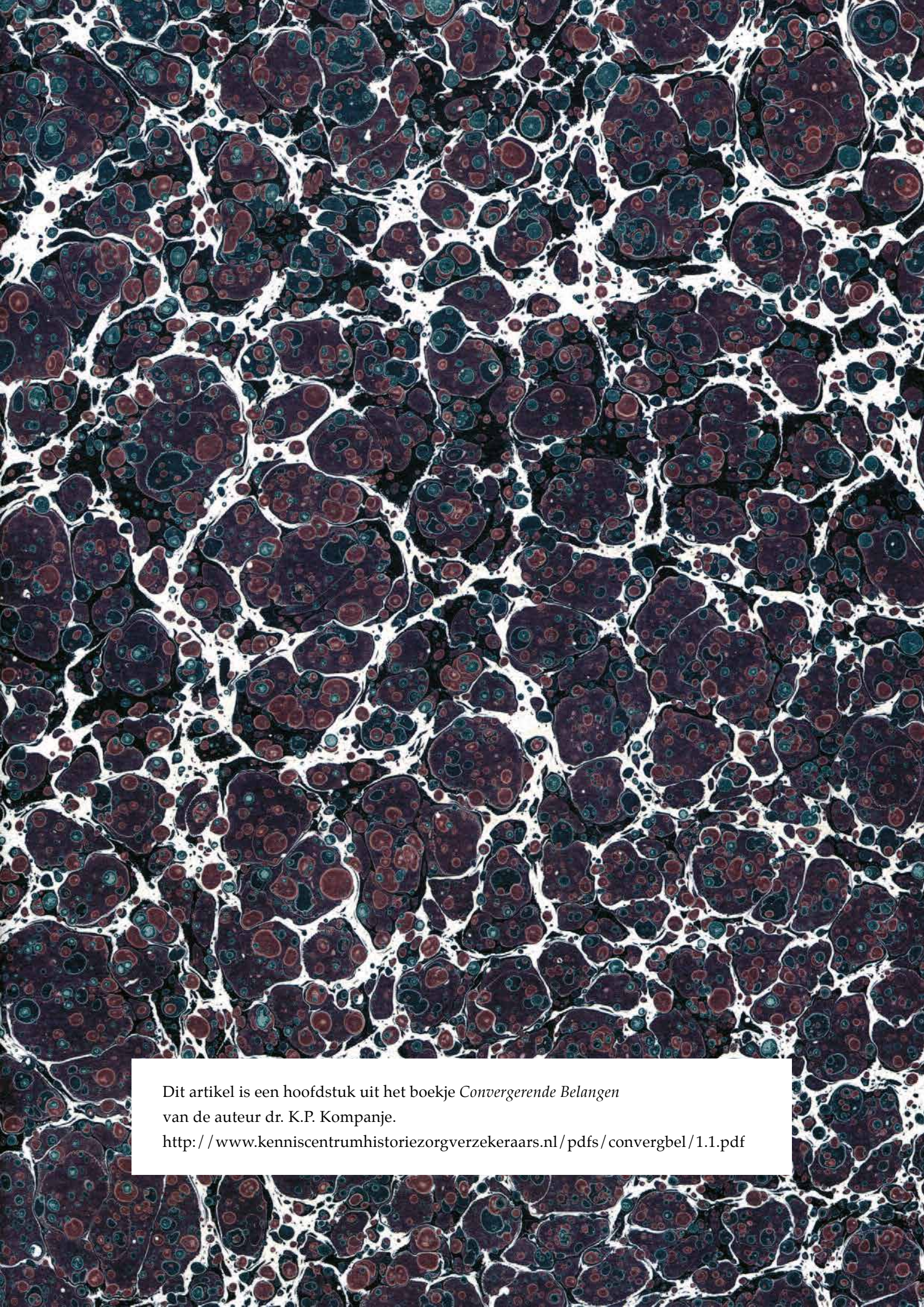
De NMG-artsen zagen de noodzaak tot ontwikkeling van een landelijk ziekenfondsbeleid. Dit beleid was gebaseerd op het stellen van erkenningseisen aan bestaande ziekenfondsen en het oprichten van NMG-afdelingsfondsen bij gebrek aan bestaande, te erkennen fondsen. De NMG stelde een reglement op dat voor de inrichting en beheer van de door haar erkende ziekenfondsen als model gebruikt kon worden. De NMG-artsen formuleerden daarbij een ideologie die aansloot bij de gangbare praktijk en die als eerste uiting van belangenbehartiging bij de ziekenfondsverzekering op landelijk niveau kan worden beschouwd. Deze ideologie bestond uit:

- het recht van de verzekerden én medewerkers op betrokkenheid bij het beleid en beheer van de ziekenfondsverzekering door gedeelde bestuursverantwoordelijkheid
- neutrale ziekenfondsen, zonder binding met een zuil en zonder politiek karakter
- een goede geneeskundige verzorging tegen betaalbare premies
- volledig vrije artsen- en apothekerskeuze volgens NMG-normen
- een goede rechtspositie voor de medewerkers.

De oprichting van deze gemeentelijke of regionale fondsen zou moeten gebeuren door de NMG-afdelingen. Decentralisatie was het parool: een beheer met welstandsgrenzen, honoraria en verstrekkingenpakketten aangepast aan de plaatselijke omstandigheden. Dit door de artsen gewenste ziekenfondsbestel sloot door haar niet-politieke karakter niet aan bij de verzuilde corporatieve maatschappijordening anno 1900.

De NMG-artsen hadden door dit collectief optreden het voortouw genomen op de volkomen verdeelde ziekenfondsen en de vakbeweging. Doelstelling was primair de behartiging van hun materiele belangen en secundair de positie van de verzekerde, de patiënt. De artsen waren tot 1910 in ziekenfondszaken voor de overheid daarom de belangrijkste gesprekspartners en adviseurs bij ziekenfondswetgeving.

- 1 A. Juch, *De medisch specialisten in de Nederlandse gezondheidszorg. Hun manifestatie en consolidatie, 1890-1941*. (Dissertatie; Rotterdam 1997) 74.
- 2 A. Juch, *De medisch specialisten in de Nederlandse gezondheidszorg*, 53-56.
- 3 A. Juch, idem, 121-122.
- 4 J. van Genabeek, 'Onderlinges 1800-1890', in: J. van Gerwen en M. van Leeuwen (ed.), *Studies over zekerheidsarrangementen. Risico's, risico-bestrijding en verzekeringen in Nederland vanaf de Middeleeuwen*. (Amsterdam/Den Haag 1998) 338-346.
L.A. van der Valk, 'Overheid en verzekeringsbedrijf', in: J. van Gerwen en M. van Leeuwen (ed.), *Studies over zekerheidsarrangementen*, 254-256.
- 5 K.P. Companje, *Over artsen en verzekeraars. Een historische studie naar de factoren, die de relatie ziekenfondsen - artsen vanaf 1827 op landelijk en regionaal niveau hebben beïnvloed*. (dissertatie; Utrecht 1997) 37.
- 6 J.A. Berger, *De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Nederland*. (Vlissingen 1930) 58.
- 7 H.F. v.d. Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in Nederland, 1850-1941. Medische armenzorg, ziekenfondsen en de verenigingen voor ziekenhuisverpleging op nationaal en lokaal niveau (Schiedam, Roordahuizum en Amsterdam)*. (Dissertatie; Rotterdam 1993) 233.
J.A. Berger, *De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Nederland*, 58.
- 8 C.J. Japenga, H.F. v.d. Velden, 'Het geneeskundig beroep en de regionale differentiatie in organisatie en financiering van de gezondheidszorg in Nederland (1900-1914)', in: *Tijdschrift voor sociale geschiedenis* 4 (1992), 502-508.
- 9 K.P. Companje, *Over artsen en verzekeraars*, 179.
- 10 Het Rotterdamsch Ziekenfonds was een dochtermaatschappij van de Rotterdamsche Verzekering Sociëteit, de RVS. Het fonds was in 1840 opgericht door K. Wijlacker en had in 1900 afdelingen in Delft, Den Haag, Utrecht, Amsterdam, Gouda, Haarlem, Gorinchem, Hillegersberg, Dordrecht en Hellevoetsluis. De organisatie werd toen geleid door de zoon en kleinzoon van de oprichter, K.J. Wijlacker en T. Wijlacker. Het Rotterdamsch Ziekenfonds bestond tot 1954, toen de RVS besloot dat het ziekenfonds door de ziekenfondswetgeving onvoldoende rendeerte.
- 11 J.A. Berger, *De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Nederland*, 46-47.
H.F. v.d. Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in Nederland*, 161-162.
- 12 Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, *Rapport omtrent den toestand der ziekenfondsen in Nederland* (2 delen; Amsterdam 1901-1907), 1e deel, 610-614.
- 13 Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, *Rapport*, 1e deel, 611.
- 14 De NMG stond in 1908 zelf ook op het standpunt dat een ziekenfonds als eenvoudige verzekering alleen diende tot voorziening in bestaande behoeften. Pakketuitbreiding werd nog niet nodig gevonden. Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, *Rapport*, 2e deel, 79.
- 15 J.A. Berger, *De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Nederland*, 51.
K.P. Companje, *Over artsen en verzekeraars*, 55.
- 16 Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, *Rapport*, 2e deel, 76.
- 17 W.L. Leclercq, *Geschiedenis van het Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam, 1847 - 1 april 1947*, (Amsterdam 1947), 20-21.
- 18 J.A. Berger, *De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Nederland*, 47.
- 19 K.P. Companje, *Over artsen en verzekeraars*, 39.
- 20 M.H. van Leeuwen, 'Vakbondszorg circa 1890-1900', in: J. van Gerwen en M. van Leeuwen (ed.), *Studies over zekerheidsarrangementen*, 628-629.
- 21 Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, *Rapport*, 1e deel, 487.
- 22 W. Romijn, *Welvaart en gezondheid* (Amsterdam 1955), 9.
- 23 K.P. Companje, *Over artsen en verzekeraars*, 49.
- 24 Idem, 175.
- 25 J.A. Berger, *De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Nederland*, 52.
- 26 Maatschappij tot Nut van het Algemeen, *De ziekenfondsen in Nederland* (z.p. 1895).
- 27 K.P. Companje, *Over artsen en verzekeraars*, 47.
A. Juch, *De medisch specialisten in de Nederlandse gezondheidszorg*, 167-174.
- 28 Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, *Rapport*, 2e deel, 1.
- 29 Algemeen Rijksarchief, ARA, Plaatsingslijst van het archief van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst. 1849-1942, afgekort als NMG, inv.no. 111, Ziekteverzekeringen en ziekenfondsen, 1864-1904. Gedrukte reactie van de NMG op het ontwerp Ziekteverzekeringwet 1904.
- 30 NMG, inv.no. 46, Handelingen van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. 1901-1909. Handelingen van de Buitengewone Algemeene Vergadering, 25 maart 1906.
- 31 NMG, inv.no. 111.
- 32 Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, *Rapport*, 2e deel, 95.
- 33 Idem, 79.
- 34 Idem, 79, 95.
- 35 Idem, 95.
K.P. Companje, *Over artsen en verzekeraars*, 96-100.
- 36 NMG, inv.no. 46, Handelingen van de Algemeene Vergadering van juli 1908.
- 37 Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, *Rapport*, 2e deel, 48.
- 38 Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, idem, bijlage, 1.
- 39 NMG, inv.no. 46, Handelingen van de Algemeene Vergadering van juli 1908.
- 40 Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, *Rapport*, 2e deel, bijlage, 3.
- 41 Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, idem, 88.
- 42 A. Juch, *De medisch specialisten in de Nederlandse gezondheidszorg*, 196-197.
- 43 Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, *Rapport*, 2e deel, 56.
- 44 Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, idem, 83.



Dit artikel is een hoofdstuk uit het boekje *Convergerende Belangen*
van de auteur dr. K.P. Kompanje.

<http://www.kenniscentrumhistorieezorgverzekeraars.nl/pdfs/convergbel/1.1.pdf>