

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)

(FINANCIAL ACCESS TO HEALTH CARE IN THE
NETHERLANDS, 1850-1941

MEDICAL RELIEF, SICKNESS FUNDS AND THE
ASSOCIATIONS FOR HOSPITAL CARE ON THE
NATIONAL AND THE LOCAL LEVEL
(SCHIEDAM, ROORDAHUIZUM, AND AMSTERDAM))

PROEFSCHRIFT
TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN DOCTOR AAN DE
ERASMUS UNIVERSITEIT VAN ROTTERDAM
OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNIFICUS
PROF.DR. C.J. RIJNVOS
EN VOLGENS BESLUIT VAN HET COLLEGE VAN DEKANEN

DE OPENBARE VERDEDIGING ZAL PLAATSVINDEN OP
WOENSDAG 1 SEPTEMBER 1993 OM 13.45 UUR

DOOR
HENDRIKUS FRANCISCUS VAN DER VELDEN
GEBOREN TE SCHIEDAM

Promotiecommissie

Promotor: Prof.Dr. A.F. Casparie
Co-promotor: Dr. R.M.J. Schepers
Overige leden: Prof.Dr. J.M.W. Binneveld
Prof.Dr. P. Kooij
Prof.Dr. W.P.M.M. van de Ven

Inhoud

Woord vooraf	9
Lijst van in de tekst opgenomen grafieken, tabellen en figuren	11
Lijst van in de tekst gebruikte afkortingen	13
Inleiding. Introductie tot het onderzoek, theorie en probleemstelling	15
<i>Financiële toegankelijkheid</i>	18
<i>Belangen in de gezondheidszorg</i>	20
Belangen en belangengroepen	20
Belangen en belangengroepen in de gezondheidszorg	22
<i>Vraagstelling en opzet van dit boek</i>	24
I. Sociale zorg in Nederland, 1850-1940. Naar een samenhangend stelsel van sociale zorg: armenzorg en sociale verzekeringen	27
<i>Motieven voor sociale zorg</i>	27
<i>Modernisering van de armenzorg in Nederland</i>	32
<i>Sociale verzekeringen</i>	38
<i>Armenzorg en sociale verzekeringen in het Interbellum</i>	41
<i>Het karakter van de sociale zorg in Nederland</i>	44
II. Curatieve gezondheidszorg in Nederland, 1850-1920. Organisatie en financiering van de curatieve zorg	47
<i>De negentiende eeuw</i>	48
De particuliere praktijk	48
Medische armenzorg, ziekenfondsen en de medische oppositie	51
Gebrek aan geneeskundigen	56
<i>Verschuivingen rond de eeuwwisseling en de Eerste Wereldoorlog</i>	59
Radicalisering van het geneeskundig beroep langs twee lijnen	59
De medische armenzorg	64
Het ziekenfondswezen	68
<i>De ziekenhuizen</i>	72
<i>Oud, modern en verzuimd particulier initiatief</i>	77
<i>De eigen dynamiek van de gezondheidszorg</i>	80
III. Voorlopige conclusies. Van nationaal naar lokaal niveau	85
<i>Het systeem bepaald?</i>	85
<i>De ontwikkeling van het gemeentelijk beleid en de gemeentelijke organisatie, 1890-1940</i>	90
IV. Schiedam. Een middelgroot industrieel centrum	95
<i>Sociaal-economische ontwikkeling</i>	95
<i>Politiek en sociale zorg</i>	97

	<i>Ziekenfondsen en medische armenzorg, 1850-1920</i>	104
	Economische voorspoed	104
	Economische tegenslag	105
	Een veranderende economie	106
	<i>Modernisering van het ziekenhuis</i>	110
	<i>Trage groei van het particulier initiatief</i>	115
	<i>Toegang tot gezondheidszorg onder voorspoed en diepe crisis</i>	116
	<i>Conclusies Schiedam</i>	123
V.	Roordahuizum, gemeente Idaarderadeel. Een agrarisch dorp in een plattelandsgemeente met een gemengde economie	129
	<i>Sociaal-economische ontwikkeling</i>	129
	<i>Politiek en sociale zorg</i>	131
	<i>Een geheel eigen systeem. Financiële toegankelijkheid tot curatieve gezondheidszorg tot en met de Eerste Wereldoorlog</i>	137
	<i>Het ziekenhuisvraagstuk: overheid en particulier initiatief</i>	140
	<i>De jaren dertig</i>	144
	<i>Conclusies Roordahuizum en Idaarderadeel</i>	147
VI.	Amsterdam. Halverwege het lokale en het nationale niveau	151
	<i>Sociaal-economische ontwikkeling</i>	151
	<i>Politiek en sociale zorg</i>	154
	<i>Modernisering van de medische armenzorg en het ziekenfondswezen, 1850-1920</i>	159
	De negentiende eeuw: de eerste reorganisatie van de geneeskundige dienst	159
	1900-1920: de tweede reorganisatie van de GGD en de ziekenfondsstrijd	162
	De derde reorganisatie, onder Heijermans	170
	<i>De Amsterdamse ziekenhuizen</i>	174
	<i>Overheid en particulier initiatief</i>	180
	<i>Crisis in de Amsterdamse gezondheidszorg</i>	181
	<i>Conclusies Amsterdam</i>	184
VII.	Het systeem van financiële toegankelijkheid tot curatieve gezondheidszorg in het Interbellum. Terug op het nationale niveau	189
	<i>Randvoorwaarden</i>	190
	<i>Medische armenzorg: een politiek domein</i>	191
	De zorg voor onvermogenen	192
	De zorg voor minvermogenen: overheid en particulier initiatief	195
	De ziekenhuizen	197
	<i>De ziekenfondsen: exclusief terrein van belangengroepen</i>	200
	De aanbieders van zorg	201

De ziekenfondsbesturen	202
Geen plaats voor consumentenbelangen	204
<i>De verenigingen voor ziekenhuisverpleging: het geografische schot</i>	205
<i>De jaren dertig</i>	208
<i>Het Ziekenfondsenbesluit</i>	213
VIII. Conclusies. Noodzakelijke, beschikbare en gerealiseerde subsidiërende solidariteit	215
Bijlagen	223
A. <i>Geneeskundigen, apothekers, vroedvrouwen en tandheelkundigen in Nederland, Schiedam, Idaarderadeel en Amsterdam, 1867-1940</i>	223
B. <i>Medische armenzorg in Nederland, Schiedam, Idaarderadeel en Amsterdam in cijfers, 1890-1939</i>	224
Nederland	224
Schiedam, Idaarderadeel en Amsterdam	226
C. <i>Aantal ziekenfondsverzekerden als percentage van de bevolking in de drie noordelijke, twee oostelijke, vier westelijke en twee zuidelijke provincies en in geheel Nederland, 1902/'03-1941</i>	233
Noten	235
Summary	255
Geraadpleegde documenten	261
A. <i>Archivalia</i>	261
B. <i>Periodieken</i>	263
C. <i>Literatuur</i>	263
Index	273
Curriculum vitae	285

Woord vooraf

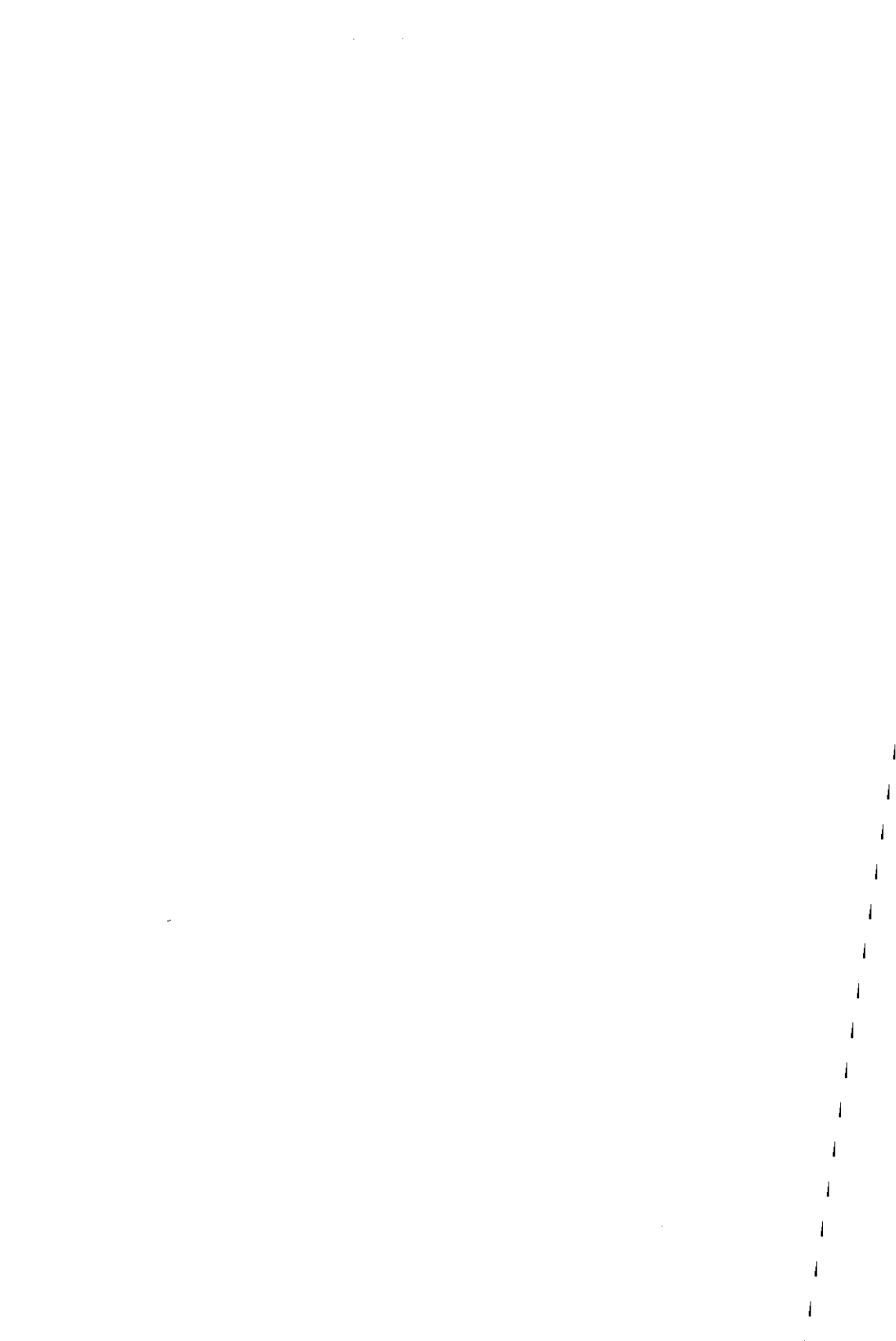
In de zomer van 1988 las ik een personeelsadvertentie, waarin de studierichting Beleid en Management Gezondheidszorg aankondigde een AIO te willen aanstellen. Op het salaris en wat vage aanduidingen betreffende een nieuw onderwijsstelsel na, leek de advertentie mij op het lijf geschreven: een historisch onderzoek naar een mij bekend onderwerp en dit in een stimulerende multi-disciplinaire omgeving. Nu, bijna vijf jaar later, ben ik niet teleurgesteld. Het salaris bleef lange tijd laag en het onderwijsstelsel is ook voor collega's met enkele jaren BMG-ervaring geen open boek. Daar staat tegenover dat ik het onderzoek naar eigen inzicht heb mogen uitvoeren en bijzonder veel heb geleerd. Bovendien bleek het samenraapsel van artsen, gezondheidseconomen, -juristen, -sociologen en wat al niet een sociaal geheel van uitzonderlijke kwaliteit op te leveren. Enkele van deze mensen wil ik met name noemen.

Prof. dr. A.F. Casparie (arts) en dr. R.M.J. Schepers (socioloog) bedank ik voor de kans en de begeleiding die zij een historicus hebben gegeven. De samenwerking met Caren Japenga ging zover, dat op den duur van een klein deel van de hier gepresenteerde kennis niet meer precies viel vast te stellen wiens gedachtengoed het was. Deze kennis is opgenomen in een tweetal artikelen die wij samen schreven en waar in dit proefschrift in voorkomende gevallen naar wordt verwezen. Verder wil ik een aantal mensen bedanken, binnen en buiten de BMG, die waardevolle kritiek op eerdere versies van delen van de tekst hebben gegeven, te weten: Prof.dr. W.P.M.M. van de Ven, Prof.dr. L.J. van Lieburg, dr. L.A. van der Valk en drs. F. Smits.

De organisatie van het Gemeentearchief te Amsterdam is van dien aard, dat het zelden noodzakelijk bleek om een archiefambtenaar lastig te vallen. In het Gemeentearchief van Schiedam ondervond ik veel steun van de heren C.J. Kroeze en A.C. de Voogd van der Straaten. De heer S.B. Bosma, hoofd interne zaken van de gemeente Boornsterhem, verleende mij de grootste dienst die een archivaris aan een historicus kan verlenen. Ik mocht mij in luilekkerland begeven en zelf de stukken in het kleine archief van de voormalige gemeente Idaarderadeel opzoeken.

Tenslotte bedank ik mijn familie en vrienden voor de steun die ze boden; mijn ouders ben ik bovendien dankbaar voor het vertrouwen dat ze in de keuzen van hun zoon stelden; en Hennie omdat ze er was.

Rotterdam, 10 mei 1993



Lijst van in de tekst opgenomen grafieken, tabellen en figuren

Figuur 0.1 De factoren die de individuele toegankelijkheid tot de curatieve gezondheidszorg beïnvloeden	19
Tabel 2.1 Schatting van het aantal verpleegden en verpleegdagen per 1000 inwoners, van de gemiddelde kosten per verpleegdag en van de uitgaven per hoofd van de bevolking aan ziekenhuiszorg in Nederland, 1910-1922	74
Grafiek 2.1 Uitgaven en tekorten van de ziekenhuizen in Nederland opgenomen op de lijsten van instellingen van weldadigheid, 1900-1922	75
Tabel 4.1 Inkomensverdeling Schiedam in 1900, 1910, 1920 en 1930	96
Tabel 4.2 Uitgaven aan bedeling en uitbesteding van de algemene armbesturen in Schiedam (zonder werklozenzorg), 1895-1928	98
Grafiek 4.1 Gemiddeld aantal Schiedamse werklozen ingeschreven bij de openbare arbeidsbemiddeling en totaal aantal verleende consenten voor medische hulp (jaarlijks), 1920-1940	118
Tabel 5.1 Inkomensverdeling Idaarderadeel en Roordahuizum in 1900 en 1920	131
Grafiek 5.1 Verloop van de werkloosheid in Idaarderadeel in de jaren 1931, 1936 en 1939 (maandelijks)	136
Tabel 5.2 Patiënten (pat.), verpleegdagen (vd.) en uitgaven aan ziekenhuiszorg voor rekening van de verenigingen voor ziekenhuisverpleging en de algemene armvoogdijen te Idaarderadeel, 1932-1936	146
Tabel 6.1 Inkomensverdeling Amsterdam in 1900, 1910, 1920 en 1930	153
Tabel 6.2 Uitgaven aan ondersteuning in geld en natura ten behoeve van armlastigen en werklozen in Amsterdam (in duizenden guldens), 1900-1940	156
Grafiek 6.1 Gemeentelijke subsidies aan de gasthuizen en vergoedingen aan de particuliere ziekenhuizen te Amsterdam, 1900-1940	178
Tabel 7.1 Schatting van het aantal verpleegden en verpleegdagen per 1000 inwoners, van de gemiddelde kosten per verpleegdag en van de uitgaven per hoofd van de bevolking aan ziekenhuiszorg in Nederland, 1910-1939	198

Lijst van in de tekst gebruikte afkortingen

A(A)ZS	Algemeen (Afdelings) Ziekenfonds Schiedam
ANVSG	Algemeene Nederlandsche Vereeniging voor Sociale Geneeskunde
AOZ	Algemeen Onderling Ziekenfonds: door en voor Werklieden (Amsterdam)
ARP	Anti Revolutionaire Partij
ASV	Amsterdamsche Specialisten Vereeniging
AZA	Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam
AZR	Algemeen Ziekenfonds Rotterdam
BA	Burgerlijk Armbestuur
BAZ	Bond van Amsterdamse Ziekenfondsen
CBZ	Centrale Bond van Ziekenfondsen
CCB	Centrale Commissie voor Beroepsbelangen (NMG-commissie)
CHU	Christelijk Historische Unie
CO	Centrale Organisatie ter Behartiging van het Ziekenfondswezen (NMG-organisatie)
CPH	Communistische Partij Holland
Cie.GGD	Commissie van Bijstand in het Beheer van de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst (Amsterdam)
Cie.OG	Commissie van Bijstand in het Beheer der Zaken van de Openbare Gezondheid (Amsterdam)
CNV	Christelijk Nationaal Vakverbond
De Kunst	Societeit ter Genees- en Heelkundige Verzorging onder de Zinspreuk: "De Kunst, die God tot heil des stervlings schonk aan d'aarde, biedt hier haar hulp aan elk, die zorg met ijver paarde" (Ziekenfonds Schiedam)
Federatie	Landelijke Federatie ter Behartiging van het Ziekenfondswezen
GGD	Gemeentelijke Geneeskundige Dienst
GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige- en Gezondheidsdienst
KNS	Koninklijk Nationaal Steuncomité
NHI	National Health Insurance
NMG	Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst
NMP	Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Pharmacie
NMT	Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde
Nut en Voorzorg	Societeit Nut en Voorzorg (Ziekenfonds Schiedam)
NVGGV	Nederlandsche Vereeniging voor Gemeentelijke Geneeskundige Verzorging
NVV	Nederlandsch Verbond van Vakvereeningen
OBZ	Onderling Beheerd Ziekenfonds Schiedam
OLV-gasthuis	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam)
RKWW	Rooms Katholiek Werkliedenverbond

SDAP	Sociaal-Democratische Arbeiderspartij
Te Helpen	Societeit ter Geneeskundige Verzorging, onder de Zinspreuk: "Te Helpen die in nood naar hulp en bijstand ziet, dit vordert Christenplicht, wijl het de Heer gebiedt" (Zie- kenfonds Schiedam)
VDB	Vrijzinnig Democratische Bond
VNG	Vereeniging van Nederlandsche Gemeenten
VNG Friesland	Vereeniging van Nederlandsche Gemeenten, afdeling Friesland
VVZ	Vereeniging Van Ziekenfondsgeneesheren (Amsterdam)
Ziekenzorg	Algemeene Amsterdamsche Vereeniging van Genees-, Heel- en Verloskundige Hulp Ziekenzorg

Inleiding

Introductie tot het onderzoek, theorie en probleemstelling

De financiële toegankelijkheid van de reguliere curatieve gezondheidszorg is een oud probleem, dat de laatste 100 jaar snel groter is geworden en fundamenteel van karakter is veranderd. Het is een oud probleem, omdat de diensten van geneeskundigen, apothekers en andere vertegenwoordigers van het reguliere medische circuit altijd relatief duur zijn geweest. De behoefte aan reguliere zorg was in de negentiende eeuw veel kleiner dan tegenwoordig. Tenslotte was de effectiviteit nog niet al te groot en het onderscheid tussen reguliere en niet-reguliere zorg had voor grote delen van de bevolking weinig betekenis. Toch kon een eenvoudig drankje het lijden verlichten en kon het moment aanbreken, dat een ervaren geneeskundige bij een moeilijke bevalling of een botbreuk het verschil tussen leven en dood betekende. De groep mensen die deze diensten zonder meer kon betalen was klein en er waren speciale maatregelen nodig om de toegang tot de zorg voor grote delen van de bevolking mogelijk te maken.

Het probleem is groter geworden, omdat de uitgaven aan medische zorg nog sneller stegen dan de welvaart in de westerse landen. De reguliere geneeskunde ontwikkelde een steeds omvangrijker, steeds effectiever en steeds duurder aanbod van curatieve zorg. De behoefte groeide mee en door de stijgende welvaart kon de samenleving het zich ook veroorloven om een groter deel van het nationaal inkomen aan gezondheidszorg te besteden. De individuele burger daarentegen, werd met steeds hogere rekeningen geconfronteerd en de groep mensen die alle medische diensten zonder speciale regelingen kon betalen werd snel kleiner.

Het probleem is van karakter veranderd in de zin dat de financiële toegankelijkheid steeds meer als een collectief probleem werd gedefinieerd, dat ook om collectieve oplossingen vroeg. Het werd een beleidsprobleem, waarbij men zich ten doel stelde om de toegang van bepaalde groepen uit de samenleving tot bepaalde vormen van curatieve gezondheidszorg te garanderen of te vergemakkelijken. Aangezien het beschikbaar stellen van medische zorg aan mensen die dat niet kunnen betalen een vorm van sociale zorg is, was de invulling van die doelstelling in de eerste plaats afhankelijk van de gevoerde sociale politiek. Daarnaast moest rekening worden gehouden met actieve belangengroepen, die zich in de gezondheidszorg al vroeg manifesteerden en van oudsher een centrale rol in het verlenen van financiële toegankelijkheid tot de zorg speelden.

De discussies die werden gevoerd draaiden altijd om dezelfde punten. Wie moest toegang tot welke zorg krijgen (beleidsdoelstelling), hoe moesten de benodigde financiën bijeen worden gebracht (middelen) en hoe dienden de relaties tussen de patiënten, de aanbieders van de medische diensten en derden, zoals de overheid, ziekenfondsbesturen en dergelijke, te worden georganiseerd (uitvoering)? In de praktijk ontwikkelde zich een aantal verschillende *organisatievormen*, waarvan de medische armenzorg, het ziekenfondswezen en de vereniging voor ziekenhuisverpleging de belangrijkste waren. Deze organisatievormen kenmerkten zich door een

bepaalde doelgroep, bepaalde verstrekkingen, een bepaalde financieringswijze en bepaalde verhoudingen tussen de belanghebbenden. In combinatie vormden de verschillende organisatievormen een *systeem van financiële toegankelijkheid*.

Er zal bijzondere aandacht aan de medische armenzorg worden besteed. Een belangrijke organisatievorm die, in tegenstelling tot de ziekenfondsverzekering, in Nederland nog nauwelijks is bestudeerd. De medische armenzorg was het oorspronkelijke onderwerp van deze studie, waarbij speciale aandacht aan de relatie tussen het geneeskundig beroep en de medische armenzorg zou worden geschonken. Al snel bleek echter, dat de ontwikkelingen hierin niet kunnen worden begrepen zonder andere organisatievormen en andere belanghebbenden dan de artsen bij het onderzoek te betrekken.

Het onderzoek zal ruwweg de periode 1850 tot 1941 beslaan, maar de nadruk ligt op het Interbellum. Het doel is de beschrijving en verklaring van het systeem van financiële toegankelijkheid dat zich rond 1930 had uitgekristalliseerd. Dit 'systeem 1930' was een combinatie van openbaar gefinancierde armenzorg en vrijwillige verzekeringen. Het had zijn wortels ten dele in de negentiende eeuw, maar was grotendeels tijdens de eerste drie decennia van deze eeuw ontstaan. In de jaren dertig kwam dit stelsel onder grote druk te staan, maar het verdween pas met het Ziekenfondsenbesluit (1941) en met de veranderingen in het sociale klimaat kort na de oorlog.

De medische armenzorg was zeker geen restsector, maar vormde een integraal onderdeel van het totale systeem van financiële toegankelijkheid. Toch hebben hedendaagse auteurs de neiging om de medische armenzorg als een tweederangs vorm van gezondheidszorg te beschouwen.¹ Het is nog maar de vraag of dit gold voor de eerstelijnszorg die de medische armenzorg bood, het gold in ieder geval niet voor de ziekenhuiszorg. Volgens Smit, in de jaren dertig directeur van de GGD te Haarlem, werd ziekenhuisopname voor rekening van de gemeente weliswaar door de Armenwet officieel als geneeskundige armenzorg bestempeld, maar aangezien een groot deel van de bevolking van deze zorg afhankelijk was, leek hem dat niet redelijk.²

Deze visie op de medische armenzorg heeft er toe geleid, dat de combinatie van vrijwillige verzekeringen en een openbare sector, zoals die in veel landen heeft gefunctioneerd, zelden op haar eigen merites is beoordeeld. Zelfs daar waar men tot op de dag van vandaag die combinatie kent. Terwijl gezondheidszorgeconomen, -juristen en -sociologen het huidige systeem van de Verenigde Staten op alle mogelijke manieren wikken en wegen, bekritisieren en de kritiek nuanceren, bezien Amerikaanse historici de geschiedenis van dit systeem bij voorkeur als een aaneenschakeling van mislukte pogingen om tot een verplichte verzekering te komen.³ Een herkenbare situatie. In meerdere werken vinden we een opsomming van alle pogingen die tussen het begin van deze eeuw en het Ziekenfondsenbesluit in Nederland zijn ondernomen om tot een regeling van het ziekenfondswezen te komen. Het onderwijl vigerende systeem krijgt geen aandacht of wordt afgedaan als een verouderd en slecht functione-

rend stelsel van armenzorg, met alle negatieve associaties van dien, en een onvoldoende effectief ziekenfondswezen.⁴ Dat systeem en de krachten die het schiepen, en passant een verplichte verzekering frustrerend, vormen het onderwerp van deze studie. De bijzondere aandacht voor de medische armenzorg valt te rechtvaardigen door het beperkte en onjuiste beeld dat van deze organisatievorm bestaat.⁵

De integrale benadering is de kracht en de zwakte van deze studie. Het is de kracht, omdat zowel de organisatievormen als de verschillende achtergronden van het systeem in hun onderlinge samenhang worden bestudeerd. Het is de zwakte, omdat het onderwerp daarmee zeer breed is geworden. Het is dan ook weer ingeperkt tot de toegang van on- en minvermogenden tot reguliere, curatieve en somatische zorg. De beperking tot on- en minvermogenden ligt voor de hand, maar is alleen werkbaar wanneer een flexibel en op de mogelijkheden tot het verkrijgen van toegang tot gezondheidszorg toegespitst criterium voor de omvang van beide groepen wordt gehanteerd. *Onvermogenden* waren mensen die voor hun dagelijks levensonderhoud, en dus ook voor medische zorg, geheel of gedeeltelijk van sociale zorg afhankelijk waren. *Minvermogenden* waren in staat om in de eerste levensbehoeften te voorzien, maar niet om onverwachte hoge uitgaven te bekostigen, bijvoorbeeld aan medische zorg. De omvang van beide groepen varieerde, afhankelijk van de inkomensverdeling en de prijzen van medische diensten. De beperking tot curatieve en somatische zorg is mogelijk en zelfs wenselijk, doordat de preventieve en de geestelijke gezondheidszorg langs geheel andere lijnen werden georganiseerd en gefinancierd. Tenslotte wordt in deze studie geen aandacht aan alternatieve zorg geschonken, aangezien de belangrijkste organisatievormen alleen de toegang tot reguliere gezondheidszorg regelden.

Verdere inperking is mogelijk met behulp van theoretische constructies afkomstig uit modern sociaal-wetenschappelijk onderzoek naar het functioneren van gezondheidszorgsystemen. Dergelijke constructies leveren een begrippenkader, brengen een zekere samenhang in de bestudeerde werkelijkheid en kunnen aldus worden gebruikt om het onderwerp af te bakenen en een beredeneerde keuze van onderzoekselementen en bronnen te maken. Er is niet gekozen voor het gebruik van veelomvattende theorieën, zoals een professionaliseringstheorie of een markttheorie, die de dataverzameling, de analyse, de rapportage en uiteindelijk ook de conclusies al te sterk zouden sturen. Door inperking op deze wijze zou het integrale karakter van de studie immers kunnen worden aangetast, terwijl het naar mijn mening ook niet verantwoord is om een dergelijke theorie te gebruiken bij een onderzoeksveld dat nog maar heel beperkt is bestudeerd. Het gevaar is dan levensgroot, dat de empirie aan de theorie wordt aangepast of dat de empirie zich niet laat sturen en theorie en empirie los van elkaar komen te staan.⁶

Er is gebruik gemaakt van enkele basale inzichten uit de gezondheidseconomie en de politicologie; inzichten die hun waarde ruimschoots hebben bewezen en de status van algemene geldigheid benaderen. Voor de wetenschappers uit deze disciplines gesneden koek, voor de historicus kostbaar gereedschap ter constructie van het

verleden.⁷ Daarmee kreeg deze studie tot op zekere hoogte een multidisciplinair karakter. Het is voor de individuele historicus onmogelijk om aan alle theoretische en empirische eisen van de verschillende disciplines te voldoen en dit werk heeft in de eerste plaats een historisch karakter. De genoemde sociale wetenschappers zullen de gebruikte theorieën misschien wat oppervlakkig vinden en, net als alle geïnteresseerde niet-historici, moeite hebben met het feit dat er hier en daar basale historische kennis wordt verondersteld. Er is zorgvuldig met deze problemen omgesprongen, maar in de aard zijn ze onoplosbaar en ze worden geaccepteerd in ruil voor het inzicht dat met behulp van een multidisciplinaire benadering kan worden verkregen.

In de rest van de inleiding zal allereerst worden ingegaan op het verband tussen de kosten van gezondheidszorg, de inkomensverdeling en de mogelijkheden om de financiële toegankelijkheid voor on- en minvermogenden te vergroten. Deze kennis uit de gezondheidseconomie is het meest relevant voor de studie. De in de volgende paragraaf gepresenteerde begrippen en verbanden zullen dan ook niet alleen worden gebruikt om onderwerp, onderzoekselementen en bronnen af te bakenen, maar tevens om de gehele vraagstelling te preciseren. Daarnaast zal de groepsbenadering uit de politicologie worden behandeld. Hiermee kan een beter inzicht in de aard en de invloed van de verschillende belangengroepen in de gezondheidszorg worden verkregen.

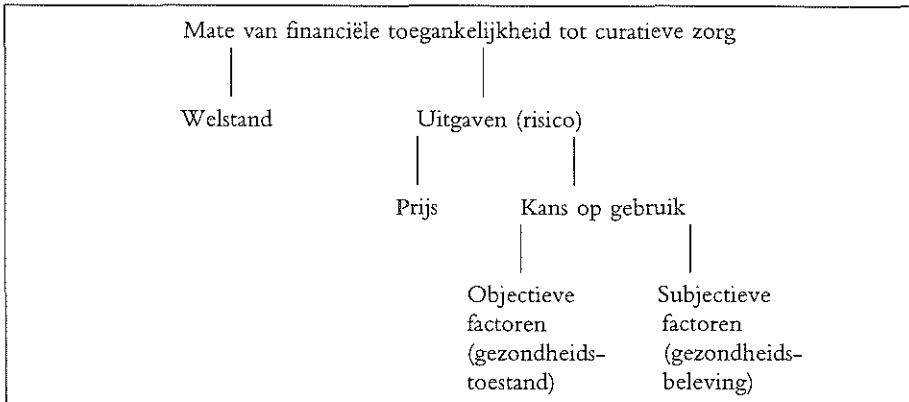
Financiële toegankelijkheid

Individuele financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg is enerzijds afhankelijk van de welstand van het individu of de onderhoudsplichtigen, anderzijds van de uitgaven aan zorg die ten behoeve van dit individu moeten worden gedaan. De uitgaven die naar verwachting in de toekomst zullen worden gedaan, worden hier omschreven als het *risico*. Dit risico wordt weer bepaald door de prijs van de medische diensten en door het beroep dat het individu op de medische voorzieningen zal moeten doen. De kans dat een beroep op de gezondheidszorg moet worden gedaan is tenslotte afhankelijk van objectieve factoren als gezondheidstoestand en leeftijd en van subjectieve factoren als gezondheidsbeleving en de bereidheid tot het inroepen van reguliere medische hulp (figuur 0.1). Wanneer de kosten te hoog zijn om, gezien de welstand van de patiënt of de onderhoudsplichtigen, op ieder moment op te brengen, wordt gesproken van on- of minvermogenheid.

Aan de hand van de factoren die de financiële toegankelijkheid beïnvloeden kan worden beredeneerd op welke wijzen de toegankelijkheid wordt vergroot. De meest voor de hand liggende is een *welvaartsstijging*, zodat een groter risico kan worden gedragen.

Verder kunnen medische diensten, net als ieder ander goed, variëren in prijs en kwaliteit. Het is dus mogelijk dat on- en minvermogenden met minder kwaliteit genoeg nemen, teneinde het risico te beperken en de kosten te kunnen opbrengen.

Figuur 0.1 De factoren die de individuele toegankelijkheid tot de curatieve gezondheidszorg beïnvloeden



Wanneer de kwaliteit van noodzakelijke zorg (hoe dan ook te bepalen) al te zeer uiteen gaat lopen, kan nauwelijks van een oplossing van het geschetste probleem worden gesproken. Treden de kwaliteitsverschillen op in de secundaire dienstverlening, zoals de bejegening van patiënten (klasseverpleging, aparte wachtkamers), dan levert *produktdifferentiatie* wel een bijdrage aan de oplossing van het probleem. Wat wordt ingeleverd aan dienstverlening wordt goedge maakt door de verbeterde toegankelijkheid van de curatieve zorg.

Gegeven een bepaald risico moeten andere oplossingen worden gezocht en deze worden gevonden in de overdracht van een deel van het risico. De eerst aangewezen is de producent van de medische zorg. Het verlenen van medische hulp is nu eenmaal moeilijk te weigeren en na behandeling moet maar worden afgewacht of de patiënt in staat is te betalen. Het risico kan ook over een groep mensen worden verdeeld: *risicospreiding* of *'pooling'*. Is hierbij sprake van een qua verhouding tussen ingebracht risico en financiële bijdrage homogene groep, dan spreken we van zuivere *kanssolidariteit*. Teneinde de homogeniteit van de groep te waarborgen, kan een strikt acceptatiebeleid worden gevoerd of kan worden overgegaan op een risicoafhankelijke financiële bijdrage. In de praktijk zal dit betekenen dat mensen met een hoog risico en/of een laag inkomen niet kunnen deelnemen. On- en minvermogenden behoor den vaak tot beide categorieën.⁸

Biedt kanssolidariteit inderdaad onvoldoende soelaas, dan kan men de toegang van on- en minvermogenden mogelijk maken door vormen van *subsidiërende solidariteit* in te bouwen. In dit geval is de verhouding tussen financiële bijdrage en risico van de deelnemers vanaf het begin niet gelijk. In de praktijk wordt subsidiërende solidariteit vanuit twee verschillende uitgangspunten gerealiseerd. Worden mensen met een hoog risico geaccepteerd zonder dat de financiële bijdrage geheel risicoafhankelijk is, dan is er sprake van solidariteit tussen mensen met een hoog risico (slechte risico's) en mensen met een laag risico (goede risico's). Hierdoor hebben de verschillen in het beroep dat op de gezondheidszorg moet worden gedaan minder effect op de

uitgaven en daarmee op de toegankelijkheid. Het is gebruikelijk om deze variant van subsidiërende solidariteit ietwat onnauwkeurig met *solidariteit tussen gezonden en zieken* aan te duiden. Bij de tweede variant is niet het ingebrachte risico, maar de financiële bijdrage het uitgangspunt. Teneinde de invloed van de welstand op de toegankelijkheid te verminderen, kan men er voor kiezen om de financiële bijdrage inkomensafhankelijk en daarmee minder risicoafhankelijk te maken. In dit geval is er sprake van *inkomenssolidariteit*.⁹

Op vrijwillige basis zal binnen een groep over het algemeen weinig subsidiërende solidariteit worden gerealiseerd, omdat mensen met een hoog inkomen en/of een laag risico niet zonder meer willen bijdragen aan de kosten die voor mensen met een laag inkomen en/of een hoog risico worden gemaakt. Bovendien zijn er vormen van gezondheidszorg, waarvan men niet geneigd is om die in het verstrekkingenpakket van zo'n vrijwillig groepsarrangement op te nemen. Bijvoorbeeld omdat de kosten de draagkracht van de groep te boven gaan, of omdat de kans dat de deelnemers een beroep op deze zorg moeten doen klein wordt geacht. Kortom, om subsidiërende solidariteit te realiseren en daarmee de toegang van on- en minvermogenden tot een aantal vormen van curatieve gezondheidszorg te kunnen garanderen, is regulering van de toegang tot groepsarrangementen en de inhoud van het verstrekkingenpakket van die arrangementen noodzakelijk.¹⁰

Belangen in de gezondheidszorg

De groepsbenadering is een zienswijze uit de politicologie die de aandacht op de grote verscheidenheid van politiek actieve groepen vestigt. Men bestudeert niet alleen de gang van zaken bij regeringsinstellingen, maar een veel breder politiek proces, waarin ook plaats is voor de invloed van belangengroepen.¹¹ Belangengroepen die juist in de gezondheidszorg in heden en verleden zo'n belangrijke rol spelen en speelden. In deze paragraaf zal worden uiteengezet hoe belangengroepen volgens de groepsbenadering politiek functioneren. Vervolgens komen de belangen en belangengroepen die invloed op het stelsel van financiële toegankelijkheid tot curatieve gezondheidszorg uitoefen(d)en aan de orde.

Belangen en belangengroepen

Belang is een subjectief begrip. De onderkenning van een bepaald belang en de omschrijving die vervolgens van het belang wordt gegeven zijn afhankelijk van de positie die ten opzichte van het belang wordt ingenomen en van het doel waarvoor het belang wordt onderkend en omschreven. Een *belangengroep* is een georganiseerde groep, die naar het bevorderen van belangen, zoals vastgesteld door de groep zelf, streeft. Probeert de groep met het oog daarop het overheidsbeleid te beïnvloeden, dan opereert ze tevens als *pressiegroep*.¹²

Het succes van een belangengroep is afhankelijk van de *invloed* die ze kan uitoefenen. Dit betreft natuurlijk in de eerste plaats invloed op door anderen te nemen

besluiten. Het is echter ook mogelijk dat men zich tracht te verzekeren van permanente toegang tot en deelname aan de besluitvorming. Dit kan in de vorm van pleitbezorgers in politieke of bestuurlijke functies, in de vorm van formele of informele consultatie door beleidsbepalende instanties en personen, en uiteindelijk kan men de beschikking krijgen over formele beslissingsbevoegdheden.¹³ Heeft men niet alleen beslissende, maar ook uitvoerende bevoegdheden, dan is er sprake van een zogenaamde dubbelfunctie. In de functie van pressiegroep brengt de belangengroep het belang van een deel van de bevolking onder de aandacht van de overheid. In de functie van uitvoerend orgaan brengt ze, net als ambtelijke organen, het overheidsbeleid naar de burgers.¹⁴

De invloed die belangengroepen kunnen uitoefenen is afhankelijk van het optreden van de belangengroep zelf en van de omgeving waarin ze opereert. De effectiviteit van het optreden van de belangengroep zelf is afhankelijk van de homogeniteit en participatiegraad van de beoogde doelgroep en van interne groepsprocessen. Deze factoren bepalen in hoeverre de leden van een belangengroep kans zien om tot een gezamenlijke probleemperceptie en -definiëring te komen, eisen te formuleren en interne steun te mobiliseren om die eisen kracht bij te zetten.¹⁵

Vervolgens zal men proberen om de samenleving van het bestaan van het probleem te overtuigen en het probleem zodanig gedefinieerd te krijgen, dat daarmee de eigen belangen het beste zijn gediend. Naarmate de formulering van het probleem beter bij bestaande waarden en normen aansluit, is de kans op een voor de belangengroep gunstige probleemdefinitie groter. Wat geldt voor de probleemdefiniëring geldt ook voor de uiteindelijke beslissingen over het al of niet inwilligen van de eisen. De invloed van belangengroepen hierop is afhankelijk van de politieke constellatie en de bestuurlijke structuren waarin men opereert. Deze bepalen de bevattelijkheid van beleidsbepalende instanties en personen voor de eisen van de belangengroep. Tenslotte is het succes van een belangengroep afhankelijk van het succes van concurrerende groepen en van structurele voorwaarden, zoals de economische toestand.¹⁶

Belangen- en pressiegroepen functioneerden overal waar mensen macht uitoefenden, maar het verschijnsel heeft zich de laatste 100 jaar sterk uitgebreid. Dit moet worden toegeschreven aan de toenemende structurele *differentiatie* in de samenleving. Activiteiten die tevoren binnen één en hetzelfde verband plaatsvonden, werden in toenemende mate in afzonderlijke en zelfstandige structuren uitgeoefend; structuren die zich in deze deelactiviteiten specialiseerden. Als resultaat hiervan nam het aantal groepen met specifieke gemeenschappelijke belangen snel toe.¹⁷

Structurele differentiatie doet de behoefte aan *integratie* ontstaan. Er ontstaan structuren die de gespecialiseerde en gedifferentieerde activiteiten op elkaar trachten af te stemmen en proberen de conflicten tussen de groeperingen die de verschillende activiteiten uitvoeren te reguleren. Goede voorbeelden zijn overleg- en adviesorganen, ministeries en natuurlijk de verzuilde structuren.¹⁸ Omdat er sprake is van verschillende integratieniveaus, kan ook hier sprake zijn van dubbelfuncties. Zo vormt het ziekenhuiswezen een belang op zich, hetgeen zich heeft geuit in de oprichting van bijbehorende belangengroepen, maar tegelijkertijd vormt het ziekenhuis de

integreernde structuur voor de activiteiten van artsen, verplegenden en administrateurs. Het succes van de belangengroepen in de gezondheidszorg is een van de factoren die de integratie hebben bemoeilijkt. Het functioneren van ziekenhuizen werd en wordt bemoeilijkt door competentiegeschillen tussen de aldaar werkzame beroepen. De integratie van de ziekenhuissector met andere echelons tot een samenhangend systeem van gezondheidszorg is in alle westerse landen een illusie gebleken. Zeker in Nederland, waar de rijksoverheid, die in principe over de meeste middelen beschikt om conflicten te reguleren, zich lange tijd afzijdig heeft gehouden.¹⁹

Belangen en belangengroepen in de gezondheidszorg

Er worden hier drie *basisbelangen* in de gezondheidszorg onderscheiden: de belangen van producenten, consumenten en intermediairs.²⁰ Deze belangen betwisten elkaar de middelen, hebben verschillende posities binnen het systeem en hebben dientengevolge verschillende opvattingen over de inrichting van de gezondheidszorg.

Aangezien het in deze studie om de toegang tot de reguliere zorg gaat, worden alleen de erkende beroepsbeoefenaars tot de *producenten* gerekend. De medische professies streven naar de produktie van kwalitatief hoogstaande medische voorzieningen enerzijds en maximalisatie van professionele autonomie, prestige en inkomen anderzijds. De artsen zijn daar zowel in de Verenigde Staten als in West-Europa grotendeels in geslaagd en frustreerden daarmee zelfs in meer of mindere mate soortgelijke aspiraties van andere beroepen in de gezondheidszorg. Apothekers zijn afhankelijk van het voorschrijfsgedrag van artsen en de afhankelijkheid van beroepen als verplegende, vroedvrouw en fysiotherapeut gaat zelfs zo ver, dat deze wel als semi-professies of para-professies worden aangeduid.²¹

De *consumenten* in de gezondheidszorg hebben vooral belang bij betaalbaarheid en beschikbaarheid van kwalitatief goede en voor hen relevante medische voorzieningen. De betaalbaarheid is strijdig met de inkomensverlangens van de producenten. Verder beoordelen consumenten en producenten kwaliteit verschillend en hetgeen relevant is voor consumenten heeft niet altijd de voorkeur van de producenten; denk aan de discussies over de top-klinische zorg.²²

De *intermediairs* tenslotte zijn te vinden in de organisaties die zich op een of andere manier tussen producent en consument nestelen: bij verzekeraars, in de ziekenhuizen, de openbare gezondheidszorginstellingen enz. Zij kunnen dichter bij de ene dan bij de andere groep staan. Bovendien ontwikkelen ze eigen belangen en visies. Ze hebben een deel van de beschikbare middelen nodig voor hun administratieve organisaties en leggen meer nadruk op de noodzaak van integratie in de gezondheidszorg.²³ Integratie kan de organisatie van de gezondheidszorg stroomlijnen en de toegankelijkheid vergemakkelijken, maar systematisering, standaardisering en bureaucratisering gaan ten koste van de professionele autonomie en kunnen het zicht op de behoeften van de cliënten verminderen.

De invloed die deze belangen op het gezondheidszorgbeleid kunnen uitoefenen loopt zeer uiteen. In de eerste plaats is geen van de drie belangen homogeen, maar de mate

van heterogeniteit verschilt en dit uit zich in verschillende organisatiegraden. Zelfs het best georganiseerde belang, de artsen, kennen enkele scherpe interne tegenstellingen, zoals de klassieke controverse tussen huisartsen en specialisten. In de meeste landen bestaat dan ook een aantal verschillende artsenverenigingen. Over het algemeen is er echter wel sprake van één overheersende organisatie die de verschillende deelorganisaties overkoepelt of onafhankelijke organisaties overvleugelt. De intermediairs vormen een heteroog gezelschap en organiseren zich in meerdere specifieke belangengroepen, zoals verenigingen van ziekenhuisdirecteuren, administrateurs, ziekenfondsen e.d. De consumenten zijn in te delen in zij die consumeren (patiënten) en zij die gaan consumeren (de rest van de bevolking). De opvattingen over relevantie, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg lopen sterk uiteen en waar mensen ook nog verschillen in risico en financiële draagkracht kan niet van een algemeen consumentenbelang worden gesproken. De enige serieuze belangengroepen van consumenten zijn de patiëntenverenigingen, maar deze vormen een recent verschijnsel en vertonen desondanks een enorme verscheidenheid.²⁴ Voor zover er overkoepelende organisaties bestaan zijn ze ondergeschikt aan de deelorganisaties en kunnen maar weinig tegenwicht bieden tegen de dominante artsenorganisatie. De consumenten in de gezondheidszorg zijn voor hun belangenbehartiging dan ook sterk afhankelijk van derden.

Dit brengt ons op het tweede punt. Het beleid in de gezondheidszorg wordt niet alleen op basis van de visies van de direct belanghebbenden geformuleerd en uitgevoerd, maar ook op basis van visies die verder strekken dan de gezondheidszorg alleen. Met name het algemene sociaal-economische beleid is van grote invloed en wordt mede bepaald door *externe belangengroepen*, zoals werkgevers en de vakbeweging.²⁵

Het blijkt dan ook niet gemakkelijk om de basisbelangen aan specifieke beleidsbepalende organisaties of beleidsdoelstellingen te koppelen. Het beleid in de gezondheidszorg wordt op drie niveaus bepaald: in het woud van belangengroepen, in de integrerende structuren en in de politieke arena. De belangengroepen representeren de *interne belangen* binnen de gezondheidszorg en zijn dan ook makkelijk te plaatsen. Te denken valt aan de artsenorganisaties, verenigingen van ziekenhuisdirecteuren en de moderne patiëntenorganisaties.

De integrerende structuren en de politieke arena zijn de plaatsen waar de interne en de externe belangen samenkomen en waar het gezondheidszorgbeleid in meeromvattende beleidskaders wordt ingepast. Op basis van een studie naar twintig jaren pogingen om de gezondheidszorg van New York te hervormen, onderscheidt Alford een drietal telkens terugkerende politieke *issues* in het gezondheidszorgbeleid, die in meer of mindere mate bij één van de basisbelangen uit de gezondheidszorg aansluiten.²⁶ De aansluiting is groter naarmate het belang zelf meer invloed kan uitoefenen en de inhoud van een issue minder door derden wordt bepaald. De invloed van artsen is dermate groot, dat hun professionele belangen en de daarop gebaseerde eisen een issue op zich vormen. De andere twee issues zijn veel losser aan de hier onderscheiden belangen verbonden. De rationalisering van de gezondheidszorg met het

oog op efficiency en kosten-effectiviteit sluit aan bij het voornaamste gemeenschappelijke kenmerk van de intermediairs: de integrerende functies die ze vervullen en waaraan ze hun bestaansrecht ontleen. Het consumentenbelang is terug te vinden in de aandacht voor de zorg aan bepaalde patiëntencategorieën (tuberculose- en tegenwoordig AIDS-patiënten) en vooral in het vraagstuk van de financiële toegankelijkheid tot kwalitatief goede gezondheidszorg van slechte risico's en mensen met een laag inkomen.

Vraagstelling en opzet van dit boek

Het doel van dit onderzoek is de beschrijving en verklaring van het systeem van financiële toegankelijkheid voor on- en minvermogenden tot de curatieve gezondheidszorg, zoals dat rond 1930 in Nederland functioneerde (systeem 1930). Deze combinatie van openbaar gefinancierde zorg en vrijwillige verzekeringen had haar wortels ten dele in de negentiende eeuw, maar kwam grotendeels in de eerste drie decennia van deze eeuw tot stand.

Als gevolg van de integrale benadering van het systeem zijn zowel het onderwerp als de vraagstelling zeer breed. Het onderwerp is hanteerbaar gemaakt met behulp van enkele inzichten betreffende de financiële toegankelijkheid uit de gezondheids-economie en de groepsbenadering uit de politicologie. Bovendien werden de economische inzichten gebruikt om de vraagstelling nauwkeuriger te formuleren.

Bij de beschrijving van het systeem gaat het in feite om een beschrijving van de organisatievormen medische armenzorg, ziekenfondswezen en de verenigingen voor ziekenhuisverpleging, en de onderlinge verhoudingen daartussen. Vragen die hierbij worden gesteld zijn: welk deel van de bevolking werd door de betreffende organisatievorm bediend, welke verstrekkingen werden aangeboden, in hoeverre was hierbij sprake van produktdifferentiatie, kanssolidariteit, solidariteit tussen gezonden en zieken en inkomenssolidariteit, en wat waren de verhoudingen tussen aanbieders, patiënten en intermediairs? Hierdoor kan uiteindelijk een antwoord worden geformuleerd op de kernvragen: wie liep het risico dat on- en minvermogenden zelf niet konden dragen en op welke wijze werd de noodzakelijke subsidiërende solidariteit gerealiseerd? Bij de verklaring gaat het om de effecten van de algemene sociaal-economische ontwikkelingen, de gevoerde sociale politiek, de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in het algemeen en de invloed van de aldaar functionerende belangengroepen in het bijzonder.

De omvang van het risico dat on- en minvermogenden zelf niet konden dragen was afhankelijk van de kosten van de gezondheidszorg en van de inkomensverdeling. Het deel van het risico dat door intermediairs werd overgenomen was in eerste instantie afhankelijk van de aard en de kosten van de zorg waartoe on- en minvermogenden uit sociaal-politiek oogpunt toegang moesten krijgen. De ontwikkelingen in de sociale

politiek tussen 1850 en 1940 en de effecten op het systeem van financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg zullen in hoofdstuk één aan de orde komen.

De kostenstijging zal bij de bespreking van het functioneren van de gezondheidszorg tussen 1850 en 1920 in hoofdstuk twee worden behandeld. Bovendien zal dan aandacht worden besteed aan de organisatie en invloed van de verschillende belangengroepen op het systeem van financiële toegankelijkheid. De nadruk zal hierbij op de invloed van het geneeskundig beroep liggen. Dit speelde van oudsher een centrale rol bij de toegankelijkheid van on- en minvermogenden en geneeskundigen en apothekers waren lange tijd de enige belangengroepen in de gezondheidszorg die over een effectieve nationale organisatie beschikten. Tot het einde van de in hoofdstuk twee behandelde periode werd de invloed van de aanbieders van zorg op het nationale beleid dan ook vooral bepaald door de effectiviteit van de medische belangengroepen en de gevoeligheid van de overheid voor hun eisen. Pas rond de Eerste Wereldoorlog werd het voorbeeld van de medische beroepen aarzelend door andere interne belanghebbenden gevolgd en toonden externe belanghebbenden serieuze aandacht voor de gezondheidszorg, met name de vakbeweging.

Dit wil niet zeggen, dat andere belanghebbenden in het geheel geen invloed uitoefenden. De Nederlandse sociale zorg in het algemeen en het systeem van financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in het bijzonder werden gekenmerkt door grote lokale autonomie en daarmee door grote lokale verschillen. De twee inleidende hoofdstukken zullen dan ook worden gevolgd door enkele lokale studies. Pas op lokaal niveau kan een beschrijving van het functioneren van het feitelijke, gedecentraliseerde systeem worden gegeven en komt de invloed van belangrijke groepen, zoals lokale overheden, lokale instellingen en afdelingen van allerlei nationale verbanden, aan het licht. Bovendien bieden lokale studies door onderlinge vergelijking de mogelijkheid om het inzicht in de werking en het belang van de verklarende factoren te verdiepen.

In hoofdstuk zeven zal uiteindelijk op basis van de lokale studies en aanvullende informatie over het nationale niveau uit het Interbellum het systeem 1930 en de invloed van de gevoerde sociale politiek en de verschillende belangengroepen worden beschreven. In hoofdstuk acht worden tenslotte de conclusies getrokken omtrent de verdeling van het risico en de realisatie van de noodzakelijke subsidiërende solidariteit.

I. Sociale zorg in Nederland, 1850-1940

Naar een samenhangend stelsel van sociale zorg: armenzorg en sociale verzekeringen

Het beschikbaar stellen van medische hulp aan mensen die dat zelf niet kunnen betalen is evenzeer sociale zorg als het verstrekken van voedsel en kleding, en is daarom object van sociale politiek. Kernvraag van de studie van de sociale politiek is waarom mensen bereid zijn tot het verlenen van sociale zorg. Het gaat dan niet zozeer om de verklaring van het verschijnsel als zodanig. Dat kan aan de menselijke natuur worden toegeschreven. Het gaat in de eerste plaats om de verklaring van de ontwikkelingen in het bereik en de inhoud van de zorg. Met het bereik wordt bedoeld het aantal mensen dat aanspraak op de zorg kon maken, met de inhoud vooral de aard en de omvang van de zorg. In de tweede plaats gaat het om de praktische uitwerking van een systeem van sociale zorg, om regulering, financiering en uitvoering. Beide vragen samengevoegd: wie reguleert, financiert en voert wat (inhoud) ten behoeve van wie (bereik) uit.

In dit hoofdstuk zullen aan de hand van deze aspecten de ontwikkeling van het stelsel van sociale zorg in Nederland en de invloed hiervan op het systeem van financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg worden beschreven. De modernisering van de armenzorg, de opkomst van sociale verzekeringen en de afstemming van armenzorg en sociale verzekeringen resulteerden in een min of meer coherent systeem van sociale zorg. Aan de hand van de motieven voor het verlenen van sociale zorg zal het ontstaan van dit gecombineerde stelsel inzichtelijk worden gemaakt. Vervolgens zullen de groei en uitbouw van dit stelsel worden besproken.

Motieven voor sociale zorg

In de negentiende eeuw was met enige regelmaat kritiek op het functioneren van de armenzorg te beluisteren. De opvattingen van de critici kenden twee vaste elementen. Enerzijds werden de oorzaken van werkloosheid en armoede vooral in de luiheid en andere tekortkomingen van de armen zelf gezocht. Anderzijds werd de armbesturen verweten, dat hun royale en kritiekloos toegekende bedeling de armen in hun gedrag stijfde en daarmee de armoede bestendigde. De kritiek en de maatregelen die men voorstelde waren varianten op opvattingen en technieken die in grote lijnen al sinds de zestiende eeuw waren ontwikkeld, overal waar het handelskapitalisme de rol van vrije loonafhankelijke arbeid vergrootte. De nieuwe armenzorg koppelde inperking van het aantal bedelden tot de 'deserving poor' (huiszittende armen) aan verbetering van de armenzorg door gerichte en geregelde bedeling en door verpleging van chronisch zieken, bejaarden en kinderen in gespecialiseerde instellingen. Valide armen moesten van bedeling worden uitgesloten en hooguit door middel van werkverschaffing worden gesteund. Dit was alleen mogelijk door de armen te categoriseren, door nauwkeurig onderzoek bij aanvraag om onderstand,

door de armen na toekenning van hulp onder permanent toezicht te plaatsen en door samenwerking tussen de verschillende armbesturen.¹

Er was sprake van een structurele verandering in de opvattingen over armoede, de armen en een juiste armenzorg. De intensiteit van de kritiek op de armenzorg en de toepassing van de voorgestelde maatregelen waren echter aan een duidelijke conjunctuur onderhevig.² Bovendien werd de kritiek vooral door een betrekkelijk kleine intellectuele elite geformuleerd. Het ging om een theoretische constructie die maar ten dele bij de werkelijkheid aansloot. Enerzijds werd in de praktijk niet zo kritiekloos bedeed als de critici suggereerden. Anderzijds stuitte de uitvoering van de plannen op praktische bezwaren, zoals de massaliteit van de armoede, het gebrek aan middelen en mankracht en de opvattingen van de feitelijke armbestuurders. Wanneer het al tot uitvoering van de voorgestelde maatregelen kwam, gebeurde dit naar behoefte en mogelijkheden en met duidelijke accentverschillen over plaats en tijd. Het is duidelijk, dat er verschillende motieven aan het werk waren, welke?

De speurtocht naar de motieven voor veranderingen in de sociale zorg blijkt een belangrijk onderwerp voor diegenen die op de grens van geschiedenis en sociale wetenschappen opereren. Een historisch georiënteerde sociaal wetenschapper als De Swaan heeft op basis van een uitgebreid literatuuronderzoek het aantal motieven tot twee teruggebracht: armen zijn potentieel nuttig en potentieel gevaarlijk.³ Sociale politiek dient om het nut te exploiteren en het gevaar te bezweren. Theoretisch georiënteerde historici als Lis, Soly en Van Damme staan dichter bij de empirie en hebben het belangrijkste concrete nutsmotief, het *arbeidsmarktmotief*, uitgewerkt.⁴ De sociale politiek dient in deze visie in de eerste plaats het functioneren van de arbeidsmarkt. Sociale zorg houdt tijdens crisisperiodes de produktiefactor arbeid in stand. Hierbij dient te worden voorkomen, dat de bodem die sociale zorg in het inkomen van arbeiders legt een opwaartse druk op het loonpeil heeft of de bereidwilligheid om aan het werk te gaan vermindert. Daarom moeten de uitkeringen niet hoger en het bereik van de zorg niet groter zijn dan strikt noodzakelijk is voor de instandhouding van een arbeidsreserve.

Dit dilemma biedt een theoretische verklaring voor de negentiende-eeuwse variaties in de kritiek op de sociale zorg. In perioden van stagnatie en werkloosheid was een systeem van ongecontroleerde bedeling met lage bedragen het meest functioneel. De scherpe competitie om het schaarse werk hield de lonen vanzelf laag en de lage uitkeringen vormden een aanvulling op de lage lonen en hielden daarmee een arbeidsreserve in stand.⁵ Bij economische groei en relatieve schaarste op de arbeidsmarkt was het gevaar van loonopdrijving wel aanwezig. Met behulp van strengere controle en rationalisering van de bedeling wenste men valide arbeiders van bedeling uit te sluiten om zodoende het aanbod op de arbeidsmarkt te vergroten.⁶

De industrialisatie, met haar scherpe conjuncturele schommelingen, grote loonafhankelijkheid en vraag naar geschoolde en gezonde arbeiders, compliceerde het dilemma. Armenzorg kon wel een lompenproletariaat in leven houden, maar bleek ondanks modernisering niet in staat om een leger werkloze industriearbeiders tijdens

een moderne economische crisis lichamelijk en mentaal op peil te houden. Deze ontwikkeling was verantwoordelijk voor de verdergaande differentiatie die men in de loop van de negentiende en twintigste eeuw in de lagere standen aanbracht. Het ging niet alleen meer om het onderscheid tussen diegenen die wel en diegenen die niet aan de arbeidsmarkt deel konden nemen (bejaarden, chronisch zieken en kinderen). Diegenen die wel aan de arbeidsmarkt konden deelnemen werden verder ingedeeld naar hun waarde voor de arbeidsmarkt. Met name maakte men onderscheid tussen ongeschoolde arbeiders met onregelmatig en slecht betaald werk enerzijds, en de geschoolde arbeiders die normaliter regelmatig en beter betaald werk hadden anderzijds. Voor de laatste groep propageerde men in eerste instantie het sparen en de vrijwillige verzekering; grotere industriële ondernemingen zetten hun eigen voorzieningen op en uiteindelijk organiseerde men dwingende nationale sociale verzekeringen. De verzekeringen hadden als bijkomende voordelen, dat de arbeiders een groter deel van de kosten van hun sociale zorg zelf betaalden en hen aan – in de industriële samenleving zo noodzakelijke – regelmatige arbeid bonden.

Het arbeidsmarkt-motief biedt een verklaring voor de variaties in de negentiende-eeuwse opvattingen over armenzorg, maar is niet afdoende. Het motief kan niet verklaren waarom de discussie over veranderingen in de armenzorg juist in perioden van toenemende armoede haar hoogtepunten bereikte. In Nederland gebeurde dat met name rond 1850 en opnieuw in de jaren tachtig van de vorige eeuw. Deze discussies moeten dan ook aan een ander motief worden toegeschreven en wel de angst van meergegoeden voor het groeiende leger armen. Dit *motief van sociale beheersing* was van cruciaal belang, omdat het in staat was financiële en politieke steun van de burgerij voor daadwerkelijke invoering van innovaties in de armenzorg te mobiliseren en armbesturen tot daden aan te zetten.

Dit mechanisme trad duidelijk in werking, toen tegen het einde van de negentiende eeuw de industrialisatie in Nederland in alle ernst doorzette. In zijn artikel over de ontwikkeling van de ideeën en activiteiten van de liberale intellectuele en economische elite, plaatst De Vrankrijker de hernieuwde aandacht voor de armenzorg al in de jaren zeventig, veroorzaakt door de economische veranderingen in sommige delen van het land en socialistische agitatie in het buitenland.⁷ Een kleine groep 'moderne armverzorger' ontwierp op basis van de aloude technieken een verfijnd stelsel van differentiatie, controle, begeleiding en documentatie. Aangezien de burgerlijke en kerkelijke armbesturen aanvankelijk geen aanstalten maakten om de plannen uit te voeren, richtte deze groep particuliere verenigingen voor armenzorg op, met de bedoeling in de praktijk aan te tonen, dat het systeem werkte.

De bezorgdheid over het functioneren van de armenzorg drong pas ten tijde van de crisis van de jaren tachtig in bredere kring door. De heftige sociale onrust die de crisis begeleidde, maakte een groter deel van de burgerij bevattelijk voor nieuwe opvattingen over de oorzaken van armoede en de te nemen maatregelen. In de volgende decennia zou de modernisering van de armenzorg doorzetten, zij het slechts ten dele volgens de schema's van de moderne armverzorger. Dit werd niet alleen veroorzaakt door praktische problemen en verschil van inzicht tussen elites. De

modernisering van economie en maatschappij compliceerde het vraagstuk op een manier die men niet had kunnen voorzien. De grootschalige recrutering van industriearbeiders en de schaal van de migratiestromen die op gang kwamen, stelden de sociale zorg voor nieuwe problemen. Bovendien zouden steeds meer groepen aan het besluitvormingsproces deel gaan nemen. De structurele differentiatie in de samenleving leidde tot nieuwe belangen- en pressiegroepen, zoals de grote industriële werkgevers en de vakbonden.

Het optreden van de georganiseerde arbeiders in vakbonden en revolutionaire partijen werd, na pogingen tot repressie, beantwoord met pogingen om de nieuwe organisaties in de kapitalistische samenleving te incorporeren. De belangrijkste middelen waren uitbreiding van het kiesrecht en sociale maatregelen, zoals de organisatie van verplichte sociale verzekeringen en verbetering van de armenzorg. De arbeidersbeweging liet zich inderdaad incorporeren. De doelgroep van sociale zorg heeft de sociaal-politieke maatregelen nooit passief ondergaan. Sommige maatregelen pasten in de overlevingsstrategieën van armen of sloten aan bij aspiraties die bij de arbeiders zelf leefden.⁸ Zo konden de beter gesitueerde arbeiders de organisatorische en vooral financiële steun bij de oprichting en het voortbestaan van onderlinge verzekeringen wel waarderen. Lotsverbetering binnen de bestaande samenleving sloot beter aan bij de dagelijkse behoeften van veel arbeiders dan de droom van de socialistische heilstaat. Het motief van sociale beheersing door elites kent dus zijn complement in het *motief van sociale emancipatie* door de doelgroep. Het compromis tussen beide motieven kan het *motief van sociale rechtvaardigheid* worden genoemd.⁹ Een bruikbaar begrip, mits men zich realiseert dat het niet om een rigide criterium gaat. De invulling van sociale rechtvaardigheid is afhankelijk van de machtsbalans tussen de verschillende lagen van de samenleving en dus even veranderlijk als de consequenties van het arbeidsmarkt-motief.

Schuyt omschrijft het resultaat van het arbeidsmarkt-motief en het motief van sociale rechtvaardigheid als een compromis tussen een liberaal en een socialistisch waardenstelsel.¹⁰ Inderdaad hebben de confessionelen weinig aan de motieven toegevoegd. Sociale zorg was voor hen weliswaar een middel om arbeiders aan kerk en zuilen te binden, maar die verzuiling was eveneens in de eerste plaats een reactie op de uitdaging van de arbeidersbeweging. Deze reactie dankte haar specifieke karakter aan de antithese en de tegenstelling tussen hervormden, gereformeerden en katholieken, maar dat zou vooral van invloed op de invulling van het stelsel van sociale zorg zijn, niet op de grondslagen.¹¹

Het gecombineerde systeem van armenzorg en sociale verzekeringen was de sociaal-politieke reactie op de economische ontwikkeling en de maatschappelijke modernisering die daarmee gepaard ging. Zowel het arbeidsmarkt-motief als de motieven van sociale beheersing en sociale emancipatie vroegen om modernisering van de armenzorg en om afzonderlijke regelingen voor de valide arbeider. Bovendien maakte de economische groei de regelingen ook financieel mogelijk. Meer geld betekende niet alleen hogere uitkeringen en betere zorg, het maakte ook de inzet van professionele krachten in de sociale zorg mogelijk en bood daarmee een oplossing

voor het eeuwige gebrek aan vrijwilligers. Van dit laatste motief, het *financiële motief*, werd en wordt veel misbruik gemaakt teneinde andere motieven te camoufleren. De beperkingen die de schaarse middelen aan de mogelijkheden voor een stelsel van sociale zorg opleggen zijn echter onmiskenbaar. Schommelingen in de verhouding tussen beschikbare financiën en het gebruik dat van de voorzieningen wordt gemaakt, vormen in de praktijk dan ook zeer effectieve aansporingen tot aanpassing van een stelsel van sociale zorg.

De verklaring die de motieven voor het gecombineerde systeem van armenzorg en sociale verzekeringen bieden, gaat ook op voor het gecombineerde stelsel van medische armenzorg en ziektekostenverzekeringen. Bovendien valt uit de motieven te verklaren waarom aan de curatieve zorg zoveel meer belang werd gehecht dan bijvoorbeeld aan de verpleging van chronisch zieken en ouderen, mensen die weinig economisch nut en nog minder gevaar vertegenwoordigden en wier verpleging bijzonder kostbaar was.

Zolang de arbeidsmarkt niet meer dan de instandhouding van een lomp proletariaat vergde en zolang dat proletariaat geen politieke vuist kon maken, werd de bevordering van de gezondheidstoestand van arbeiders vooral ingegeven door de angst voor epidemieën. De autoriteiten beperkten zich tot maatregelen op het gebied van de openbare hygiëne en de organisatie van een simpele medische armenzorg, gekenmerkt door een zeer beperkt verstrekkingenpakket en toegankelijk voor vrijwel de gehele arbeidersbevolking. Alleen daar waar grotere groepen geschoolde arbeiders aanwezig waren, en dat betraf de grote steden en kleinere industriesteden, kwam de ziekenfondsverzekering tot ontwikkeling. In dergelijke steden richtten de arbeiders onderlinge ziekenfondsen op en konden mensen niet alleen uit financiële, maar ook uit arbeidsmarktpolitieke overwegingen van medische armenzorg worden uitgesloten en naar de ziekenfondsen gestuurd. Indien de ziekenfondsen ontbraken, onvoldoende zorg verzekerden of een al te stringent acceptatiebeleid voerden, stimuleerden de autoriteiten de groei en aanpassing van het ziekenfondswezen. Indien dit geen of onvoldoende succes had, was het ook mogelijk om de openbare of particuliere medische armenzorg aan te passen, zodat deze beter aansloot bij de eisen die de arbeidsmarkt stelde of bij de veranderende opvattingen over sociale rechtvaardigheid. Een goed voorbeeld waren de ziekenhuizen in industriesteden, die relatief vroeg de nadruk op de curatie van arbeiders legden in plaats van op de verpleging van onvermogenen.¹²

Het ziekenfondswezen en de verbetering van de medische armenzorg kregen pas een ruimere verspreiding toen de moderne samenleving in redelijke gezondheid verkerende arbeiders eiste en de toegang tot een goede gezondheidszorg een belangrijke eis van de arbeidersbeweging werd. Hierdoor werd de gezondheid van tenminste een deel van de arbeidersklasse en daarmee het probleem van de financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg een veel belangwekkender issue dan voorheen. Gezien de beperkingen van de vrijwillige verzekering en van een versnipperde armenzorg, resulteerde dit in de meeste westerse landen rond de eeuwwisseling in een stringente-

re regulering van bereik en inhoud van de door het ziekenfondswezen en de medische armenzorg verleende zorg en uiteindelijk in een wettelijk verplichte ziekenfondsverzekering voor loontrekkenden.¹³ Het bereik en de inhoud van de wettelijk voorgeschreven zorg verschilden van land tot land, evenals de wijze van financiering en uitvoering en de effectiviteit van de genomen maatregelen. Nergens was de wettelijke regulering echter zo beperkt als in Nederland. Ook hier kwam tegen het einde van de negentiende eeuw het proces van verbetering van de medische armenzorg, uitsluiting van minvermogenden uit de medische armenzorg en de groei van het ziekenfondswezen op gang. Het lag in de lijn der verwachting dat zich rond de eeuwwisseling de overgang van de vrijwillige naar de verplichte ziekenfondsverzekering voor loontrekkenden zou voltrekken en dat zowel het ziekenfondswezen als de medische armenzorg aan stringenter wettelijke regels zouden worden onderworpen. Dat gebeurde echter niet.

Modernisering van de armenzorg in Nederland

In 1848 was Nederland, bijna bij toeval, aan een nieuwe liberale Grondwet gekomen. Bijna bij toeval, omdat er in feite sprake was van ernstige verdeeldheid in de Nederlandse politiek. De liberalen hadden gebruik gemaakt van de verwarring die in 1848 heerste, maar de volgende twintig jaren werd de politiek door een voortdurende strijd tussen liberalen en conservatieven gekenmerkt. Confessionele politiek was meestal ondergeschikt aan de tegenstelling liberaal/conservatief. De liberaal-katholieke coalitie werd slechts bij uitzondering doorbroken. De totstandkoming van de Armenwet (1854) vormde zo een uitzondering.¹⁴

De Armenwet werd doelwit van een coalitie tussen kerkelijke actie en conservatieve reactie en luidde dan ook geheel anders dan Thorbecke zich had voorgesteld. In zijn Grondwet stond, dat armenzorg een voorwerp van aanhoudende zorg van de regering was en bij wet moest worden geregeld. In zijn voorstellen voor een Armenwet verwoordde Thorbecke duidelijk de opvattingen van diegenen die meenden, dat de particuliere en kerkelijke armenzorg ernstig tekortschoten. Aan de kerkelijke instellingen wilde hij wel toestaan hun verarmde geloofsgenoten te onderhouden, maar volgens de voorschriften en onder toezicht van de wetgever.¹⁵ Hiermee zijn de belangrijkste strijdpunten rond de totstandkoming van een Armenwet aangegeven: had de overheid een taak in de armenzorg en mocht de overheid kerkelijke en particuliere instellingen controleren?¹⁶

Thorbecke's voorstellen waren kansloos. Zijn kabinet struikelde in 1853 over de Aprilbeweging en nog datzelfde jaar kwam het conservatief getinte kabinet-Van Hall met een nieuw voorstel voor een Armenwet. In de Memorie van Toelichting werd het recht op onderstand ontkend. De ondersteuning van behoeftigen was een zedelijke, geen burgerlijke plicht. Volgens het wetsontwerp hadden kerkelijke en particuliere instellingen voorrang boven de openbare armenzorg. Openbare armenzorg werd uitgevoerd door gemeenten en vooral door burgerlijke instellingen, die in

theorie onafhankelijk opereerden, maar in de praktijk onder toezicht van de gemeentelijke overheid stonden en ook afhankelijk van gemeentelijke subsidies waren. De burgerlijke instellingen bleven volgens de wet wel bestaan, maar zouden alleen onderstand mogen verschaffen aan wie geen hulp kreeg van kerkelijke of particuliere instellingen van weldadigheid en bij volstrekte onvermijdelijkheid. De overheid had dus een beperkte taak in de armenzorg, die overigens geheel volgens de lijnen van Thorbecke aan de gemeenten werd gedelegeerd, maar kon particuliere en kerkelijke instellingen niets opleggen. Het ontwerp ging de groep gereformeerden rond Groen van Prinsterer nog veel te ver. Groen wilde de burgerlijke ambesturen op termijn geheel afschaffen. Met steun van de katholieke kamerleden werd het voorstel echter tot wet verheven. In katholieke kring was men gelukkig met het primaat van de kerkelijke armenzorg en wenste men handhaving van de burgerlijke instellingen; bij wijze van vangnet, indien de kerkelijke instellingen niet over voldoende middelen zouden beschikken.¹⁷

Het effect van de Armenwet op de medische verzorging van on- en minvermogenden was vrijwel nihil. Enerzijds schreef de wet de ambesturen niets voor, zodat wijzigingen in de aard of het bereik van de medische zorg niet konden worden afgedwongen. Anderzijds gaf de wet weliswaar voorrang aan de kerkelijke armenzorg, maar dat leidde er niet toe, dat de medische armenzorg aan de kerkelijke en particuliere ambesturen werd overgelaten. In de eerste plaats bleken de pogingen om de armenzorg van de burgerlijke naar de kerkelijke ambesturen over te hevelen over het algemeen niet erg succesvol. Integendeel, naarmate de negentiende eeuw vorderde nam de overheid een steeds groter deel van de bedeelden en de kosten voor haar rekening. De kerkelijke armenzorg kon de stijging van de kosten niet aan en kon of wilde de veranderingen die de maatschappelijke modernisering aan de armenzorg oplegde niet bijbenen. In de praktijk ontstond een taakverdeling tussen particuliere, kerkelijke en burgerlijke instellingen. Vastbedeelden die lid waren van een kerkgenootschap en zich bovendien waardig gedroegen werden door het betreffende kerkelijk ambestuur bedeeld. De veel grotere groep van losse arbeiders en paupers was op de burgerlijke armenzorg aangewezen.¹⁸

De medische armenzorg werd bovendien veel sneller naar de gemeentelijke overheden overgeheveld dan de andere vormen van armenzorg. Zoals in hoofdstuk twee nader uiteen zal worden gezet, was dit proces al in de jaren veertig ingezet en rond 1880 stootten de hervormde diaconieën uit enkele grote steden de medische armenzorg geheel af. Een voorbeeld dat al snel door de kerkelijke ambesturen van andere signatuur en door kerkelijke ambesturen uit kleinere gemeenten werd gevolgd.¹⁹ Zelfs in die gemeenten waar de overheid zich wél uit de bedeling had teruggetrokken.²⁰ Deze ogenschijnlijke tegenstrijdigheid was het resultaat van het feit, dat juist in deze gemeenten de kerkelijke armenzorg tijdens de crisis van de jaren tachtig het snelst in financiële problemen kwam. Bovendien namen de kerkelijke autoriteiten in deze jaren meer verantwoordelijkheden op zich, met name voor het bijzonder onderwijs. Men moest kiezen en men koos er voor om de relatief kostbare en lastig te organiseren medische zorg aan de gemeentelijke overheden over te doen.

Dat was mogelijk, omdat gemeenten ook bereid waren de medische zorg over te nemen. Het bereik van de medische armenzorg was altijd al veel groter geweest dan dat van de bedeling. Allerlei mensen die nog wel in staat waren om in hun dagelijks levensonderhoud te voorzien, of althans niet voor bedeling in aanmerking kwamen, waren niet in staat om onverwachte kosten, zoals medische hulp, op te brengen. Bovendien was medische hulp moeilijker te weigeren dan bedeling. Het ging vaak om een acute hulpvraag en bovendien had een onafhankelijk deskundige, de geneesheer, daar een mening over. Kortom, de groep geneeskundig bedeeden was veel groter dan de groep gewoon bedeeden en bestond grotendeels uit mensen die volgens de taakverdeling tussen kerkelijke en burgerlijke armenzorg onder de verantwoordelijkheid van de laatste vielen. Toen de kerkelijke ambesturen te kennen gaven hun medische diensten op te willen heffen, kon de relatief kleine groep kerkelijk bedeeden er ook nog wel bij. Aan de vooravond van de opkomst van het modern particulier initiatief in de gezondheidszorg was de verstrekking van medische zorg aan onvermogens een algemeen aanvaarde specifieke taak van de gemeentelijke overheid.

Na de malaise van de jaren tachtig zette de industrialisatie en daarmee de economische en maatschappelijke modernisering eindelijk in hoog tempo door. Zowel crisis als industrialisatie leidde tot migratie uit economisch zwakke gebieden, met name het platteland, naar de nieuwe industriële kernen. De groei van de steden hield aanvankelijk geen gelijke tred met de uitbreiding van de stedelijke bevolking. Het tekort aan woningen en andere voorzieningen leidde tot zeer slechte woon- en hygiënische omstandigheden. De toevloed van mensen stelde de burgerlijke ambesturen voor soortgelijke capaciteitsproblemen, vooral ten tijde van de kleinere en grotere conjunctuurschommelingen, die zo kenmerkend zijn voor de industriële economie. Tegelijkertijd moest men een antwoord formuleren op de problemen met betrekking tot de recrutering van industriearbeiders en de uitdagingen van de groeiende arbeidersbeweging.

Het hervormingsschema voor de sociale zorg werd opnieuw bijgesteld. De moderne armverzorgers legden nu de nadruk op de verheffing van armen uit hun toestand en op voorkoming van armoede door sociale voorzorg. Een oude dichotomie werd in een nieuw jasje gestoken. Men maakte onderscheid tussen diegenen die nog wel verhefbaar waren en diegenen die dat niet meer waren, zoals chronisch zieken en bejaarden. De technieken die men voor de verheffing en de sociale voorzorg wilde hanteren waren evenmin erg nieuw. Hooguit legde men wat meer de nadruk op individualisering. Van ieder geval moest op zich worden bekeken wat de oorzaken van de armoede waren en welke maatregelen de meeste kans op succesvolle verheffing boden. De sociale verzekering was een belangrijk instrument ter verheffing van de arme en vooral ter voorkoming van armoede. Van groter belang was het feit, dat gemeenten en burgerlijke ambesturen door de capaciteitsproblemen waar ze mee kampten meer dan voorheen bereid bleken een aantal maatregelen door te voeren. Onder die omstandigheden boden ideeën voortkomend uit de denktanks

van de moderne armverzorgers houvast. In de praktijk stuitte men hierbij op de beperkingen die de Armenwet de openbare armenzorg formeel oplegde. De overheid mocht pas helpen, wanneer hulp van het particulier initiatief uitbleef en bijvoorbeeld geen aanvullende steun op te lage uitkeringen geven, zogenaamde dubbele bedeling. Burgerlijke instellingen hielpen de armen dan ook vaak zeer onvoldoende en pas wanneer deze helemaal niets meer bezaten. Dit betekende dat arbeiders die werkloos of ziek werden, het risico liepen tot de klasse der paupers af te dalen. Tenslotte betekende de beperkte rol van de overheid, dat er onvoldoende personeel was om de zeer arbeidsintensieve moderne armenzorg, met zijn controle en begeleiding, goed uit te voeren. Waar de Armenwet ook nog had gefaald als instrument om het aandeel van de overheidszorg terug te dringen, leek het voor de hand te liggen om de overheidszorg en overheidscontrole als noodzakelijk of in ieder geval onvermijdelijk te aanvaarden in plaats van te bestrijden.²¹

De relatief kostbare medische armenzorg werd in veel gemeenten het eerste doelwit van de modernisering van de armenzorg. Aangezien de medische zorg inmiddels grotendeels in handen van één gemeentelijke of burgerlijke instelling was, ontbrak hier het probleem van samenwerking tussen verschillende armbesturen. De bestanden van mensen met een consent voor gratis medische hulp werden regelmatig geschoond. Op den duur verving men de doorlopende consents door tijdelijke consents. De aanvragen werden nauwkeurig gecontroleerd en mensen met een te hoog inkomen werden naar de ziekenfondsen doorgestuurd. Daar stond tegenover dat het verstrekkingenpakket en de kwaliteit van de gemeentelijke medische zorg langzaam werden uitgebreid. Door de kostenstijging waar dit mee gepaard ging en om er zeker van te zijn dat het nieuwe beleid ook werd uitgevoerd, wensten de gemeenten hun greep op de medische armenzorg te verstevigen en de organisatie te stroomlijnen. Dit resulteerde uiteindelijk in de overheveling van de geneeskundige zorg van de burgerlijke armbesturen naar de nieuwe Gemeentelijke Geneeskundige Diensten (GGD).

De belangrijkste ideologische innovatie uit deze periode was de erkenning, dat armoede niet altijd aan de arme zelf was te wijten, maar dat er zoiets als onvermijdbare risico's van het arbeidersbestaan bestonden. In opklimmende onvermijdbaarheid: werkloosheid, invaliditeit, ziekte en ouderdom. Verder erkende men, dat de inkomens van veel arbeiders te laag waren om zich afdoende tegen deze risico's te verzekeren. Het was een van de oorzaken van het beperkte succes van vrijwillige verzekeringen. Door de lage inkomens, maar ook door amateuristisch beheer en de beperkte omvang van de meeste organisaties, konden de arbeidersonderlinges hun leden maar beperkte en meestal kortdurende uitkeringen of verstrekkingen aanbieden. Bovendien konden en wilden deze vrijwillige verzekeringen het zich niet veroorloven om mensen met al te grote risico's te verzekeren en dus leverden ze een beperkte bijdrage aan de oplossing van het sociale vraagstuk. De oplossing voor deze problemen waren grootschalige, verplichte verzekeringen met voldoende financiële garanties. En alleen de rijksoverheid was organisatorisch en financieel in staat om de verplichte sociale verzekeringen op te leggen en te garanderen.²² Deze opvattingen

werden in de jaren negentig van de vorige eeuw door progressief liberalen geproclameerd. De meeste van hen behoorden niet tot de klasse der ondernemers en zij konden zich dan ook als het redelijk alternatief tussen arbeidersbeweging en ondernemers opwerpen. Hun ideeën waren invloedrijk, maar zij vormden slechts de linkerflank van de inmiddels ernstig verdeelde liberalen. De belangrijkste splijtzwammen waren de uitbreiding van het kiesrecht en de ontwikkeling van een stelsel van sociale verzekeringen. Het duurde even voordat de liberalen in meerderheid voor beide punten waren gewonnen en tegen die tijd moesten zij de politieke macht delen met de confessionelen.

De overwinning van de democratische richting in liberale kring betekende niet dat het conservatieve element uit de politiek verdween. Integendeel, de katholieken kenden een sterk conservatieve inslag, terwijl het democratisch elan dat de anti-revolutionairen in de jaren tachtig en negentig had gekenmerkt leek te verdwijnen. Voeg daar aan toe, dat de economische ideologie van de confessionelen altijd liberaal zou blijven en het is niet verbazend dat zich in confessionele kringen 'liberale' problemen ten aanzien van de sociale zorg en het kiesrecht voordeden. Het leidde tot de afsplitsing van de Christelijk Historischen uit de ARP terwijl de katholieke politiek overwegend conservatief bleef, zij het, volgens Stuurman, begeleid door een onderhuidse machtsstrijd, die zich grotendeels in en rond de sociale organisaties afspeelde.²³ Wat de confessionelen vooral van de liberalen onderscheidde was hun staatsopvatting. De neutrale liberale staat vormde op zich een gevaar voor het christelijke karakter van de natie, maar moest wel worden aanvaard, gezien het godsdienstig pluralisme in de Nederlandse samenleving. Bovendien bood het democratisch bestel de confessionelen kans op machtsvorming, maar het verbood hen tevens die macht exclusief aan te wenden: democratie en theocratie sloten elkaar uit. De oplossing voor dit dilemma werd gevonden in doctrines die de sfeer en verantwoordelijkheid van de christelijke gemeenschappen beschermden door de staat zoveel mogelijk op afstand te houden.²⁴ Dit zou grote gevolgen hebben voor de invulling van het stelsel van sociale zorg en voor het tempo waarin dat stelsel tot stand kwam. Wat de armenzorg betreft hield men natuurlijk vast aan het primaat van het particulier initiatief.

Het tijdvak tussen 1890 en de Eerste Wereldoorlog was voor de socialisten vooral de periode waarin men zich van revolutionaire beweging naar hervormingsbeweging ontwikkelde. In 1913 zag de SDAP nog af van regeringsverantwoordelijkheid, maar de eerste wethouderszetels waren toen al bezet. De overgang van het revolutionaire doel naar verbeteringen binnen de kapitalistische samenleving met behulp van de parlementaire democratie betekende onder meer, dat men voor sociale wetgeving en uitbreiding van het kiesrecht pleitte. De houding ten opzichte van de armenzorg was enigszins ambivalent. Enerzijds werd de sociaal-democratie, en zeker de sociaal-democratische vakbonden, steeds meer de beweging van de aangepaste arbeiders voor wie men sociale verzekeringen in plaats van armenzorg eiste. Anderzijds was verbetering van de armenzorg een manier om de levensomstandigheden van arbeiders te verbeteren waar sociale verzekeringen uitbleven of tekort schoten. De armenzorg was

aan de gemeenten opgedragen. Het zou tot 1939 duren voordat de SDAP regeringsverantwoordelijkheid kreeg, maar op gemeentelijk niveau konden de politieke verhoudingen anders liggen. De Armenwet legde de gemeenten weliswaar weinig op, maar verbood al evenmin veel, zodat de SDAP-wethouders en -raadsleden in staat waren om uit de armenzorg te halen wat er in zat. Het zou nog blijken, dat dat, vooral op het medische vlak, heel veel kon zijn.

Uiteindelijk werden in de jaren voor de Eerste Wereldoorlog twee belangrijke keuzes gemaakt. In de eerste plaats werd ernst gemaakt met de opzet van een stelsel van sociale verzekeringen. In de tweede plaats werd de Armenwet herzien. In beide gevallen werd de knoop door het confessionele kabinet-Heemskerk doorgehakt. Heemskerk was van AR-huize en de anti-revolutionaire opvattingen over de rol van de overheid zijn dan ook in de Armenwet van 1912 terug te vinden. Volgens extreem gereformeerd standpunt, zoals ruim een halve eeuw eerder door Groen van Prinsterer uitgedragen in zijn afwijzing van de Armenwet van 1854, was liefdadigheid een christelijke plicht waar de overheid geen rol in had. De praktijk dwong de ARP echter tot een gematigder standpunt. Men ontkende het recht van de overheid om zich met de kerkelijke armenzorg te bemoeien, maar erkende de noodzaak de burgerlijke armenzorg meer mogelijkheden te geven. Het subsidiariteitsbeginsel bleef gehandhaafd, maar de burgerlijke armenzorg zou voortaan eerder mogen helpen. Het was niet meer nodig, dat de arme zich eerst ontdeed van alles wat verkoopbaar was. Verder werd dubbele bedeling officieel toegestaan. Tenslotte werd een onderscheid tussen permanent bedeeden en verhefbaren in de wet opgenomen. De eersten mochten niet meer dan het minimum krijgen, de tweede groep mocht wat meer krijgen, indien dit tot verheffing uit de armoede zou kunnen leiden. De overige uitgangspunten van de oude wet bleven gehandhaafd. Onderstand bleef een gunst en de armenzorg bleef opgedragen aan de gemeenten.²⁵

De nieuwe Armenwet was niet meer dan een hoogst noodzakelijke aanpassing aan de gewijzigde omstandigheden en de daarin gegroeide praktijk van meer overheidszorg, dubbele bedeling en pogingen tot verheffing. Dat gold ook voor de artikelen aangaande de medische armenzorg die nu voor het eerst in de wet waren opgenomen. De gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de medische armenzorg werd bevestigd in paragraaf één van artikel 33. 'Indien voor eene gemeente niet of niet voldoende is voorzien in de genees-, heel- of verloskundige behandeling of in de verpleging van armen, of in de levering van genees- en verbandmiddelen ten behoeve van armen, kunnen Gedeputeerde Staten, den inspecteur van het Staatstoezicht op de volksgezondheid gehoord, eene bepaalde voorziening voorschrijven. Zij zenden den inspecteur afschrift van hunne beslissing.'²⁶ Natuurlijk bleef de gemeentelijke zorg naar de letter van het artikel aanvullend. De zinsnede 'niet of niet voldoende is voorzien' was echter vaag en zou vooruitstrevende gemeenten een wettelijk kader bieden om het bereik en de verstrekkingen van de medische armenzorg uit te breiden. Dit vage karakter hing samen met het feit, dat de artikelen helemaal niet waren bedoeld om de medische armenzorg aan een stringentere regulering te onderwerpen, maar om de medische verzorging van de plattelandsbevolking te verbeteren

(zie hoofdstuk twee). Passieve gemeenten konden door de provincie en het Geneeskundig Staatstoezicht tot uitbreiding van voorzieningen worden gedwongen. Hiermee kregen gemeenten, via de omweg van de Armenwet, welbewust de verantwoordelijkheid voor de aanwezigheid van medische zorg ten behoeve van de gehele bevolking toebedeeld. De overige artikelen betroffen vooral de rechtspositie van het medisch personeel.²⁷

Sociale verzekeringen

De besluitvorming over de opzet van een stelsel van sociale verzekeringen verliep grofweg in twee stappen. In de eerste plaats moest het principebesluit tot de opzet van een dergelijk stelsel worden genomen. In de vorige paragraaf is beschreven hoe zich rond 1900 de overgang naar een politieke meerderheid voor verplichte sociale verzekeringen voltrok. De scheidslijn liep hierbij dwars door de partijen heen. Liberalen en confessionelen hadden met een conservatieve vleugel, de sociaal-democraten met een revolutionaire vleugel af te rekenen.

De eerste wet voor een sociale verzekering was de Ongevallenwet van 1901. Het bereik was nog klein, maar de regeling werd gefinancierd uit premies voor rekening van de werkgevers en uitgevoerd door een overheidsinstelling – de Rijksverzekeringsbank – en was daarom het startsein voor het tweede traject in de discussie. Dit betrof de praktische invulling van het stelsel, met name de financiering en de uitvoering. De standpunten dienaangaande vielen beter samen met de antithese. Ruwweg wilde links (socialisten en liberalen) uitvoering door overheidsorganen, minder premies voor rekening van werknemers en zo nodig financiering uit algemene middelen, en rechts uitvoering door publiekrechtelijke organen en financiering uit premies op te brengen door zowel werknemers als werkgevers. Tot 1918 wisselden linkse en rechtse meerderheden elkaar na vrijwel iedere verkiezing af. In combinatie met de conservatieve facties aan beide zijden van de antithese vertraagde dit de besluitvorming aanzienlijk.

De Ongevallenwet had ook tot verdergaande organisatie van belangengroepen en tot uitwerking van de standpunten van deze organisaties ten aanzien van sociale wetgeving geleid. De grote werkgevers organiseerden zich in de ‘Nederlandse Vereniging van Werkgevers’ en deze verzette zich niet zozeer tegen de wettelijke verzekeringsplicht, maar tegen de gecentraliseerde uitvoering door de overheid. Men wenste de mogelijkheid te behouden om de verzekering met eigen fondsen uit te voeren. De werkgevers kwamen echter vooral in actie, omdat het voorstel was aangekondigd als het eerste van een reeks sociale wetten, die de loonkosten ongetwijfeld zouden opvoeren. Het verzet van de werkgevers leidde tot tegenacties van de arbeidersbeweging. De vooral lokaal gerichte organisaties verenigden zich aarzelend in een nationale commissie ter ondersteuning van het oorspronkelijke wetsvoorstel en speelden hiermee een positieve rol bij de aanvaarding van de wet, zij het met minieme wijzigingen.²⁸ Het zou nog een tiental jaren duren, voordat het NVV

(opgericht in 1905) en de confessionele evenknieën machtsfactoren van belang werden, maar naarmate werkgevers en werknemers zich beter organiseerden werd de confessionele optie realistischer.

De belangrijkste stap werd uiteindelijk door Talma gezet, minister in het confessionele kabinet-Heemskerck, dat ook verantwoordelijk voor de nieuwe Armenwet was. In 1913 passeerden verschillende wetten het parlement, die de arbeiders zouden moeten beschermen tegen drie van de belangrijke risico's: ziekte, invaliditeit en ouderdom. Wat betreft de financiering en uitvoering waren de wetten natuurlijk meer in lijn met de confessionele uitgangspunten dan de Ongevallenwet. De kosten zouden uit premies worden bestreden en de uitvoering moest in handen van nieuwe, semi-ambtelijke organen worden gelegd: de Raden van Arbeid, waarin werknemers en werkgevers zitting zouden hebben. Er was echter niet dwingend vastgelegd, wanneer de wetten van kracht moesten worden. Dankzij een amendement werd de ouderdomsuitkering, onderdeel van de Invaliditeitswet, direct ingevoerd. Arbeiders van 70 jaar en ouder met een minimum arbeidsverleden kregen in het vervolg een kleine uitkering, voorlopig gefinancierd uit de algemene middelen. De verkiezingen van 1913 brachten echter een linkse meerderheid in de Tweede Kamer en een extraparlamenteair kabinet van linkse signatuur. Dit kabinet kon de uitvoering van de wetten van Talma wel tegenhouden, maar, gezien de solide rechtse meerderheid in de Eerste Kamer, geen sociale wetgeving met een links karakter tot stand brengen.²⁹ De Eerste Wereldoorlog maakte dat voorlopig ook financieel onmogelijk.

Die oorlog veroorzaakte massale werkloosheid en armoede die overduidelijk niet aan de slachtoffers zelf konden worden toegeschreven. Dit leidde tot systematische subsidiëring van de werklozenkassen van de vakbonden. Diegenen die niet waren verzekerd, werden ondersteund door het Koninklijk Nationaal Steuncomité (KNS). Het KNS was een particuliere organisatie die na verloop van tijd echter grotendeels van overheidssubsidies afhankelijk was. Tenslotte brak tegen het einde van de oorlog in heel Europa grote sociale onrust uit. Er leek sprake van een reële revolutiedreiging.

De ervaringen uit de Eerste Wereldoorlog, de sociale onrust en de economische hausse in de eerste jaren na de oorlog leidden tot een kortstondige tempoversnelling in de sociale vernieuwing. Voorheen ogenschijnlijk onoverbrugbare tegenstellingen werden geslecht. Zo kwam het niet alleen tot beëindiging van de schoolstrijd, tot algemeen kiesrecht en de achturige werkdag, maar ook tot een aantal sociale maatregelen. Het algemeen kiesrecht had een blijvende confessionele meerderheid gebracht en in 1919 kon de Invaliditeitswet volgens de principes van 1913 in werking worden gesteld. Van datzelfde jaar dateert de Werkloosheidsverzekeringsoordwet, waarmee de ondersteuning van de 'werkwillige en vakbekwame arbeiders die zich onderling verzekeren' werd voortgezet, maar de onverzekerden naar de armenzorg werden terugverwezen. In 1921 werd het bereik van de Ongevallenwet nog uitgebreid, maar de hausse in de economie en de drang tot sociale vernieuwing waren toen al weer voorbij.³⁰

Toch zouden arbeidersbelangen in het Interbellum een grotere rol in het beleid spelen dan voorheen. De groei van de SDAP was weliswaar gestopt en de in de

periode 1910–1920 snel gegroeide vakbondsmacht door de verzuiling van de vakbeweging van zijn scherpste kantjes ontdaan. De status quo kon echter alleen worden gehandhaafd door tenminste een deel van de economische groei aan de arbeiders af te staan in de vorm van hogere lonen, sterk verbeterde huisvesting en betere sociale zorg. De binding aan de zuilen zou ook nooit volledig zijn.³¹ De confessionele bonden waren sneller tot actie bereid dan de confessionele partijen lief was, terwijl het NVV in 1920 een compromis sloot met de werkgeversorganisaties over de uitvoering van de Ziektewet dat op belangrijke punten van de sociaal-democratische principes afweek. Dit compromis was neergelegd in de ‘proeve Posthuma-Kupers’ en ging niet meer uit van de Raden van Arbeid, tenslotte nog altijd ambtelijke organen, maar van Bedrijfsverenigingen als uitvoerende organen. Daar stond tegenover, dat de premies door de werkgevers zouden worden betaald.³² Niet dat daarmee alle klippen rond het in werking treden van de Ziektewet waren omzeild. Tenslotte zou deze nog tien jaar op zich laten wachten en zouden de Raden van Arbeid toch een beperkte taak in de uitvoering krijgen. Maar de principes van wat we tegenwoordig ‘werknemersverzekeringen’ noemen lagen vast. Het waren principes waar de belangrijkste partijen, de rechtse Tweede Kamer, de regering, vakbeweging en werkgevers, mee konden leven.

Dit resultaat was een exponent van de liberaal-confessionele staat. Liberaal in de zin dat overheidsingrijpen in theorie tot een minimum bleef beperkt. De rol van de overheid in de sociale zorg zou middels de Steunregeling voor werklozen en de armenzorg alleen maar groter worden, maar dit werd nog altijd gezien als een ongewenste en bij voorkeur tijdelijke afwijking. Confessioneel in de zin dat waar de overheid wel ingreep, deze op afstand werd gehouden door financiering en uitvoering zo veel mogelijk aan maatschappelijke organisaties over te laten.³³ Bovendien behelsde de neiging tot samenwerking, beter bekend als de pacificatie, niet alleen het oplossen van oude vraagstukken, maar ook het omzeilen van netelige kwesties.³⁴ Regulering van het ziekenfondswezen bijvoorbeeld. Onder die omstandigheden was het niet verwonderlijk dat er wat betreft de toegang tot de gezondheidszorg meer niet dan wel was geregeld. De Ongevallenwet en de Invaliditeitswet gaven recht op geneeskundige behandeling, maar daar hield het wat betreft de sociale verzekeringen wel mee op. Het is evenmin verwonderlijk, dat het succes van de vrijwillige ziekenfondsverzekering en het verzet van de georganiseerde artsen (beide punten komen in hoofdstuk twee aan de orde) telkenmale aanleiding was om een wettelijke regeling van het ziekenfondswezen – al sinds het begin van de eeuw op de politieke agenda – uit te stellen.

Aan het begin van de jaren twintig maakten de afname van de vernieuwingsdrang en de financiële problemen van de overheid een einde aan twee vergaande plannen. In een Ziekenfondswet zouden de voorwaarden waar een ziekenfonds aan moest voldoen worden vastgelegd. Tot deze voorwaarden behoorde de levering van een uitgebreid verstrekkingenpakket, waarin ook ziekenhuis-, wijk- en sanatoriumverpleging waren opgenomen. Aangezien dit de financiële draagkracht van de zieken-

fondsen naar men meende te boven zou gaan, zouden deze door de rijksoverheid worden gesubsidieerd. In tegenstelling tot eerdere voorstellen ontbrak de verzekeringsplicht voor loontrekkenden. Dit werd gerechtvaardigd met het argument dat deze zich inmiddels in groten getale vrijwillig verzekerden. Daarnaast leek de rijksoverheid bereid om de staatsbemoeyenis met de medisch-hygiënische en sociaal-preventieve zorg uit te breiden. Dit bleek uit een ambitieus wetsvoorstel voor de invoering van een stelsel van districtsgezondheidsdiensten, naar het model van de gemeentelijke gezondheidsdiensten, die inmiddels in de grote steden waren ontstaan. Beide voorstellen werden in de jaren twintig in de ijskast gezet. Het plan voor de gezondheidsdiensten zou nog enige jaren door de sociaal-democraten worden gekoesterd, maar nooit meer serieus ter discussie komen. In 1933 werd het voorstel definitief ingetrokken.³⁵ In de loop van het Interbellum werd een regeling van het ziekenfondswezen opnieuw gekoppeld aan de invoering van een verplichte ziekenfondsverzekering voor loontrekkenden, maar de daadwerkelijke invoering liet op zich wachten. Uiteindelijk zou de Duitse bezetter middels het Ziekenfondsenbesluit (1941) de knoop doorhakken.³⁶ Tot dat moment bleef de Armenwet in feite de enige wet die zich met de toegang tot curatieve gezondheidszorg bezighield. Als gevolg hiervan bleef het overheidsinitiatief in de gezondheidszorg vooral aan de gemeenten. Het particulier initiatief en de voornaamste belangengroepen in de gezondheidszorg organiseerden zich dan ook in de eerste plaats op gemeentelijk niveau.

Armenzorg en sociale verzekeringen in het Interbellum

Na de Eerste Wereldoorlog lagen de hoofdlijnen van een stelsel van sociale zorg vast. Er was besloten tot invoering van een stelsel van sociale verzekeringen ter dekking van de risico's van het arbeidersbestaan, gefinancierd uit premies te betalen door werkgevers en werknemers en waar mogelijk uitgevoerd door maatschappelijke organisaties. De armenzorg zou als vangnet moeten dienen ter verzorging van blijvend bedeeden en verheffing van de rest. Het fundament was gelegd, maar de uitvoering liet te wensen over.

Er werd al vermeld, dat de Ziektewet pas in 1930 van kracht werd, maar het grootste manco aan het stelsel van sociale verzekeringen was het ontbreken van een werkloosheidsverzekering. Hierin was Nederland overigens geen uitzondering. Door de volledige loonuitval en vooral door het massale en onvoorspelbare karakter is werkloosheid van alle sociale risico's verreweg het moeilijkste te verzekeren. De vrijwillige particuliere werkloosheidsverzekering is, ondanks subsidies, dan ook nooit een groot succes geworden. Bovendien treedt massale werkloosheid uit de aard der zaak juist op, wanneer de middelen van de overheid afnemen. In veel landen en ook in Nederland is de overheid dan ook lange tijd teruggeschrokken voor een verplichte door het rijk gegarandeerde werkloosheidsverzekering.³⁷ Bovendien mag massale werkloosheid onmiskenbaar het resultaat van economische problemen zijn, individuele werkloosheid werd – en wordt – tevens aan het individu zelf toegeschreven. Het lag

dus niet voor de hand om de gevolgen van werkloosheid in een pakket van sociale verzekeringen op te nemen dat was bedoeld om arbeiders tegen onvermijdbare risico's te beschermen. Naast de aloude werkverschaffing, die in crisistijd ook weinig soelaas bood, kwam er op den duur een regeling tot stand die het midden hield tussen armenzorg en sociale verzekering: de Steunregeling.³⁸ De regeling zal hier vrij uitgebreid worden behandeld, omdat de lokale werklozenzorg in het algemeen en de manier waarop men met de Steunregeling omsprong in het bijzonder, goede indicatoren voor het gemeentelijke sociale beleid blijken te zijn.

De Steunregeling vond haar oorsprong in de activiteiten van het Koninklijk Nationaal Steuncomité. Na de oorlog was het comité opgeheven, maar aan het begin van de jaren twintig begon de werkloosheid weer snel te groeien en veel gemeenten voerden een eigen regeling voor werklozen in. Dat ging de draagkracht van vele gemeenten echter te boven en al snel werd een Rijkssteunregeling van kracht. De regeling had geen wettelijke basis en was dientengevolge zeer flexibel. Ze werd naar behoefte ingevoerd of ingetrokken, terwijl de inhoud naar believen kon worden aangepast. Zodra er een economische recessie uitbrak ontstond 'crisiswerkloosheid': werkloosheid buiten de schuld van de slachtoffers. De Steunregeling die dan werd ingevoerd was ruimhartig, dat wil zeggen beperkte controle en een behoorlijke uitkering. Naarmate de crisis langer duurde en de financiële problemen van de rijksoverheid groeiden, werden de voorwaarden aangescherpt. Bovendien werd langdurige werkloosheid in ieder geval ten dele aan het individu zelf toegeschreven. De controle en de toets op het gezinsinkomen werden aangescherpt en de uitkeringen werden verlaagd. Kortom, de Steunregeling ging steeds meer op armenzorg lijken. Wanneer de werkloosheid weer aanvaardbare proporties aannam, en dat was in het Interbellum eigenlijk alleen in de tweede helft van de jaren twintig het geval, werd de rijksregeling ingetrokken. Dat neemt niet weg, dat de Steunregeling een zeer succesvolle vorm van sociale zorg was. De regeling koppelde de flexibiliteit van de armenzorg aan een rechtszekerheid, die in de praktijk nauwelijks afweek van die van de sociale verzekeringen. In tegenstelling tot de sociale verzekeringen, kon de regeling gericht worden ingezet en ze garandeerde aan de hand van formele criteria voor de hoogte van de steunuitkering inderdaad minimale levensomstandigheden.³⁹

De uitkeringen in het kader van de Invaliditeits- en Ouderdomswetten werden al bij invoering in 1913 en 1919 te laag bevonden en ze werden gedurende het Interbellum ook nauwelijks verhoogd.⁴⁰ De armenzorguitkeringen werden na de oorlog wel aan veranderende opvattingen over het bestaansminimum aangepast. Op den duur ging men over op een genormeerd uitkeringssysteem, waarbij de steunnormen als richtsnoer dienden. De uitkeringen in het kader van de sociale verzekeringswetten bleven hierbij achter, met als gevolg dat de armenzorg in veel gevallen alsnog moest bijspringen.⁴¹

Naarmate de sociale verzekeringen langer in werking waren, kregen natuurlijk meer mensen een uitkering. Samen met de Steunregeling had dit tot gevolg dat het bereik van de bedeling enigszins afnam. Daar stond de ontginning van nieuwe terreinen van sociale zorg tegenover, zowel binnen als buiten het kader van de

Armenwet. De verhoging van de uitkeringen en de toenemende diversificatie en specialisatie van de sociale zorg leidden tot een explosieve stijging van de uitgaven.

Door de veranderende opvattingen over sociale rechtvaardigheid en de zware conjuncturele schommelingen werden de eisen die aan het stelsel van sociale zorg werden gesteld tijdens het Interbellum opgeschroefd. De manco's in het stelsel werden pijnlijk zichtbaar en dat leidde tot meer regulering door de (rijks)overheid en een groeiend aandeel van de overheid in de uitvoering en vooral de financiering van de zorg. Bovendien leidde het tot ad hoc maatregelen, telkens wanneer het stelsel tekort schoot of de uitgaven uit de hand dreigden te lopen.

Deze ontwikkelingen waren het meest opvallend in de armenzorg. Wat betreft de bedeling vond tijdens het Interbellum de definitieve verschuiving van het particulier initiatief naar de burgerlijke armenzorg plaats. Aan de vooravond van de Eerste Wereldoorlog nam het particulier initiatief nog ongeveer 60 procent van de uitgaven voor zijn rekening, tegen het einde van de jaren dertig minder dan 20 procent.⁴² Dit was toe te schrijven aan een ingewikkeld samenspel tussen overheid, particulier initiatief en de bedeeden zelf. Het particulier initiatief kon de stijgende uitgaven, met name tijdens zware crisisperiodes, zoals de Eerste Wereldoorlog en de jaren dertig, niet bijbenen. De gemeentelijke overheden konden en wilden dat wel, terwijl de bedeeden minder bereid bleken om zich tot de kerkelijke bedeling te wenden.⁴³

Ook binnen de openbare armenzorg vond een verschuiving plaats. De burgerlijke ambesturen, die het leeuwedeel van de gemeentelijke armenzorg in Nederland uitvoerden, waren relatief onafhankelijke en zichzelf door coöptatie vernieuwende colleges. De gemeentelijke overheid wenste echter meer invloed op het beleid en betere controle op de snel groeiende uitgaven. Daarnaast eisten emanciperende groeperingen een plaats binnen de besturen. De vervanging van leden werd dan ook beter gereguleerd en de uitvoering van de zorg werd in handen van ambtelijke organisaties gesteld. Dit proces werd versneld door de eisen die het rijk aan de uitvoering van de Steunregeling stelde. Op den duur werd in veel gemeenten de gehele gemeentelijke sociale zorg, armenzorg en steunverlening, naar gemeentelijke diensten overgeheveld; rond 1930 meestal aangeduid als Dienst voor Maatschappelijk Hulpbetoon.⁴⁴ De regulering, uitvoering en financiering van belangrijke delen van de sociale zorg volgden aldus het pad dat enkele tientallen jaren eerder door de medische armenzorg was uitgezet: meer overheidsreglementering, -financiering en -uitvoering gekoppeld aan verambtelijking in gemeentelijke diensten.

Het particulier initiatief vond en zocht nieuwe taken, zoals aanvullende bedeling, maatschappelijk werk en allerlei voorzieningen op het medische vlak. Voor de Eerste Wereldoorlog werden deze voorzieningen mondjesmaat gesubsidieerd. Na de oorlog werden de gemeentelijke subsidies snel opgevoerd.⁴⁵ Nadat het pad van de regionale gezondheidsdiensten aan het begin van de jaren twintig was verlaten, ging ook de rijksoverheid over tot verdergaande subsidiëring van delen van het particulier initiatief in de gezondheidszorg, te weten de tuberculosebestrijding en de zuigelingenverzorging. Deze politiek sloot beter aan bij de confessionele ideologie en ze was goedkoper,

omdat het particulier initiatief eigen middelen bijeenbracht en slechtere arbeidsvoorwaarden kende dan de overheid zich nog maar kort daarvoor in ambtenarenreglementen had opgelegd.⁴⁶

Tot de jaren dertig had het rijk zich echter nooit met de uitvoering van de armenzorg bemoeid. Ten gevolge van de werkloosheid in de jaren dertig en de explosieve stijging van de uitgaven verstevigde de greep van de rijksoverheid op de gehele sociale zorg. De Steunregeling werd nog strakker gereguleerd en de uitvoering vanwege de gemeenten werd grondig door het rijk gecontroleerd. Zo werden de criteria voor de hoogte van de uitkeringen door Den Haag tot in detail uitgewerkt. Vanaf 1934 was deze niet meer alleen afhankelijk van simpele variabelen als de gezinssamenstelling, maar was Nederland in een negental steunklassen ingedeeld. Het basistarief in een gemeente was hierbij afhankelijk van de levensstandaard, de kosten van levensonderhoud en het agrarische dan wel stedelijke karakter van de gemeente. Iets dergelijks probeerde men, met het oog op bezuinigingen, in de armenzorg door te voeren. Omdat de uitkeringen lokaal sterk uiteenliepen, behoefde reglementering van de bedeling niet noodzakelijkerwijs tot lagere uitgaven te leiden, maar bij andere delen van de gemeentelijke sociale zorg had men meer succes. Zo kwam het tot bezuinigingen op de gemeentelijke gezondheidszorgvoorzieningen en op de subsidies aan particuliere gezondheidszorginstellingen.⁴⁷

Het karakter van de sociale zorg in Nederland

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk werden drie motieven voor sociale zorg onderkend, te weten het arbeidsmarkt-motief, het motief van sociale rechtvaardigheid en het financieel motief. Aan de hand van deze motieven is duidelijk gemaakt hoe de economische en maatschappelijke modernisering in de periode 1890-1930 tot een gecombineerd stelsel van sociale verzekeringen en armenzorg kon leiden. In eerste instantie opteerden de critici van de armenzorg voor de verzekering van minvermogenen op vrijwillige basis. Als gevolg van gebrek aan noodzakelijke medewerking en de problemen die inherent zijn aan de vrijwillige sociale verzekering was deze vorm van sociale zorg nooit erg succesvol. Uiteindelijk besloot men tot door de staat gegarandeerde verplichte sociale verzekeringen. De onvermijdbare risico's van het arbeidersbestaan, te weten werkloosheid, invaliditeit, ziekte en ouderdom, zouden door deze sociale verzekeringen worden afgedekt. Armenzorg diende de groep paupers te verzorgen en bij voorkeur tot oppassende burgers op te voeden.

Het schema werd om verschillende redenen nergens in West-Europa volmaakt uitgevoerd, en zeker niet in Nederland. De Nederlandse staat was liberaal-confessioneel van karakter. Dat betekende dat de arbeidersbeweging op regeringsniveau te weinig macht ontwikkelde om een goed gereguleerd stelsel van sociale verzekeringen af te dwingen. In het Nederlandse stelsel ontbraken een werkloosheidsverzekering en een verplichte ziektekostenverzekering, terwijl de verzekeringen die dan wel

bestonden onvoldoende zekerheid op een bestaansminimum boden. De regulering van de vrijwillige verzekering en van de armenzorg was tot een minimum beperkt.

Arbeidersmacht werd in Nederland langs twee kanalen uitgeoefend: de vakbeweging en de lokale politiek. Hierdoor verschoof de invulling van sociale rechtvaardigheid wel degelijk. Dat leidde tot vergeefse pogingen om het stelsel van sociale verzekeringen te verbeteren en tot allerlei ad hoc maatregelen om de gaten op te vullen. Daarnaast bood juist de gebrekkige regulering van de sociale zorg in de liberaal-confessionele staat aan lokale politici de mogelijkheid om het bereik, de aard en de omvang van de zorg op te voeren. De belangrijkste instrumenten die zowel door de rijksoverheid als door deze lokale politici werden gehanteerd waren de armenzorg en, al of niet binnen het kader van de Armenwet, subsidiëring van het particulier initiatief. De rol van de armenzorg en van lokale overheden was daarmee veel groter dan het ideale schema voorschreef.

Naar mijn mening vormde de flexibiliteit het belangrijkste kenmerk van het gecombineerde stelsel van armenzorg en sociale verzekeringen. Het was gemakkelijk om aard en bereik van de sociale zorg aan te passen, wanneer het motief van sociale rechtvaardigheid daar om vroeg, wanneer de arbeidsmarkt in al zijn voegen kraakte en voorzover de financiële situatie toeliet of afdwong. Het stelsel van sociale zorg had grote invloed op het stelsel van financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg, maar juist door de flexibiliteit van het systeem was de ruimte voor eigen invulling op lokaal niveau en in de verschillende echelons groot.

Daarnaast bleek op verschillende momenten, dat de gezondheidszorg een eigen dynamiek had. Het was juist de medische armenzorg die het eerst naar de gemeenten werd overgeheveld, het eerste doelwit van de modernisering van de armenzorg werd en het eerst aan stringenter lokaal-politieke controle en verambtelijking onderhevig was. Tegelijkertijd waren de ziekenfondsen zo ongeveer de enige succesvolle vorm van vrijwillige sociale verzekering en was juist de toegang tot gezondheidszorg nauweliks aan overheidsregulering onderhevig. Die eigen dynamiek komt in het volgende hoofdstuk aan de orde.

II. Curatieve gezondheidszorg in Nederland, 1850-1920

Organisatie en financiering van de curatieve zorg

Rond 1850 werd het merendeel van de medische diensten via de particuliere praktijk geleverd, ook aan on- en vooral aan minvermogenden. In de meeste gemeenten bestond wel een of andere vorm van medische armenzorg, georganiseerd door openbare en/of kerkelijke armbesturen, maar de aard en het bereik van de zorg liepen sterk uiteen. Ziekenfondsen waren voornamelijk te vinden in de grote steden en in kleinere steden met een vroeg industrieel karakter in het Westen van het land. Het aantal groepen dat zich met de financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg bezighield was te overzien. Het was nog vooral een probleem van de aanbieders van zorg, van hun patiënten, van lokale armbesturen en hier en daar een ziekenfonds.

In de decennia rond de eeuwwisseling nam dit aantal snel toe. Dit had twee oorzaken. In de eerste plaats leidden de ontwikkelingen in de sociale politiek en de groeiende effectiviteit van de medische zorg er toe, dat het belang dat aan de toegang van on- en minvermogenden tot curatieve gezondheidszorg werd gehecht groeide. Tegelijkertijd stegen de kosten, om rond de Eerste Wereldoorlog zelfs zeer sterk toe te nemen. Het probleem van de financiële toegankelijkheid van on- en minvermogenden tot bepaalde voorzieningen werd dus groter en het werd een probleem waar ook de rijksoverheid en externe belanghebbenden, zoals werkgevers en de vakbeweging, een antwoord op dienden te formuleren. In de tweede plaats was er sprake van organisatorische veranderingen in de zorg. Het aanbod was diverser geworden. Er waren medische beroepen bijgekomen en een steeds groter deel van de zorg, zoals ziekenhuiszorg, wijkverpleging en zuigelingenzorg, werd niet door individuele aanbieders, maar door instellingen geleverd. Kortom, het aantal groepen dat zich met de financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg bezighield, had zich rond de Eerste Wereldoorlog uitgebreid met: de rijksoverheid, vakbonden, werkgevers, een handvol nieuwe medische beroepen, besturen van allerlei verenigingen en stichtingen, ziekenhuisdirecteuren en -administrateurs en nog een lange lijst van andere belanghebbenden.

In dit hoofdstuk zal worden geprobeerd om de verschuivingen in organisatie en financiering op nationaal niveau in kaart te brengen. De omstandigheden waaronder de medische beroepen en dan met name de geneeskundigen praktizeerden en hun opvattingen over de organisatie van de medische zorg zullen hierbij het uitgangspunt vormen. Dit hangt samen met de centrale functie die de geneeskundigen binnen de reguliere gezondheidszorg vervulden. Een centrale functie die tot uiting kwam in de belangrijke rol van de particuliere praktijk van de geneeskundige bij de toegang van on- en minvermogenden. Bovendien waren de apothekers en de geneeskundigen de eerste belangengroepen in de gezondheidszorg die zich op nationaal niveau organiseerden in respectievelijk de 'Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Pharmacie' (NMP, 1842) en de 'Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der

Geneeskunst' (NMG, 1849). Pas rond de Eerste Wereldoorlog werd dit voorbeeld op grote schaal door andere belangengroepen gevolgd, zoals ziekenfondsen, kruisverenigingen en ziekenhuisdirecteuren, en kregen de individuele aanbieders van zorg meer dan voorheen te maken met derden die zich met de organisatie van de gezondheidszorg bemoeiden. Gezamenlijk legde men de grondslag voor het systeem van financiële toegankelijkheid van on- en minvermogenden, zoals dat tijdens het Interbellum functioneerde. Een systeem waarin de rol van de particuliere praktijk nog maar beperkt was.

De negentiende eeuw

De vraag naar de diensten van geneeskundigen, apothekers, vroedvrouwen en andere vertegenwoordigers van de reguliere gezondheidszorg was in de negentiende eeuw naar onze maatstaven beperkt en zeer ongelijk over de bevolking verdeeld. Beperkt, omdat medische zorg ook in de negentiende eeuw, gezien de bescheiden welvaart, relatief duur was, en bovendien was ze niet erg effectief. Ze was zowel individueel als regionaal ongelijk gespreid, aangezien de welvaart en de gewoonte om de hulp van reguliere medische zorg in te roepen ongelijk over de Nederlandse bevolking waren verdeeld. Het aanbod van medische zorg richtte zich naar deze verdeling van de vraag. De meeste geneeskundigen en vrijwel alle apothekers waren in de steden te vinden, waar de welvaart het grootst en de gewoonte om de hulp van reguliere geneeskundige zorg in te roepen het sterkst waren. De neiging om reguliere hulp te zoeken was in de steden zelfs onder de on- en minvermogenden nog vrij groot en dat gold ook voor het platteland van de zeeprovincies. Op het platteland van de armere landprovincies was die neiging een stuk kleiner en het aanbod van reguliere geneeskundige hulp navenant beperkt.¹

De particuliere praktijk

In de particuliere praktijk kende men twee oplossingen voor het probleem van de financiële toegankelijkheid van on- en minvermogenden, die beide een aanpassing van de prijs van medische diensten inhielden. In de eerste plaats werd een stelsel van inkomensafhankelijke tarieven gehanteerd. Geneeskundigen vroegen aan mensen met verschillende inkomens ook verschillende vergoedingen.

Daarnaast namen de verschillende standen onder de medische beroepsbeoefenaren genoegen met verschillende beloningen. De geneeskundige wetgeving van 1818 onderscheidde een groot aantal medische beroepen, met verschillende opleidingen en bevoegdheden. Het ging om een functionele indeling in diegenen die tot de inwendige geneeskunde, de uitwendige geneeskunde, de verloskunde of de farmacie bevoegd waren. Deze functionele indeling viel in theorie samen met een standverschil. De inwendige geneeskunde was voorbehouden aan de academisch gevormde doctores (de eerste stand), de uitwendige geneeskunde en de verloskunde aan de meer praktisch gevormde heel- en vroedmeesters (tweede stand). In de praktijk zette de

integratie tussen genees- en heelkunde, die in de achttiende eeuw op gang was gekomen, ondanks de wet door. Het functionele onderscheid tussen de doctores en de heelmeesters vervaagde en wat overbleef was een standsverschil, dat tot uiting kwamen in verschillende tarieven en een verschillende cliëntèle. De heelmeester werd meer en meer de geneesheer van de lagere standen, terwijl de duurdere doctores vooral door de welgestelden werden geconsulteerd. Het onderscheid tussen vroedvrouw, vroedmeester en de doctores artis obstetriciae functioneerde op soortgelijke wijze. In 1838 sloot de wetgever zich bij de gegroeide praktijk aan en werd het verbod om de gecombineerde genees- en heelkundige praktijk uit te oefenen opgeheven.²

Het duidelijkste voorbeeld in de geneeskundige wetgeving van aanpassing aan de maatschappelijke realiteit was de bevoegdheid 'plattlandsheelmeester'. De academisch gevormde geneeskundigen en de apothekers concentreerden zich rond de relatief lucratieve particuliere praktijk in de steden, terwijl de plattlandsgebieden vooral door geneeskundigen van de tweede stand werden bevolkt. Met het oog op het gebrek aan apothekers en geneeskundigen van de eerste stand op het platteland, was in de wet dan ook een geografische component opgenomen. De plattlandsheelmeester had, in tegenstelling tot zijn stedelijke evenknie, de officiële bevoegdheid om de interne geneeskunst te beoefenen en medicijnen te leveren.³

Het stelsel van prijsdiscriminatie kende enkele fundamentele problemen die de toegang van on- en minvermogenden via de particuliere praktijk bemoeilijkten. In de eerste plaats konden de verschillen in vergoedingen zich in al te grote kwaliteitsverschillen in de geleverde zorg vertalen. De verschillen in medisch kunnen tussen de geneeskundige standen waren beperkt, maar goed betalende patiënten eisten in ieder geval meer tijd, aandacht en respect, en kregen hoogstwaarschijnlijk ook betere medisch-technische zorg.

Verder kon concurrentie het systeem aantasten. Prijsconcurrentie leidde tot verlaging van de particuliere tarieven, waardoor de financiële ruimte om mensen tegen verminderd tarief te behandelen kleiner werd. Bovendien kon het systeem van inkomensafhankelijke tarieven alleen functioneren, wanneer iedere geneesheer een evenwichtig patiëntenbestand had. In de praktijk was dat lang niet altijd het geval. Daar waar veel geneeskundigen aanwezig waren, zoals in de grote steden, werd het lucratieve gedeelte van de particuliere praktijk maar al te vaak door een relatief klein aantal prestigieuze geneeskundigen beheerst en het was nog maar de vraag of zij al te veel aandacht aan minder betalenden konden of wensten te schenken. Deden ze dat wel, dan konden zij het zich veroorloven om de behandeling van deze categorie patiënten als een vorm van filantropie te beschouwen en vrijwel niets voor hun diensten te vragen. Doordat de overige geneeskundigen maar beperkte toegang tot de beter betalende patiënten hadden, konden zij het zich niet veroorloven om al te veel patiënten gratis of bijna gratis te behandelen. Daar waar weinig geneeskundigen aanwezig waren, zoals op het platteland van de landprovincies, werd dit meestal veroorzaakt door de beperkte welvaart van de bevolking. Hierdoor waren er te weinig goed betalende patiënten die de lage vergoedingen die on- en minvermogen-

den konden betalen compenseerden. Kortom, de toegang van on- en minvermogen- den via de particuliere praktijk was aan beperkingen onderhevig en leidde er bovendien toe dat de grote welstandsverschillen in de Nederlandse bevolking zich vertaalden in welstandsverschillen tussen de geneeskundigen.

Deze problemen werden van oudsher bestreden door beroepsorganisaties, zoals de chirurgijngilden, en door bestuursorganen, zoals de collegia medica uit de Republiek. Dergelijke organisaties probeerden door prijsafspraken en het uitbannen van onbevoegden de concurrentie te beperken en hielden toezicht op de kwaliteit van geleverde medische diensten. In de negentiende eeuw werd deze taak, op basis van de geneeskundige wetgeving van 1818, overgenomen door de plaatselijke en provinciale 'Commissies van Geneeskundig Onderzoek en Toevoorzigt'; overheidsorganen waarin echter praktizerend geneeskundigen zitting hadden.⁴ Een afdoende oplossing was dit nooit geweest en dat werd er in de eerste helft van de negentiende eeuw, als gevolg van het falen van genoemde overheidsorganen, afnemende welvaart en het groeiend aantal geneeskundigen, niet beter op. De toegang van on- en minvermogenen via de particuliere praktijk was dan ook volstrekt onvoldoende, terwijl de inkomsten van de reguliere geneeskundigen onder druk stonden.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat collectieve organisatievormen, zoals medische armenzorg en ziekenfondsen, voor de grote groep geneeskundigen uit de lagere welstandscategorieën aantrekkelijke voorzieningen waren. De markt voor medische diensten werd groter, terwijl men via de openbare kassen toch enige vergoeding voor de behandeling van onvermogenen en via de ziekenfondsen een hogere en vooral verzekerde vergoeding voor de behandeling van minvermogenen kon krijgen. Vandaar dat geneeskundigen de zogenaamde doktersfondsen organiseerden. In feite niets anders dan een oplossing voor het probleem, dat minvermogenen, ondanks aangepaste tarieven, lang niet altijd in staat waren om de jaarlijkse doktersrekening te betalen. Wanneer ze een min of meer regelmatig inkomen hadden, waren ze wel in staat om hun dokter een wekelijkse premie te betalen. Op het platteland organiseerden de geneeskundigen deze fondsen in hun eentje. In stedelijke gebieden kon alleen door samenwerking van een medicinae doctor, een heelmeester en een apotheker een totaalpakket worden aangeboden. Bundelden verscheidene geneeskundigen en apothekers de krachten, dan kan van een door de medewerkers beheerd ziekenfonds worden gesproken.

De fondsen vormden echter niet alleen een oplossing voor geneeskundigen, maar ook voor de verzekerden zelf, die hiermee het probleem van onbetaalbare rekeningen omzeilden. Naast door de medewerkers beheerde fondsen bestonden er dan ook onderlinge fondsen, beheerd door de verzekerden zelf. Verder vormden ziekenfondsen voor armbestuurders een middel om de druk op de medische armenzorg te verminderen en ontdekten de critici van de armenzorg de fondsen als vrij ongevaarlijke voorbeelden van spaarzaamheid en zelfhulp. Dit resulteerde in pogingen om fondsen op te richten waar deze nog niet bestonden, in een enkele subsidie en in het verschijnsel honoraire leden: meergegoeden die contributie betaalden, zonder daar rechten aan te kunnen ontleen, hetgeen de betreffende fondsen een filantropisch

tintje bezorgde. Tenslotte werden hier en daar fondsen op commerciële basis ge-exploiteerd. Overigens waren de fondsen hoofdzakelijk in de grote steden en middelgrote steden met een vroeg-industrieel karakter te vinden. Vooral in de kleinere industriesteden kon een belangrijk deel van de bevolking lid van een ziekenfonds zijn, maar van de totale Nederlandse bevolking was slechts enkele procenten verzekerd.⁵

Het feit dat ziekenfondsen ook door anderen dan door de aanbieders van zorg konden worden beheerd, terwijl medische armenzorg per definitie een zaak van derden was, vormde wat de geneeskundigen betrof het fundamentele probleem van deze organisatievormen. Door collectivisering kwam er weliswaar meer geld voor de behandeling van on- en minvermogenden ter beschikking, maar de concurrentie, nu om contracten met armbesturen en ziekenfondsen, nam niet af. De competitie kon zelfs heftiger worden, omdat men nu niet met de individuele patiënt had te maken, maar met organisaties die enkele tientallen tot vele duizenden patiënten vertegenwoordigden en dus een veel krachtiger onderhandelingspositie innamen. Tenslotte was er nog het gevaar, dat niet alleen on- en minvermogenden, maar ook de meergegoeden toegang via deze organisatievormen verkregen en daarmee het lucratievere deel van de particuliere praktijk zouden uithollen. Kortom, collectivisering kon voordelen voor een deel van de geneeskundigen brengen, maar zeker was dit niet.⁶

Er is hier uitgebreid op het functioneren van de particuliere praktijk in de negentiende eeuw ingegaan. De rol van de particuliere praktijk voor de toegang van on- en minvermogenden werd in de loop van de tijd weliswaar veel kleiner, maar zou toch nooit helemaal verdwijnen. Belangrijker is dat het functioneren van de armen- en de ziekenfondspraktijk niet is te begrijpen zonder kennis van het functioneren van de particuliere praktijk. We zullen nog zien dat de armen- en de ziekenfondspraktijk een aantal problemen met de particuliere praktijk gemeen hadden. Daarnaast moesten de verschillende praktijkvormen op elkaar worden afgestemd. Tenslotte is het van belang om te beseffen, dat de particuliere praktijk wel degelijk mogelijkheden bood om on- en minvermogenden toegang tot gezondheidszorg te verlenen. Dat ging niet zonder problemen, maar ook de andere praktijkvormen kenden zo hun moeilijkheden. Met de particuliere praktijk achter de hand konden de medische beroepen hun medewerking aan de collectieve organisatievormen te allen tijde geheel of gedeeltelijk staken, zonder dat de verzorging van on- en minvermogenden of hun eigen positie onmiddellijk in gevaar kwam.

Medische armenzorg, ziekenfondsen en de medische oppositie

Door het vervagen van de functionele grenzen tussen doctores en heelmeesters hadden de geneeskundigen van de eerste stand in de loop van de achttiende eeuw een deel van hun status en bijbehorend inkomen in de concurrentie met de heelmeesters verloren zien gaan.⁷ Daar stond tegenover, dat het snel groeiend aantal academisch geschoolden hun werkterrein in de eerste helft van de negentiende eeuw uitbreidden. Dat gebeurde zowel in functionele zin, bijvoorbeeld over de verloskun-

de, als in maatschappelijke zin, namelijk over de minder betaalde praktijk, als in geografische zin, de doctores vestigden zich nu ook het platteland. Rond 1840 was het verzadigingspunt in het aanbod van geneeskundigen en apothekers in heel Nederland echter wel bereikt en in de steden was de concurrentie inmiddels moordend.⁸ De onvrede hiermee mondde, op de golven van de maatschappijkritiek, in de jaren veertig van de vorige eeuw uit in een 'medische oppositie'. Deze oppositie bekritiseerde het theoretische karakter van het academisch medisch onderwijs en het weinig wetenschappelijke niveau van de opleiding die de heel- en vroedmeesters aan de klinische scholen kregen. Men wilde deze opleidingen vervangen door één verbeterde academische studie, waar de bevoegdheid tot uitoefening van de geneeskunde in al haar facetten kon worden behaald. Dit zou de kwaliteit van de geneeskundige zorg ten goede komen en de concurrentie beperken.⁹

Daarnaast stelde men het falen van het geneeskundig staatsbestuur aan de kaak. Over de oplossing van dit probleem bestond rond 1850 echter verdeeldheid; verdeeldheid die aansloot bij de algemene politieke tegenstelling. Een conservatieve richting wilde versterking van het bestaande geneeskundig staatsbestuur onder leiding van geneeskundigen. De NMG sloot steeds meer aan bij het doctrinair liberalisme van Thorbecke. Deze wilde scheiding van de verantwoordelijkheden van de overheid en de geneeskundigen. Het geneeskundig staatsbestuur moest door overheidsorganen worden uitgeoefend wier ambtenaren slechts verantwoording aan de minister hadden af te leggen. Daar stond tegenover dat het aantal overheidsvoorschriften ten aanzien van de uitoefening van de geneeskunst tot het hoogst noodzakelijke moest worden beperkt, zodat het toezicht zoveel mogelijk aan de beroepsorganisaties zou worden overgelaten. Bovendien diende de overheidsverantwoordelijkheid voor de volksgezondheid zoveel mogelijk aan de gemeenten te worden gedelegeerd. De gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid en voor andere overheidstaken, zoals onderwijs en armenzorg, werd door Thorbecke in de Gemeentewet van 1851 vastgelegd. Als gevolg van de politieke tegenstellingen zou het echter nog tot 1865 duren, voordat de liberale principes in vernieuwde geneeskundige wetgeving werden omgezet.¹⁰

De informatie die we over de medische armenzorg en de ziekenfondsen hebben, is voornamelijk afkomstig van geneeskundigen uit het liberale kamp en dan vooral van een categorie geneeskundigen die door Houwaart de 'hygiënist' wordt genoemd. Deze groep geneeskundigen streefde naar een brede politiek ter bevordering van de volksgezondheid, waarbij de nadruk op verbetering van de openbare hygiëne lag en waar een goede regeling van de uitoefening der geneeskunde slechts een onderdeel van vormde. Tijdens de eerste twee decennia van haar bestaan speelde deze groep een belangrijke rol in de NMG en de NMG besloot al op haar eerste jaarvergadering tot een onderzoek naar de geneeskundige hulp aan minvermogende zieken in Nederland. Hoewel de respons op de betreffende vragenlijsten van ambesturen en NMG-afdelingen keer op keer teleurstellend was, werden in de jaren 1850-1861 niet minder dan vier pogingen tot een dergelijk onderzoek ondernomen. Uit de opdrach-

ten die de commissies meekregen blijkt, dat de negatieve conclusies al bij voorbaat vaststonden. De informatie is dus niet representatief en al helemaal niet objectief. Er kan aan de hand van de voornaamste kritiekpunten van de NMG echter wel een grof beeld van de medische armenzorg worden geschetst.

Verschillende voorzieningen die als medische armenzorg werden aangeduid, kunnen uit het functioneren van de particuliere praktijk worden begrepen. Natuurlijk waren er plattelandsgemeenten waar helemaal geen geneeskundige hulp voorhanden was en een veel groter aantal gemeenten waar wel een geneeskundige praktizeerde, maar geen medische armenzorg bestond. In sommige gemeenten waren de armbesturen bereid informatie over de bedeeden te verstrekken, zodat de geneeskundigen wisten wie gratis te behandelen. In andere gemeenten ontving de lokale geneesheer, net als in de particuliere praktijk wel gebruikelijk was, alleen een vergoeding voor geleverde medicijnen en kunst- en hulpmiddelen. Tenslotte vallen ook extreem lage vergoedingen, enkele centen per bedeede per jaar, uit de particuliere wortels van de armenpraktijk te verklaren.

Een andere verklaring voor het karakter van de medische armenzorg moet in het functioneren van de armenzorg in het algemeen worden gezocht. Zoals in het vorige hoofdstuk werd vermeld, had geneeskundige zorg voor de armen niet de hoogste prioriteit van de armbesturen. Dit leidde tot zulke lage vergoedingen en navent beperkte zorg, dat de rijksoverheid in 1829 een Koninklijk Besluit afkondigde, waarin het de armbesturen werd verboden om de geneeskundige en farmaceutische hulp voor de armen aan te besteden. Voor de levering van medicijnen moest een declaratiestelsel worden gehanteerd; in 1830 werd de bijbehorende prijslijst, de 'Pharmacopoea Pauperum', gepubliceerd. Bovendien mochten de armbesturen zich, indien een medicinae doctor beschikbaar was, niet meer tot een overeenkomst met een goedkopere heelmeeester beperken. De regeling werd echter slecht nageleefd en op den duur vergeten of verschillend door de controlerende organen geïnterpreteerd.¹¹ Verder bemoeilijkte de versnippering van de armenzorg over verschillende armbesturen een efficiënte organisatie van de medische armenzorg. In een grote stad als Amsterdam kenden alle grote armbesturen een eigen wijkindeling, terwijl de geneeskundigen die voor kleine armbesturen werkten de hele stad moesten doorkruisen. Dit resulteerde in tijdverlies voor de geneeskundigen en tastte de bereikbaarheid van de geneeskundige zorg aan.

De commissies uit de NMG namen afstand van beide achtergronden. De kosten van medische armenzorg mochten niet op de geneeskundigen worden afgewenteld. Integendeel, de armenpraktijk was juist bijzonder zwaar en diende dus ruimschoots te worden vergoed.¹² Dit was een belangrijk standpunt, aangezien de commissies hiermee tornden aan de toepassing van de inkomensafhankelijke tarieven op de ziekenfonds- en armenpraktijk. Goede geneeskundige hulp kon alleen worden verleend door goed beloonde geneeskundigen.

In hun kritiek op het functioneren van de medische armenzorg sloten ze naadloos aan bij critici van de armenzorg. De Zeeuwse vereniging van genees- en heelmundigen achtte armenzorg en dus ook medische armenzorg een maatschappelijke plicht.

De arbeider moest gezond zijn om te kunnen werken, terwijl ziekte armoede kon veroorzaken.¹³ In een Amsterdams rapport werd uitvoerig ingegaan op de vrijgevigheid van de armbesturen waar het de medische armenzorg betrof. Velen maakten via de medische armenzorg kennis met armenzorg en vonden daarna gemakkelijk de weg naar andere vormen van bedeling, aldus de geneeskundigen.¹⁴

Deze opvattingen over de armenzorg sloten aan bij de voornaamste kritiekpunten die in de rapporten uit het begin van de jaren vijftig zijn te vinden. In de eerste plaats werd er als gevolg van 'de onmagt, de onkunde en den onwil' te weinig geld voor de medische armenzorg uitgetrokken. Dat leidde er toe, dat er op veel plaatsen te weinig medisch personeel werd ingehuurd en dat er te laag werd beloond, zodat goede medische zorg niet mogelijk was zonder dat de geneeskundigen zichzelf tekort deden. Kortom, de kwaliteitsverschillen in de feitelijke medische zorg uit de particuliere praktijk vinden we in de gebrekkige zorg in de armenpraktijk terug. Trouwens, waar per verrichting werd betaald, gaven armbesturen maar al te vaak op het laatste moment toestemming om tot behandeling over te gaan.

Het tweede kritiekpunt was vooral van toepassing in situaties waar geneeskundigen een vast jaarsalaris kregen. Hier kregen mensen te makkelijk toestemming om van de gratis medische zorg gebruik te maken. Veel armbesturen en geneeskundigen wisten niet eens hoeveel mensen recht op gratis medische zorg konden doen gelden. Dat verhoogde de werkdruk en ging bovendien ten koste van de particuliere en de ziekenfondspraktijk van de geneeskundigen. Men pleitte dan ook voor beperking van de zorg tot de onvermogenen, voor een vaste lijst geneeskundig bedeelde en voor een honorariumstelsel, waarbij jaarlijks een vast bedrag per bedeelde werd betaald. Hierbij behoorde rekening te worden gehouden met de afstanden die op het platteland of in grote stadswijken werden afgelegd om de zieken te bereiken. Speciale diensten, zoals keuringen, langdurige behandelingen en de behandeling van minvermogenen moesten apart worden vergoed. Minvermogenen zouden echter bij voorkeur lid van een goed ingericht ziekenfonds moeten worden en waar de fondsen ontbraken, en dat was bijna overal, moesten de gemeenten de organisatie daarvan stimuleren.¹⁵

Een ander telkens terugkerend verlangen was een betere rechtspositie, zodat men minder afhankelijk van de willekeur van de armbesturen werd. Belangrijke aspecten hiervan waren een aanstelling voor het leven in plaats van voor een beperkt aantal jaren en vooral een duidelijke instructie, zodat er geen twijfel over kon bestaan welke werkzaamheden de geneeskundige wel of niet in dienst van een gemeente of armbestuur moest verrichten. Tenslotte eiste men waar mogelijk betere voorzieningen ten behoeve van de armenzorg, zoals ziekenhuizen, poliklinieken en zittinglokalen. Men had weinig oog voor de financiële beperkingen van de armbesturen. Te weinig geld was immers in de eerste plaats het gevolg van 'onkunde' en 'onwil'. Waar dit het gevolg was van 'onmagt' diende de rijksoverheid financieel bij te springen.¹⁶

De volslagen stelselloosheid die de medische armenzorg leek te kenmerken was misschien nog wel het meest ergerlijke aspect voor de geneeskundigen. De organisatie, het vergoedingensysteem, het bereik en de aard van de zorg liepen sterk uiteen.

Een door de staat afgedwongen systeem, zoals in Engeland gestalte kreeg, paste niet erg in de doctrinair liberale opvattingen die binnen de NMG overheersten.¹⁷ Wel pleitte men voor een efficiëntere organisatie op gemeentelijk niveau en daar waren zeker mogelijkheden voor. Medische armenzorg was al in 1850 vooral een taak van de gemeentelijke overheid. Dat verschilde nogal per gemeente, maar tenminste de helft tot twee derde van alle geneeskundig bedeeden in Nederland kreeg deze hulp van gemeentelijke of burgerlijke instellingen.¹⁸ Bovendien ging de overheveling van de relatief kostbare en lastige te organiseren medische armenzorg van de kerkelijke naar de burgerlijke ambesturen gewoon door. Onder druk van de armoede in de jaren veertig en vijftig en ondersteund door de nieuwe Armenwet gingen kerkelijke ambesturen er her en der toe over om hun zorg tot de eigen lidmaten te beperken. Soms probeerden ze de medische armenzorg in zijn geheel aan de gemeente over te doen, hetgeen nogal eens aanleiding tot conflicten was.¹⁹

Onder druk van de groeiende werkzaamheden en stijgende uitgaven bij de gemeentelijke en burgerlijke medische diensten kwam het in verscheidene gemeenten tot reorganisaties, waarbij men ten dele van de inzichten van de geneeskundigen gebruik maakte. De toegang werd beperkt en minvermogenden werden waar mogelijk naar ziekenfondsen verwezen. Wijkindelingen werden aan de grotere drukte aangepast, er werd meer personeel aangenomen, dat beter werd beloond en hier en daar zelfs betere voorzieningen tot zijn beschikking kreeg. Maar toen de armoede vanaf het einde van de jaren vijftig weer afnam en de trek naar het burgerlijk armbestuur stokte, verdween de hervormingsgezindheid en verminderde de bereidheid om genomen maatregelen te effectueren.²⁰ De laatste onderzoekscommissie signaleerde in 1862 de veranderingen nog wel, maar concludeerde tevens dat de Armenwet enkele oude problemen had laten liggen.²¹ In de wet was het in 1818 wettelijk vastgelegde principe, dat een armlastige voor rekening van zijn geboortegemeente werd bedeed, gehandhaafd. Dit leidde tot het afschuiven van verantwoordelijkheid voor armlastigen, waardoor er met name op het platteland soms eindeloos met patiënten werd rondgesleept en de geneeskundige die zo vriendelijk was te helpen maar moest afwachten of hij daar enige vergoeding voor kreeg.²² De regeling kende nog een aantal praktische problemen en in 1870 werd de Armenwet zodanig gewijzigd, dat de verblijfplaats domicilie van onderstand werd. Deze wijziging was overigens niet door de genoemde problemen ingegeven, maar door de hoop hiermee de groei in het aandeel van de openbare armenzorg af te remmen.²³ Wegens gebrek aan medewerking van informanten had de commissie, in de persoon van S.Sr. Coronel, verder weinig te rapporteren. C.C. Roëll, geneeskundig adviseur van Thorbecke, vond dat jammer, maar was zo overtuigd van "het veelzijdige gebrekkige in de geneeskundige armverzorging", dat deze gebreken ongetwijfeld door het in te stellen geneeskundig staatstoezicht aan het licht zouden worden gebracht. Wat hem betrof kon de NMG de zaak laten rusten.²⁴

De kritiek op het ziekenfondswezen bevatte gelijksoortige elementen als de kritiek op de armenzorg. Als gevolg van de lage premies, de competitie om ziekenfondscon-

tracten onder de aanbieders van zorg en doordat commerciële fondsen de inkomsten afroonden was er te weinig geld beschikbaar voor redelijke vergoedingen en daarmee voor het verlenen van goede zorg. Een deel van de fondsen accepteerde ook meergegoeden als ziekenfondslid en bedreigde daarmee de particuliere praktijk. Tenslotte verweet men de overheid een gebrekkig toezicht op de fondsen, die volgens de geneeskundigen vrij willekeurig met de verzekeringsvoorwaarden en de overeenkomsten met de aanbieders van zorg omsprongen.²⁵

De onvrede met het functioneren van de fondsen leidde tot een nieuw type fonds in de grote steden: grote door de deelnemers beheerde fondsen als het Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam (AZA, 1846) en het Algemeen Ziekenfonds Rotterdam (AZR, 1859). Om concurrentie te vermijden konden alle lokale geneeskundigen en apothekers een contract met het fonds aangaan en konden de ziekenfondsleden uit de deelnemende geneesheren en apothekers kiezen; een regeling die op den duur met de term 'vrije artskenkeuze' werd aangeduid. De particuliere praktijk werd door een welstandsgrens afgeschermd, zodat de meergegoeden niet konden toetreden. Veel van deze fondsen kenden een moeilijke start, omdat de concurrentie van andere fondsen het onmogelijk maakte de premies zodanig te verhogen, dat aan de eisen van de medisch beroepen kon worden voldaan. Op den duur werden de fondsen zelfs gedwongen om – net als de commerciële verzekeraars – over te gaan op honoraria-kortingen en scherpere risicoselectie.²⁶

Gebrek aan geneeskundigen

De vier geneeskundige wetten van 1865 betekenden een overwinning van Thorbecke en de NMG. De overheidsverantwoordelijkheid voor de volksgezondheid werd, met een beroep op de Gemeentewet, zo veel mogelijk aan de lagere overheden gedelegeerd. Pas waar het gemeentelijk initiatief, of juist het gebrek daaraan, schade aan belangen buiten de gemeente toebracht, moest de provincie de verantwoordelijkheid overnemen. Waar het nationaal belang in het geding was, diende uiteindelijk de rijksoverheid op te treden. De rijksoverheid trok dan ook de toelating tot de praktijk en de controle op de uitoefening van de geneeskunst, middels het Staatstoezicht, naar zich toe. Verder was het Staatstoezicht bedoeld als deskundig apparaat ter activering en controle van de gemeenten, maar het kon de gemeentebesturen niets opleggen. De werkzaamheden werden uitgevoerd door inspecteurs, hierin bijgestaan door geneeskundige raden bestaande uit geneeskundigen, apothekers en een rechtsgeleerde.²⁷

De 'Wet regelende de uitoefening der geneeskunst' bepaalde, dat er één geneeskundige bevoegdheid zou zijn, maar de regeling van het geneeskundig onderwijs werd uitgesteld; een concessie van de NMG. Eerst in de jaren 1876 en 1878 zouden de opleidingen van zowel geneeskundigen als apothekers volledig academisch worden. Tenslotte werden allerlei onderwerpen waar het oude geneeskundig staatsbestuur zich nog wel mee bezig had gehouden – zij het met beperkte resultaten – zoals bindende tarieven en provinciale prijslijsten voor de levering van geneesmiddelen, aan de beroepsgroepen zelf overgelaten.²⁸

De nieuwbakken geneeskundige inspecteurs waren vooral uit de kring der hygiënisten afkomstig. Ze vertoonden aanvankelijk een enorme activiteit en rapporteerden onophoudelijk over het gebrek aan initiatief van de meeste gemeenten. Geheel in lijn met het karakter van de geneeskundige wetgeving concludeerden zij dat het rijk in moest grijpen en ze pleitten voor aanvullende wetgeving, die de gemeenten tot een actief gezondheidsbeleid moest aanzetten, en voor uitbreiding van de bevoegdheden van het Staatstoezicht. Veel haalden de pleidooien niet uit. Er werd een beperkt aantal maatregelen genomen, waaronder de Wet op de lijkbezorging (Begrafeniswet, 1869) en de Wet op de besmettelijke ziekten (Besmettelijke Ziektenwet, 1872). Beide wetten hadden overigens wel een uitgesproken invloed op de organisatie van de gemeentelijke gezondheidszorg. De Begrafeniswet verplichtte gemeenten tot de aanwijzing van geneeskundigen voor de doodschouw, terwijl de Besmettelijke Ziektenwet hen onder meer oplegde de mogelijkheid tot gratis inenting te verschaffen. Beide verplichtingen noopten tenminste tot het aangaan van contracten met geneeskundigen, maar vormden ook wel een stimulans tot aanstelling van gemeenteartsen. Ook in gemeenten waar voorheen geen gemeentelijke medische voorzieningen aanwezig waren.

Deze geneeskundigen waren op het platteland inmiddels steeds moeilijker te vinden. De wetten hadden één academisch opgeleide geneeskundige stand geschapen; een stand die gewoon was zich in de eerste plaats op de meergeroeden en de stedelijke gebieden te richten en een bijbehorende status en inkomen verlangde. Met de eenheid van stand werden de mogelijkheden om on- en minvermogenden en het platteland met behulp van standsverschillen onder de aanbidders van zorg te bedienen dan ook sterk ingeperkt. Dit werd nog geaccentueerd, doordat de zwaardere opleidingen in een daling van het aantal geneeskundigen en apothekers per hoofd van de bevolking resulteerden (bijlage A). Het dieptepunt in het aantal geneeskundigen per hoofd van de bevolking werd rond 1890 bereikt, waarna dit cijfer, als gevolg van de populariteit van de geneeskundige studie, weer toenam. Aan het begin van de twintigste eeuw werd het niveau van 1865 weer bereikt en vervolgens ruimschoots overschreden.²⁹ De daling van het aantal apothekers was veel scherper en bovendien blijvend. Het verschil in zwaarte en duur van de oude opleidingen op de klinische, parapluie- en particuliere scholen enerzijds en de nieuwe academische opleiding anderzijds was veel groter dan bij de geneeskundigen, terwijl het aantal opleidingsplaatsen kleiner was. Bovendien was de handel in reguliere geneesmiddelen na 1865 alleen aan apothekers en apotheekhoudende huisartsen toegestaan.³⁰

De schaarste aan geneeskundigen dwong veel plattelandsgemeenten tot ronselactiviteiten om er voor te zorgen, dat zij aan de verplichtingen in het kader van de Begrafeniswet en de Besmettelijke Ziektenwet konden voldoen of zich er van te verzekeren, dat er zich überhaupt een geneeskundige in de gemeente vestigde. Het waren de jaren waarin gemeenten fraai gelegen doktershuizen bouwden en de salarissen van plattelandsgemeenteartsen fors werden opgetrokken, opdat ze als vestigingspremie konden functioneren.³¹ Waar de salarissen zo werden opgeschroefd zonder dat daar een evenredig hogere prestatie tegenover stond, lag het voor de hand

om de werkzaamheden van de gemeentearts uit te breiden en hem de medische armenzorg op te dragen; ook in gemeenten waar voorheen geen gemeentelijke voorzieningen bestonden. De hoge kosten en de noodzaak de schaarse medische hulp efficiënt in te zetten waren een stimulans voor samenwerking tussen verschillende gemeenten, samenwerking tussen overheid en armbesturen en ook voor de verdere overheveling van de medische armenzorg van kerkelijke naar openbare armbesturen.

Voor armere of excentrisch gelegen gemeenten bleek het onmogelijk om een geneeskundige te contracteren of voor langere tijd aan zich te binden. Bovendien bood het gebrek aan geneeskundigen, apothekers en vroedvrouwen aan onbevoegden de kans om te praktizeren. Hier en daar droegen apotheekhoudend artsen zelf de bereiding van geneesmiddelen aan onbevoegden op. Er klonken dan ook al snel weer stemmen om het monopolie van de arts op te heffen of zelfs opnieuw een tweede geneeskundige stand in te voeren. De NMG benoemde een speciale gecommitteerde, die alternatieve oplossingen moest aandragen, teneinde deze aanvallen op het zojuist verworven monopolie en de eenheid van stand af te slaan. Hij voerde een onderzoek naar de verspreiding van geneeskundige hulp in Nederland uit en kwam tot de conclusie, dat er voldoende geneeskundigen waren, maar dat deze ongelijk over Nederland waren verdeeld, hetgeen in enkele gemeenten in een gebrek aan geneeskundige hulp resulteerde. Dit probleem moest zeker niet worden opgelost door terugkeer naar de situatie van voor 1865. Waar geen geneeskundige aanwezig was, was dit te wijten aan onvoldoende bestaansmogelijkheden. Dit kon alleen worden opgelost door betere vergoedingen in de particuliere en de armenpraktijk. Bovendien pleitte hij voor uitbreiding van het aantal vroedvrouwen en andere vormen van gespecialiseerde hulp, zodat de beunhazerij kon worden tegengegaan en de geneeskundigen op het platteland werden ontlast.³² Dit standpunt werd door zowel de NMG als de geneeskundige inspectie in de jaren zeventig en tachtig enkele malen herhaald. Hoe zeer de inspecteurs de NMG inzake de organisatie van de armen-, ziekenfonds- en particuliere praktijk volledig ondersteunden. Ze pleitten voor een vaste jaarlijkse beloning per patiënt in de armen- en ziekenfondspraktijk, voor welstandsgrenzen en voor de oprichting van ziekenfondsen waar deze nog niet bestonden.³³ De aanbevelingen aan de rijksoverheid van de NMG en de inspectie waren geheel in lijn met de liberale geneeskundige wetgeving. Men betoogde dat het om een algemeen belang ging, al was het alleen maar omdat de uitvoering van de Begrafenis- en de Besmettelijke Ziektenwet in het geding was. Onwillige gemeenten moesten dan ook door de inspectie tot daden worden aangezet, terwijl gemeenten die niet in staat waren om de benodigde financiën op te brengen een subsidie moesten krijgen.³⁴ Inmiddels waren hier en daar reserve-officieren van gezondheid gestationeerd en vanaf 1888 verstrekke de rijksoverheid een beperkt aantal subsidies aan gemeenten voor verhoging van salarissen van geneeskundigen en vroedvrouwen, op voorwaarde dat de betreffende provincie en gemeente een gelijke bijdrage leverden. Het waren minimale maatregelen, maar verder wenste de overheid voorlo-

pig niet te gaan, terwijl de NMG, die immers zelf had beweerd dat de problemen beperkt waren, daar ook niet op aandrong.

Verschuivingen rond de eeuwwisseling en de Eerste Wereldoorlog

Radicalisering van het geneeskundig beroep langs twee lijnen

In de jaren negentig, op het dieptepunt van het tekort aan geneeskundigen en apothekers, verhief een nieuwe generatie sociaal-geneeskundigen haar stem. Ze vond aansluiting bij de radicaal-liberale stroming, zoals de hygiënisten inspiratie uit Thorbecke's liberalisme hadden geput. Volgens deze sociaal-geneeskundigen was het aantal probleemgemeenten veel groter dan de NMG beweerde, terwijl door de eis dat de provincie en de gemeente zelf om een subsidie moesten vragen en een gelijke bijdrage dienden te leveren, de verantwoordelijkheid nog altijd bij onwillige gemeenten en provincies lag. Bovendien waren de subsidies te laag voor een beloning die de beperkte inkomsten uit de particuliere praktijk kon compenseren en ze boden geen oplossing voor de geografische en culturele onaantrekkelijkheden van het platteland.³⁵ De radicaal-geneeskundigen wilden dan ook verdergaand staatsingrijpen. De discussies concentreerden zich in eerste instantie in de geneeskundige raden, alwaar men een nieuw onderzoek naar de verspreiding van geneeskundige hulp was begonnen. Door het gebrek aan apothekers, dat inmiddels zelfs in middelgrote gemeenten een probleem was geworden, waren de prijzen van geneesmiddelen snel gestegen. De leden van de raden wilden dan ook tenminste terugkeer van door de overheid vastgestelde prijslijsten voor levering van medicijnen aan armbesturen, maar sommigen gingen veel verder. Inspecteurs als G.W. Bruinsma en J. Menno Huizinga pleitten voor staatsapotheken met een monopolie op de levering van medicijnen. Menno Huizinga had een consistente visie op de organisatie van de gemeentelijke medische zorg. Deze moest bij voorkeur door vol-ambtenaren, die zich volledig op de gemeentelijke zorg richtten, worden uitgevoerd. De rijksoverheid zou onwillige gemeenten dwingende voorschriften betreffende salaris, samenwerking en medische voorzieningen moeten opleggen en in gemeenten waar zich geen enkele geneeskundige vrijwillig wilde vestigen, arts-rijksambtenaren moeten stationeren. Over dergelijke vergaande maatregelen kon men in de geneeskundige raden echter niet tot overeenstemming komen.³⁶

De voorstanders van deze maatregelen verplaatsten de discussie vervolgens naar de NMG. Op initiatief van de afdeling Utrecht werden in 1896 en 1897 opnieuw onderzoeken naar de geneeskundige verzorging op het platteland en het functioneren van de medische armenzorg uitgevoerd.³⁷ De conclusies over het gebrek aan geneeskundige hulp waren veel negatiever dan die uit de rapporten in de jaren tachtig. Volgens de commissie, vooral samengesteld uit de nieuwe groep sociaal-geneeskundigen, bestond er in Limburg, Noord-Brabant en in delen van Zeeland en de noordelijke provincies grote behoefte aan geneeskundige hulp.³⁸ In een vervolgrapport adviseerde men een rijkscommissie in te stellen die probleemgemeenten moest aanwijzen.

Provinciale Staten zouden vervolgens een minimum-salaris voor de gemeentegeneesheer in deze gemeenten vaststellen. Wanneer dit salaris niet door een aangewezen gemeente was op te brengen, moest deze worden gesubsidieerd. Voor de gevallen waarin zich dan nog geen geneesheer wilde vestigen, diende een beperkt aantal staatsartsen te worden aangesteld, die telkens voor een bepaalde periode in een probleemgemeente konden praktizeren. De commissie wilde de verantwoordelijkheid voor de voorziening in geneeskundige hulp dus in laatste instantie aan de staat opdragen en deze van een aantal instrumenten voorzien om die verantwoordelijkheid ook waar te kunnen maken.³⁹ De voorstellen gingen het merendeel van de NMG-leden echter veel te ver. De gedetailleerde rapporten werden nauwelijks in de algemene vergaderingen behandeld. In 1898 beperkte de vergadering zich tot het aannemen van een weinig zeggende motie, ingediend door het hoofdbestuur, waarin werd verklaard "dat de verkrijgbaarheid van behoorlijke geneeskundige hulp, zooveel mogelijk voor een ieder, een voorwerp van aanhoudende zorg der Regeering behoort te zijn".⁴⁰ De groep sociaal-geneeskundigen had zich in 1895 in het 'Congres voor Openbare Gezondheidsregeling' georganiseerd en zette daar, samen met chemici, ingenieurs, ambtenaren en politici het debat voort. In het congres werden in de eerste twintig jaar van deze eeuw diverse belangrijke wetten met een sociaal-medisch karakter voorbereid, waaronder de Gezondheidswet van 1901.⁴¹ De nieuwe Gezondheidswet versterkte de sturende en toezichhoudende taak van het Staatstoezicht. De geneeskundige raden verdwenen, maar daar stond tegenover dat het apparaat werd voorzien van een Centrale Gezondheidsraad aan de top, die via de inspecteurs was verbonden met lokale gezondheidscommissies in gemeenten met meer dan 18.000 inwoners.⁴²

In 1908 debatteerde het congres over de medische verzorging op het platteland. Men sprak zich overwegend negatief uit, maar ging niet akkoord met een door voorzitter Bruinsma geformuleerde conclusie, waarin werd aangedrongen op uitbreiding van de staatsbemoeiing.⁴³ Bruinsma was tevens de belangrijkste medisch adviseur van de in 1906 door een liberaal kabinet ingestelde 'Staatscommissie voor den Landbouw'. De commissie concludeerde, dat plattelandsarbeiders de dokter bij voorkeur zelf betaalden, maar juist daardoor vaak te lang wachtten met het invoeren van geneeskundige hulp. Dit werd nog bemoeilijkt, doordat geneeskundige hulp vaak van ver moest worden gehaald; als ze al aanwezig was. De weergave van de situatie in bepaalde gebieden was in het rapport soms negatiever dan het beeld dat de lokale informanten van de commissie hadden geschetst. De commissie schreef dit toe aan een verschil in appreciatie.⁴⁴ De geneeskundige inspectie, die door de Minister van Binnenlandse Zaken om commentaar was gevraagd, stelde echter dat Bruinsma had overdreven. Door het groeiende aanbod van afgestudeerde artsen was de situatie de laatste tien jaar sterk verbeterd. Bovendien werd het probleem voor een belangrijk deel veroorzaakt door structurele omstandigheden; een verspreid wonende en arme bevolking was hoe dan ook moeilijk van geneeskundige zorg te voorzien. Hogere subsidies en gemeentesalarissen, zoals de commissie voorstelde, zouden het probleem enigszins verminderen, maar nooit oplossen.⁴⁵ De afdeling Volksgezondheid en

Armwezen van het Ministerie van Binnenlandse Zaken, inmiddels onder beheer van een confessioneel kabinet, had dan ook iets geheel anders in petto.

Binnen de NMG nam de radicalisering een totaal andere vorm aan. Rond de eeuwwisseling nam het aantal artsen en daarmee de onderlinge concurrentie toe. In de steden was het al weer dringen geblazen, terwijl het platteland van de kustprovincies al snel geen gebrek aan geneeskundigen meer kende, hetgeen merkbaar was in de arbeidsvoorwaarden bij armbesturen en ziekenfondsen. Alleen in delen van de landprovincies bleven geneeskundigen schaars; een probleem dat voorlopig ook niet zou worden opgelost.

De concurrentie nam ook toe als gevolg van hernieuwde differentiatie in het aanbod van medische zorg, zowel binnen als buiten het geneeskundig beroep. Binnen het geneeskundig beroep bedreigde de ontwikkeling van het specialisme de moeizaam verworven eenheid van stand. Specialisatie hing samen met ontwikkelingen in de medische wetenschap en het ziekenhuiswezen, maar was toch vooral een poging van sommigen geneeskundigen om zich in de markt van medische diensten te profileren.⁴⁶ De groei van het specialisme begon in Nederland rond 1890 in alle ernst in de steden. In 1883 telde de NMG 32 specialisten, in 1903 136 en alleen nog in de universiteitssteden alsmede in Rotterdam en Den Haag, maar in 1908 waren er al meer dan 400 specialisten in 24 steden.⁴⁷ Een geijkte methode om de markt te penetreren was de opening van een polikliniek waar patiënten gratis of tegen zeer lage tarieven werden behandeld. Medische faculteiten openden universiteitspoliklinieken ten behoeve van het onderwijs, waarbij de vergoedingen al helemaal geen rol speelden.

Een variant op de groei van het specialisme was de ontwikkeling van concurrerende medische beroepen op terreinen waar de artsen zich om uiteenlopende redenen nauwelijks begaven, zoals de tandheelkunde en de heilgymnastiek.⁴⁸ Omgekeerd zouden de huisartsen zich op den duur meer met de verloskundige praktijk onder minvermogenenden bezighouden en zich daarmee op het terrein van de vroedvrouwen begeven. De problemen waren in alle gevallen gelijk. De zorg van huisartsen, vroedvrouwen, specialisten, tandartsen en heilgymnasten was deels uitwisselbaar, deels aanvullend. Voor zover de zorg uitwisselbaar was, deden deze beroepsgroepen elkaar direct concurrentie aan. Zeker wanneer ze zich niet aan de gebruikelijke tarieven hielden. Voor zover de zorg aanvullend was, ontstond concurrentie om de beschikbare middelen. Daarnaast leidde de differentiatie tot moeizame competentiegeschillen.

Tenslotte ondervonden de geneeskundigen groeiende concurrentie van oude en nieuwe instellingen in de gezondheidszorg. Het bereik van ziekenhuizen, gemeentelijke medische diensten en het uitdijend particulier initiatief nam toe, doordat ze nieuwe vormen van medische zorg ontwikkelden. Hierbij deden zich dezelfde problemen ten aanzien van vervanging, aanvulling en competentie voor. Daarnaast vertegenwoordigden deze instellingen een alternatieve organisatie, die een fundamentele bedreiging voor het bestaan van de vrij gevestigde professional vormde. Het ging niet zonder slag of stoot, maar in de eerste decennia van de twintigste eeuw zou de NMG zich tot de belangenbehartiger van de vrij gevestigde geneeskundigen omvor-

men. Hierbij hoorde een ideologie waarin men poneerde, dat goede zorg niet alleen een goede beloning veronderstelde, maar ook een onafhankelijke beroepsuitoefening, die het beste door de vrij gevestigde beroepsbeoefenaar kon worden gegarandeerd. Derden, zoals de overheid, ziekenfondsbesturen of ziekenfondsbodes, dienden zich niet in de relatie tussen arts en patiënt te mengen. De NMG zou steeds meer afstand van overheidsingrijpen nemen en de aandacht verschoof meer en meer naar de materiële belangen en de afbakening van de bevoegdheden van de medische beroepen.

De houding van de geneeskundigen ten opzichte van deze ontwikkelingen liep overigens uiteen, hetgeen tot een aantal scheidslijnen binnen het geneeskundig beroep leidde. De immer aanwezige kloof tussen de gevestigde geneeskundigen en de groep jonge artsen werd door de toename van het aantal artsen groter. Bovendien konden gevestigde geneeskundigen het zich beter veroorloven om het nieuwe zorgaanbod als zinvolle aanvulling op de diensten die huisartsen konden en wilden leveren te verwelkomen. Geneeskundigen speelden vaak een belangrijke rol bij de reorganisatie van gemeentelijke diensten, de oprichting van particuliere verenigingen – waarbij ze om niet of tegen een kleinigheid geneeskundige medewerking verleenden – of de introductie van specialisten en heilgymnasten bij hun cliënten. Pas afgestudeerde artsen hadden vaak geen andere keuze dan tegen lage vergoedingen voor ziekenfondsen of gemeenten te werken en deden daarmee hun gevestigde collega's concurrentie aan. Omgekeerd boden de nieuwe vormen van zorg aan hen mogelijkheden om een carrière op een geheel nieuw arbeidsterrein, zoals de kinder-, tuberculose- of schoolgeneeskunde, op te bouwen, waarbij ze echter concurrentie van de gevestigde geneeskundige weldoeners ondervonden. Het waren vooral de jongere artsen die er rond de eeuwwisseling op aandrongen, dat de NMG zich meer met de belangenbehartiging ging bezighouden. Tussen 1898 en 1902 functioneerde een bemiddelingscommissie, waaraan de leden hun onderlinge conflicten of conflicten met derden konden voorleggen. Erg succesvol was de commissie niet en in 1902 kwam het tot een beperkte reorganisatie van de NMG. De zelfstandigheid van de afdelingen werd ingeperkt door een negental Gewestelijke Raden, die overigens binnen enkele jaren weer werden opgeheven, en een blijvertje, de Centrale Commissie voor Beroepsbelangen (CCB). Daarnaast kreeg de NMG enkele strijdmiddelen, waaronder het bindend besluit en een weerstandskas. Deze strijdmiddelen waren niet zozeer bedoeld voor stakingen, aldus F.U. Ockerse, gangmaker van de reorganisatie, maar “om jeugdige collega's die door finantieel gebrek zouden worden gedreven zich met handen en voeten te laten binden door gemeentebesturen of directeuren van ziekenfondsen te steunen, opdat zij rustig kunnen zoeken naar een plaats of een positie die aan hun stand en waardigheid past”. Er werd een informatiebureau ingericht, alwaar men informatie over de bestaansmogelijkheden op bepaalde standplaatsen kon krijgen.⁴⁹

Tegelijkertijd wierp de tweede scheidslijn in het geneeskundig beroep zijn schaduw vooruit: die tussen huisartsen en specialisten. De algemene artsen vreesden volledige substitutie en al in 1898 pleitte een Amsterdamse arts voor de hantering van

welstandsgrenzen bij polikliniekbezoek en invoering van een verwijsbrief van de huisarts.⁵⁰ De belangentegenstellingen tussen huisartsen en specialisten uitten zich rond 1900 overduidelijk in de oprichting van plaatselijke specialistenverenigingen in de grote steden. Aangezien de specialisten op den duur steeds minder geneigd waren om meergegoede patiënten tegen verlaagde tarieven te behandelen, werd de prijsconcurrentie minder en werden de poliklinieken inderdaad vooral door on- en minvermogenden bezocht. Deze betaalden niet per verrichting, zoals de meergegoeden, maar een bepaald bedrag per maand voor hun polikliniekbezoeken. Vanaf het begin van deze eeuw gingen ziekenfondsen en armbesturen deze maandkaarten vergoeden, voor zover ze hun patiënten tenminste niet naar eigen poliklinieken stuurden. In reactie op de snel stijgende kosten van poliklinische specialistische hulp introduceerden de artsenfondsen, tot woede van de specialisten, de verwijsbrief. Al snel gevolgd door de andere fondsen.⁵¹

Dergelijke problemen bleven niet tot het geneeskundig beroep beperkt. De tandmeesters ondervonden op hun beurt concurrentie van tandtechniekers enerzijds en een nieuw specialisme, de mondarts, anderzijds.⁵² De heilgymnasten wilden niet alleen een eigen terrein op de artsen veroveren, maar wensten dit terrein tevens voor door de beroepsvereniging of via een staatsexamen gediplomeerde heilgymnasten te reserveren.⁵³ Het werkgebied van de apothekers leek wettelijk goed afgeschermd en het aanbod van apothekers bleef beperkt. De wetgever had de handel in patent- of geheimmiddelen echter bewust vrijgelaten. Deze middelen namen een groeiend deel van de totale geneesmiddelenconsumptie voor hun rekening; een consumptie die bovendien afnam, doordat de moderne geneeskunde minder en doelgerichter medicijnen voorschreef. Tenslotte werd de rol van de apotheker als bereider van medicijnen kleiner door de kant-en-klaarprodukten van de farmaceutische industrie, geleverd door een bloeiende groothandel. Voordat er serieuze problemen konden ontstaan, onderkenden apothekers, groothandelaren, fabrikanten en drogisten de wederzijdse afhankelijkheid, hetgeen praktisch gestalte kreeg in de oprichting van de 'Bond van Groothandelaren in Chemicaliën, Drogerijen en Pharmaceutische Produkten' in 1908. Deze Bond en zijn opvolgers, zoals de 'Vereeniging tot Behartiging van Pharmaceutische Handelsbelangen' uit de jaren twintig, reguleerden de verschillende belangen via overeenkomsten, zoals een verbod op rechtstreekse levering door fabrikant of groothandel aan de consument, het opstellen van prijslijsten en winstmarges, opdeling van de kleinhandel tussen apotheek en drogist en een stelsel van opleidingseisen en sancties.⁵⁴ Deze strikte regulering riep vanzelfsprekend weerstanden bij een deel van de apothekers op. Voor de individuele apotheker was het echter bijzonder moeilijk om zich tegen het machtsblok van de NMP te weer te stellen en de dissidenten hadden geen keus dan de vorming van alternatieve organisaties, zoals de Eenhoorn-apotheken. Deze kleine organisaties zouden nog een belangrijke rol gaan vervullen, doordat ze als breekijzer in de ziekenfondsstrijd konden fungeren.

De medische armenzorg

Rond de eeuwwisseling stonden de medische armenzorg en het ziekenfondswezen opnieuw in de belangstelling. Niet alleen van geradicaliseerde geneeskundigen, maar ook van iedereen die zich in het debat over de sociale zorg mengde. Deze belangstelling resulteerde in een aantal onderzoeken naar het functioneren van de medische armenzorg en de ziekenfondsen, uitgevoerd door de NMG, maar bijvoorbeeld ook door de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen. De onderzoekscommissies ondervonden deze keer veel meer medewerking dan de NMG een halve eeuw eerder, zodat er met meer zekerheid uitspraken over de medische armenzorg en de standpunten van de geneeskundigen kunnen worden gedaan.

In hoofdstuk één is al uiteengezet hoe de medische armenzorg inmiddels een vrijwel geheel gemeentelijke aangelegenheid was geworden. In de tweede helft van de negentiende eeuw hadden kerkelijke armbesturen hun activiteiten op dit terrein geleidelijk gestaakt, met een definitieve versnelling ten tijde van de economische crisis en het gebrek aan geneeskundigen in de jaren tachtig. Aan de vooravond van de opkomst van het modern particulier initiatief in de gezondheidszorg was de verstrekking van medische zorg aan onvermogenen een algemeen aanvaarde specifieke taak van de gemeentelijke overheid.

Voor een beschrijving van de medische armenzorg rond de eeuwwisseling zijn twee onderzoeken vooral van belang. Dat zijn een NMG-onderzoek naar het functioneren van de medische armenzorg uit 1897, dat rapporten over een elftal steden opleverde⁵⁵, en een onderzoek naar de rechtspositie van gemeentegeneeskundigen op het platteland, uitgevoerd door het gloednieuwe tijdschrift *Vox Medicorum* (1900) in 1902 en 1903.⁵⁶

Uit de rapporten blijkt dat er in de steden in deze jaren drifftig werd gereorganiseerd. De medische armenzorg viel meestal onder verantwoordelijkheid van het burgerlijk armbestuur, een enkele keer direct onder die van het college van Burgemeester en Wethouders (B&W). B&W werden altijd bijgestaan door een speciale commissie voor de geneeskundige dienst en dat was bij een aantal armbesturen ook het geval. Dergelijke commissies oefenden het dagelijks bestuur uit, controleerden de geneeskundigen en adviseerden het burgerlijk armbestuur, het college van B&W en de gemeenteraden omtrent benoemingen en belangrijke beleidsbeslissingen, zoals reorganisaties. In Amsterdam en Leiden bestond de commissie uit stadsgeneeskundigen, maar in de meeste gemeenten hadden dezen hooguit een adviserende stem. Het zal duidelijk zijn dat de stadsgeneeskundigen zich in die gevallen, met een beroep op hun professionele autonomie, niet altijd lieten controleren of besturen. Het is dit spanningsveld, dat het ondoorzichtige karakter en de variatie in gezagsverhoudingen kan verklaren. De plaatsing van de medische armenzorg onder de verantwoordelijkheid van B&W of juist weer van het burgerlijk armbestuur, de instelling van een commissie voor de geneeskundige dienst of juist de opheffing daarvan wisselden elkaar in verschillende gemeenten af en waren allemaal pogingen om een oplossing voor dit structurele competentieprobleem te vinden.

Vrijwel overal was het personeel in part-time dienst tegen een vast salaris. Haarlem kende nog de oude arbeidsdeling tussen genees-, heel- en verloskundigen. De stad was in zes wijken verdeeld en in iedere wijk was een geneeskundige aangewezen die de patiënten uit die wijk moest behandelen. Daarnaast waren er drie heel- en verloskundigen, één oogheilkundige en vier vroedvrouwen in dienst. In de loop van de jaren negentig werd de scheiding in de geneeskundige en de heelkundige praktijk in de meeste gemeenten opgeheven. De genees- en heelkundige praktijk werd aan een arts opgedragen, waarbij de wijken werden verkleind en/of de salarissen van de artsen verhoogd. Soms hield men een verloskundige in dienst om de vroedvrouwen in moeilijke gevallen bij te staan, maar op den duur verdween ook de functie van de stadsverloskundige. De part-time geneesheren ontvingen een salaris van f500 tot f1000 per jaar en de vroedvrouwen van f200 tot f300. In de steden werden de artsen alleen bij uitzondering per ingeschreven patiënt of per verrichting betaald, bijvoorbeeld in het toen nog landelijke Feyenoord te Rotterdam. Bij de vroedvrouwen daarentegen werd wel steeds vaker voor de gehele of gedeeltelijke betaling per verrichting gekozen, waarbij de bedeeden zelf hun vroedvrouw konden kiezen. De benoemingen golden over het algemeen voor een aantal jaren, meestal vijf, waarna de betreffende practicus in de regel onmiddellijk herbenoembaar was. In al deze steden werd met instructies gewerkt, waarin de verantwoordelijkheden en de rechtspositie van het personeel waren geregeld. Naast het verlenen van geneeskundige hulp, waren gemeenteartsen belast met de doodschouw en de pokkenvaccinatie en met de zorg voor de bewoners van openbare instellingen als weeshuizen en gestichten voor oude lieden. In de kleinere steden waar zich een gemeentelijk ziekenhuis bevond, was de geneeskundige dienst in dat ziekenhuis ook aan één der stadsgeneesheren opgedragen. In de grote steden bestond al sinds lang de functie van geneesheer-directeur en dat voorbeeld werd met de modernisering van het ziekenhuiswezen op den duur door de kleinere steden gevolgd.

In de meeste steden bestonden gemeentepotheken en maakte men slechts in uitzonderlijke situaties gebruik van de diensten van particuliere apothekers. In een aantal gemeenten – Schiedam, Leeuwarden en Groningen – werden de medicijnen beurtelings door de aldaar gevestigde apothekers tegen betaling per recept geleverd. Naast geneeskundige, verloskundige en farmaceutische hulp werden altijd kunst- en hulpmiddelen, soms versterkende voeding en steeds vaker poliklinische specialistische hulp verstrekt. Minvermogenden moesten voor deze voorzieningen op den duur een eigen bijdrage betalen. Waar het particulier initiatief een voorziening voor zijn rekening nam, ontbrak gemeentelijke zorg of was deze beperkt. Zo waren er in veel plaatsen verenigingen ter verstrekking van versterkende middelen of hulp aan kraamvrouwen actief. In de meeste steden was nog een restant van kerkelijke medische armenzorg aanwezig. Dit betrof vooral kleine, kapitaalkrachtige kerkgenootschappen als doopsgezinde en remonstrantse gemeenten.⁵⁷

Het recht op gratis medische zorg werd door het burgerlijk armbestuur toegekend. Voorheen werden vaak doorlopende bewijzen aan onvermogenden en tijdelijke bewijzen aan minvermogenden verstrekt. Vrijwel overal werd in de jaren negentig

de controle echter opgevoerd, waarbij de aanvragen aan de hand van formele inkomenscriteria werden beoordeeld. Daarnaast werden houders van een doorlopend bewijs tussentijds gecontroleerd en op den duur stapte men grotendeels van de doorlopende bewijzen af. Aangezien mensen natuurlijk alleen een consent vroegen, wanneer ze ziek waren, was het aantal mensen dat in principe recht op gratis behandeling had moeilijk vast te stellen. Ook de inkomensgrenzen boden weinig houvast, aangezien veel mensen beneden die inkomensgrens toch bij een ziekenfonds waren verzekerd. Slechts weinig rapporteurs waagden dan ook een gok. Uit de beperkte gegevens uit de rapporten en andere bronnen kan echter worden opgemaakt, dat de ondergrens in de steden op 15 procent lag, maar dat ook 30 procent van de bevolking recht op gratis geneeskundige hulp kon hebben.⁵⁸

Het oordeel van de rapporteurs over de omvang en aard van de verstrekkingen was over het algemeen positief. De klachten die werden vermeld betroffen vooral praktische bezwaren van de stadsgeneeskundigen, zoals te lage beloningen, onlogische wijkingelingen, te weinig controle op armlastigheid of het ontbreken van zittinglokalen. Het waren problemen waar de armbesturen, net als veertig jaar eerder, onder druk van de omstandigheden oplossingen voor zochten. De capaciteitsproblemen waren deze keer echter niet in de eerste plaats het gevolg van een conjuncturele inzinking, maar van een structurele verandering in de economie en de arbeidsverhoudingen. De economische opleving in de jaren negentig resulteerde ditmaal dan ook niet in een spontane vermindering van het aantal aanvragen van consents. Integendeel, de groei lokte nieuwe arbeiders naar de steden en dat betrof veelal mensen die niet gewend waren zich bij een ziekenfonds aan te sluiten. De aanpassingen zouden dan ook blijvend zijn en nieuwe politieke stromingen, zoals radicalen en sociaaldemocraten, kwamen op den duur met een oplossing die sterk van de oude organisatie afweek: de GGD.

De Gemeentelijke Geneeskundige Diensten, zoals ze aan het begin van deze eeuw in de grote steden ontstonden, hadden dezelfde positie als andere gemeentelijke bedrijven, zoals gas-, waterleiding- of trambedrijven. Ze hadden een eigen directie en werden politiek gecontroleerd door een bestuur. Aangezien de directie in het geval van de GGD uit geneeskundigen bestond, bood deze organisatie de best mogelijke oplossing voor de structurele competentiegeschillen tussen geneeskundigen en armverzorgers. In de GGD werden alle geneeskundige taken die de gemeente op zich had genomen gebundeld. Aanvankelijk betrof dat medische armenzorg, vaccinatie, doodschouw, geneeskundig schooltoezicht, EHBO, ziekenvervoer en de geneeskundige keuring en controle van ambtenaren. De belangrijkste organisatorische verandering die de medische beroepsbeoefenaars aanging, was het feit dat het GGD-personeel steeds meer in volledige dienst kwam, waarbij het de gemeenteartsen op den duur werd verboden nog langer een ziekenfonds- of particuliere praktijk aan te houden. Voor zover dit niet-curatieve functies betrof, zoals controlerend geneesheer of schoolarts, werd dit door de NMG toegejuicht. De functies van huisarts en controlerend geneesheer dan wel schoolarts konden niet worden gecombineerd, aangezien dit ten koste zou gaan van zowel de onafhankelijkheid van de controlerend

geneesheer/schoolarts als van het vertrouwen tussen huisarts en patiënt. Bovendien konden schoolartsen en controlerend geneeskundigen gemakkelijk toegang tot patiënten krijgen, waardoor ze in de functie van huisarts hun collega's oneerlijke concurrentie konden aandoen.⁵⁹ Het feit dat ook de armenartsen steeds vaker als volambtenaren werden aangesteld leverde echter de nodige hoofdbrekens op. Enerzijds ging een ziekenfonds- en zeker een particuliere praktijk onmiskenbaar ten koste van de armenpraktijk. Anderzijds druiste de ambtelijke status tegen de ideologie van de vrij gevestigde geneeskundige in.

Op het platteland was de situatie geheel anders. *Vox Medicorum* had in 1903 de beschikking over een zestigtal door plattelands-gemeenteartsen ingevulde enquêtes en een aantal instructies. Op het platteland viel de medische armenzorg veel vaker onder de directe verantwoordelijkheid van het gemeentebestuur. Ruim de helft van de geneeskundigen werd voor onbepaalde tijd benoemd. Wanneer er sprake was van tijdelijke benoemingen, betrof het vaak gemeenten waar meerdere geneeskundigen praktizeerden, onder wie de functie van gemeentearts rouleerde. Verder was het merendeel tevreden met het honorarium en de werkzaamheden die men daarvoor moest verrichten.

Daar stond echter tegenover, dat hier juist op het platteland snel verandering in kon komen. Zo was er nogal eens sprake van willekeurige salariswijzigingen, van onverwachte taakverzwaringen of zelfs van ontslag. De omvang van de werkzaamheden en het honorarium liepen dan ook sterk uiteen. Natuurlijk moest men de armen verzorgen en ook de levering van medicijnen en kunst- en hulpmiddelen, de doodschouw en de vaccinatie behoorden tot het gebruikelijke takenpakket. Daarnaast kon zich dit uitstrekken tot keuring en behandeling van gemeentepersoneel en lotelingen, EHBO, schoolhygiëne, advisering in zaken aangaande de volksgezondheid enz., enz. Er werd meestal een vast salaris betaald, maar allerlei afzonderlijke diensten werden ook wel per verrichting beloond. De achtergronden van allerlei wijzigingen waren vaak volstrekt onduidelijk, maar werden nogal eens aan lokale politieke intriges toegeschreven. De diepere achtergrond moest volgens de redactie echter in ontbrekende of beperkte contracten en instructies worden gezocht. Bovendien hadden veel geneeskundigen nog altijd de neiging om de medische armenzorg als een deels persoonlijke vorm van filantropie te beschouwen.

Er waren natuurlijk altijd lokale conflicten geweest, maar door de instroom van jonge geneeskundigen namen deze in aantal toe. De eerste zaak die de aandacht trok, betrof een succesvolle boycot van de NMG-afdeling Oude IJssel van de positie van gemeentegeneesheer te Dinxperloo in de jaren 1897-1899. Aanleiding was de eenzijdige verslechtering van de arbeidsvoorwaarden.⁶⁰ In de jaren hierna werden een aantal gemeentegeneeskundigen niet alleen geconfronteerd met salarisverlagingen en taakverzwaringen, maar zelfs met plotselinge vervanging door nu beschikbare jongere collega's die met minder genoegen namen en een langere toekomst ten dienste van de gemeente voor zich hadden. Steeds vaker werd op verzoek van betrokkenen de NMG bij de zaken betrokken. Sommige conflicten bereikten dan ook de nationale geneeskundige en algemene pers en gingen onder namen als de 'Domburgsche

Kwestie' en de 'Zeister Kwestie' de geschiedenis in.⁶¹ Deze kwesties liepen lang niet altijd zo succesvol af als in Dinxperloo. In de steden waren de NMG-afdelingen al veel langer een gesprekspartner waar het de lokale gezondheidszorg betrof. In plattelandsgemeenten was men niet gewend met de beroepsorganisaties te onderhandelen en was men van over het algemeen van mening, dat een democratisch gekozen gemeentebestuur verantwoording had af te leggen aan de provincie, de Kroon en desnoods aan de rechter, maar niet aan de NMG. Het wapen van het bindend besluit functioneerde nog maar gebrekkig, zodat gemeentebesturen bij het groeiend aantal artsen weinig moeite hadden nieuwe gemeenteartsen te vinden. Bovendien waren de lokale politici over het algemeen niet erg onder de indruk, wanneer de functie van gemeentearst een half jaar niet werd waargenomen.

Het politieke antwoord op zowel het in de vorige paragraaf behandelde gebrek aan geneeskundige hulp op het platteland als de onzekere positie van gemeenteartsen was de, bijna geruisloze, opname van het vijftal artikelen betreffende de medische armenzorg in de vernieuwde Armenwet van 1912. De artikelen waren geheel op de problemen in de plattelandsgemeenten toegesneden, al bevatte artikel 33 niet de forse maatregelen die de 'Staatscommissie voor den Landbouw' had voorgesteld. De effecten van dit artikel zouden echter veel verder reiken dan commissie en minister konden bevroeden.⁶²

De artikelen 34 tot en met 37 schreven onder meer voor, dat de verordeningen en instructies betreffende de geneeskundige armenzorg aan Gedeputeerde Staten en de geneeskundige inspectie ter beoordeling moesten worden toegezonden, dat het Staatstoezicht bezwaar tegen de inhoud kon maken en dat het ontslag van geneeskundig personeel met redenen omkleed aan de goedkeuring van Gedeputeerde Staten onderhevig was.⁶³ Het zou enige tijd duren voordat het tot de NMG doordrong, dat het Staatstoezicht de geëigende weg in geval van conflicten met gemeenten was geworden. Enkele jaren na invoering van de nieuwe Armenwet wees het *NTvG* met enige verbazing op de positieve invloed van de wet en het Staatstoezicht op de rechtspositie van de gemeenteartsen.⁶⁴ Dit gebrekkige inzicht was te wijten aan de allesoverheersende positie die de ziekenfondskwestie inmiddels in de NMG had ingenomen.

Het ziekenfondswezen

De aandacht voor het ziekenfondswezen werd door een aantal factoren ingegeven, die allemaal op de economische veranderingen zijn terug te voeren. In de eerste plaats begon het aantal ziekenfondsverzekerden, na de stagnatie in de tweede helft van de negentiende eeuw, vanaf ongeveer 1890 weer te groeien. Dit was het gevolg van de economische opleving in combinatie met de blijvende beperkende maatregelen die in de medische armenzorg waren genomen. Aan het begin van de twintigste eeuw kan het aantal ziekenfondsverzekerden op ongeveer 17 procent van de totale bevolking worden geschat. Nog altijd was het aantal verzekerden in het Westen van het land het grootst, maar het ziekenfondswezen was zich inmiddels ook over delen van

de oostelijke provincies gaan verspreiden. Dit was opmerkelijk, aangezien het aantal verzekerden in het Noorden en het Zuiden zelfs vrijwel nihil was (bijlage C).

Die groei van het aantal verzekerden in het Oosten des lands was toe te schrijven aan de industriële ontwikkeling aldaar. Dit ging gepaard met de oprichting van bedrijfsziekenfondsen, bedoeld om de werknemers aan de bedrijven te binden en efficiënt van geneeskundige zorg te voorzien in gebieden waar voorheen geen ziekenfondsen bestonden. De bedrijfsziekenfondsen vormden met de door de arbeidersbeweging opgerichte fondsen nieuwe typen ziekenfondsen. Kenmerkend voor dit type fondsen was het feit, dat ze niet door en voor de direct belanghebbenden werden opgericht, maar door lieden wier belangen en visie veel verder reikten dan de gezondheidszorg alleen. Grote bedrijven wilden een zo efficiënt mogelijk ziekenfonds en dat betekende al gauw een inrichting die sterk aan de GGD deed denken: artsen in loondienst, eigen apotheken enz. Voor de ziekenfondsen die aan de arbeidersbeweging waren gelieerd, zoals het fonds van de Haagse coöperatie 'De Volharding', was een dergelijke organisatie onderdeel van een totaalvisie op de inrichting van economie en maatschappij, waarin het vrij gevestigde beroep ter discussie stond.

Tenslotte werd de ziekenfondsverzekering onderdeel van de pogingen om een stelsel van sociale verzekeringen tot stand te brengen. In 1904 kwam Kuyper met het eerste wetsvoorstel voor een Ziektewet, waarin een verplichte ziekengeld- en ziekenfondsverzekering voor loontrekkenden werd gekoppeld aan voorschriften over de juiste inrichting van een ziekenfonds.⁶⁵ De geneeskundigen ontwikkelden inmiddels een eigen visie op die inrichting en deze week op belangrijke punten af van zowel de organisatie van de meeste bestaande fondsen, en zeker van de nieuwe fondsen, als van de voorstellen van Kuyper en die van zijn opvolger Veegens uit 1907.

De bezwaren van de NMG richtten zich men name op twee punten uit de wetsvoorstellen. Het eerste bezwaar gold de combinatie van ziekengelduitkeringen en geneeskundige verstrekkingen in één fonds. Volgens de NMG zou dit er toe leiden, dat de geneeskundige verstrekkingen op het tweede plan kwamen, met alle gevolgen voor de arbeidsvoorwaarden van de artsen en de kwaliteit van de geneeskundige verzorging van dien. In de tweede plaats kwamen de voorschriften voor de inrichting van een ziekenfonds uit de wetsvoorstellen maar ten dele overeen met de wensen van de artsen. Deze eisten vrije artsenkeuze, ruime vertegenwoordiging van de medewerkers in de besturen en een verplichte welstandsgrens ter bescherming van de particuliere praktijk. Men had er in deze jaren nog weinig moeite mee om toe te geven dat de vrije artsenkeuze niet zozeer ten behoeve van de patiënten werd geëist, maar ter voorkoming van concurrentie om de ziekenfondscontracten. Ook de bestuurseis was middel en geen doel op zich. Andere verlangens, zoals honorering in de vorm van een vast bedrag per verzekerde per jaar (abonnement) en aparte vergoeding voor kinderen, leverden minder problemen op, aangezien dit bij veel fondsen al gebruikelijk was.⁶⁶

In de decennia hierna gebruikte de NMG drie tactieken om deze verlangens in de praktijk van het ziekenfondswezen door te laten dringen. In de eerste plaats

probeerde men de inhoud van een mogelijke ziekenfondswetgeving te beïnvloeden. Door de snelle afwisseling van liberale en confessionele kabinetten miste de politiek in het eerste decennium van deze eeuw de kans om een Ziektewet af te kondigen, voordat de geneeskundigen op volle oorlogssterkte waren en voordat de vrijwillige ziekenfondsverzekering een dominante plaats in het stelsel van financiële toegankelijkheid had ingenomen. De confessionele politici bleken uiteindelijk bereid om voor een belangrijk deel aan de eisen van de NMG tegemoet te komen. In de Ziektewet die Talma in 1913 uiteindelijk in het Staatsblad kreeg, was, tot ontstemming van de linkerzijde, de koppeling van ziekgelduitkering en geneeskundige verstrekkingen opgeheven. De verzekeringsdwang was indirect geregeld. Men had alleen recht op ziekgeld, wanneer men bij een erkend ziekenfonds was ingeschreven. Hiervoor werd een aantal argumenten gebruikt, waarvan er twee telkens weer zouden terugkeren. Het feit dat men zich vrijwillig kon verzekeren en dat inmiddels ook op grote schaal deed en de constatering dat de overheid geen geneeskundige zorg kon garanderen, aangezien men daar de hulp van de artsen voor nodig had. Ook wat de eisen voor erkenning betreft kwam het voorstel van Talma tegemoet aan de wensen van de artsen. Zo regelde het de vrije artsenuitvoering en de welstandsgrens naar tevredenheid van de artsen en slechts op het punt van de bestuurssamenstelling wilde Talma niet aan de verlangens van de NMG voldoen. De Eerste Wereldoorlog en het optreden van een nieuw liberaal kabinet voorkwamen dat de Ziektewet operationeel werd.⁶⁷

In de tweede plaats probeerde de NMG de organisatie van de bestaande en nieuw te organiseren ziekenfondsen aan te passen. In 1912 nam de NMG een algemeen bindend besluit, waarin men verklaarde dat de leden geen medewerking mochten verlenen aan nieuw op te richten ziekenfondsen die niet aan de door de NMG opgestelde eisen voldeden. De artsen hadden te veel belangen in de bestaande ziekenfondsen, die bovendien maar zelden aan de eisen van de NMG voldeden, zodat het onzinnig was om deze onder het algemeen bindend besluit te laten vallen. Men probeerde ze geleidelijk, door onderhandelingen en zo nodig door boycot, aan te passen. Hierbij sloot men bij voorkeur mantelcontracten met alle fondsen die in een gemeente functioneerden, waarmee een belangrijke stoot tot de vorming van lokale samenwerkingsverbanden tussen ziekenfondsen werd gegeven.

Ten derde besloot de NMG in 1913 tot de oprichting van eigen ziekenfondsen, de zogenaamde Maatschappijziekenfondsen. Het was de gemakkelijkste manier om het ziekenfondswezen aan te passen en het waren belangrijke strijdmiddelen, omdat ze artsen en patiënten een alternatief boden bij conflicten met lokale ziekenfondsen. De 'Centrale Organisatie ter Behartiging van het Ziekenfondswezen' (CO) had de supervisie over de lokale onderhandelingen, moest gesloten overeenkomsten goedkeuren en hield toezicht op de inrichting van Maatschappijfondsen.⁶⁸

Het bindend besluit en de lokale conflicten tussen artsen en ziekenfondsen in de jaren daarna vielen slecht bij de pers en het publiek. Bovendien riepen de acties tegenmaatregelen van andere belanghebbenden op. De belangrijkste hiervan was de totstandkoming van de 'Landelijke Federatie ter Behartiging van het Ziekenfondswezen' (Federatie) in 1913. De Federatie was een samenwerkingsverband van onderling

beheerde fondsen dat langzaam zou groeien en tot in de jaren dertig een tamelijk vrijblijvend karakter had. Het krachtigste verzet werd door individuele fondsen of door lokale samenwerkingsverbanden geboden, daarbij geholpen door de verdeeldheid binnen het geneeskundig beroep. Met name de bedrijfsziekenfondsen van grote kapitaalcrachtige bedrijven en principiële ziekenfondsen als De Volharding gaven weinig toe en konden altijd wel artsen vinden die bereid waren de NMG te trotseren.⁶⁹

Daarnaast waren de door de NMG gestelde eisen bedoeld om de artsen een redelijk inkomen en een onafhankelijke uitoefening van hun beroep te garanderen. Indien deze doeleinden op andere wijze konden worden verwezenlijkt of volstrekt onhaalbaar waren, zetten lokale afdelingen zaken als de vrije artsenkeuze en de bestuurseis zonder moeite overboord en werkten ze desnoods zonder een door de NMG goedgekeurd contract.⁷⁰

Verder werd de onderhandelingspositie van de NMG ondergraven door de problemen met de verdeling van de ziekenfondsrevenue over huisartsen, specialisten en apothekers. De NMG werd in een diepe crisis gedompeld door de onenigheid tussen huisartsen en specialisten. Deze werd provisorisch opgelost door de creatie van aparte Huisartsen- en Specialistenorganisaties binnen de NMG in 1920. Aangezien de CO en daarmee de Maatschappijfondsen onder de Huisartsenorganisatie vielen, moesten de specialisten met de huisartsen in de slag over een redelijke vergoeding. Hierbij namen de huisartsen opmerkelijke standpunten in, zoals een voorstel tot inperking van de vrije specialistenkeuze en de uiteindelijke budgettering van de uitgaven aan poliklinische specialistische zorg.⁷¹ Het waren maatregelen ter beteugeling van de snel stijgende uitgaven aan poliklinische zorg; uitgaven die immers de mogelijkheden tot honorariaverbeteringen voor de huisartsen beperkten. De houding van de NMG ten opzichte van de apothekers was al heel ambivalent. Tot de Eerste Wereldoorlog was de NMG officieel van mening, dat een stelsel van staatsapotheken was te verkiezen boven dat van vrijgevestigde apothekers. Pas toen men de NMG voor de oprichting van de Maatschappijfondsen nodig had, sloot men een overeenkomst met de apothekersorganisatie, waarin de vrije apothekerskeuze werd gegarandeerd. Het bleek een broos huwelijk.⁷²

Tenslotte werden de uitgangspunten van de acties weliswaar door het overgrote deel van de NMG-leden onderschreven, maar niet door alle leden en niet alle artsen waren lid van de NMG. Met name een derde generatie sociaal-geneeskundigen had principiële bezwaren tegen de inrichting van de gezondheidszorg zoals de NMG die voorstond en tegen de gekozen strijdmethoden. Ze waren weliswaar ook van mening, dat een redelijk inkomen en professionele autonomie noodzakelijk waren voor goede geneeskundige zorg, maar vonden dat dit ook in een vast dienstverband bereikbaar was en dat de vrije praktijkuitoefening de nodige schade aan de gezondheidszorg in het algemeen en de toegang van on- en minvermogenden in het bijzonder toebracht. Het waren de erfgenamen van de radicaal-geneeskundigen en ze pleitten, in navolging van hun erflaters, voor verdergaande overheidsbemoeiing. Het Congres voor Openbare Gezondheidsregeling had deze mensen inmiddels weinig meer te bieden. De radicaal-liberale inspiratie was verdwenen en het congres volgde na de Eerste Wereld-

oolog de kleine liberale politieke romp in conservatieve richting, terwijl het geen aansluiting kon vinden bij de nieuwe confessionele en sociaal-democratische politieke krachten. De derde generatie sociaal-geneeskundigen kon dat wel, hetgeen zich onvermijdelijk vertaalde in onenigheid over de inhoud van de overheidsbemoedeningen.

Men koos voorlopig niet voor de oprichting van een eigen organisatie, maar was vooral actief in de vele categorale beroepsverenigingen die buiten de NMG waren ontstaan. Zo was in 1906 de 'Nederlandsche Vereeniging van Schoolartsen' opgericht en op initiatief van L. Heijermans kwam in 1919 de 'Nederlandsche Vereeniging voor Gemeentelijke Geneeskundige Verzorging' (NVGGV) tot stand. Deze twee verenigingen zouden in 1923 het *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* gaan uitgeven en uiteindelijk, na veel geharrewar, in 1930 fuseren in de 'Algemeene Nederlandsche Vereeniging voor Sociale Geneeskunde' (ANVSG).⁷³

De ziekenhuizen

In de negentiende eeuw kwam de differentiatie in verplegende instellingen goed op gang. Er kwamen gespecialiseerde en modernere gestichten voor krankzinnigen, gevangenen, ongehuwde moeders en ook voor zieken.⁷⁴ Het aantal echte ziekenhuizen nam toe van ongeveer 20 rond 1810 tot meer dan 80 aan de vooravond van de grote bouwexplosie in het ziekenhuiswezen aan het einde van de negentiende en het begin van de twintigste eeuw. Het relatief aantal gehospitaliseerden steeg van ongeveer één tot zes à zeven promille van de bevolking per jaar.⁷⁵ De negentiende-eeuwse ziekenhuizen waren zeker geen sterfhuizen. De verhouding tussen het aantal patiënten dat in de ziekenhuizen werd opgenomen en het aantal dat daar stierf, was lang niet altijd hoger dan tegenwoordig. Chronisch zieken werden meestal overgebracht naar andere verpleeginstellingen of zonder meer naar huis gestuurd.⁷⁶ De therapeutische waarde van het ziekenhuis was niet zozeer gelegen in de geneeskundige zorg die werd geboden. Er waren wel geneeskundigen aan de instellingen verbonden, hun patiënten waren immers aldaar aanwezig, maar de meerwaarde van het ziekenhuis was vooral gelegen in de positieve invloed die de verpleging en verzorging op de genezing moesten uitoefenen. Kortom, rond 1850 was een ziekenhuis een instelling waar armen in werden opgenomen, niet om er genezing te vinden, maar wel om er, onder betere omstandigheden dan thuis, te genezen.

Het is een overbekend feit, dat de verpleging en verzorging in de negentiende-eeuwse ziekenhuizen veel te wensen overliet, al kan de erbarmelijke situatie in de Amsterdamse gasthuizen en andere grote Europese ziekenhuizen waarschijnlijk niet zonder meer op de kleinere instellingen van toepassing worden verklaard. Even bekend is, dat de verpleging vanaf de jaren zeventig verbeterde, doordat de zaalknechts en -meiden langzaam plaats maakten voor geschoolde verpleegsters. Dit hing samen met het begin van de ontwikkeling van het ziekenhuis in de richting van een instituut voor medische behandeling. Belangrijke aspecten hiervan waren de ontdekking en introductie van de narcose rond 1850 en vooral de aseptische behandeling

tegen het einde van de negentiende eeuw, waardoor allerlei voorheen ondenkbare of tenminste levensgevaarlijke chirurgische ingrepen mogelijk werden; mits uitgevoerd in de operatiekamers van de ziekenhuizen.⁷⁷ In het begin van deze eeuw volgde een technologische revolutie. Dit betrof niet alleen de ontwikkeling en introductie van moderne apparatuur als röntgeninstallaties en hoogtezonnen. De complete inrichting van het ziekenhuis werd gemoderniseerd, van operatiekamer tot ziekenhuisbed, geleverd door een inmiddels tot wasdom gekomen industrie die zich specialiseerde in de inrichting van ziekenhuizen. De effecten waren meerledig: een complexere organisatie, een sterke toename van het aantal ziekenhuizen en verpleegden, waaronder nu ook meergegoeden, en tenslotte een dramatische kostenstijging.

De belangrijkste organisatorische veranderingen hingen samen met de groei en differentiatie van de ziekenhuizen. De groei leidde tot uitbreiding van de verpleegkundige en geneeskundige staf. De differentiatie resulteerde in allerlei nieuwe afdelingen en beroepen: van de ziekenhuispoliklinieken en de opsplitsing in afdelingen voor allerlei specialismen, via de komst van laboratoria en röntgenafdelingen, tot het maatschappelijk ziekenhuiswerk, dat in Nederland vanaf 1913 probeerde om "alle maatschappelijke belemmeringen tot herstel der uit het ziekenhuis ontslagen patiënten" uit de weg te ruimen.⁷⁸ De ziekenhuisbesturen trokken zich meer en meer uit het dagelijks beheer terug en lieten dit over aan de geneesheer-directeur, de adjunct-directrice, die meestal de leiding over de verpleging had, en een groeiend leger professionele ziekenhuisadministrateurs. Het bestuur bleef wel verantwoordelijk voor de hoofdlijnen van het beleid. Met name de financiële verantwoordelijkheden drukten zwaar en de invloed van de besturen was dan ook vooral merkbaar bij uitbreidings- en nieuwbouwplannen en wanneer men, in samenwerking met de ziekenhuisadministratie, pogingen ondernam om de kosten in de hand te houden.⁷⁹

We vinden deze mensen terug in nieuwe belangengroepen als de 'Geneeskundige Vereeniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen in Nederland en zijne Koloniën' (1900, in feite een vereniging van ziekenhuisdirecteuren met als tijdschrift *Het Ziekenhuis*); de veel oudere, uit 1889 daterende 'Bond van Directrices en Adjunct-Directrices van Ziekenhuizen' (die eveneens over een eigen *Orgaan van de Bond van enz...* beschikte) en de 'Vereeniging van Administratieve (Economische) Hoofden van Ziekeninrichtingen in Nederland' (1921, tijdschrift *Administratie en Economie in de Ziekenhuizen*). In 1922 organiseerden de besturen van de neutrale ziekenhuizen zich in de 'Vereeniging van Ziekenhuizen in Nederland'. De 'Bond der Nederlandse Diaconessenhuizen' was inherent aan het internationaal strak georganiseerde diaconessenwezen en van veel ouder datum, maar de 'Vereeniging van Katholieke Ziekenhuizen' kwam pas in 1933 tot stand. Daar stond tegenover, dat deze vanaf 1935 over een eigen orgaan beschikte, *Ons Ziekenhuis*. De drie beroepsorganisaties hadden in 1928 hun eigen tijdschriften in de nieuwe uitgave *Het Ziekenhuiswezen* laten opgaan. De uitgave van *Het Ziekenhuis* werd door de uitgever overigens voortgezet, aangezien de exploitatie van ziekenhuistijdschriften, door de grote vraag naar advertentieruimte van de ziekenhuisindustrie, een winstgevend bedrijf was.⁸⁰

De katholieke organisatie had lang op zich laten wachten. Al in de negentiende eeuw bestonden er enkele confessionele ziekenhuizen en een aantal gespecialiseerde instellingen, met name oog- en kinderziekenhuizen. Het confessionele ziekenhuis had echter vooral een groot aandeel in de bouwexplosie tussen 1890 en 1920. In de negentiende eeuw werden 44 neutrale, 45 katholieke en 19 protestants-christelijke ziekenhuizen gebouwd.⁸¹ In 1920 waren er 39 overheidsziekenhuizen, 117 katholieke, 33 protestants-christelijke en 64 particuliere ziekenhuizen van algemene of andere gezindte. Aangezien onder de overheidsziekenhuizen de grote gemeentelijke en academische ziekenhuizen waren te vinden, bezaten de overheden wel bijna 40 procent van de 20.000 ziekenhuisbedden.⁸²

Exacte cijfers over verpleegden en verpleegdagen in Nederland zijn tot halverwege de jaren twintig niet voorhanden, maar op basis van de armenzorgstatistiek en enkele deelstudies valt de groei redelijk te schatten (tabel 2.1). Tegelijkertijd verdubbelden de reële kosten per verpleegdag. Dit was het gevolg van de technologische revolutie, van het feit dat de investeringen in de dure jaren tussen 1914 en 1922 doorgingen en vooral van de loonkostenstijging, veroorzaakt door de uitbreiding van het personeel en de loonsverhogingen in deze jaren. De combinatie van meer verpleegdagen en stijging van de kosten per verpleegdag veroorzaakte een scherpe stijging van de uitgaven.

Tabel 2.1 Schatting van het aantal verpleegden en verpleegdagen per 1000 inwoners, van de gemiddelde kosten per verpleegdag en van de uitgaven per hoofd van de bevolking aan ziekenhuiszorg in Nederland, 1910-1922

Jaar	Verpleegden/ 1000 inwoners	Verpleegdagen/ 1000 inwoners	Kosten per verpleegdag		Uitgaven/hoofd bevolking	
			nom.	reëel*	nom.	reëel*
1910	12.7	508	1.90	2.93	0.97	1.50
1915	16.4	594	2.37	3.02	1.41	1.78
1922	23.8	789	5.67	5.67	4.48	4.48

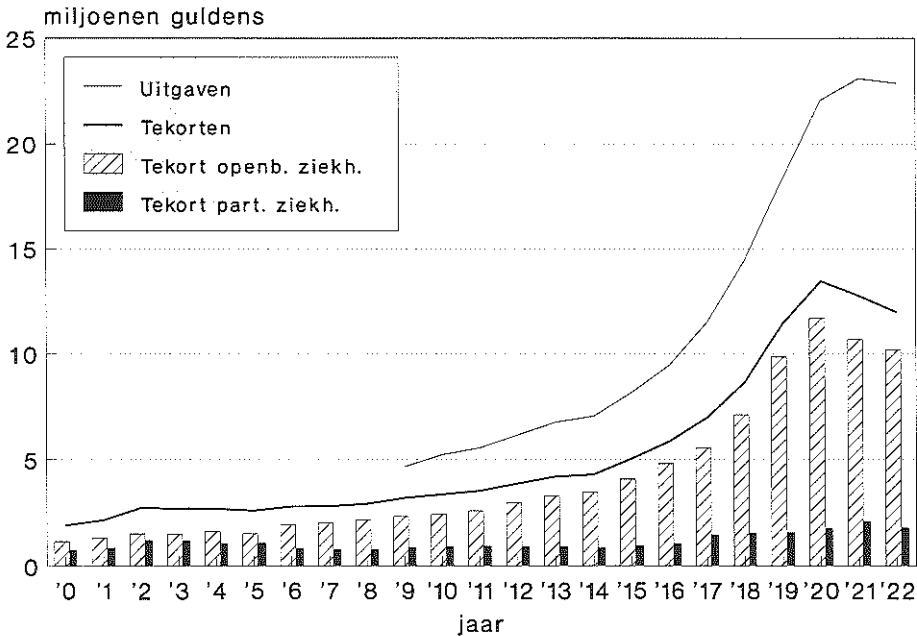
* in guldens uit 1922

Bron: Japenga en Van der Velden (1993) 182.

Het idee dat de investeringen door de heffing van verpleeggelden tenminste voor een deel konden worden terugverdiend, bleek al snel een illusie. Ziekenhuisverpleging werd zo duur, dat vrijwel niemand kostendekkende tarieven kon betalen, laat staan de veel duurdere eerste- en tweede-klasstarieven. Het aantal klassepatiënten stond in geen enkele verhouding tot het aantal on- en minvermogenden, zodat de ziekenhuizen hier geen noemenswaardige winsten uit konden putten. Ook andere bronnen van inkomsten, zoals inkomsten uit bezit of giften, konden de snelle groei van de kosten niet bijhouden en degradeerden in hoog tempo tot te verwaarlozen posten op de ziekenhuisbegrotingen. De belangrijkste inkomstenbron van de gemeenteziekenhuizen werden de gemeentelijke subsidies ter dekking van de tekorten, die van

de particuliere ziekenhuizen de verpleeggelden die de gemeenten voor de verpleging van on- en minvermogenden betaalden, waardoor de tekorten beperkt bleven (zie grafiek 2.1).

Grafiek 2.1 Uitgaven en tekorten van de ziekenhuizen in Nederland opgenomen op de lijsten van instellingen van weldadigheid, 1900-1922. Bron: *Statistiek van het armwezen over ... 1902-1922*



Om de kosten te drukken gingen de gemeenten over tot heffing van inkomensafhankelijke eigen bijdragen van de patiënten of van diegenen die volgens het Burgerlijk Wetboek en de Armenwet onderhoudsplichtig waren. In dit verhaal past één nuanceering. Gemeenten maakten graag gebruik van particuliere ziekenhuizen. Het bespaarde kostbare uitbreiding van de ziekenhuiscapaciteit en particuliere ziekenhuizen waren meestal goedkoper. Dat werd veroorzaakt door lagere loonkosten en door het feit dat de stichtingskosten van veel particuliere ziekenhuizen wel degelijk geheel of gedeeltelijk uit particuliere giften waren betaald, zodat de rentelasten, zo prominent op de jaarrekeningen van de gemeentelijke ziekenhuizen, beperkt waren.

De heffing van inkomensafhankelijke eigen bijdragen kon in principe dezelfde problemen opleveren als de inkomensafhankelijke tarieven, zoals die door artsen in de particuliere praktijk werden geheven. De verschillen tussen de eerste-, tweede- en derde-klasseverpleging konden heel groot zijn, maar de medisch-technische behandeling was vrijwel gelijk. Het overgrote deel van de patiënten werd, ongeacht

de eigen bijdrage, op de derde-klasseafdelingen opgenomen, zodat van een verband tussen kwaliteit van zorg en de hoogte van de eigen bijdrage geen sprake was. Concurrentie tussen ziekenhuizen bestond wel. In Nederland hebben nauwelijks klasseziekenhuizen bestaan, die de markt konden afromen, maar de particuliere ziekenhuizen trokken meer klassepatiënten dan de openbare ziekenhuizen.⁸³ Ook prijsconcurrentie kwam wel voor, maar de praktische effecten van de concurrentie op de financiële toegankelijkheid waren gering. De gemeentelijke overheid draaide immers op voor de tekorten op de verpleging van on- en minvermogenden, zodat noch gemeentelijke noch particuliere ziekenhuizen belang hadden bij het weren van deze grote groep patiënten.

Ziekenhuizen waren en zijn vooral stedelijke voorzieningen. Toen het ziekenhuis steeds meer behandelingen mogelijk maakte die buiten het ziekenhuis niet goed uitvoerbaar waren, groeide ook de behoefte aan ziekenhuisverpleging op het platteland. Het was natuurlijk mogelijk om in een stedelijk ziekenhuis te worden opgenomen, maar de afstand kon een probleem zijn, terwijl de kosten een forse aanslag op de kassen van kleine gemeenten vormden. Aan het begin van deze eeuw zochten de belangrijkste propagandist voor het ziekenhuis in Nederland, J.L.C. Wortman en zijn 'Geneeskundige Vereniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen in Nederland en zijne Koloniën', de oplossing in de bouw van kleine plattelandsziekenhuizen. Instellingen met tien tot twintig bedden en een kleine operatiekamer, waar de lokale arts eenvoudige operaties kon verrichten. Alleen zware gevallen zouden naar een groter stedelijk ziekenhuis moeten worden overgebracht. De bouw van een klein ziekenhuis vereiste samenwerking tussen plattelandsgemeenten en desnoods moest de rijksoverheid ze daartoe dwingen en financieel bijspringen.⁸⁴ In een NMG-commissie uit 1904 nam Wortman een minderheidspositie in. De grootst mogelijke meerderheid van de commissie stelde veel hogere eisen aan een ziekenhuis en voelde niets voor de inrichting van kleine en beperkte ziekenhuizen. De plattelandarts kon de kleine chirurgie ook thuis uitoefenen, terwijl de noodzakelijke verpleging in handen van een wijkverpleegster kon worden gegeven.⁸⁵ Dat was een optimistische visie, gezien de woningtoestanden en het beperkte aantal wijkverpleegsters in 1904. De algemene vergadering van de NMG steunde deze keer dan ook de visie van Wortman.⁸⁶ Een veertiental jaren later lag dat echter anders. Een nieuwe NMG-commissie concludeerde in 1918, dat een ziekenhuis eigenlijk niet veel kleiner kon zijn dan 100 bedden.⁸⁷ Ook het Staatstoezicht, dat met de Besmettelijke Ziektenwet en de nieuwe Armenwet in de hand immers grote invloed op de bouw van plattelandsziekenhuisjes had kunnen uitoefenen, bleek bij monde van hoofdinspecteur Pijnappel die mening toegedaan.⁸⁸ Wortman streed een verloren strijd en zou dat later ook volmondig erkennen. Plattelandsgemeenten bleken maar zelden bereid om het geld voor een klein ziekenhuis op tafel te leggen en het twintigtal ziekenhuisjes dat wel was gebouwd, waren meestal particuliere- of fabrieksziekenhuizen.⁸⁹ De technologische ontwikkeling maakte het verschil tussen de stedelijke ziekenhuizen en de mogelijkheden die de kleine plattelandsziekenhuisjes boden inmiddels snel groter. De

kostenstijging maakte het zelfs voor samenwerkende plattelandsgemeenten onmogelijk om de kosten op te brengen. Men had al moeite genoeg om de kosten van opname in stedelijke ziekenhuizen te financieren. Van de Ziektewet was weinig te verwachten. Talma wilde, in tegenstelling tot zijn voorgangers, de ziekenfondsen niet verplichten om ziekenhuisverpleging te verstrekken. Ook hierbij speelde de kostenstijging een belangrijke rol. Talma was van mening, dat de premies te hoog zouden worden en sloot daarbij opnieuw aan bij de opvattingen die in de NMG overheersten.⁹⁰ In het naoorlogse voorstel van Aalberse was de verzekering van de kosten van ziekenhuisverpleging wel opgenomen, maar in ruil hiervoor zouden de ziekenfondsen door de rijksoverheid worden gesubsidieerd. Zoals al gememoreerd in hoofdstuk één, sneuvelde dit plan in de politieke reactie en de financiële problemen van de jaren twintig. In de provincie Groningen experimenteerde men inmiddels met een andere oplossing: de verzekering in de vereniging voor ziekenhuisverpleging.⁹¹

Oud, modern en verzuild particulier initiatief

De scheidslijn tussen overheid en particulier initiatief, zo benadrukt door politici en ook wel door historici die zich met de geschiedenis van de sociale zorg bezighouden, dient niet te worden overdreven. De verwevenheid is minstens zo opvallend en kwam in de sociale en de gezondheidszorg met name tot uiting in de subsidiëring van particuliere organisaties door de overheid en in de personele unies tussen en dubbelfuncties van politici, ambtenaren en bestuurders van particuliere organisaties. Het bestaan van vormen van particulier initiatief die nauwelijks politieke raakvlakken hadden, zoals de Nederlandse ziekenfondsen, is dan ook opmerkelijker dan de ontwikkeling van sterk gepolitiseerde organisaties als het kruiswerk.

De ziekenfondsen behoren tot de oudste vormen van particulier initiatief in de gezondheidszorg. Kenmerkend voor dergelijk 'oud particulier initiatief' is dat de organisaties in de eerste plaats werden opgericht door en voor de direct belanghebbenden. De doelstellingen gingen niet verder dan de behartiging van de financiële en medische belangen van de aanbieders van zorg, de patiënten of de commerciële uitbaters van de fondsen. Verderreikende doelstellingen, zoals de bevordering van de volksgezondheid, ontbraken of werden op den duur voornamelijk met de mond beleden, zoals in het geval van de 'Nutzziekenfondsen'. Wanneer van tekortkomingen in de fondsen werd gesproken, zoals de beperkte verzekering van dure verstrekkingen, bedoelde men dan ook tekortkomingen in het licht van de gewenste gezondheids- of sociale politiek en niet zozeer tekortkomingen in de ogen van de fondsen zelf. Pas aan het begin van de twintigste eeuw ontstonden enige fondsen met verderreikende aspiraties. Deze kleine groep fondsen, zoals het ziekenfonds van de Haagse coöperatie 'De Volharding' en het Amsterdamse Ziekenzorg, kwam dan ook prompt in conflict met de gevestigde belangen in het ziekenfondswezen, zoals de artsen en andere fondsen. Om dezelfde redenen bleef het verschijnsel katholiek ziekenfonds grotendeels beperkt tot de homogeen katholieke gebieden ten zuiden van de grote rivieren,

terwijl pogingen om een nationale katholieke ziekenfondsorganisatie op te zetten geen succes hadden.⁹²

Dat lag bij het 'modern particulier initiatief' geheel anders. Tot de oudste voorbeelden behoren de Witte Kruisverenigingen, die vanaf 1875 in Noord-Holland werden opgericht, maar het verschijnsel begon pas na de eeuwwisseling snel te groeien. Ongetwijfeld boorden de Witte- en Groene Kruisverenigingen, de verenigingen voor wijkverpleging, tuberculosebestrijding, zuigelingen­zorg en hulp in de huishouding een latente vraag aan, maar de plotselinge golf van activiteiten kan alleen worden verklaard uit het groeiende belang dat vanaf de jaren negentig aan de toegankelijkheid van de gezondheidszorg werd gehecht. De verenigingen werden vooral opgericht door lieden die van mening waren, dat de zorg voor on- en minvermogene zieken uit het oogpunt van het functioneren van de arbeidsmarkt of de sociale rechtvaardigheid tekort schoot. Daarmee moest men stelling nemen in het belangrijke politieke debat over de rol van de overheid in het algemeen en de taken van de overheid in de sociale zorg en de gezondheidszorg in het bijzonder. Het is dan ook niet verwonderlijk, dat de initiatiefnemers onder de politieke elites moeten worden gezocht. Uit de lokale hoofdstukken zal blijken, dat een belangrijk deel van de verenigingen door links-liberalen en wat later door sociaal-democraten werd opgericht. Een opmerkelijk fenomeen. Lieden die van mening waren dat de zorg voor on- en minvermogenenden in de eerste plaats een overheidstaak was, organiseerden particuliere verenigingen, zolang de overheid die verantwoordelijkheid niet nam.

Deze organisaties konden op kritiek van twee kanten rekenen. Enerzijds schoten ze, net als de oude ziekenfondsen, tekort in de uitvoering van de sociaal-politieke doelstellingen. Anderzijds werden ze, net als de nieuwe ziekenfondsen, met argwaan door de artsen bekeken. De verenigingen schoten als paddestoelen uit de grond, maar ze werden gefinancierd uit bescheiden premies en bijdragen van de verzorgden en vrijwillige giften van meergegoeden. Zonder overheidssubsidies bleef de aard van de zorg beperkt en het bereik klein. Zo zagen de meeste kruisverenigingen wel kans om een depot met verpleegartikelen in te richten, maar de aanstelling van de bijbehorende wijkverpleegster liet in de meeste gevallen op zich wachten. De tuberculosebestrijding beschikte rond 1910 over een handvol kleine sanatoria en een paar dozijn consultatiebureaus. In de steden werden deze meestal geëxploiteerd door specifieke verenigingen tot bestrijding der tuberculose, op het platteland door de lokale kruisvereniging. In 1904 kwam er een bescheiden rijkssubsidie voor de tuberculosebestrijding, een bedrag dat in de jaren daarna langzaam werd opgevoerd.⁹³ Ook provincies en vooral gemeenten verleenden al even bescheiden subsidies aan de verschillende verenigingen. Er zat echter weinig systematiek in en het was onvoldoende om deze zorg aan de gehele bevolking te garanderen. Dezelfde stemmen die zich uitspraken voor staatsapotheken en overheidsziekenhuizen, pleitten ook voor uitbreiding van de overheidsbemoeyenis met de wijkverpleging, de zuigelingen­zorg en de tuberculosebestrijding.⁹⁴ In enkele grote steden breidden de GGD's hun activiteiten op deze terreinen inderdaad langzaam uit.

De problemen met de artsen betroffen vooral de vermeende concurrentie en de onbetaalde arbeid die de artsen voor de verenigingen zouden verrichten. De meningen onder de artsen waren overigens verdeeld, hetgeen samen hing met lokale omstandigheden en met de concurrentie of goedgeefsheid die een individuele arts zich kon veroorloven. In ieder geval diende het terrein tussen de verenigingen en de geneeskundigen zorgvuldig te worden afgebakend. Volgens de CCB mochten de verenigingen zich onder geen beding met de curatieve geneeskunde bezighouden. De behandeling van patiënten, maar ook het voorschrijven van verpleegmateriaal en de hulp van wijkverpleegsters moesten aan de huisarts zijn voorbehouden.⁹⁵ In de praktijk leverde dit weinig problemen op, omdat deze uitgangspunten door de meeste initiatiefnemers werden onderschreven.⁹⁶ Er ontstonden voornamelijk problemen waar nieuwe zorg in een nieuw medisch specialisme uitmondde. Vooral wanneer dat een specialisme betrof dat zich eerder op een deel van de patiënten dan op een deel van de geneeskunde richtte, zoals de kinderartsen die in de zuigelingen- en schoolgezondheidszorg werkten.

Het tweede probleem werd gevormd door de onbetaalde arbeid. Met name gevestigde artsen speelden een belangrijke rol bij de oprichting van allerlei verenigingen en waren niet te beroerd om hun diensten kosteloos of tegen een lage vergoeding aan te bieden. Voor een aantal aankomende artsen boden de verenigingen juist een mogelijkheid om zich in de kindergeneeskunde te bekwamen of zich tot tuberculosearts te specialiseren. Dat betekende dat ze aanvankelijk bereid waren om hun diensten tegen zeer lage vergoedingen aan te bieden, maar op den duur was deze gewoonte fnuikend voor de professionalisering van de nieuwe specialismen. Wat ook de achtergrond mocht zijn, hiermee leverden de geneeskundigen, volgens de CCB en de redactie van *Vox Medicorum*, opnieuw een onevenredig grote bijdrage aan de gezondheidszorg, waarmee de gemeenschap, of dat nu het particulier initiatief of de overheid was, er op een koopje vanaf kwam.⁹⁷

Rond de Eerste Wereldoorlog werden de particuliere organisaties in de gezondheidszorg doelwit van verzuilende activiteiten. De confessionele verenigingen werden niet opgericht, omdat men van mening was dat de overheid tekort schoot, maar met de uitdrukkelijke bedoeling om de overheid en de algemene verenigingen op afstand te houden en de confessionele arbeiders aan de zuilen te binden. Al eerder waren er verenigingen met een confessioneel karakter opgericht. Zo kon er over de katholieke signatuur van het Limburgse Groene Kruis geen misverstand bestaan. Vanaf 1916 werd in Noord-Brabant echter systematisch de oprichting van afdelingen van het Wit-Gele Kruis gepropageerd. Een beweging die zich in hoog tempo over geheel katholiek Nederland zou verspreiden.⁹⁸

In 1920 waren er ongeveer 860 afdelingen van het Witte, Groene of Wit-Gele Kruis, met 350- tot 400-duizend leden-gezinshoofden, ofwel tenminste 1,5 miljoen rechthebbenden. Waar geen gemeentelijke zorg en geen gespecialiseerde verenigingen bestonden, en dat was vooral op het platteland het geval, vervulden de kruisverenigingen een breed scala aan taken, waarvan de tuberculosebestrijding, de zuigelingen-zorg, de wijkverpleging en de hulp in de huishouding de belangrijkste waren. In

gemeenten waar wel gemeentelijke zorg bestond of waar gespecialiseerde verenigingen voor genoemde taken aanwezig waren, stemden de kruisverenigingen hun activiteiten op die van deze organisaties af of gingen de, met name levensbeschouwelijke, competitie aan.

Door het afblazen van de plannen voor de vorming van districtsgezondheidsdiensten en de keuze voor subsidiëring van particuliere instellingen zou het particulier initiatief in het Interbellum een belangrijke rol gaan spelen. De subsidies voor de tuberculosebestrijding werden fors uitgebreid. In ruil daarvoor eiste de rijksoverheid dat de verenigingen zich bezighielden met preventie en opsporing in de consultatiebureaus, huisbezoek door tuberculoseverpleegsters en de uitbesteding van patiënten in sanatoria. Men kreeg alleen subsidie, wanneer de betreffende gemeente eveneens subsidieerde, terwijl per gemeente slechts één vereniging voor rijkssubsidie in aanmerking kwam; reden waarom de verzuiling in de tuberculosebestrijding beperkt bleef.⁹⁹ In 1919 werd de Gezondheidswet gewijzigd, waarbij de Centrale Gezondheidsraad van leidinggevend naar adviserend lichaam degradeerde en het aantal vakinspecties werd uitgebreid, onder meer met een inspectie voor de tuberculosebestrijding en een inspectie voor de kinderhygiëne.¹⁰⁰ In het geval van de kruisverenigingen en de kinderhygiëne werden alleen de apparaatskosten van de nationale en provinciale organisaties door de rijksoverheid gesubsidieerd. De lokale verenigingen, die de feitelijke zorg verleenden, waren afhankelijk van gemeentelijke subsidies. Gezien de ingewikkelde en vaak sterk uiteenlopende lokale regelingen is hier geen helder nationaal beeld van te schetsen.¹⁰¹

De eigen dynamiek van de gezondheidszorg

De specifieke invloed van de gezondheidszorg op het stelsel van financiële toegankelijkheid kwam op twee manieren tot uiting. In de eerste plaats in de stijging van de vraag naar de steeds duurder curatieve gezondheidszorg, resulterend in een kostenstijging die sneller verliep dan de economische groei. In de tweede plaats in de invloed van goed georganiseerde belangengroepen op de organisatie en financiering van de gezondheidszorg.

In het eerste hoofdstuk zijn de sociaal-politieke achtergronden van de stijgende vraag naar curatieve gezondheidszorg uiteengezet. Daarnaast werd die vraag gestimuleerd door de toenemende effectiviteit van de geneeskunde. Ook dat was echter geen autonome ontwikkeling. De geneeskundige kennis kon zich vergroten, doordat de samenleving bereid was in medisch onderzoek te investeren, terwijl de moderne geneeskunde ondenkbaar is zonder de productiecapaciteit en de technische, administratieve en logistieke verworvenheden van de industriële samenleving. Dat neemt niet weg dat de geneeskunde veel meer dan andere sectoren, zoals het maatschappelijk werk, de verwachtingen ook heeft waargemaakt. Al in de eerste decennia van deze

eeuw vergrootte de geneeskundige wetenschap haar diagnostische en therapeutische kennis tot een niveau dat ver boven dat van de negentiende eeuw uitstak.

De geneeskundigen waren in de negentiende eeuw de belangrijkste aanbieders van reguliere medische zorg en namen een centrale positie bij de toegankelijkheid van on- en minvermogenden via de particuliere praktijk in. Die toegankelijkheid moest mogelijk worden gemaakt door middel van produktdifferentiatie, waarbij de rangen en standen in het geneeskundig beroep een belangrijke rol speelden, en met behulp van de subsidiërende solidariteit die het systeem van inkomensafhankelijke tarieven inbracht. De produktdifferentiatie leidde echter tot grote kwaliteitsverschillen in medisch-technisch handelen, terwijl de beperkte welvaart en de onderlinge concurrentie om het kleine beter betaalde deel van de particuliere praktijk de toegang van on- en minvermogenden bemoeilijkten en de inkomens van de geneeskundigen onder druk zetten. Dergelijke problemen werden van oudsher en met wisselend succes bestreden door de overheid en door beroepsorganisaties met behulp van prijsafspraken en controle op de beroepsuitoefening. Na de liberalisering van de geneeskundige wetgeving in 1865 waren deze taken voor een belangrijk deel aan de beroepsorganisaties opgedragen. De nieuwe geneeskundige wetten leidden tevens tot homogenisering en inkrimping van het geneeskundigenbestand, waardoor de mogelijkheden tot produktdifferentiatie kleiner werden. Daarmee namen de kwaliteitsverschillen misschien af, maar daar stond tegenover dat in sommige delen van Nederland voorlopig nauwelijks reguliere geneeskundige hulp was te krijgen, van welke kwaliteit dan ook.

In collectieve organisatievormen als medische armenzorg en het ziekenfondswezen konden de geneeskundigen hogere en verzekerde vergoedingen voor de behandeling van on- en minvermogenden krijgen. Het principe van de inkomensafhankelijke vergoedingen verdween daarmee niet; de vergoedingen in de ziekenfonds- en armenpraktijk zouden altijd lager blijven dan de honoraria die in de beter betaalde particuliere praktijk werden bedongen. De verschillen werden echter kleiner en daarmee ook de kwaliteitsverschillen in de behandeling van meergegoeden en on- en minvermogenden. Ook de concurrentie verdween niet en werd zelfs gevaarlijker, omdat de fondsen en de armbesturen grote groepen patiënten vertegenwoordigden en daarmee een krachtige onderhandelingspositie innamen. Bovendien hadden de bestuurders van deze organisaties onvermijdelijk de neiging zich met de inhoud van de geneeskundige zorg te bemoeien. Tenslotte konden de fondsen het bereik van hun zorg tot de meergegoeden uitstrekken en daarmee de goedbetaalde particuliere praktijk aantasten. Kortom, ziekenfondsen en medische armenzorg boden kansen, maar noopten tot een betere organisatie van geneeskundigen, teneinde een tegenwicht aan de potentiële macht van ziekenfondsen en armbesturen te bieden.

In de negentiende eeuw was dit nog een beperkt en lokaal vraagstuk, maar aan het begin van de twintigste eeuw vielen hernieuwde differentiatie binnen de medische beroepen en de toename van het aantal geneeskundigen samen met vergroting van het bereik van zowel de fondsen als de medische armenzorg, hetgeen door wettelijke

maatregelen zou worden gesanctioneerd. De NMG werd gereactiveerd en ging eisen stellen aan de organisatie van de medische armenzorg en vooral aan de organisatie van het ziekenfondswezen; eisen die er op waren gericht de professionele autonomie op de markt van de on- en minvermogenden te behouden of te vergroten en op de verhoging van het inkomen. De NMG had op nationaal niveau van meet af aan een relatief sterke positie. De organisatiegraad onder de artsen bedroeg rond 1900 ongeveer 80 procent¹⁰², de rijksoverheid bleek gevoelig voor de eisen van de NMG, terwijl concurrerende belangengroepen nog in beperkte mate waren georganiseerd. De belangrijkste uitzondering hierop vormden de apothekers en een scala aan organisaties van geneeskundigen, zowel binnen als buiten de NMG. De gebrekkige homogeniteit van de artsen vormde dan ook het zwakste punt van de geneeskundige belangengroep.

De invloed van de NMG op de medische armenzorg was beperkt. De Armenwet had de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de aanwezigheid van een minimum aan medische voorzieningen bevestigd, zodat er voor een nationale beroepsvereniging weinig eer viel te behalen. Bovendien waren de gemeentelijke overheden veel minder kwetsbaar voor collectieve acties van geneeskundigen dan de ziekenfondsen. De gemeenteartsen die in dorpen en steden op contractbasis werkten, moesten rekening houden met hun positie binnen de gemeenschap en zullen het effect van individueel overleg hoger hebben aangeslagen. Bovendien was hun rechtspositie via de Armenwet geregeld, waardoor zij hun belangen via het Staatstoezicht en uiteindelijk de provincie en de Kroon konden behartigen.

Grotere steden organiseerden, afhankelijk van de lokale sociaal-economische en politieke situatie, veel meer dan minimale zorg. Dat resulteerde in de instelling van GGD's en in de aanstelling van artsen met een vast dienstverband, wier rechtspositie in de nieuwe ambtenarenreglementen werd vastgelegd. Hierdoor raakten steeds minder artsen bij de stedelijke medische armenzorg betrokken. Bovendien oefende de functie van arts-ambtenaar vooral aantrekkingskracht uit op artsen uit de hoek van de derde generatie sociaal-geneeskundigen en de opvattingen van deze artsen en die van de NMG liepen nogal uiteen. Het geheel overziend is het niet verwonderlijk dat de belangstelling van de NMG voor de medische armenzorg na de Eerste Wereldoorlog beperkt was.

Een groot deel van de aandacht van de NMG werd opgeslokt door de ziekenfondspolitiek en die ziekenfondspolitiek werd gedomineerd door de relatief homogene groep huisartsen. Door die homogeniteit, door de zwakte van de nationale ziekenfondsverbanden en door de gunstige politieke wind in Den Haag was de inhoud van het nationale ziekenfondsbeleid grotendeels in overeenstemming met de wensen van de NMG. Op den duur betekende dat echter vooral het ontbreken van een nationaal ziekenfondsbeleid, zodat de volgende test van de invloed van de huisartsen op het lokale niveau lag. De lokale omstandigheden liepen zozeer uiteen, dat het hoofdbestuur van de NMG de grootste moeite had om de afdelingen op één lijn te houden.

Bovendien waren de huisartsen voornamelijk geïnteresseerd in de verzekering van de door hen geleverde zorg. Doordat apothekers en specialisten minstens zo goed

waren georganiseerd als de huisartsen, zagen deze beroepsgroepen, zij het met enige moeite, kans om hun belangen in het ziekenfondswezen goed te verdedigen. De opname van voorzieningen als wijkverpleging, verloskundige hulp en ziekenhuisverpleging in het verstrekkingenpakket was afhankelijk van de inzet van de besturen van onderlinge, commerciële en bedrijfsziekenfondsen. Deze fondsen verzekerden inderdaad veel vaker verloskundige zorg dan de Maatschappijfondsen, maar waren zelden geïnteresseerd in de verzekering van dure en risicovolle verstrekkingen als ziekenhuiszorg. Ook de verzekerden hadden weinig belangstelling voor deze verstrekking. Ziekenhuisopname bleef immers een zeldzame gebeurtenis in een mensenleven en wanneer het zo ver was, betaalde de gemeente tenminste een deel van de kosten. Alleen de meer principiële fondsen en de bedrijfsziekenfondsen vergoedden ziekenhuisverpleging of hadden een eigen ziekenhuisje.

Het ziekenhuiswezen was traditioneel een tak van medische armenzorg en daarmee een gemeentelijke verantwoordelijkheid. De wijziging in de samenstelling van de ziekenhuisbevolking en de kostenstijging, waardoor op den duur vrijwel de gehele bevolking minvermogend voor deze tak van curatieve zorg werd, veranderden daar niets aan. Wel gingen de gemeenten over op de heffing van inkomensafhankelijke eigen bijdragen. Door de opkomst van de confessionele ziekenhuizen nam de uitvoerende taak van gemeenten af, maar ze bleven verantwoordelijk voor de financiële toegankelijkheid van on- en minvermogenden, hetgeen zich uitte in de gehele of gedeeltelijke betaling van verpleeggelden en subsidiëring van particuliere ziekenhuizen.

Tenslotte werden wijkverpleging, tuberculosebestrijding, zuigelingenverzorging en hulp in de huishouding door enkele GGD's, maar vooral door een scala aan door gemeenten gesubsidieerde particuliere instellingen uitgevoerd. De opkomst van het ziekenhuiswezen en het particulier initiatief baarden een groot aantal nieuwe belangengroepen, die zich als pressiegroep alleen succesvol konden noemen, wanneer het in hun bedoeling lag de rijksoverheid van daden af te houden. De invloed van deze intermediairs moet voornamelijk op het lokale niveau worden gezocht. Het lokale niveau was bovendien de plaats waar enkele organisaties die de patiëntenbelangen in het oog hielden invloed konden uitoefenen, zoals sommige onderlinge ziekenfondsen, bepaalde politieke partijen en de sociaal-geneeskundigen.

III. Voorlopige conclusies

Van nationaal naar lokaal niveau

Het systeem bepaald?

Aan het begin van de jaren twintig lagen de hoofdlijnen van het systeem van financiële toegankelijkheid van on- en minvermogenden tot curatieve gezondheidszorg in Nederland vast. Net als overal in Europa was het gevormd door de ontwikkelingen in de sociale zorg en het typische karakter van de gezondheidszorg.

In de negentiende eeuw hadden on- en minvermogenden maar beperkt toegang tot curatieve gezondheidszorg. Het risico dat ze zelf konden dragen was uiteraard klein. In de particuliere praktijk werd dit risico voor een deel op de schouders van de geneeskundigen gelegd, die dit door middel van produktdifferentiatie en met behulp van de inkomenssolidariteit die het stelsel van inkomensafhankelijke tarieven inbracht, over hun patiënten probeerden om te slaan. Het risico dat de geneeskundigen konden en wilden dragen was echter evenzeer begrensd. Bovendien konden de gehanteerde methoden, als gevolg van de beperkte welvaart en de felle concurrentie tussen de geneeskundigen, slechts gebrekkig functioneren. De toegang van on- en minvermogenden via de particuliere praktijk was daarom beperkt, terwijl de zorg die ze dan wel ontvingen meestal van matige kwaliteit was.

In principe kon het risico via collectieve arrangementen aan derden worden overgedragen. In de medische armenzorg betrof dit een armbestuur of een gemeente, die dit risico vervolgens op de belastingbetalers of de gelovigen afwentelde. In het verzekeringswezen waren dit de ziekenfondsen, die het risico uiteraard over de verzekerden uitsmeerden. De produktdifferentiatie en de inkomensafhankelijke tarieven verdwenen niet, aangezien zowel de vergoedingen als het verstrekkingenpakket in deze organisatievormen altijd minder zouden blijven dan in de particuliere praktijk, maar de negatieve effecten voor patiënten en aanbieders van zorg konden in theorie tot aanvaardbare proporties worden teruggebracht. In de praktijk kwam hier nog weinig van terecht. Er werden slechts beperkte middelen voor de medische armenzorg beschikbaar gesteld en de draagkracht van het ziekenfondswezen was, gezien de lage premies die de leden konden opbrengen, nog gering. Het verstrekkingenpakket van beide organisatievormen was dan ook klein, terwijl de vergoedingen voor de aanbieders van zorg, ook al vanwege de heftige concurrentie om de contracten met ziekenfonds of armbestuur, laag bleven. Men leverde navenant beperkte kwaliteit.

Rond de eeuwwisseling waren de beperkte toegankelijkheid en de matige kwaliteit van de curatieve zorg voor on- en minvermogenden uit het oogpunt van sociale politiek onaanvaardbaar geworden. Een gezonde en goed opgeleide arbeidersbevolking was een noodzakelijke voorwaarde voor het functioneren van de industriële samenleving. Hierdoor werden uitgaven aan gezondheidszorg en onderwijs meer dan voorheen als zinvolle investeringen beschouwd. Bovendien nam de noodzakelijke

en beter opgeleide arbeidersbevolking een sterkere onderhandelingspositie in, waardoor een verschuiving in de opvattingen over sociale rechtvaardigheid optrad. Deze verschuiving uitte zich eveneens in een pleidooi voor verbetering van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Ondertussen zorgden de ontwikkelingen in die gezondheidszorg er voor, dat deze sector een steeds zinnvollere bijdrage kon leveren aan de gezondheid van mensen, zij het tegen steeds hogere kosten. Kortom, on- en minvermogenden moesten gemakkelijker toegang tot steeds duurder zorg krijgen. Hierbij kon in beperkte mate van produktdifferentiatie gebruik worden gemaakt, terwijl pure kanssolidariteit, gezien de inkomensverdeling, tekort zou schieten. De conclusie moet zijn, dat er meer subsidiërende solidariteit moest worden gerealiseerd.

Subsidiërende solidariteit kan het gemakkelijkst worden gerealiseerd door de gezondheidszorg geheel uit openbare middelen te financieren of door een volksverzekering met inkomensafhankelijke premies te organiseren. Aan de hand van de motieven voor sociale zorg is echter eveneens te verklaren waarom onvermogenden en minvermogenden via twee gescheiden organisatievormen toegang tot gezondheidszorg zouden krijgen. Onvermogenden via de uit de openbare middelen gefinancierde medische armenzorg, minvermogenden eerst via de vrijwillige en later via de verplichte ziekenfondsverzekering. Niet de gehele groep on- en minvermogenden was immers van even groot belang voor het functioneren van de industriële samenleving en het lag voor de hand om eerst de toegankelijkheid van de werkende arbeiders te verbeteren. Deze groep kon ook de meeste politieke invloed uitoefenen en het gros van de arbeidersbeweging drong zelf aan op aparte regelingen. Bovendien was het vanuit het financiële motief bezien aantrekkelijk om de arbeiders via de premies een deel van de kosten zelf te laten betalen, hetgeen in het geval van de onvermogenden ten enenmale onmogelijk was.

De scheiding volgde niet alleen uit de gevoerde sociale politiek, maar was tevens in het belang van de aanbieders van zorg. De particuliere praktijk paarde grote professionele autonomie aan een evenzeer groot risico. Armbesturen en ziekenfondsen waren bereid een deel van dat risico over te nemen, maar wilden het risico tegelijk inperken. Dat kon ten koste gaan van belangrijke aspecten van de professionele autonomie, zoals de prijsstelling, de aard en kwaliteit van de te leveren zorg en uiteindelijk van de positie van de vrijgevestigde professional. De geneeskundigen probeerden de organisatie van zowel de armen- als de ziekenfondspraktijk zoveel mogelijk in het eigen voordeel aan te passen, maar slaagden daar in het ziekenfondswezen beter in dan in de medische armenzorg. Het was dus zaak om de medische armenzorg te beperken tot diegenen die absoluut geen premies konden opbrengen en de ziekenfondsverzekering tot diegenen die moeite hadden om de particuliere tarieven te betalen. Door de schotten tussen medische armenzorg, ziekenfondsverzekering en de particuliere praktijk werden zowel de vergoedingen als de professionele autonomie geoptimaliseerd.

De invoering van een dergelijk stelsel veronderstelde kwantitatieve en kwalitatieve uitbreiding van het verstrekkingenpakket van zowel medische armenzorg als ziekenfondsen, en maatregelen ter wering van minvermogenden uit de medische armenzorg

en meergegoeden uit de ziekenfondsen. Gezien de beperkingen die inherent zijn aan de vrijwillige verzekering en de financiële beperkingen en onwil van veel gemeenten en armbesturen, vereiste dit regulering van zowel medische armenzorg als het ziekenfondswezen en belangrijke financiële bijdragen van de overheid.

Nergens werd het stelsel geheel langs de geschetste lijnen ingevoerd, maar in Nederland was de afwijking opmerkelijk groot. Nederland kende tot de Tweede Wereldoorlog een zeer beperkte regulering van de medische armenzorg, terwijl zowel een verplichte ziekenfondsverzekering als enige andere wettelijke regulering van het ziekenfondswezen geheel ontbraken. De financiële inspanningen van de rijksoverheid waren beperkt tot een bijdrage in de exploitatie van de academische ziekenhuizen en minimale subsidiëring van het particulier initiatief. Deze stand van zaken diende vooral aan het liberaal-confessionele karakter van de Nederlandse staat te worden toegeschreven. Op nationaal niveau kon de arbeidersbeweging weinig invloed uitoefenen, waardoor de invulling van het motief van sociale rechtvaardigheid in Nederland minder aanleiding gaf tot de organisatie van een volledig functionerend stelsel van sociale verzekeringen. Het minst van al in de gezondheidszorg, waar belangrijke belangengroepen tegen overheidsregulering in het geweer kwamen en waar het bestaande stelsel redelijk leek te functioneren.

De belangrijkste belangengroep, de NMG, was inderdaad niet ontevreden met de beperkte regulering. Aan het begin van de twintigste eeuw hoopte men nog dat de wetgever de ziekenfondsen aan de eisen van de NMG zou kunnen aanpassen. Het bleek echter, dat de politiek de artsen ver tegemoet wilde komen, maar niet in alle opzichten. Rond de Eerste Wereldoorlog keerde de NMG zich steeds meer tegen iedere vorm van ziekenfondswetgeving in het vertrouwen dat men middels de bindende besluiten en de Maatschappijfondsen voldoende greep op het ziekenfondswezen zou krijgen. De voorstanders van een wettelijke regeling, een minderheid in de politiek en een minderheid onder de artsen, konden onvoldoende tegenwicht bieden.

Het liberaal-confessionele karakter van de Nederlandse staat had nog een belangrijk effect op de regulering van de gezondheidszorg. Achtereenvolgende confessionele kabinetten bouwden op de liberale fundamenten langzaam maar zeker een volgens confessionele principes georganiseerd stelsel van sociale verzekeringen op. Aangezien maatregelen in de gezondheidszorg uitbleven, behield de regulering hier een uitgesproken liberaal karakter. Een belangrijk aspect hiervan was het principe van de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg, eventueel bijgestaan door hogere overheden en het Staatstoezicht. Dit principe was neergelegd in de Gemeentewet, de geneeskundige wetgeving van 1865, de Begrafeniswet, de Besmettelijke Ziektenwet en de Gezondheidswet en werd in de beperkte regulering van de medische armenzorg middels de Armenwet bevestigd. Dit betekende dat de motieven voor sociale zorg en de belangen in de gezondheidszorg op lokaal niveau opnieuw met elkaar in de slag moesten. Het lokale niveau, waar de economische omstandigheden en de politieke constellatie geheel anders konden zijn dan op nationaal niveau.

In de medische armenzorg liepen de belangen van gemeenten en geneeskundigen op belangrijke punten parallel. Zo kwam het in veel gevallen ook zonder wettelijke regulering tot uitsluiting van minvermogenden en werden er meer middelen voor de zorg voor onvermogenden beschikbaar gesteld. Daarnaast werden de geneeskundige diensten zo efficiënt mogelijk georganiseerd en daarbij hoorde de aanstelling van arts-ambtenaren. Dat was niet geheel naar de zin van de NMG, maar gezien de relatieve onkwetsbaarheid van de gemeenten en het beperkte aantal GGD-artsen, die er bovendien geheel andere opvattingen dan de NMG op na hielden, waren de belangstelling en de invloed van de beroepsvereniging beperkt.

In het ziekenfondswezen, dat door het ontbreken van enige regulering geheel aan de belangengroepen was overgelaten, waren de belangstelling en de invloed van de NMG juist zeer groot. Het ziekenfondswezen was ook veel belangrijker voor de NMG, aangezien het aantal ziekenfondsleden ook zonder wettelijk verplichte verzekering gewoon doorgroeide. Van 15 procent van de bevolking rond 1900 tot ongeveer 30 procent in de jaren twintig, zodat op den duur een groot deel van de artsen een ziekenfondspraktijk van enige omvang had. Deze groei werd allereerst veroorzaakt door de blijvende maatregelen die in de medische armenzorg waren genomen. Maatregelen die resulteerden in de ontwikkeling van een 'ziekenfondscultuur' onder minvermogenden: een door overheid en medische beroepen gestimuleerde gewoonte om zich bij een ziekenfonds aan te sluiten. Al wat hierna nog nodig was voor de onstuitbare groei van het ziekenfondswezen was een fundamentele verschuiving in de inkomensverdeling en dat geschiedde rond de Eerste Wereldoorlog. Aan het begin van de twintigste eeuw behoorde het merendeel van de arbeidersklasse tot de onvermogenden. Tegen het einde van de jaren twintig behoorde het merendeel tot de minvermogenden. Tussen 1910 en 1922 stegen de reële inkomens van de loonafhankelijke bevolking met ongeveer 35 procent.¹ Deze inkomensstijging zorgde niet alleen voor de definitieve doorbraak van de vrijwillige ziekenfondsverzekering, waar de sociale politiek zo lang naar had gestreefd, maar maakte ook hogere premies mogelijk, die nodig waren om de eisen van de artsen in te willigen.

De ontwikkeling van een ziekenfondscultuur was de meest succesvolle variant van alle pogingen die werden ondernomen om de minvermogenden aan te zetten zich vrijwillig tegen sociale risico's te verzekeren. De achtergrond van dit succes was gelegen in de aard van de ziektekostenverzekering en in de manier waarop deze in Nederland functioneerde. Sinds het verdwijnen van de grote epidemieën was het verzekeringsrisico, vergeleken met andere sociale risico's als werkloosheid en invaliditeit, beperkt en voorspelbaar. Daarnaast verzekerden de Nederlandse ziekenfondsen geen slechte risico's, zoals bejaarden en armen, en geen dure verstrekkingen, zoals ziekenhuisverpleging. Het risico dat de fondsen liepen was dus klein, evenals de bijdrage die het vrijwillige ziekenfondswezen leverde aan de voor de financiële toegankelijkheid van on- en minvermogenden noodzakelijke subsidiërende solidariteit. Dit vormde het voornaamste kritiekpunt op de vrijwillige ziekenfondsverzekering en was de reden waarom de politiek een wettelijke regeling van het ziekenfondswe-

zen gedurende de jaren twintig en dertig als een zwaard van Damocles boven de ziekenfondsmarkt liet hangen.

Aangezien noch de rijksoverheid, noch de ziekenfondsen, noch het modern particulier initiatief een wezenlijke bijdrage aan de benodigde subsidiërende solidariteit konden of wilden leverden, lag deze last vrijwel geheel op de schouders der gemeenten. Dit uitte zich in de snel stijgende uitgaven aan de zorg voor onvermogenen, aan ziekenhuisverpleging en aan subsidies voor het particulier initiatief. De organisatie van de gezondheidszorg was dan ook vooral een lokale aangelegenheid. Het was om die reden dat de meeste instellingen en belangenorganisaties zich in de eerste plaats op gemeentelijk niveau organiseerden, terwijl nationale verbanden veelal een federaatief karakter hadden.

In deze voorlopige conclusies kan een globaal beeld van het stelsel in wording en zijn achtergronden worden geschetst. Het is inmiddels duidelijk welke organisatievormen werden gehanteerd en waarom, maar de informatie over het feitelijk functioneren van deze organisatievormen is nog onvolledig. Deze informatie was tot nu toe afkomstig van één belangengroep, de geneeskundigen, en wat de medische armenzorg betreft droogde deze bron rond de eeuwwisseling op. Op lokaal niveau kan de ontbrekende informatie over het functioneren van de verschillende organisatievormen worden verzameld en kan de invloed van tot nu toe vrijwel onzichtbare politieke stromingen en belangengroepen worden bepaald. Daarnaast kan door vergelijking de invloed van structurele factoren, zoals de sociaal-economische ontwikkeling, beter op zijn waarde worden geschat. Met name de verschillen tussen stad en platteland waren aanzienlijk.

Het is mogelijk om een groot aantal gemeenten globaal op een aantal kernpunten te vergelijken of om een klein aantal gemeenten diepgaand te bestuderen. Op basis van de nationale studie en vooral van een pilot, uitgevoerd in de gemeente Schiedam, werd gekozen voor het laatste. De nationale studie heeft nog onvoldoende kennis opgeleverd om tot een verantwoorde selectie van kernpunten te komen, terwijl uit de pilot bleek, dat het onderwerp ook op lokaal niveau nog zo omvattend is, dat alleen diepgaande studies de vragen zouden kunnen beantwoorden. Er is studie gemaakt van een drietal gemeenten, met een zo groot mogelijke sociaal-economische, politieke en demografische variatie. De keuze kan onmogelijk representatief zijn en hier is dan ook niet naar gestreefd.

Hoofdstuk vier handelt over de middelgrote, confessioneel getinte industriestad Schiedam. In hoofdstuk vijf zal de kleine, door liberalen en sociaal-democraten bestuurde plattelandsgemeente Idaarderadeel en dan vooral het dorp Roordahuizum worden behandeld. In hoofdstuk zes komt Amsterdam aan de orde. De keuze voor Amsterdam als te onderzoeken grote stad werd vooral ingegeven door de leidende positie die de hoofdstad in de gezondheidszorg en sociale zorg van de vroege twintigste eeuw zou hebben ingenomen. De ontwikkelingen in deze gemeente waren een voorbeeld voor andere gemeenten en vormden een leidraad voor het nationale beleid. Nu moet worden opgemerkt, dat de aandacht voor de ontwikkelingen van de sociale

zorg en de gezondheidszorg in de steden in het algemeen en Amsterdam in het bijzonder onevenredig groot is geweest. Het beeld van de nationale ontwikkelingen is dan ook sterk door de vele studies over Amsterdam beïnvloed, waardoor de Amsterdamse invloed gemakkelijk kan worden overschat. Bovendien heeft deze wat eenzijdige aandacht zowel historici als tijdgenoten het zicht op de regionale of lokale differentiatie vaak ontnomen of, zo deze wel werd waargenomen, in de verleiding gebracht de toestand in andere gemeenten als achterlopend te beschouwen in plaats van als een aanpassing aan specifieke omstandigheden. Door vergelijking met Schiedam en Idaarderadeel kan een bijdrage worden geleverd aan de beantwoording van de vragen in hoeverre Amsterdam inderdaad een voorbeeldfunctie voor andere gemeenten vervulde; in hoeverre het nationale beleid was gebaseerd op de situatie in Amsterdam en de andere grote steden in het Westen van het land; en welke effecten dat op de rest van het land had.

De gemeenten zijn bestudeerd over de periode 1890-1941. Er is aandacht geschonken aan de sociaal-economische basis van iedere gemeente, waaronder de inkomensverdeling, en aan de vraag in hoeverre de sociale politiek bij de algemene ontwikkeling aansloot. Deze zaken zijn vervolgens in verband gebracht met de ontwikkelingen in de gezondheidszorg en het stelsel van financiële toegankelijkheid in de betreffende gemeenten. Vragen die hierbij aan de orde komen zijn: welke voorzieningen waren aanwezig en wat waren de kosten hiervan; welke belangengroepen waren actief en hoe groot was hun invloed; en natuurlijk de in de inleiding gestelde vragen over het functioneren van de organisatievormen.

Om al te veel herhalingen te voorkomen, zullen deze vragen in de conclusies van de drie hoofdstukken waarin de lokale studies worden behandeld, nog niet systematisch worden beantwoord, maar zal daarbij vooral worden ingegaan op hetgeen kenmerkend was voor de betreffende gemeente en wat daaruit is te leren. Uiteindelijk zal in hoofdstuk zeven en acht het systeem 1930 worden behandeld en zullen de vragen zo goed mogelijk worden beantwoord.

In de rest van dit derde hoofdstuk zal noodzakelijke achtergrondinformatie over de gemeentelijke organisatie en de ontwikkeling van het gemeentelijk bestuur in Nederland gedurende de hier behandelde periode worden verstrekt.

De ontwikkeling van het gemeentelijk beleid en de gemeentelijke organisatie, 1890-1940

“Aan het hoofd eener gemeente staat een Raad”, zo wil de Grondwet in enigszins modernere bewoordingen nog altijd. De gemeenteraad kiest uit zijn midden twee of meer wethouders, die samen met de door de Kroon aangestelde burgemeester het dagelijks bestuur van de gemeente vormen. Leden uit de raad kunnen gezamenlijk een raadscommissie vormen, die zich bezighoudt met een bepaald beleidsterrein of een tak van dienst. Daarnaast kan de raad zich in zijn taak laten bijstaan door commissies van bijstand, waarin ook niet-raadsleden zitting kunnen hebben. Naast deze

politieke organen kent de gemeentelijke organisatie ambtelijke organen. De belangrijkste zijn de secretarie en de takken van dienst. De aard van deze organen is sinds de invoering van de Gemeentewet in 1851 nauwelijks veranderd, maar de onderlinge machtsverhoudingen zijn dat des te meer. Vooral de gemeenteraad heeft in de hier behandelde periode veel van zijn invloed moeten afstaan aan het dagelijks bestuur, aan de ambtelijke organen en aan hogere overheden.²

De centrale positie van de gekozen raad, uitgewerkt in de Gemeentewet van 1851, was een nieuwigheid die er toe had moeten leiden, dat de burgemeesters, schepenen en beambten een deel van hun invloed afstonden. Dat dit in de praktijk weinig problemen opleverde, moet voor een belangrijk deel worden toegeschreven aan het feit dat de decennia rond 1850 een dieptepunt in de gemeentelijke activiteiten vormden. De gemeentelijke overheden waren minder actief dan in de achttiende eeuw het geval was geweest en zeker dan later het geval zou zijn.³

Vanaf ongeveer 1880 begon de gemeentelijke belangstelling voor allerlei beleidsterreinen, zoals onderwijs en openbare gezondheidszorg, en wat later volkshuisvesting en sociale zorg, weer te groeien. Het was het begin van de overgang van een zuiver administratieve en politionele gemeentelijke taakopvatting naar een actief gemeentelijk beleid in dienst van de ontwikkeling van de gemeente en de welvaart en het welzijn van een zo groot mogelijk aantal ingezetenen. De verschuiving verliep vanzelfsprekend niet zonder slag of stoot, maar was onderwerp van felle debatten tussen conservatieve en vooruitstrevende politieke stromingen over de omvang en het tempo van het overheidsingrijpen. Desondanks liepen de ontwikkelingen overal in dezelfde richting, waardoor de vooruitstrevende groeperingen, zoals de radicaal-liberalen in de jaren negentig van de vorige eeuw en de sociaal-democraten in de jaren tien en twintig van deze eeuw, lange tijd het initiatief hadden.⁴

De uitvoerende taken die met het nieuwe beleid waren gemoeid, werden doorgaans eerst door particuliere bedrijven uitgevoerd, vaak in een bij openbare inschrijving verpachte concessie. De concessionarissen leverden matige kwaliteit, door de hoge prijzen waren de diensten voor een groot deel van de bevolking onbereikbaar en de particuliere ondernemingen waren natuurlijk in het algemeen niet gemakkelijk bij het gemeentelijk beleid in te schakelen. De naasting van deze bedrijven vormde in veel gemeenten een belangrijke overwinning van de radicaal-liberalen. Bovendien konden deze bedrijven naar hun mening alleen kwaliteit leveren, wanneer voldoende aandacht aan de verbetering van de arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden van het personeel werd geschonken. Nadat rond de eeuwwisseling dergelijke principiële beslissingen waren genomen, verdween echter het hervormingsgezinde elan uit de gemeentelijke politiek. De Liberale Unie had een deel van de radicale standpunten overgenomen, maar hield, evenals de confessionelen, pas op de plaats. Binnen radicale kring bestond onenigheid over de te volgen koers en in 1901 ging de radicale beweging op in de nieuwe 'Vrijzinnig Democratische Bond' (VDB).⁵ Het bleek pas mogelijk om de overheidsbemoeiingen ook meer in dienst van de arbeidersbevolking

te stellen toen de confessionele arbeiders van zich lieten horen en vooral toen de sociaal-democraten voldoende macht ontwikkelden.⁶

In 1899 had de SDAP, op initiatief van de voormalige radicaal P.L. Tak, als eerste Nederlandse partij een gemeenteraadsprogramma opgesteld. In de jaren hierna ontwikkelde de SDAP een coherente visie op de taak van de gemeentelijke overheden en bouwde een ondersteunend apparaat voor de nieuwbakken gemeenteraadsleden op. De belangstelling voor de gemeentepolitiek werd ingegeven door de mogelijkheden die de relatief autonome Nederlandse gemeenten boden. Op basis van de door de radicalen uitgezette lijn kon de gemeentelijke overheid overal waar de kapitalistische produktie- en distributiewijze steken liet vallen bedrijvigheid onder overheidsbeheer brengen. Bovendien kon de kennismaking met overheidszorg in belangrijke sectoren, vanzelfsprekend van goede kwaliteit en zonder winstoogmerk, de geesten rijp maken voor het einddoel van de gesocialiseerde samenleving.⁷ De belangstelling werd nog aangewakkerd toen bleek, dat de sociaal-democraten nauwelijks in staat waren om op nationaal niveau macht uit te oefenen. Op lokaal niveau was dat wel mogelijk en het is dan ook niet verwonderlijk, dat het zicht op het einddoel juist bij de gemeentelijke SDAP-politici het eerste zou verdwijnen, om plaats te maken voor een pragmatischer koers. Hierbij pakte men alle praktische mogelijkheden om de levensomstandigheden van de arbeiders te verbeteren aan, die de belangrijke gemeentelijke taken in de volkshuisvesting, de sociale zorg, het onderwijs enz. boden.⁸

Van de andere politieke stromingen had alleen de VDB in een vroeg stadium, in 1903, een gemeenteprogramma het licht doen zien. De praktische maatregelen die in dit programma waren opgenomen waren vrijwel gelijk aan de wensen van de SDAP, maar dienden vanzelfsprekend niet ter socialisering van de samenleving. De confessionele partijen en de Vrijheidsbond ontwikkelden pas rond de Eerste Wereldoorlog een visie op de gemeentelijke politiek. De visie van de ARP en de katholieken werd gekenmerkt door aarzeling en wantrouwen tegenover verdere uitbreiding van overheidszorg, die van de CHU en de Vrijheidsbond door een duidelijke afkeer hiervan.⁹

De gemeentelijke activiteiten werden tevens gestimuleerd, doordat de rijksoverheid een aantal activiteiten in medebewind met de gemeenten uitvoerde. In de negentiende eeuw betrof dat onder meer het onderwijs en de openbare gezondheidszorg en in de twintigste eeuw kwam daar bijvoorbeeld de volkshuisvesting bij.¹⁰ Medebewind betekende niet alleen een stimulans voor gemeentelijke activiteiten, het betekende meestal ook inperking van de gemeentelijke autonomie en van de invloed van de gemeentelijke politici. In de sociale zorg was echter pas laat en dan nog in beperkte mate sprake van medebewind. De rijksoverheid was lange tijd van mening dat armenzorg geen overheidstaak was en voorzover deze onvermijdelijk was, droeg ze die taak vrijwel zonder enige sturing aan de gemeentelijke overheden op. De sociale verzekeringen waren nationale arrangementen, waarin de gemeenten geen taak hadden. Alleen de steunverlening aan werklozen werd een bijna klassiek voorbeeld van medebewind met grote gevolgen voor de gemeentelijke autonomie.

Door de uitbreiding van de gemeentelijke activiteiten werd het voor de gemeenteraden onmogelijk om zich nog langer met de details van het gemeentelijk beleid bezig te houden. De rol van het dagelijks bestuur, het college van Burgemeester en Wethouders (B&W), werd dan ook belangrijker. Bovendien moest een belangrijk deel van het bestuur aan ambtelijke organen worden overgelaten. Zo werden de nieuwe gemeentebedrijven (Gasfabriek, Waterleidingbedrijf e.d.) meestal onder beheer van ambtelijke diensten gesteld, politiek gecontroleerd door een vakwethouder en een specifieke raadscommissie. Dit dienstenmodel werd tevens toegepast op oudere en totaal nieuwe gemeentelijke activiteiten, zoals de gezondheidszorg (GGD) en de grondpolitiek (Grondbedrijf). Daarnaast ontwikkelde de secretarie zich van een puur informatief naar een veel invloedrijker beleidsvoorbereidend apparaat.¹¹ Na de Eerste Wereldoorlog hielden de gemeenteraden zich nog voornamelijk met hoofdlijnen bezig. De begrotingsbehandelingen werden steeds belangrijker en op den duur het voornaamste moment waarop de raad het beleid nog enigszins kon bijsturen en de verschillende partijen zich konden profileren.

Het nieuwe beleid vereiste niet alleen een andere gemeentelijke organisatie, maar tevens verveelvoudiging van de financiële middelen. Die waren niet zomaar voorhanden en in 1897 werd de gemeentelijke financiële armslag wettelijk verruimd. De rijksoverheid vertaalde het medebewind in een rijksuitkering per inwoner van een gemeente, waarbij een toeslag werd verleend aan gemeenten die een belangrijk deel van de last voor de armenzorg voor hun rekening namen. Verder werd het gemeentelijke belastinggebied uitgebreid, onder meer met een belasting op het inkomen: de hoofdelijke omslag. Het was de gemeenten toegestaan om bij de heffing van de hoofdelijke omslag progressieve tarieven te hanteren, maar binnen door de rijksoverheid vastgestelde grenzen. Tenslotte werd het verbod op het maken van winst op gemeentelijke activiteiten opgeheven. Samen met de opcenten die op rijksbelastingen mochten worden geheven, werden de rijksuitkeringen, de hoofdelijke omslag en de winsten uit gemeentebedrijven de financiële pijlers waar het gemeentelijk beleid op rustte.¹²

De zojuist besproken ontwikkeling vond het eerst en het meest vergaand plaats in de grote steden. Afhankelijk van omvang, sociaal-economische ontwikkeling, de politieke situatie en de beschikbare financiële middelen volgden de andere gemeenten wat later en in allerlei variaties. Zonder uitzondering versnelden de Eerste Wereldoorlog en de naoorlogse vernieuwingsdrang het proces, maar in de jaren twintig trad stagnatie op. De confessionele en liberale gemeentelijke politici draaiden weinig terug, maar traptten wel op de rem.¹³ Bovendien bereikten veel gemeenten in de jaren twintig hun financiële grenzen. Dit werd onder meer veroorzaakt door het feit, dat de gemeentelijke inkomsten voor een belangrijk deel door de lokale burgers moesten worden opgebracht. Gezien de grote verschillen in draagkracht en sociale structuur, leidde dat tot grote verschillen in lastendruk. In de zwaarst belaste gemeenten betaalden de burgers bij een gelijk inkomen tien maal zoveel als in belastingparadijsjes als Wassenaar, waar meergegoede burgers wel profiteerden, maar niet meebetaalden

aan de kostbare Haagse openbare voorzieningen. Deze ongelijkheid werd in 1929 middels een nieuwe regeling van de financiële verhoudingen tussen rijk en gemeenten aangepakt. Aan de gemeenten werd een deel van het belastinggebied ontnomen, waaronder de hoofdelijke omslag, en in plaats daarvan werd een Gemeentefondsbelasting op het inkomen geheven. Gemeenten kregen in het vervolg een uitkering per inwoner uit het Gemeentefonds, waarbij opnieuw rekening werd gehouden met de uitgaven aan sociale zorg van de verschillende gemeenten. Overigens was het gemeentelijk belastinggebied zeker nog niet verdwenen. Zo mochten de gemeenten opcenten heffen op de Gemeentefondsbelasting. Toch werden de lasten wat gelijkmatiger over Nederland verdeeld. Bovendien was de greep van het rijk op de gemeentelijke financiën en daarmee op het gemeentelijk beleid verstevigd.¹⁴

Dat bleek overduidelijk in de crisis van de jaren dertig. Via kortingen op de gemeentefondsuitkeringen dwong het rijk de gemeenten tot bezuinigingen, zoals kortingen op de salarissen van het gemeentepersoneel. Gemeenten met een hoge werkloosheid werden bovendien door middel van de rijksbijdragen aan de Steunregeling tot aanpassingen gedwongen. Tenslotte daalden ook de overige gemeentelijke inkomsten als gevolg van de crisis drastisch en in de jaren dertig werd veel beleid dat in de optimistische jaren twintig tot stand was gekomen teruggedraaid. Perry spreekt in dit verband zelfs over de afbraak van de 'verzorgingsgemeente' en we zullen nog zien, dat dit beeld voor een aantal gemeenten, waaronder Amsterdam, niet overdreven lijkt.¹⁵ Door de vele ad hoc problemen die om een oplossing vroegen en de voortdurende onderhandelingen met de rijksoverheid werden steeds meer beslissingen aan de democratische controle van de raad onttrokken. Dit vertaalde zich in een sterk dalende frequentie van steeds kortere en mattere raadsvergaderingen.

IV. Schiedam

Een middelgroot industrieel centrum

Schiedam ligt aan de Maas, ten westen van Rotterdam. Tegenwoordig zijn Schiedam en Rotterdam vergroeid, maar de afstand tussen de oude centra bedraagt hemelsbreed ongeveer zes kilometer. In hoofdstuk drie is al vermeld, dat het onderzoek in Schiedam als pilot voor alle lokale studies heeft gediend. Als gevolg van het explorerende karakter was deze studie bijna integraal en heeft zich ook over de negentiende eeuw uitgestrekt. De Schiedamse negentiende eeuw bleek dermate interessant, dat deze periode in dit hoofdstuk is opgenomen.

Sociaal-economische ontwikkeling

Schiedam ontleent tot op de dag van vandaag naambekendheid aan één produkt: jenever. Het gedistilleerd zal echter een beperkte rol in dit verhaal spelen. Om te beginnen bestond de bulk van de alcoholnijverheid niet uit het distilleren van jenever, maar uit het op ambachtelijke wijze branden van het halffabrikaat moutwijn in een groot aantal kleine bedrijfjes. De aanwezige distilleerderijen waren een spin-off van de brandersindustrie en dat gold voor vrijwel alle negentiende-eeuwse economische activiteiten. Van groter belang is dat de laatste bloeiperiode van de Schiedamse alcoholnijverheid ruwweg tussen 1850 en 1880 lag. Vanaf de jaren tachtig trad een scherpe terugval op, die moet worden toegeschreven aan het onvermogen van de kleine Schiedamse ondernemers om over te schakelen op de industriële en kapitaalintensieve produktie van het nieuwe halffabrikaat spiritus. Bovendien was de nieuwe produktiewijze niet afhankelijk van Schiedamse kennis en dus niet aan de stad gebonden.¹

Het ineenstorten van de brandersindustrie betekende een economische ramp voor de stad die zo eenzijdig van de alcoholnijverheid afhankelijk was. Rond 1890, terwijl Nederland zijn eerste industrialisatiespurt inzette, was er sprake van een economische malaise die tot in het eerste decennium van de twintigste eeuw zou aanhouden. Het etiket van jeneverstad heeft Schiedam aan deze periode te danken, omdat alleen de distilleerderijen en de hieraan gelieerde glasindustrie overeind bleven. De glasindustrie zou in de jaren twintig door de stijging van de lonen in moeilijkheden komen en op grote schaal mechaniseren, in en vooral buiten Schiedam. De distilleerderijen verdwenen pas na de Tweede Wereldoorlog.

Vanaf de jaren negentig van de vorige eeuw werden pogingen ondernomen om andere activiteiten aan te trekken. Hierbij hoopte men vooral, door de aanleg van havens en spoorlijnen, bij de onstuimige ontwikkeling van Rotterdam aan te sluiten. Die aansluiting zou ook plaatsvinden, maar op een andere manier dan men had gedacht. De groei van de activiteiten in de Rotterdamse haven leidde tot de ene havenuitleg na de andere. Maar niet alleen de direct van de haven afhankelijke bedrijvigheid zocht ruimte, dat gold evenzeer voor de aan de havenactiviteiten

gelieerde industriën, zoals de scheepswerven. Voor zover Rotterdam beslag op grond aan de Maas kon leggen, met name door annexaties, werd deze vooral tot overslaghovens vergraven. De werven moesten op zoek naar vestigingsmogelijkheden buiten de stad en vonden deze in Schiedam. De eerste werf van enige omvang kwam in 1901 en tot 1920 zouden zich een drietal grote en nog een handvol kleinere scheepswerven in Schiedam vestigen. Schiedam werd razendsnel het industriële tijdperk ingesleurd. Rond 1900 was er slechts één bedrijf van redelijke omvang: een kaarsenfabriek met enkele honderden arbeiders in dienst. Een grote werf telde zijn personeel in duizendtallen. De bevolking groeide in de hier behandelde periode dan ook van ruim 25.000 personen in 1890 tot 65.000 aan de vooravond van de Tweede Wereldoorlog. Alleen al in de jaren rond 1930, toen de van oorsprong Rotterdamse werf Wilton-Feijenoord zijn productie definitief naar Schiedam overbracht, groeide de bevolking met ongeveer 10.000 personen. Binnen enkele jaren na vestiging was een aanzienlijk deel van deze nieuwkomers het slachtoffer van werkloosheid. Want er was één kenmerk gelijk aan 60 jaar eerder: opnieuw was Schiedam afhankelijk van één tak van industrie. En wat voor industrie. Niet de betrekkelijk conjunctuurongevoelige alcoholnijverheid, maar zo ongeveer de meest conjunctuurgevoelige industrie denkbaar: de scheepsnieuwbouw en -reparatie.

Tabel 4.1 Inkomensverdeling Schiedam in 1900, 1910, 1920 en 1930

Inkomen	1899/1900	1909/1910	1920/1921	1930/1931
belvv.*-1000	1474 (19.2)	3061 (35.9)	879 (8.0)	1256 (8.3)
1000-1500	286 (3.7)	536 (6.3)	4170 (37.8)	5098 (33.7)
1500-2400	181 (2.4)	282 (3.3)	4244 (38.5)	4282 (28.3)
2400-4200	102 (1.3)	121 (1.4)	740 (6.7)	1065 (7.1)
4200-	+ 84 (1.1)	129 (1.5)	379 (3.4)	697 (4.6)
Aanslagen	2127 (27.8)	4129 (48.4)	10412 (94.4)	12398 (82.0)
Onvermogensden	+ 5530 (72.2)	4397 (51.6)	612 (5.6)	2715 (18.0)
Belastingplichtigen	7657 (100.0)	8526 (100.0)	11024 (100.0)	15113 (100.0)

Berekend naar: *Gemeenteverslagen Schiedam*

* Belasting vrije voet. Tot 1920 lag deze rond f500 (afhankelijk van de gezinssamenstelling), daarna rond f800.

Het industriële karakter was het meest opvallende kenmerk van de Schiedamse economie. De stad vervulde nauwelijks een centrumfunctie voor de omgeving. Het omliggende platteland werd vooral vanuit Vlaardingen, Delft en Rotterdam bediend, terwijl Schiedam zelf steeds afhankelijker van Rotterdam werd. Niet alleen de nieuwe industrie kwam uit Rotterdam, maar bijvoorbeeld ook de elektriciteit en het drinkwater. Bovendien bezocht de Schiedammer veel winkels en andere dienstverlenende bedrijven en instellingen in de grote buurgemeente.

Deze situatie was niet alleen het resultaat van de nabijheid van Rotterdam, maar vertoonde een sterke samenhang met de sociaal-economische opbouw van de bevolking. Het economisch verval had tot verarming geleid, maar rond 1910 vond de inkomensverdeling geleidelijk aansluiting bij de algemene ontwikkelingen in de stedelijke gebieden in Nederland. Schiedam bleef echter een arbeidersstad, gekenmerkt door een beperkte elite en middenstand, en een sterk accent op het minvermogene, loonafhankelijke deel van de bevolking. De Schiedamse arbeider kreeg ruimschoots zijn deel van de reële inkomensstijging rond de Eerste Wereldoorlog, maar daar stond tegenover dat massale werkloosheid regelmatig roet in het eten gooide.

Politiek en sociale zorg

Volgens Schmitz maakte de Schiedamse politiek in de jaren veertig van de vorige eeuw een actieve en vooruitstrevende indruk. Het waren de jaren waarin men de gevaren van de smalle economische basis goed zag en pogingen in het werk stelde om hier verandering in te brengen. Toen de branderijen opnieuw welvaart brachten, was het met de actieve opstelling echter snel gedaan.² Ook na de economische terugslag hield men nog enige tijd vast aan de illusie van herstel van de brandersindustrie, maar in de jaren negentig verschenen politici met andere opvattingen over de economische toekomst van de stad en over de rol van de gemeentelijke overheid in de raad. In 1893 werden de zittende wethouders vervangen door lieden uit de nieuwe groepering en in 1899 werd het raadsprogramma van de liberale kiesvereniging 'Schiedam' in radicale richting bijgesteld. Tot in de Eerste Wereldoorlog zouden de Schiedamse liberalen een opvallend vooruitstrevende koers varen, zij het kritisch begeleid door een behoudende vleugel; tot een scheuring kwam het echter nog niet. Hier was nog een ontwikkeling aan voorafgegaan. De opvattingen van een deel van de leden van de kiesvereniging waren nog verder geëvolueerd en dit resulteerde uiteindelijk in de oprichting van een, voorlopig zeer kleine en machteloze, afdeling van de SDAP, eveneens in 1899.³

De overwinning van de links-liberalen binnen eigen kring bleek een Pyrrusoverwinning. De Nederlandse politiek werd immers niet alleen door de sociaal-economische, maar tevens door de religieuze tegenstellingen beheerst. Op dat punt was Schiedam een opmerkelijke gemeente. In de eerste plaats was de meerderheid van de Schiedamse hervormden zeer rechtzinnig. Zelfs in die mate dat de liberale elite een eigen kerkje had, onder de vlag van de vrijzinnige 'Nederlandsche Protestantenvbond'. Het meest opmerkelijke element was echter de grote en actieve katholieke minderheid in Schiedam. De katholieken vormden ruwweg 40 procent van de bevolking en waren al rond 1900, dus voor de economische vernieuwing van Schiedam, hecht georganiseerd. Na de kieswethervorming van 1897 moesten de liberalen binnen enkele jaren hun meerderheid afstaan aan de vertegenwoordigers van de confessionele kiesverenigingen. Toen in 1907 de eerste sociaal-democraat in de

raad verscheen, ten koste van een liberaal, was de verhouding zeven katholieken, vijf anti-revolutionairen, acht liberalen en één sociaal-democraat.⁴

De sociale zorg had in Schiedam al sinds decennia een opvallend kenmerk. Men had niet alleen geprobeerd om de Armenwet van 1854 naar de letter uit te voeren, maar was daar ook in geslaagd. Rond 1850 was de armenzorg voor een groot deel in handen van de Magistraats-armkamer, vanaf 1855 Burgerlijk Armbestuur (BA) geheten. Daar kwam de eerste jaren nog weinig verandering in, omdat de kerkelijke armbesturen in Schiedam, met uitzondering van de hervormde diaconie, al sinds lang niet meer gewend waren om grote groepen armen te bedelen.⁵ In de jaren zestig besloot de gemeenteraad echter om het subsidie aan het BA stelselmatig met f1000 per jaar te verminderen en zodoende de kerkelijke armbesturen tot meer activiteiten te dwingen. De activiteiten van het BA werden langzaam afgebouwd en de subsidies aan het BA degradeerden van de belangrijkste post op de begroting in de jaren vijftig tot een restpost in de jaren negentig. Het BA was toen een instelling die een handjevol mensen aanvullend bedeede, vooral geld uitgaf aan het onderhoud van het bezit, de rest aan medische armenzorg en in 1895 f200 subsidie kreeg.⁶ Verder waren er nog wat gesubsidieerde burgerlijke instellingen in de verplegende sfeer, waaronder het St. Jacobs Gasthuis (een tehuis voor oude lieden) en het Stads-ziekenhuis. De bulk van de armenzorg was echter met succes naar de kerkelijke en particuliere instellingen overgeheveld, zoals de eerste rijen van tabel 4.2 laten zien.

Tabel 4.2 Uitgaven aan bedeling en uitbesteding van de algemene armbesturen in Schiedam (zonder werklozenzorg), 1895-1928

Jaar	Gemeente en burgerlijke instellingen	Kerkelijke en particuliere instellingen
1895	2290 (9.1%)	22253 (90.9%)
1901	2349 (9.0)	23641 (91.0)
1905	3043 (11.2)	24103 (88.8)
1910	4045 (11.4)	31420 (88.6)
1915	7833 (15.3)	43238 (84.7)
1920	31504 (41.9)	43609 (58.1)
1925	97446 (58.7)	68636 (41.3)
1928	64295 (57.3)	47859 (42.7)

Bron: GAS, Secretarie-archief, maatschappelijke zorg algemeen, statistiek armbestuur.

Schiedam kende ook zijn moderne armverzorgers. De kern werd gevormd door de leden van de 'Vereeniging tegen Bedelarij', die uit het begin van de jaren negentig dateerde. Ook de kleine afdeling van de Protestantenvbond organiseerde haar armenzorg in moderne zin, maar tot en met het begin van de twintigste eeuw bleef dit een uitzondering. Om van samenwerking tussen de armbesturen maar niet te spreken.

Wel was men zeer resoluut in de weigering van valide armen. Weliswaar werden er wat werkloze brandersknechts ondersteund, omdat deze nu eenmaal niet voor ander werk geschikt waren, maar men verzorgde voornamelijk ouden van dagen, weduwen, wezen en andere huiszittende armen. Deze kregen de traditioneel lage bedragen, die volgens de moderne armverzorger de armoede slechts bestendigden.

Men kon zich deze bedelingspolitiek ook veroorloven, omdat er voldoende uitwijkmogelijkheden voor de valide armen waren. De migratiecijfers laten zien waar deze mensen bleven. Vanaf 1881 kende de stad doorlopend vertrekoverschotten, oplopend tot 10, 20 en zo nu en dan 30 promille per jaar.⁷ Vooral in de jaren negentig zochten veel mensen hun heil in Rotterdam.

De nieuwe bedrijvigheid bracht hier verandering in. Enerzijds steeg de vraag naar arbeidskrachten sterk, anderzijds betrof dit deels losse werklieden, die met enige regelmaat werkloos waren en dan bij de armenzorginstellingen aanklopten. Deze kregen aldus met een andere, valide en sterk vlottende groep armlastigen te maken.⁸ Tegelijkertijd voltrok zich de overgang van een liberale naar een confessionele meerderheid in de politiek. De vooruitstrevend liberalen, die we ook in kringen van de moderne armverzorger tegenkomen, hadden nog wel de tijd om de eerste gemeentelijke arbeidsbeurs in Nederland te organiseren (1902), maar de politiek reageerde daarna zeer behoudend op de nieuwe problemen. En die namen met de dag toe. Door de instroom van mensen maakte men kennis met woningnood en andere capaciteitsproblemen. Bovenal maakte men kennis met conjuncturele werkloosheid.

Dit fenomeen trad in de malaisejaren 1908 en 1909 voor het eerst in enige omvang op. De gemeente ging over tot werkverschaffing, maar het meeste werk werd verzet door een 'Commissie tot Bestrijding der Werkloosheid', bestaande uit particulieren en vertegenwoordigers van werkgevers en werknemers. Door de gemeentelijke werkverschaffing en de beperkte omvang en korte duur van de problemen zag de commissie kans om de meeste werklozen aan betaald en min of meer zinvol werk te helpen. In 1910 was de situatie weer normaal; dat wil zeggen dat vrijwel alleen nog losse werklieden door werkloosheid werden getroffen. De gemeente hief de werkverschaffing op en de commissie staakte haar activiteiten. Echter, niet voordat men bij de politiek had aangedrongen op subsidiëring van door de vakbonden op te richten werklozenkassen. Het comité werd voornamelijk door vooruitstrevende krachten gedragen, maar de rechtse gemeenteraad had het er moeilijk mee. Uiteindelijk werd de totstandkoming van het gemeentelijk werkloosheidsfonds gekoppeld aan een reorganisatie van de gemeentelijke arbeidsbeurs. Beide instellingen werden onder één bestuur gebracht. Zoals gebruikelijk kregen werklozen alleen een uitkering, wanneer ze zich bij de arbeidsbeurs lieten inschrijven. Het was echter zeer ongebruikelijk dat de arbeidsbeurs in het vervolg ook zou bemiddelen in geval van staking of uitsluiting. Werklozen konden dus in principe worden gedwongen om als stakingbreker op te treden en dat was onaanvaardbaar voor de meeste vakbonden. Eind 1913 was slechts een handjevol kassen, van katholieke signatuur, met in totaal 177 verzekerden bij het gemeentelijk fonds aangesloten.⁹

Ook de verschillende armbesturen reageerden niet adequaat op de veranderende omstandigheden. Het BA moest zijn gedragslijn om geen mensen in vaste bedeling te nemen opgeven en het beroep dat op de medische armenzorg werd gedaan nam toe. In het algemeen had men moeite met het bepalen van de juiste opstelling tegenover de nieuwe, valide en sterk vlottende groep armlastigen. In deze situatie boden de ideeën van de moderne armverzorger en de aangekondigde wijzigingen in de Armenwet houvast. Het BA stelde een bezoldigd armbezoekster aan (de secretaris van de Vereeniging tegen Bedelarij), maar het was onvoldoende om de gemeenteraad met de stijgende uitgaven te verzoenen. Het BA werd in zijn geheel vervangen en het nieuwe, bijna geheel uit confessionelen bestaande, armbestuur besloot tot scherpere controle en dubbele bedeling volgens vastgestelde normen. In de praktijk bleek dat dergelijke vormen van formalisering eerder tot meer dan tot minder bedeeden leidden. Alleen in de medische armenzorg boekte men resultaten, zoals nog zal worden besproken.¹⁰

In 1910 werd verder, vanuit de hoek van de moderne armverzorger, een poging gedaan om tot betere samenwerking tussen de armbesturen te komen. De 'Vereeniging van Armbesturen' werd, na een hoopvol begin, echter een fiasco. Het ene na het andere armbestuur haakte af en het bedanken van de hervormde diaconie in 1911 betekende praktisch het einde. Als reden gaf men op, dat de eigen informatiedienst was gemoderniseerd en uitgebreid. In 1913 werd de vereniging definitief opgeheven toen ook het BA als enig overgebleven groter armbestuur het lidmaatschap opzegde.¹¹ Na dit echec zal het geen verbazing wekken, dat er na de wijziging van de Armenwet wel een armenraad werd opgericht, maar dat deze nooit echt functioneerde en al in 1916, als eerste in Nederland, werd opgeheven.¹²

Aan de vooravond van de Eerste Wereldoorlog waren moderne opvattingen over armenzorg ten dele in de praktijk van een aantal armbesturen doorgedrongen. Er werd aan huisbezoek en controle gedaan, zij het vooral met het oog op efficiency. Samenwerking was echter nog tot een minimum beperkt. Vooral interconfessionele samenwerking was nauwelijks aan de orde. Wanneer men behoefte had aan dubbele bedeling of informatie, wendden de kerkelijke instellingen zich bij voorkeur tot het door confessionelen beheerde BA of tot de 'Vereeniging voor Armenzorg en tegen Bedelarij', zoals de organisatie van de moderne armverzorger sinds 1910 heette. Men kon niet voorzien, dat men hierdoor sneller dan noodzakelijk afstevende op een toekomst waarin het BA het centrum van de lokale sociale zorg zou vormen. Hoe kon men ook. Voorlopig wenste het BA zijn bemoeienissen nog zoveel mogelijk tot aanvullende bedeling te beperken. Zelfs meer te beperken dan de kerkelijke armbesturen lief was.

De Eerste Wereldoorlog viel in Schiedam grotendeels samen met de economische inhaalmanoeuvre. De verschuivingen in de politiek en in de sociale zorg verliepen dan ook zo mogelijk nog heftiger dan in Nederland toch al het geval was. Na het uitbreken van de oorlog steeg de werkloosheid binnen een maand tot een hoogte, waar werkverschaffing noch het kreuple werklozenfonds een goed antwoord op

vormden. Deze 'crisisslachtoffers' mochten in geen geval als armlastigen worden behandeld en vielen onder de zorgen van het plaatselijke Steuncomité. Door het optreden van het Steuncomité had de werkloosheid maar weinig effect op de dagelijkse praktijk van de armbesturen. Uit tabel 4.2 blijkt dat zowel de totale uitgaven als de onderlinge verhoudingen tussen de armbesturen in 1915 nog nauwelijks waren veranderd. De armlastigen werden nog altijd door het BA naar de kerkelijke armbesturen gezonden en zo nodig dubbel bedeed. Tabel 4.2 laat nog iets zien. In 1920 blijken zowel de omvang van de armenzorg als de onderlinge verhoudingen tussen BA en de kerkelijke en particuliere instellingen drastisch veranderd. Wat was er in die korte tijd gebeurd?

In de eerste plaats had een politieke aardverschuiving plaatsgevonden. Bij de tweejaarlijkse verversing van een derde van de raad in 1915 sprong de SDAP van twee naar vijf zetels en de verkiezingen van 1917 brachten een krappe linkse meerderheid. Dit, gecombineerd met de hoge werkloosheid in 1917 en 1918 en het gebrek aan voedsel, brandstof en andere eerste levensbehoeften, maakte vergaande maatregelen mogelijk en noodzakelijk. Distributie was al sinds het begin van de oorlog aan de orde, maar de schaarste noopte tot verdergaande en soms fantasievolle maatregelen, als een centrale keuken, de gemeentelijke brandhoutdistributie, het gemeentelijke landbouwbedrijf en de gemeentelijke varkensmesterij.

Deze gebeurtenissen brachten een schok teweeg bij zowel confessionelen als liberalen. De confessionele partijen heroverden hun meerderheid bij de eerste gemeenteraadsverkiezingen onder de nieuwe kieswet in 1919 ruimschoots. Het nieuwe college bestond uit twee confessionelen, een liberaal en een sociaal-democraat. Aangevuld met de immer confessionele burgemeester zou dit de blauwdruk voor de komende 20 jaar zijn. Al onder het oude college hadden de confessionelen met veel maatregelen ingestemd en in 1919 en 1920 kwam het nog tot invoering van de achturige werkdag en een aanzienlijke salarisverhoging voor het gemeentepersoneel en zelfs tot schoolvoeding, eigenlijk ongehoord onder een confessionele meerderheid. Daarna trad enige reactie op, maar de confessionele partijen realiseerden zich, dat ze in de industriestad Schiedam niet ongestraft de belangen van de grote arbeidersbevolking konden negeren. De reactie in liberale hoek was veel heftiger. Aldaar was men geschrokken van de 'sociaal-democratische experimenten'. De liberalen schoven op naar rechts en ook in Schiedam kwam het nu tot de splitsing tussen de conservatief-liberale Vrijheidsbond en de vooruitstrevend-liberale Vrijzinnig Democratische Bond. Hiermee kwam een einde aan 12 jaar innige samenwerking tussen liberalen en sociaal-democraten. Het politieke gewicht was overigens beperkt. Bij de verkiezingen van 1919 behaalde de VDB twee zetels en de Vrijheidsbond één. Dat was bij elkaar nauwelijks meer dan de nieuwe revolutionair-socialistische splintergroepering. Deze opereerde voorlopig onder de naam Socialistische Partij en haalde twee zetels.

Onder leiding van de nieuwbakken sociaal-democratische Wethouder van Sociale Aangelegenheden werd het BA gereorganiseerd. Ook de confessionelen achtten dit noodzakelijk; de reactie moest nog komen en bovendien werd de reorganisatie door

de omstandigheden afgedwongen. In 1919 werd het Steuncomité opgeheven en de overgebleven werklozen klopten vooral bij het BA aan. Dat deden ook de slachtoffers van de nieuwe golf van werkloosheid die in 1920 inzette, zodat het oude, zijn bemoeiingen tot een minimum beperkende BA niet meer voldeed.

De reorganisatie kreeg in 1919 haar beslag. Het BA zou voortaan bestaan uit vier raadsleden, vier leden uit de burgerij en de Wethouder voor Sociale Aangelegenheden als voorzitter. Het bestond nog altijd merendeels uit confessionelen, maar de leden kwamen nu ook uit de confessionele arbeidersbeweging. Verder kon de sociaal-democratische wethouder een belangrijk stempel op het beleid drukken. Bovendien werd het een bestuur op afstand, terwijl de dagelijkse werkzaamheden werden uitgevoerd door een immer groeiend aantal betaalde krachten met een directeur aan het hoofd. Het onderstandstarief werd herzien. Hierbij was sprake van een overduidelijk verschil tussen de gewone armlastigen en de werklozen. Ook voor de armlastigen ging de uitkering omhoog, maar de bedeling van deze mensen werd nog altijd waar mogelijk aan de kerkelijke armbesturen overgelaten. De werklozen kregen zonder meer een uitkering die minimum-levensomstandigheden moest garanderen, waarvoor de tarieven van het Steuncomité werden gehanteerd. Het inlichtingenbureau van het comité werd omgevormd tot de 'Gemeentelijke Inlichtingendienst', die als taak kreeg onderzoek in te stellen in het geval van nieuwe verzoeken om ondersteuning en om regelmatige controle van de reeds ondersteunden uit te voeren. Dit niet alleen voor het BA, maar ook op verzoek van andere instellingen van weldadigheid. Deze zouden hier weldra op grote schaal gebruik van gaan maken.¹³

Aldus was het BA binnen enkele jaren de spil van de sociale zorg geworden. De reorganisatie was zo grondig uitgevoerd, dat er voorlopig ook geen diepgaande veranderingen meer nodig zouden zijn. In 1932 werd het BA omgedoopt in 'Dienst voor Maatschappelijk Hulpbetoon', een naam die beter bij de feitelijke werkzaamheden van het BA aansloot, maar meer dan een cosmetische verandering was het niet. Dat mag best een prestatie worden genoemd, omdat men in de jaren twintig en dertig te maken kreeg met conjuncturele werkloosheid van een omvang die men absoluut niet had kunnen voorzien. De eenzijdige economische structuur liet haar sporen na. In jaren van hoogconjunctuur, 1919 en 1927-1930, was de werkloosheid lager dan in Nederland als geheel, maar in jaren van crisis, 1920-1926 en de jaren dertig, veel hoger. Met name in de jaren 1931-1936 was de werkloosheid extreem hoog.¹⁴ In Schiedam was die werkloosheid overduidelijk crisiswerkloosheid, zodat het merendeel van de werklozen zonder al te veel problemen in de Rijkssteunregelingen kon worden opgenomen. Voor de groepen werklozen die toch werden afgevoerd werd zo nodig een gemeentelijke steunregeling ontworpen. De groep armlastigen werd vooral gevormd door huiszittende armen en deze mensen werden in eendrachtige samenwerking met de kerkelijke en particuliere instellingen verzorgd.

Dit klinkt allemaal zeer positief en er was ook bijzonder veel veranderd in betrekkelijk korte tijd. De sociale zorg en vooral de werklozenzorg werd echter tevens gekenmerkt door bijna slaafse navolging van de instructies uit Den Haag. Dit was

het resultaat van de politieke verhoudingen, maar vooral van de volslagen financiële afhankelijkheid van het rijk. In de jaren dertig gaf men rond de twee miljoen gulden aan ondersteuning van crisiswerklozen uit op een totaal van zeven tot acht miljoen aan uitgaven op de gewone dienst. Men kreeg tot 99 procent van die lasten vergoed, maar in ruil daarvoor kwam men onder scherpe financiële controle te staan. Afwijkingen van de door Den Haag opgelegde steunnormen waren uit den boze en die normen waren voor de stedelijke gebieden te laag.¹⁵ De Schiedamse werklozen verarmden in hoog tempo, hetgeen zich uit de inkomensverdeling laat aflezen. Op het dieptepunt van de crisis betaalde, net als voor de Eerste Wereldoorlog, ruim 40 procent van de belastingplichtigen geen inkomstenbelasting.¹⁶

Dat kwam hard aan na de voorspoedige periode aan het einde van de jaren twintig, ook in de politiek. Naarmate de tijd vorderde schoven liberalen en sociaal-democraten op naar rechts. Zo stapte de liberale wethouder over van de VDB naar de Vrijheidsbond. Door deze manoeuvre kwamen de confessionelen vanzelf in het midden van de politiek terecht. Dat werd nog bevorderd, doordat de confessionele fracties in Schiedam onvermijdelijk deels uit arbeidersvertegenwoordigers bestonden. Goedschiks, maar desnoods ook kwaadschiks. In 1923 werd de voorzitter van de christelijke vakcentrale door een voorkeursactie in de AR-fractie gekozen. Daarbij trad hij zo radicaal op, dat hij op den duur uit de ARP werd gezet, maar in 1927 werd hij namens de Christelijk-Democratische Unie opnieuw in de raad gekozen.¹⁷ De christelijke arbeidersvertegenwoordigers bleven echter in de confessionele fracties aanwezig en bleken bij tijd en wijle bereid om met de linkerzijde van de raad mee te stemmen en zodoende een puur confessionele politiek onmogelijk te maken. Die linkerzijde bestond in de jaren twintig uit zes SDAP-leden, één vertegenwoordiger van de VDB en twee raadsleden van extreem links. Rond 1930 vond een kleine verschuiving plaats. De golf nieuwkomers in de stad bestond dit keer niet voor een groot deel uit mensen die regelrecht uit de provincie kwamen, maar was voor een niet onbelangrijk deel afkomstig uit Rotterdam. Het sociaal-democratische element was bij deze groep dan ook sterker en de SDAP groeide in de jaren dertig uit tot een van de twee grote fracties in de raad. De sociaal-democraten en de leden van de andere grote fractie, de katholieke, konden het inmiddels steeds beter met elkaar vinden.

Ziekenfondsen en medische armenzorg, 1850-1920

Economische voorspoed

“Deze gemeente telt 14.000 zielen, daarvan zijn er 7000 in zieken-bussen, 2500 worden voor rekening van de Magistraats-armkamer, en 500 voor rekening van de Hervormde diaconie behandeld.”

Aldus de afdeling Schiedam e.o. van de NMG in antwoord op een circulaire van de zoveelste NMG-onderzoekscommissie, ergens halverwege de jaren vijftig van de vorige eeuw.

“De geneeskundige hulp der Magistraats-armkamer is opgedragen aan: 2 doctoren, 1 chirurgijn (deze levert tevens de geneesmiddelen voor uitwendig gebruik), 1 vroedmeester, 2 vroedvrouwen.

Bij de *Hervormde diaconie* zijn met deze hulp belast 2 doctoren, 1 chirurgijn (die de uitwendige geneesmiddelen levert).

Dit personeel is groot genoeg.

De geneesmiddelen voor de Magistraats-armen worden gereed gemaakt door één der in deze gemeente gevestigde apothekers, die met deze leverantie beurtelings gedurende eene maand belast zijn. Zij worden per recept à 45 cents betaald. Geheel op dezelfde wijze geschiedt dit bij de Hervormde diaconie. Het ziekenhuis, hetwelk in de laatste jaren belangrijke verbeteringen heeft ondergaan, is een ruim en luchtig gebouw door een tuin omgeven; het beantwoordt dan ook vrij wel aan de behoefte. De geneeskundige dienst is opgedragen aan de geneeskundigen der Magistraats-armkamer. Door twee apothekers worden de benodigde geneesmiddelen geleverd, die daarvoor behoorlijk worden schadeloos gesteld.

De opneming van lijdens is niet geheel vrij, de Hervormde diaconie moet voor hare bedeeden 20 cents verplegingskosten daags betalen; voor vreemde armen echter wordt van de betrokkene armbesturen 50 cents daags gevorderd.”¹⁸

Dit korte, maar krachtige rapport is hier integraal opgenomen, omdat het duidelijk maakt dat in de industriestad Schiedam rond 1850 al leek te zijn bereikt wat in deze studie als een eindstadium wordt beschouwd. Net als andere middelgrote industriesteden in Zuid-Holland, zoals Leiden en Dordrecht, was een opvallend groot deel van de bevolking verzekerd bij een ziekenfonds. De scheiding tussen on- en minvermogenen was strikt doorgevoerd en het complement daarvan bestond uit een relatief makkelijke toegang voor onvermogenen tot een simpele, maar voldoende georganiseerde medische dienst. Ook de geneeskundigen en apothekers hadden weinig reden tot klagen. Er was voldoende personeel aanwezig, de arbeidsvoorwaarden waren goed en de werkzaamheden bij instructie geregeld. De chirurgijn en de doctoren die de patiënten van de magistraats-armkamer behandelden waren in gemeentelijke dienst en ontvingen respectievelijk *f*600 en *f*350 per jaar. Ze waren, naast behandeling van de stadsarmen, belast met doodschouw, koepokenting en controlewerkzaamheden voor de schutterij.¹⁹ De vergoeding die de apothekers per recept ontvingen was ongewoon hoog en het gehanteerde rouleringssysteem sloot concurrentie uit.

In het ziekenfondswezen was de concurrentie beperkt. Dat was niet bereikt door vrije apothekerskeuze, maar door een zo gelijkmatig mogelijke verdeling van de ziekenfondscontracten over de apothekers. Bij de geneeskundigen lag dat iets ongunstiger, omdat enkele geneeskundigen posities bij fondsen cumuleerden, maar op den duur kreeg iedere geneeskundige tenminste één ziekenfondscontract. Dit was, ondanks het grote aantal praktizerend geneeskundigen en apothekers (in 1856 respectievelijk 1 per 1113 en 1 per 1316 inwoners), mogelijk door het eveneens grote aantal ziekenfondsen (tien, oftewel 1 per 1447 inwoners) en de goede organisatie van geneeskundigen en apothekers.²⁰

De afdeling Schiedam van de NMG behoorde tot de oudste en best georganiseerde van de jonge organisatie en was aanvankelijk ook zeer actief. Verschillende leden kunnen gemakkelijk in de hoek van de hygiënisten worden geplaatst en hadden zitting in de gemeenteraad en de geneeskundige commissie. Hun inspanningen werden onder meer beloond met de eerste bouwverordening van Nederland. De in conservatieve richting opschuivende raad zou de verordening overigens nauwelijks toepassen, terwijl het enthousiasme voor maatschappelijke vraagstukken van de geneeskundigen in de jaren zestig en zeventig bekoelde.²¹ Ondertussen zagen de georganiseerde apothekers kans om enkele politieke aanvallen op het voor hen zo gunstige vergoedingensysteem te pareren.²²

Economische tegenslag

De economische crisis had duidelijk invloed op de verhouding tussen de medische armenzorg en het ziekenfondswezen. Werkloosheid en het wegtrekken van valide arbeidskrachten verkleinden de doelgroep van de fondsen, waardoor het aantal ziekenfondsverzekerden rond 1900 op ten hoogste 10.000 kan worden geschat.²³ Dat is ongeveer een derde van de bevolking en dus een duidelijke terugval ten opzichte van 1855. Het effect van de economische neergang op de fondsen laat zich eveneens uit de oprichtingsdata aflezen. Rond de eeuwwisseling waren er inmiddels 12 ziekenfondsen, maar deze waren, op één na, voor 1875 opgericht. Bovendien moesten tegen het einde van de negentiende eeuw verschillende fondsen de activiteiten staken. Alleen het fonds 'Ziekenzorg' werd juist in deze periode (1899) opgericht. Het was een initiatief van de katholieke arts A.P.M. Koene en waarschijnlijk droeg dit fonds een specifiek katholiek karakter.²⁴ In Schiedam speelden onderlinge fondsen en door de medewerkers beheerde fondsen echter de hoofdrol. Er waren natuurlijk verschillende zeer kleine onderlinge ondersteuningsfondsen, maar ook grotere onderlinge ziekenfondsen met 1000 tot 2000 verzekerden. Daarnaast waren er fondsen waarbij de gecontracteerde geneeskundigen en apothekers een prominente positie in het bestuur innamen en enkele fondsen die door een geneeskundige waren opgericht en door de betreffende medicus als zijn persoonlijk eigendom werden beschouwd. Doordat het aantal ziekenfondsleden in absolute zin nog altijd was gegroeid en vooral door het afnemend aantal geneeskundigen en apothekers (bijlage A), was de concurrentie in dit segment van de medische markt eerder af- dan toegenomen. Vrije

artsenkeuze, van groot belang voor artsenfondsen als het Rotterdamse AZR en het Amsterdamse AZA, was niet aan de orde.

Het overbrengen van de armenzorg naar kerkelijke instellingen had er toe geleid, dat deze zich meer met medische armenzorg bezig waren gaan houden. Toch was de overdracht bij lange na niet zo succesvol als in het geval van de bedeling en uiteindelijk volgden de Schiedamse armbesturen het voorbeeld van veel kerkelijke armbesturen elders. In 1884 hief de hervormde diaconie, vooral uit financiële overwegingen, haar medische dienst op.²⁵ De andere besturen volgden snel en vanaf 1890 voorzagen de kerkelijke armbesturen niet meer in de geneeskundige behandeling van hun armen.²⁶ Daarmee was de medische zorg voor onvermogenen ogenschijnlijk een volledig gemeentelijke zaak geworden.

Ogenschijnlijk, omdat het BA passief reageerde op de verarming en de beëindiging van de kerkelijke medische armenzorg. Er werd een derde stadsgeneeskundige ingesteld en de wedden werden enigszins verhoogd.²⁷ Het was echter onvoldoende om de groei in de omvang van de doelgroep bij te houden. Gezien de ontwikkelingen in het ziekenfondswezen was deze rond 1900 tenminste verdubbeld en daarmee was het filantropisch karakter van de armenpraktijk versterkt, terwijl de rol van de gratis zorg binnen de particuliere praktijk waarschijnlijk eveneens groter werd.²⁸ Dat kon ook, omdat de functie van gemeentegeneeskundige in Schiedam niet als een minderwaardige positie werd beschouwd. De gemeentegeneesheren behoorden tot de meer prestigieuze en kapitaalkrachtige Schiedamse geneeskundigen, zoals C.J. Vaillant, 50 dienstjaren en prominent lid van de NMG, en J. Endtz, die vooral bekendheid genoot als voorvechter van het onderling ondersteuningsfonds van de NMG.²⁹ Het leidde er wel toe, dat het BA de controle op armlastigheid enigszins liet verlopen en deze meer en meer aan de geneeskundigen zelf overliet, in de overtuiging dat deze zo min mogelijk patiënten kosteloos wensten te behandelen.

Een veranderende economie

Rond de eeuwwisseling kwam er beweging in de organisatie van zowel de medische armenzorg als het ziekenfondswezen. Het ging in eerste instantie om wijzigingen die uit de ontwikkelingen in de gezondheidszorg voortvloeiden, maar op den duur waren het vooral de structurele sociaal-economische veranderingen die fundamentele invloed op de verhouding tussen medische armenzorg en de ziekenfondsen uitoefenden.

Naar aanleiding van het ontslag van de huismeester en zijn vrouw ('vader' en 'moeder') van het stads-ziekenhuis legden B&W in 1899 een pakket maatregelen betreffende het ziekenhuis en de geneeskundige dienst aan de raad voor. Kern van de plannen voor de geneeskundige dienst was de cumulatie van de genees-, heel- en verloskundige praktijk bij de drie gemeenteartsen. Uit de door B&W ingewonnen adviezen blijkt, dat de geneeskundigen niet tot eenstemmigheid hadden kunnen komen. De meerderheid, waaronder Endtz, achtte de cumulatie hoogst noodzakelijk. Een kleine minderheid daarentegen, waaronder Vaillant, wenste de functie van stadsheelmeester

te behouden. Ook Menno Huizinga, op dat moment geneeskundig inspecteur van Zuid-Holland, was om advies gevraagd. Hij achtte één wijk en dus één goed bezoldigde gemeentearts ruim voldoende en de cumulatie vanzelfsprekend. In de raad leverden deze voorstellen overigens geen enkel probleem op. De aanpassingen maakten echter de benoeming van twee nieuwe gemeentegeneeskundigen noodzakelijk en hierbij trad een nieuw fenomeen op. Bij beide stemmingen kreeg de niet voorgedragen katholieke arts Koene stemmen, overigens zonder te worden gekozen. De opkomende confessionele politiek begon haar invloed op de benoeming van geneesheren uit te oefenen.³⁰

De atmosfeer binnen de geneeskundige kring was er door deze gebeurtenissen niet op vooruit gegaan. Vooral Vaillant en Endtz konden niet goed met elkaar overweg en dat zou er als gevolg van allerlei kwesties voorlopig ook niet beter op worden.³¹ Zo wilden B&W in 1902 een zeer beperkte schoolartsdienst instellen, waarbij de gemeentegeneeskundigen voorlopig als zodanig zouden worden benoemd tegen een aanvullende vergoeding van f100 per jaar. Na aanvankelijk verzet gingen de gemeentearsten Endtz en N.F. Elzevier Dom met tegenzin met de 'surrogaat-regeling' akkoord, maar Vaillant hield het na zestig dienstjaren voor gezien en vroeg en kreeg ontslag.³² Aan uitbreiding van de schoolartsdienst, bijvoorbeeld door aanstelling van een schoolverpleegster, viel voorlopig niet te denken. Ondertussen bedongen de apothekers een hogere vergoeding voor de levering van medicijnen aan stadspatiënten. Waar de schoolartsenkwestie veel publiciteit had gekregen, speelden de onderhandelingen met de apothekers zich voornamelijk binnen het college van B&W af. De verantwoordelijk wethouder was tevens voorman van de Schiedamse apothekers.³³

De positie van de Schiedamse vroedvrouwen was geheel anders dan die van artsen of apothekers. De artsen namen de verloskundige praktijk bij de meergegoeden voor hun rekening, de vroedvrouwen die bij de on- en minvermogenden. Verloskundige hulp behoorde niet tot het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsen en de wedde die de vroedvrouwen van de gemeente ontvingen (f300 per jaar) was vooral als vestigingspremie bedoeld. De twee gemeentevroedvrouwen waren dan ook de enige in Schiedam gevestigde vroedvrouwen.³⁴ Uit literaire bron valt op te maken, dat een stadsbevalling werd gemeden alsof het om een stadsbegrafenis ging.³⁵ Er werd normaliter slechts een handjevol gratis verlossingen per jaar verricht en alleen in perioden van economische problemen kon dat tot een substantieel deel van het totaal aantal verlossingen groeien. De vroedvrouwen waren dan ook grotendeels van de vergoedingen die on- en minvermogenden konden betalen afhankelijk en hanteerden het systeem van inkomensafhankelijke tarieven. De werking van dit systeem leed in deze periode niet onder de gevolgen van concurrentie, omdat één van de vroedvrouwen haar collega grotendeels uit de markt had gewerkt.³⁶

Naast deze traditionele verstrekkingen vergoedde het BA inmiddels met enige regelmaat het bezoek aan een specialistische kliniek of polikliniek buiten de stad; met name voor oogheekundige hulp. Vanaf 1909 was dat niet meer nodig, omdat één van de gemeenteartsen zich als oogarts vestigde. Tenslotte gaf de gemeente sinds 1899

een jaarlijkse vergoeding van *f*100 aan de heilgymnast C. Krijger. Deze stond onder patronage van de arts, tevens raadslid, D. Ris Jnz. en in 1909 werd de vergoeding op diens aandrang verhoogd tot *f*200 per jaar.³⁷ Op voorschrift van de huisarts kon men van zijn diensten gebruik maken, waarbij de gemeente overging op de heffing van inkomensafhankelijke eigen bijdragen van minvermogenden.³⁸

De veranderingen in de sociaal-economische structuur lieten zich op een aantal uiteenlopende wijzen gelden. Zo bleef het aantal geneeskundigen en apothekers per hoofd van de bevolking in Schiedam, in tegenstelling tot in de meeste andere Nederlandse gemeenten, ook na de eeuwwisseling verder dalen, om uiteindelijk ver onder het landelijk gemiddelde terecht te komen (bijlage A). Dit moet aan de snelle bevolkingsgroei, het ontbreken van specialisten (waarover later meer), maar toch vooral aan de beperkte particuliere praktijk worden toegeschreven.

Verder spitsten de klachten die het BA vanaf het begin van de twintigste eeuw over de nieuwe, vlottende groep armlastigen uitte zich toe op de medische armenzorg. De kosten van medicijnen en vooral het aantal verleende consenten steeg snel en dat was volgens het BA vooral toe te schrijven aan losse arbeiders, vaak afkomstig uit de provincie, die niet de gewoonte hadden om zich bij een ziekenfonds aan te sluiten.³⁹ Aangezien de gemeentegeneeskundigen gewend waren om zelf te bepalen welke patiënten gratis te behandelen, ging het BA in eerste instantie over op een controle achteraf, waarbij maar weinig consenten werden ingetrokken. Deze gebrekkige controle was één van de belangrijkste onderdelen van de kritiek in de raad die uiteindelijk tot de vervanging van het BA leidde.⁴⁰ Het nieuwe BA verzocht de gemeenteartsen in het vervolg alleen in geval van uiterste noodzaak zonder consent recepten voor te schrijven. Verder vervielen per januari 1912 alle eerder verleende consenten en dat werd in het vervolg jaarlijks herhaald.⁴¹ De maatregelen bleken, ondersteund door de gunstige conjunctuur, effectief. Het aantal door het BA vergoede recepten werd in twee jaar ruimschoots gehalveerd (bijlage B.3).

Tenslotte pleitte het SDAP-raadslid P. de Bruin in 1914 voor vrije artsenkeuze voor de geneeskundig bedeeden.⁴² B&W bekeken het voorstel serieus en informeerden bij gemeenten waar een stelsel van vrije artsenkeuze voor armlastigen bestond. Hieruit bleek dat het stelsel in middelgrote gemeenten wel degelijk praktisch uitvoerbaar was, maar het uitbreken van de Eerste Wereldoorlog werd aangegrepen om het vraagstuk voor zich uit te schuiven.⁴³ Inmiddels waren als gevolg van de bouw van nieuwe woonwijken de drie geneeskundige wijken een aantal malen opnieuw ingedeeld, teneinde de werklast eerlijker over de gemeenteartsen te verdelen. Er kwamen echter, ondanks de bevolkingsgroei, geen nieuwe stadsgeneeskundigen bij. Dit was alleen mogelijk dank zij de hernieuwde groei van het ziekenfondswezen.

Het wat slaperige ziekenfondswereldje werd door relatieve buitenstaanders in beweging gebracht. In 1906 deed een commissie uit de 'Schiedamse Bestuurders Bond' en de 'Algemeene Coöperatieve Broodbakkerij' een poging om de Schiedamse ziekenfondsen samen te voegen. Volgens deze commissie was het verstrekkingenpak-

ket van de bestaande fondsen te beperkt, waren de artsen overbelast en was van medezeggenschap door leden zelfs bij de onderlinge fondsen nauwelijks sprake. Toen de fondsen van weinig interesse blijk gaven, deed men een poging om een nieuw coöperatief ziekenfonds op te richten.⁴⁴ Het bracht de geneeskundigen en apothekers in beweging en tijdens de gevoerde onderhandelingen maakte het al genoemde sociaal-democratisch raadslid De Bruin, voorzitter van de commissie, waarschijnlijk kennis met het principe van de vrije artsenkeuze. Dit principe was dit maal, nu het een poging tot concentratie van de ziekenfondsen betrof, wel van groot belang voor de artsen en apothekers. De artsen namen een bindend besluit, waarin het de leden werd verboden deel te nemen aan een nieuw op te richten fonds waarvan de reglementen niet door het afdelingsbestuur waren goedgekeurd en richtten uiteindelijk zelf het 'Algemeen Ziekenfonds Schiedam' (AZS) op. Naast huisartsen- en apothekershulp verstrekte dit fonds poliklinische specialistische hulp en een minimum aan tandheelkundige hulp tegen verminderde prijs.⁴⁵ De meeste door de medewerkers beheerde fondsen gingen in het nieuwe fonds op. Dat bleek uitermate succesvol. Toen het AZS in 1913 werd omgezet in een Maatschappijfonds, het 'Algemeen Afdelings Ziekenfonds Schiedam' (AAZS), was het met ongeveer 4000 verzekerden al verreweg het grootste ziekenfonds.⁴⁶ Nu het artsenfonds met succes greep op de ziekenfondsmarkt had gekregen, was het slechts een kwestie van tijd voordat de Schiedamse artsen en apothekers systematisch hun eisen aan de onderlinges zouden stellen.

De eerste twee acties vonden plaats in 1916 en 1918. De honorariumeisen van de artsen en apothekers en het gecoördineerde karakter van de acties waren aanleiding voor de oprichting van een nieuwe organisatie: de 'Vereenigde Schiedamsche Ziekenfondsen'. Prominent binnen deze organisatie waren de drie grote onderlinge fondsen 'Nut en Voorzorg', 'Te Helpen' en 'De Kunst'. De fondsen waren van begin af aan niet ongenegen om een verhoging van de vergoedingen toe te staan, al ging het eindresultaat verder dan men zich aanvankelijk had voorgesteld. Beide acties duurden dan ook slechts kort, maar het Schiedamse ziekenfondswezen werd grondig door elkaar geschud. Niet alleen was er sprake van een contributie- en een salarisverhoging, maar er was tevens een permanent overlegorgaan van de belangrijkste onderlinge ziekenfondsen gecreëerd. Het werd gebruikt om een lijst van wanbetalers op te stellen en om de tarieven op elkaar af te stemmen.⁴⁷

De laatste ronde in de krachtmeting speelde zich in het voorjaar van 1920 af. Ditmaal was er geen sprake van een gecombineerde actie van artsen en apothekers. De slapende NMG-afdeling Schiedam en Omstreken werd na de Eerste Wereldoorlog tijdelijk nieuw leven ingeblazen, opdat de Schiedamse artsen in de onderhandelingen van de diensten van de CO gebruik konden maken.⁴⁸ De Vereenigde Ziekenfondsen hadden zich inmiddels bij de Federatie aangemeld en het hoofdbestuur speelde een belangrijke rol in de onderhandelingen die uiteindelijk tot een collectief contract met de artsen leidden. Het honorarium werd op f4 gebracht en het contract maakte vrije artsenkeuze in principe mogelijk. Toen de inflatie omsloeg in deflatie konden de artsen tevreden narekenen, dat hun reële vergoeding in vier jaar ruimschoots was

verdubbeld. Aan vrije artsenkeuze bij de onderlinge fondsen tilden ze kennelijk niet zo zwaar. De betreffende clausule uit het contract werd pas na 1930, toen de artsen-dichtheid in Schiedam snel toenam, in praktijk gebracht.⁴⁹

De onderhandelingen met de apothekers verliepen stroever. Na een veelbelovend begin, waarbij een vergoeding van f2,50 en vrije apothekerskeuze werden overeengekomen, keerden de apothekers, op aanbeveling van de NMP, op hun schreden terug en eisten f3. De ziekenfondsen namen daar geen genoegen mee en aangezien het oude contract per 1 maart 1920 afliep, leverden de apothekers vanaf die datum niet meer aan de fondsen. Deze betrokken hun medicijnen vervolgens enige tijd bij een Rotterdamse apotheek, die niet bij de NMP was aangesloten. Na drie maanden bereikte men eindelijk het voor de hand liggende compromis: een vergoeding van f2,75.⁵⁰

Binnen korte tijd hadden artsen en apothekers hun doelstellingen op ziekenfondsgebied grotendeels bereikt. Men had middels het AAZS (10.000 verzekerden in 1923, 20.000 in 1931) greep op de ziekenfondsmarkt gekregen en bij de overige fondsen, in een korte en vrij tamme ziekenfondsstrijd, een ruimere vergoeding afgedwongen. Van de doelstellingen van de oorspronkelijke commissie die in 1906 voor een nieuw coöperatief fonds had geijverd, was veel minder terecht gekomen. Goed, er was een begin gemaakt met de uitbreiding van de verstrekkingen, maar daar stond een forse contributieverhoging tegenover en deze werd grotendeels gebruikt om de hogere honoraria te financieren. Van democratisering was al helemaal geen sprake. De onderhandelingen waren in het geheim gevoerd en flarden van de gebeurtenissen kwamen pas in 1920 in de publiciteit. Het belangrijkste winstpunt was de schaalvergroting die het ziekenfondswezen had ondergaan. Hierdoor werd het mogelijk dat het verstrekkingenpakket gedurende het Interbellum langzaam zou worden uitgebreid.

Modernisering van het ziekenhuis

Het is geen toeval, dat in het eerder geciteerde rapport van de geneeskundige kring met gepaste trots melding van het ziekenhuis wordt gemaakt. Schiedam was de eerste gemeente die in de negentiende eeuw tot nieuwbouw van een stedelijk ziekenhuis was overgegaan.⁵¹ Het gebouw dateerde uit 1839 en stond onder beheer van de Magistraats-armkamer. Het personeel verpleegde 100 tot 150 patiënten per jaar, die echter door hun eigen gemeente- of fondsdokter werden behandeld.⁵² De onduidelijke gezagsverhoudingen tussen gemeentegeneesheren, ziekenfondsgeneesheren, het overige personeel in het ziekenhuis en de regenten van het BA leidden tot spanningen en tot onenigheid over de functie van het ziekenhuis. Volgens het BA was het geen geneeskundig instituut, maar een instelling van weldadigheid waar onvermogen-de zieken werden verpleegd. Volgens de geneeskundige commissie was in de industriestad Schiedam wel degelijk behoefte aan een ziekenhuis in “de gezonde opvatting van dat woord”. Een raadscommissie ad hoc erkende dat, maar kon zich de financiële

bezwaren voorstellen en de raad besloot tot een compromis. Vanaf het einde van de jaren vijftig werden de gemeentepatiënten door één gemeentegeneeskundige in het ziekenhuis behandeld, die van de titel geneesheer-directeur werd voorzien. Hij kreeg de leiding over de dagelijkse gang van zaken in het ziekenhuis en een adviserende stem in het bestuur.⁵³ In de jaren zeventig liepen de competentiegeschillen tussen de geneesheer-directeur en de fondsdokters zo hoog op, dat in 1879 werd besloten om de verpleegden in het ziekenhuis alleen door de geneesheer-directeur te laten behandelen.⁵⁴

Naar aanleiding van het vertrek van de vader en moeder van het ziekenhuis, in 1898, stelde het BA voor om een proef met professionele verpleging te nemen. De raad ging zonder meer akkoord, zonder te beseffen dat dit het begin was van een discussie over de modernisering van het ziekenhuis die pas twintig jaar later, met de opening van een nieuw ziekenhuis, zou worden beëindigd.⁵⁵ Het werd al snel duidelijk, dat een veel verdergaande reorganisatie van het ziekenhuis werd voorbereid. Inderdaad bevatte het al eerder genoemde pakket maatregelen betreffende het ziekenhuis en de geneeskundige dienst van B&W voorstellen om aan het stadsziekenhuis het karakter van instelling van weldadigheid te ontnemen, door het voor betalende patiënten open te stellen. Daarnaast wilde men de geneesheer-directeur zowel de interne als de chirurgische praktijk opdragen. Het laatste voorstel was in overeenstemming met het advies van de meerderheid van de Schiedamse geneeskundigen. Een minderheid wilde de functie van heelmeester in het ziekenhuis laten bestaan, opdat het tot een chirurgisch specialisme zou kunnen uitgroeien. Dat bleek ook de kern van de zaak. De meerderheid, waaronder Endtz, wilde de ontwikkeling van het specialisme in Schiedam tegenhouden en wenste daartoe niet alleen dat de heelmeester zou verdwijnen, maar ook dat het ziekenhuis voor alle in Schiedam gevestigde huisartsen zou worden opgesteld.⁵⁶

De voorstellen werden zonder hoofdelijke stemming, maar na ruime discussie door de gemeenteraad aangenomen. De tegenstanders wisten zich een minderheid. Zij betoogden dat Schiedam geen inrichting voor betalende patiënten nodig had en uitten de vrees dat de geraamde uitgaven nog maar het begin zouden zijn. Voorstanders wezen op het feit dat juist minvermogenden geen toegang tot een ziekenhuis hadden. Alleen onvermogenden hadden gratis toegang tot het ziekenhuis, terwijl meergegode naar Rotterdam of Leiden trokken. Een derde-klasstarief, met wisselende eigen bijdragen, moest de toegang voor de minvermogenden mogelijk maken. Daarnaast beweerde men dat de kosten niet al te groot behoeften te zijn.⁵⁷

De behandeling van de bijbehorende verordening bracht een nieuw discussiepunt. Het gemeentebestuur was de meerderheid van de geneeskundigen deels tegemoet gekomen en volgens de concept-verordening mochten klassepatiënten door hun eigen arts worden behandeld. Deze geneeskundigen onderhielden echter goede contacten met enkele prominente raadsleden en de heren Ris en B. de Bruin waren zelf lid van de raad. Een kleine meerderheid van de gemeenteraad achtte de door het gemeentebestuur voorgestelde regeling dan ook onrechtvaardig ten opzichte van de on- en minvermogende patiënten en besloot het voorrecht om zich door de eigen huisarts

te laten behandelen ook aan hen te gunnen.⁵⁸ Dit besluit bracht de spanningen tussen de geneeskundigen, die de reorganisatie van de geneeskundige dienst toch al had opgeleverd, tot een climax. De geneesheer-directeur, E.J.M. Nolet, vreesde dat er van zijn functie weinig zou overblijven. In een adres aan de raad wees hij op de praktische problemen en de competentiegeschillen die de toeloop van geneesheren zou veroorzaken. Endtz c.s. deden deze argumenten af als "effectbejag". Het haalde allemaal weinig uit. Nolet trok hier de consequentie uit en nam ontslag. Hij werd vervangen door De Bruin, die daarvoor zijn raadslidmaatschap moest opzeggen.⁵⁹ De vaststelling van de inkomensafhankelijke eigen bijdrage was opgedragen aan het nieuwe ziekenhuisbestuur, dat niet meer onder het BA ressorteerde en was samengesteld uit een lid uit het dagelijks bestuur, twee raadsleden en twee leden uit de burgerij.⁶⁰

De tegenstanders van modernisering leken, waar het de financiën betrof, aanvankelijk gelijk te krijgen. Zo besloot men tot een kostbare verbouwing, noodzakelijk om de inrichting "te maken tot een Ziekenhuis, dat voor grootere in andere steden niet behoeft onder te doen, doch waarbij zij rekening houdt met de financiële draagkracht der gemeente".⁶¹ De exploitatierekening gaf de eerste jaren echter aanleiding tot tevredenheid. Het gemiddeld aantal patiënten verdubbelde ten opzichte van de laatste jaren van de negentiende eeuw. De uitgaven hielden gelijke tred, maar de stijging van het gemeentelijke subsidie bleef daar bij achter, omdat de inkomsten uit verpleging toenamen. Daarbij ging het niet zozeer om eerste- of tweede-klassepatiënten, maar vooral om minvermogenden, die voorheen gratis werden verpleegd en nu een eigen bijdrage van f0,25 tot f1,50 per verpleegdag betaalden. In de economisch gunstige jaren die aan de Eerste Wereldoorlog voorafgingen, bedroegen de terugontvangsten tot 40 procent van de bruto uitgaven. Het gemeentelijk subsidie bedroeg ongeveer 35 cent per hoofd van de bevolking tegen 25 cent aan het einde van de negentiende eeuw. In ruil daarvoor verdubbelde het aantal verpleegdagen per hoofd van de bevolking en kregen twee tot drie maal zoveel mensen een heel wat betere verpleging en behandeling. Zolang men van het oude gebouw gebruik kon maken, verdienden de meeste vernieuwingen zich terug. Het compromis zou echter doorwerken.

Vanaf 1907 trok de ziekenhuiscommissie regelmatig aan de bel. Door de grotere aantrekkingskracht en de snelle bevolkingsgroei was het ziekenhuis te klein geworden, zodat patiënten op opname moesten wachten en soms te vroeg werden ontslagen, terwijl het personeel geen aanvaardbare huisvesting kon worden aangeboden. Door de ongunstige ligging in het centrum van de stad en vooral door de slechte toestand waarin het 60 jaar oude en verzakkende gebouw verkeerde, was verdere uitbreiding en verbouwing niet goed mogelijk en ook niet aan te raden. Alleen nieuwbouw kon uitkomst bieden. De politiek aarzelde, maar in het verslag over 1909 verklaarde de commissie dat ze geen verantwoordelijkheid voor de gevolgen van verder uitstel wenste te dragen.⁶²

In 1910 legden B&W een plan aan de raad voor. Tijdens de behandeling ontkende men aan behoudende zijde dat de gemeente enige plicht ten opzichte van de zieken

had en al helemaal niet, wanneer dit een paar ton aan stichtings- en enkele tienduizenden gulden aan jaarlijkse exploitatiekosten zou vergen. Men vroeg zich af hoe het mogelijk was dat er van een ziekenhuis dat acht jaar geleden nog werd geprezen plotseling niets meer deugde. Het belangrijkste probleem was ruimtegebrek en dat was door uitbreiding op te lossen. Ter linkerkzijde wees men op de snelle medisch-technologische ontwikkelingen, die in het in slechte staat verkerende ziekenhuis niet tot hun recht zouden komen. Bovenal achtte men de zorg voor goede ziekenhuisverpleging een zedelijke en economische gemeenschapsplicht.⁶³ Tussen beide uitersten bevonden zich zowel behoudende liberalen als confessionelen die onder de indruk van de negatieve rapporten over het ziekenhuis waren gekomen. Hun stemgedrag gaf de doorslag en werd door andere factoren bepaald.

In de eerste plaats was de financiële onderbouwing van de plannen inderdaad wankel. De belastingtarieven waren al hoog en aan progressieve belastingheffing was men in Schiedam nog niet toe. De exploitatiekosten zouden vooral uit de opbrengsten van recent opgerichte nutsbedrijven moeten worden bestreden en niemand kon voorspellen hoe hoog die opbrengsten zouden zijn. In de tweede plaats doorkruisten de plannen tot stichting van een Rooms-Katholiek ziekenhuis de discussie. Deze plannen sluimerden al sinds het begin van de eeuw, maar in 1909 – geen toeval – werd bisschoppelijke toestemming verleend. Er was echter nog geen geld en zolang de stichting van hun ziekenhuis nog niet zeker was, wenste de grote katholieke fractie geen concurrentie van een modern, goed geoutilleerd gemeenteziekenhuis. Zelfs de opvattingen van de Schiedamse artsen waren langs religieuze lijn verdeeld; alleen de katholieke geneeskundigen adviseerden om de mogelijkheden tot verbouwing van het oude ziekenhuis nog eens te bestuderen.⁶⁴ Hoe het ook zij, in eerste instantie staakten de stemmen over het voorstel van B&W, in de tweede stemronde werd het verworpen.⁶⁵

Het ziekenhuisbestuur was teleurgesteld, maar ging onverdroten door met het maken van nieuwe bouwplannen. Door de gunstige conjunctuur verbeterde de financiële positie van de gemeente snel. Belangrijker was, dat in mei 1913 Dr. Nolet na een lang ziekbed overleed. De voormalige geneesheer-directeur van het stadsziekenhuis liet een legaat van f300.000 na, bedoeld voor de stichting en exploitatie van een katholiek ziekenhuis. Van der Horst oppert in zijn boek de mogelijkheid, dat de katholieke notabelen het legaat hebben zien aankomen.⁶⁶ Als dat waar is, waren de belangrijkste hinderpalen voor nieuwbouw van het gemeenteziekenhuis weggenomen. In ieder geval ging de raad in april 1913 in grote meerderheid met nieuwbouw akkoord.⁶⁷

De Eerste Wereldoorlog leidde tot inflatie, hogere rente en een scherpe stijging van de gemeentelijke uitgaven. De bouw van zowel het gemeente- als van het RK-ziekenhuis werd uitgesteld, in afwachting van betere tijden. Op den duur kwam men tot de conclusie, dat er geen uitzicht op betere tijden was, terwijl het plaatsgebrek steeds nijpender werd. In 1916 vond uiteindelijk de aanbesteding van het nieuwe gemeenteziekenhuis plaats. Het einde van het liedje was, dat de bouw wegens materiaalschaarste traag verliep en het ziekenhuis in de jaren van hollende inflatie

werd afgebouwd. De stichtingskosten, oorspronkelijk geraamd op f150.000, waren opgelopen tot bijna f750.000, hetgeen via rentelasten en afschrijvingen tot navenant hoge exploitatiekosten zou leiden.⁶⁸ Het RK-ziekenhuis verging het nog slechter. Het legaat van Nolet bestond voor twee derde uit Russische spoorwegaandelen, die na oktober 1917 niets meer waard bleken. Bij de opening van het nieuwe gemeenteziekenhuis, in 1919, was de bouw van een katholiek ziekenhuis voorlopig weer net zo onbereikbaar als tien jaar eerder.

De bouw en de opening van het gemeenteziekenhuis betekenden in verschillende opzichten verdergaande modernisering van de ziekenhuisverpleging. Zo was er eindelijk ruimte voor röntgen- en hoogtezonapparatuur, het personeel werd sterk uitgebreid en de arbeidsvoorwaarden voor het verplegend en ondersteunend personeel werden gelijkgetrokken met hetgeen elders gebruikelijk was.⁶⁹ De ontwikkeling van het specialisme bleek in Schiedam niet geheel tegen te houden, maar wel af te remmen. Al in 1912 had het chirurgisch specialisme alsnog zijn intrede gedaan, maar alleen de chirurg en de geneesheer-directeur zouden hun voornaamste werkring in het ziekenhuis vinden. De overige specialisten die in deze jaren het ziekenhuis binnendruppelden, waaronder een KNO-arts, een gynaecoloog en een oogarts, hadden vrijwel allemaal hun hoofdzetel in het Rotterdamse Coolsingelziekenhuis en praktizeerden één of twee dagen per week in het Schiedamse gemeenteziekenhuis en de daaraan verbonden poliklinieken. Ze ontvingen een jaarsalaris voor hun klinische werkzaamheden. De interne praktijk was officieel aan de geneesheer-directeur opgedragen, maar bleef beperkt, omdat ook het nieuwe ziekenhuis, op advies van alle Schiedamse geneeskundigen, een open instelling was.⁷⁰

Het aura van armenzorg verdween definitief, ook al bleef het ziekenhuis een instelling van weldadigheid in de zin van de Armenwet. Dit proces werd in feite afgesloten met een op zich onbelangrijke administratieve wijziging. Voorheen kreeg het ziekenhuis een gemeentelijke subsidie gelijk aan het financiële tekort en dit bedrag werd onder de post armenzorg geboekt. In het vervolg zou het BA het verschil tussen de eigen bijdragen van on- en minvermogenden en het derde-klassetarief vergoeden. Klassepatiënten en instellingen als de Rijksverzekeringsbank moesten tenminste de kostprijs betalen. Aldus zou het ziekenhuis in theorie geen verlies meer lijden en dus geen subsidie uit armenzorggelden nodig hebben. Het systeem van gescheiden financiële verantwoordelijkheden werd ver doorgevoerd. Zo vergoedde het BA op den duur ook röntgenfoto's, zonbehandeling en poliklinische hulp voor onvermogenden.⁷¹ Het AAZS vergoedde al vanaf de oprichting poliklinische specialistische hulp, mits de patiënt door de huisarts was doorverwezen. De grote onderlinge ziekenfondsen deden dit sinds de ondertekening van het collectief contract met de NMG⁷²

In het oude ziekenhuis bedroegen de gemiddelde kosten per verpleegdag ongeveer f2, in het nieuwe ziekenhuis liep dat aan het begin van de jaren twintig op tot f7. De vaststelling van eigen bijdragen voor zaalverpleging was opgedragen aan de nieuwe Gemeentelijke Inlichtingendienst. Aan de hand van de gezinssamenstelling stelde men de noodzakelijke kosten van levensonderhoud vast. Wat er na aftrek van

deze kosten nog aan gezinsinkomen overbleef, was beschikbaar voor de eigen bijdrage tot het maximum van het derde-klassetarief. Zo betaalde een echtpaar zonder kinderen en een jaarinkomen van *f*900 maximaal *f*3 per week, net als een echtpaar met 12 kinderen en een inkomen van *f*2200. Een echtpaar zonder kinderen kwam tot een jaarinkomen van *f*4300 nog in aanmerking voor een gemeentelijke bijdrage, een echtpaar met drie kinderen tot *f*4800 en een gezin met 12 kinderen zelfs tot *f*6300.⁷³ De toegang tot het ziekenhuis was dus gegarandeerd, maar ziekenhuisverpleging bleef voor een groot deel van de bevolking een niet geringe financiële last. Dat neemt niet weg dat het nieuwe ziekenhuis in een behoefte voorzag. Het aantal verpleegdagen verdubbelde binnen twee jaar na de opening en bleef verder stijgen. Binnen enkele jaren werd al weer gesproken over een tekort aan bedden.

Trage groei van het particulier initiatief

In 1898 richtte de groep moderne armverzorgers rond de Vereeniging tegen Bedelarij een comité ter organisatie van een wijkverpleging op. Het comité, waarin Endtz een belangrijke rol speelde, deed veel moeite om steun buiten de eigen liberale kring te vinden. De principieel neutrale vereniging kreeg echter met openlijke tegenwerking uit kerkelijke hoek te maken en veel succes boekte men dan ook niet. De verpleegster kon pas in 1900 aan het werk en verdere uitbreiding zou de neutrale wijkverpleging niet meer ondergaan. Er werden nooit meer dan 3000 bezoeken bij ten hoogste 100 verpleegden per jaar afgelegd. Het comité kampte met voortdurende financiële problemen en deed uiteindelijk een beroep op de gemeente, maar het subsidieverzoek was al bij voorbaat kansloos in de naar rechts opschuivende raad. Het laatste jaarverslag van het comité gaat over 1905 en niet lang daarna moest het zijn activiteiten staken.⁷⁴ Alleen het ziekenhuis verleende nog, op zeer bescheiden schaal (ongeveer 100 bezoeken per jaar), professionele verpleging thuis. Pas vanaf 1913 maakten verschillende kerkelijke organisaties een begin met professionele wijkverpleging.⁷⁵

De oorsprong van het modern particulier initiatief in Schiedam moet dus in liberale hoek worden gezocht, waarna de sociaal-democraten, ondanks hun voorkeur voor gemeentelijke zorg, de vlag overnamen. Dit resulteerde onder meer in de oprichting van een afdeling van het 'Centraal Comité tot Bestrijding der Tuberculose' door de afdeling Schiedam van de 'Algemeene Nederlandsche Typografenbond' (1910) en een 'Vereeniging tot Bescherming van Zuigelingen' (1916).⁷⁶ De particuliere organisaties moesten tot de politieke omwenteling tijdens de Eerste Wereldoorlog wachten, voordat de gemeente met subsidies over de brug kwam. Nadat de politieke rust was hersteld, werd de subsidiëring gestroomlijnd. Nu had men ter linkerzijde voorkeur voor subsidieverlening gelijk aan de tekorten van de organisaties, zodat werd voorkomen dat particuliere instellingen te gronde gingen. Aan confessionele zijde wees men op het gevaar dat de particuliere bijdragen zouden afnemen als de overheid al te scheutig werd, zodat op den duur toch van gemeentelijke zorg sprake zou zijn. Men koos voor het compromis om particuliere organisaties jaarlijks te

steunen met een bepaald percentage van de inkomsten uit contributies, giften of subsidies van hogere overheden. In de praktijk bleek het regelmatig noodzakelijk een hogere subsidie te verlenen om te voorkomen dat een particuliere organisatie de activiteiten moest beperken of staken. Daar stond tegenover dat het aantal gesubsidieerde organisaties en het totale subsidiebedrag beperkt bleven. Alleen de tuberculosevereniging, de zuigelingenvereniging en de gereformeerde wijkverpleging deden met enige regelmaat een beroep op de gemeente. De 'Roomsche-Katholieke Vereniging voor Ziekenverpleging' was na de financiële ramp van 1917 voorlopig met een wijkverpleging begonnen, maar doordat men geen inzicht in de financiering wilde verschaffen kwam de katholieke extramurale gezondheidszorg niet in aanmerking voor gemeentelijke subsidie.⁷⁷

Het modern particulier initiatief kwam in Schiedam dus laat en aanvankelijk eerder ondanks dan dank zij het confessionele karakter van de gemeente op gang. In katholieke kring, waar toch wel wat van te verwachten viel, reserveerde men bijna dertig jaar lang een groot deel van de beschikbare middelen voor de totstandkoming van het ziekenhuis. Pas na de opening van de 'Noletstichting' en de oprichting van een afdeling van het Wit-Gele Kruis, beide in 1928, kwam de katholieke gezondheidszorg tot volle wasdom. In de jaren dertig organiseerde het Wit-Gele Kruis niet alleen de katholieke wijkverpleging, maar bijvoorbeeld ook een consultatiebureau voor zwangere vrouwen en kraam-, zuigelingen- en kleuterzorg.⁷⁸ De oprichting van een afdeling van het Groene Kruis, in 1930, was dan ook vooral een reactie op de katholieke expansie. De tekorten werden aanvankelijk door forse incidentele giften van particulieren gedekt. Gezamenlijke subsidie-aanvragen door de kruisverenigingen en andere niet of onvoldoende gesubsidieerde particuliere organisaties werden niet gehonoreerd, aangezien het gemeentebestuur in de jaren dertig zelf met enorme financiële problemen kampte. De oplossing werd uiteindelijk gevonden in de organisatie van een in alle opzichten zeer succesvolle jaarlijkse kermis.⁷⁹

Toegang tot gezondheidszorg onder voorspoed en diepe crisis

Rond de Eerste Wereldoorlog breidde de gemeente haar activiteiten op het gebied van de gezondheidszorg langzaam uit. De distributiemaatregelen voor zieken bleven na de oorlog bestaan onder de naam 'verstrekking van versterkende middelen'. Versterkende middelen werden op voorschrift van de huisarts verstrekt.⁸⁰ Door de aanstelling van een full-time schoolarts in 1920, tegen f6000 per jaar, kwam er eindelijk een goed functionerende schoolartsdienst. Dat hoge salaris was noodzakelijk, opdat men een, nog schaarse, kinderarts kon aantrekken. Een kinderarts die de zuigelingenbescherming niet kon bekostigen. Het salaris was dus deels een vestigingspremie en in feite een verkapte subsidie aan de zuigelingenverzorging. Ter linkerkant werd dit als het begin van veel goeds gezien en had men al visioenen van een uitgebreide gemeentelijke zorg.⁸¹ De rechterzijde trapte echter op de rem. Met steun van de confessionele arbeidersvertegenwoordigers werd in de loop der jaren nog wel een

schoolverpleging ingesteld (1928), kreeg de schoolgeneeskundige dienst eigen huisvesting en nam men in 1930 het principebesluit tot instelling van een schooltandartsdienst. De crisis maakte dit voorlopig onmogelijk en dat gold ook voor de plannen tot oprichting van een Gemeentelijke Geneeskundige Dienst.⁸²

Die GGD zou er pas in 1947 komen en voorlopig veranderde er in de organisatie van de medische armenzorg niet veel. De salarissen van de gemeentegeneeskundigen werden na de Eerste Wereldoorlog opgetrokken tot f750 per jaar en f200 voor enting en andere aanvullende werkzaamheden. Wel stond tijdens de hele periode de vrije artskenkeuze voor de geneeskundig bedeeden ter discussie. Naar aanleiding van het ontslag van een gemeentearst besloot het BA in 1929 om vrije keuze tussen de drie gemeentegeneeskundigen (beperkte vrije artskenkeuze) in principe toe te staan. Dat moest alleen nog met de geneeskundigen zelf worden overlegd, waarna er enkele jaren niets meer over werd vernomen.⁸³ Voorlopig werd een nieuwe gemeentegeneesheer benoemd en aangezien men al een katholieke en een hervormde geneeskundige in dienst had, diende de nieuwe arts van vrijzinnige signatuur te zijn.⁸⁴

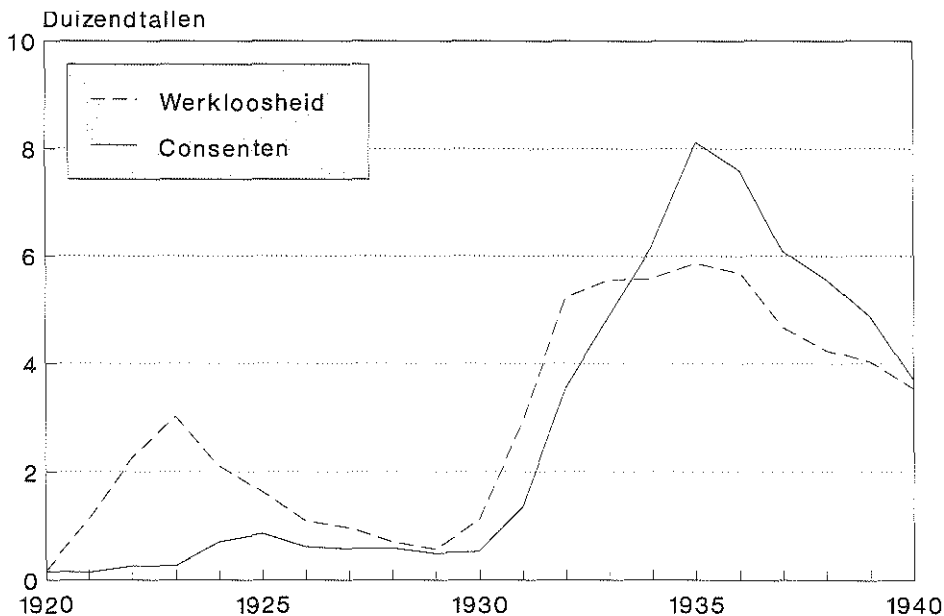
Ook de vergoeding voor geneesmiddelen werd een aantal malen verhoogd. De apothekers drongen er daarbij telkens op aan om één of andere bestaande prijslijst, bijvoorbeeld die van de Rijksverzekeringsbank, als grondslag te nemen. De gemeente wenste de greep op de tarieven echter niet te verliezen en de vaste vergoeding per recept werd in grote lijnen gehandhaafd. In de jaren twintig lag die vergoeding inmiddels wel op 80 cent per recept, met een extra vergoeding voor nachtrecepten en extreem dure medicijnen.⁸⁵ In de jaren twintig gingen de apothekers akkoord met bezorging van de geneesmiddelen aan huis, waarmee een belangrijk onderscheid in de bejegening van ziekenfonds- en stadspatiënten was weggenomen.⁸⁶

In de jaren twintig waren de stadsvroedvrouwen niet meer de enige in Schiedam gevestigde vroedvrouwen. Vrije artskenkeuze bleek telkenmale onmogelijk, maar vrije vroedvrouwenkeuze niet. De twee gemeentevroedvrouwen kregen inmiddels f400 per jaar en vanaf 1920, toen de werkloosheid weer toenam, kregen onvermogenen simpelweg f10 om een vroedvrouw naar eigen keuze te betalen, ook wanneer deze niet in gemeentelijke dienst was. De artsen verrichtten inmiddels ongeveer één derde van de 1200 jaarlijkse verlossingen, de twee stadsvroedvrouwen ongeveer 600, zodat er voor de overige vroedvrouwen weinig praktijk overbleef. Voor hen was het beroep waarschijnlijk niet meer dan een bijverdienste.⁸⁷

Tenslotte werd ook voor levering van brillen en andere kunst- en hulpmiddelen het roulatiesysteem gebruikt, zij het dat de lijst van leveranciers over het algemeen werd beperkt. Het duurde niet lang voordat de toegelaten leveranciers gezamenlijk met de gemeente over prijs en andere leveringsvoorwaarden onderhandelden.⁸⁸

De reorganisatie van de sociale zorg na de Eerste Wereldoorlog uitte zich onder meer in een verscherping van de controle op armlastigheid, ook bij een aanvraag voor medische hulp. Bovendien waren de consumenten in het vervolg nog maar een maand geldig. Mede door deze externe bevestiging van de ziekenfondscultuur had de groeiende werkloosheid aan het begin van de jaren twintig laat en slechts beperkte

Grafiek 4.1 Gemiddeld aantal Schiedamse werklozen ingeschreven bij de openbare arbeidsbemiddeling en totaal aantal verleende consenten voor medische hulp (jaarlijks), 1920-1940. Bron: *Gemeenteverslagen Schiedam*



invloed op het gebruik van de medische armenzorg (grafiek 4.1). Tijdens de hoogconjunctuur aan het einde van de jaren twintig waren vooral huiszittende armen nog afhankelijk van de medische armenzorg. De jaren dertig troffen Schiedam echter zeer hard. De gevolgen van langdurige werkloosheid dwongen veel werklozen er op den duur toe het ziekenfondslidmaatschap op te geven. De stijging van het aantal verleende consenten volgde ook nu nog met een vertraging van ongeveer een jaar op de groei van de werkloosheid, maar er was toch sprake van een vertienvoudiging binnen enkele jaren. De medische dienst kwam onder zware druk te staan.

Al snel konden de gemeentegeneeskundigen de werklast niet meer aan. Er kwamen klachten over de dienstverlening, vooral van mensen die voorheen lid van een ziekenfonds waren geweest. Toen het BA een aantal klachten aan één der gemeenteartsen voorlegde, antwoordde deze dat het inmiddels zo druk was, dat hij voor klachten en ongelukken niet meer in stond.⁸⁹ Het tweede probleem werd gevormd door de toenemende uitgaven. Met name de kosten van de verstrekking van versterkende middelen waren opzienbarend gestegen: van rond de f7000 jaarlijks aan het einde van de jaren twintig tot ruim f36.000 in 1933. Dit was maar ten dele aan de snelle toename van het aantal gemeentepatiënten toe te schrijven. Versterkende middelen waren een welkome aanvulling op het inkomen van mensen met een uitkering of een laag loon en ziekenfondsartsen werden door hun patiënten onder druk gezet om een geneeskundige verklaring voor de verstrekking van versterkende

middelen af te geven. Eind 1932 en begin 1933 werd, in overleg met de Schiedamse geneeskundigen, een pakket noodmaatregelen voorbereid.

Juist omdat er veel voormalige ziekenfondsleden onder de nieuwe gemeentepatiënten waren, werd voor de zoveelste maal de vrije artsenkeuze aan de orde gesteld. Zowel de nieuwe, in 1932 aangetreden sociaal-democratisch Wethouder van Sociale Zaken, die als gewoon raadslid een vurig voorstander van vrije artsenkeuze in de armenpraktijk was geweest, als de Schiedamse geneeskundigen vreesden echter dat het de drempel tot het opgeven van het ziekenfondslidmaatschap verder zou verlagen. Op aandrang van de Schiedamse artsen beperkte men zich tot de tijdelijke aanstelling van een vierde gemeentegeneesheer en een eveneens tijdelijke salarisverhoging van f500 gulden jaarlijks. In 1940 waren deze 'tijdelijke' maatregelen, in afwachting van een GGD, nog steeds van kracht.⁹⁰

Verder werd een onafhankelijk controlerend geneesheer op de verstrekking van versterkende middelen aangesteld, met als resultaat dat de uitgaven in korte tijd tot minder dan f20.000 daalden.⁹¹ Gezien de relatief hoge vergoeding die zij ontvingen, gingen de apothekers zonder al te veel problemen akkoord met een aanzienlijke verlaging tot 55 cent per recept.⁹² Ook andere leveranciers moesten er aan geloven, en deze maatregelen werden door het bestuur van de Gemeentelijke dienst voor Maatschappelijk Hulpbetoon bij B&W als bezuinigingen aangemeld, met de mededeling dat er op de medische zorg verder niets meer viel te bezuinigen.⁹³

Het ziekenfondswezen was na 1920 tot rust gekomen. Het AAZS groeide gestaag en in de jaren dertig was ruim twee derde van de Schiedamse ziekenfondsleden bij het artsenfonds verzekerd. De concurrentie tussen de fondsen was beperkt, zij het sterk genoeg om de laatste kleine fondsen uit de markt te drukken, maar het verstrekkingenpakket werd slechts langzaam uitgebreid. Zo verleende het AAZS vanaf 1927 volledig tandheelkundige hulp. In 1930 antwoordden de onderlinge ziekenfondsen met de oprichting van een tandheelkundige kliniek. Al snel maakten zowel het AAZS als het BA gebruik van de diensten van deze instelling, waarmee de tandheelkundige hulp aan on- en minvermogenden in deze kliniek werd geconcentreerd.⁹⁴ De verhoudingen tussen de artsen en de onderlinge fondsen lieten inmiddels weinig te wensen over. Als gevolg van deze pacificatie, konden de onderhuidse verschillen tussen de onderlinge fondsen aan de oppervlakte komen.

In de loop van de jaren twintig had het relatieve aantal ziekenfondsverzekerden opnieuw het niveau van 1855 (50 procent) bereikt en overschreden.⁹⁵ Door de sterke bevolkingsgroei en de kracht van de ziekenfondscultuur bleef het absolute aantal verzekerden ook tijdens de eerste crisisjaren nog stijgen, maar vanaf 1932 stagneerde het ledental. In een poging de onderlinge concurrentie in te perken, namen alle grote fondsen zitting in een ziekenfondscommissie. Deze commissie trad in 1934 in overleg met de gemeente in een poging om een regeling te treffen, waarbij de werklozen, door verlaging van de premie en een financiële bijdrage van de gemeente, in de fondsen konden blijven. Het overleg was vooral ingegeven door een ministeriële circulaire, waarbij de gemeenten toestemming kregen om de steunuitkering voor dit

doel te verhogen, maar zowel de ziekenfondsen als de gemeente aarzelden. De fondsen konden moeilijk tot een eensgezind standpunt komen en wilden alleen meewerken wanneer men de garantie kreeg, dat de werklozen tot het lidmaatschap konden worden gedwongen.⁹⁶ Aangezien het rijk geen geld ter beschikking stelde, zou de gemeente voor de extra uitgaven opdraaien. In een gemeente als Schiedam, met een extreem hoge werkloosheid en een traditioneel hoog percentage ziekenfondsverzekerden, wogen de mogelijke besparingen op de medische armenzorg absoluut niet tegen deze uitgaven op. De kosten werden geschat op tenminste f35.000 per jaar, terwijl de uitbreiding van de medische dienst niet meer dan enkele duizenden guldens had gekost.⁹⁷ Het voornaamste resultaat van het overleg was, dat de tegenstellingen tussen de onderlinge fondsen op scherp waren gezet.

'De Kunst', het grootste van de onderlinge ziekenfondsen, stapte in 1935 uit de 'Vereenigde Ziekenfondsen'. De Kunst was het meest democratisch georganiseerde fonds, met een groot vrijwillig bestuur dat de onafhankelijkheid van het fonds van groot belang achtte. Men wilde samenwerken, wanneer de omstandigheden dat noodzakelijk maakten, maar pogingen tot concentratie van de Schiedamse ziekenfondsen werden met argwaan bekeken. Onder leiding van de Federatie werden de andere twee grote onderlinge fondsen, 'Te Helpen' en 'Nut en Voorzorg', in 1937 samengevoegd tot het 'Onderling Beheerd Ziekenfonds Schiedam' (OBZ). De concurrentie verscherpte, hetgeen resulteerde in snelle uitbreiding van de verstrekkingen, waaronder verloskundige hulp, volledige vergoeding van alle poliklinische behandelingen en uiteindelijk ziekenhuisverpleging. De competitie uitte zich ook in agressieve werving en in samenwerking met fondsen buiten de stad, met het oog op overschrijving van verhuizende leden.⁹⁸ De Kunst sloot een overeenkomst met de 'Algemeene Rotterdamse Vereeniging voor Genees-, Heel- en Verloskundige Hulp', een van de oprichters van de kleine, dissidente 'Landelijke Contactcommissie van Onderling Beheerde Ziekenfondsen'. In 1939 zegde De Kunst het lidmaatschap van de 'Centrale Bond van Ziekenfondsen' (CBZ, voorheen de Federatie) op en werd lid van de Landelijke Contactcommissie.⁹⁹

De ziekenfondsstrijd tussen de onderlinges, zoveel feller dan die tussen de onderlinge fondsen en de artsen en apothekers twintig jaar eerder, speelde zich in een snel expanderende ziekenfondsmarkt af. De inhaalvraag garandeerde een groei van twee procent per jaar en tegen het einde van de jaren dertig was ruim 60 procent van de bevolking verzekerd.¹⁰⁰

Doordat een particulier ziekenhuis aanvankelijk ontbrak, bleef uitbesteding door de gemeente beperkt tot specialistische ziekenhuizen en sanatoria elders. Het betrof nooit meer dan enkele tientallen patiënten per jaar en de kosten werden bij voorkeur gedeeld met kerkelijke armbesturen en particuliere instellingen, zoals de tuberculosevereniging.

Dat particuliere ziekenhuis kwam er uiteindelijk toch. De katholieke gemeenschap had te veel prestige in het project geïnvesteerd om het te laten falen. In de jaren twintig groeide het overgebleven kapitaal op de golven van de beurs-hausse weer snel

aan. Het restant van de stichtingskosten werd met geijkte middelen, zoals tombola's, fancy fairs en inzamelingen, bijeengeschraapt en het ziekenhuis kon in 1928 worden geopend.¹⁰¹ Geld voor de exploitatiekosten ontbrak echter. De oplossing werd in twee richtingen gezocht. Er werd een afdeling van het Wit-Gele Kruis opgericht, waarbij een verzekering tegen ziekenhuisverpleging werd ondergebracht, en verdere tekorten zouden door gemeentelijke subsidies moeten worden gedekt. Het principe van gemeentelijke subsidie aan het katholieke ziekenhuis werd door niemand bestreden, maar er werd heel verschillend over de invulling gedacht.

De subsidie-aanvraag werd in november 1926 ingediend en het duurde tot het voorjaar van 1928 voordat B&W de eerste voorstellen aan de raad presenteerden. De belangrijkste adviserende partij was de ziekenhuiscommissie en deze legde het dilemma haarscherp aan B&W voor. Het RK-ziekenhuis zou het aantal patiënten in het gemeenteziekenhuis doen verminderen. Dat had als voordeel, dat het ziekenhuis werd ontlast en uitbreiding kon worden uitgesteld, maar anderzijds zouden de hoge vaste lasten van het gemeenteziekenhuis over minder patiënten moeten worden verdeeld, zodat de kosten per verpleegdag zouden stijgen. Men adviseerde dan ook positief over de subsidie-aanvraag, maar verbond hier twee voorwaarden aan. In de eerste plaats moest het aantal gesubsidieerde verpleegdagen aan een maximum worden gebonden. In de tweede plaats moesten de tarieven worden gelijkgetrokken, zodat een felle concurrentiestrijd werd voorkomen. B&W voegden hier aan toe, dat de kosten te overzien moesten blijven en dat het RK-ziekenhuis geen winst op de gesubsidieerde verpleegdagen mocht maken.¹⁰² De regeling die de raad uiteindelijk aannam, beperkte het jaarlijks aantal te subsidiëren verpleegdagen tot 6000, het subsidiebedrag tot maximaal f19.920 en bepaalde bovendien dat het subsidie per verpleegdag afhankelijk van de werkelijke kosten zou zijn, zodat men nooit winst op de 6000 gesubsidieerde verpleegdagen kon maken.¹⁰³ Het zal duidelijk zijn, dat deze regeling vergaande financiële verantwoording door de Noletstichting veronderstelde. Bovendien was de regeling mateloos ingewikkeld en de praktische werking navenant onvoorspelbaar.

Gezien de reputatie van de Schiedamse RK-gezondheidszorg waar het de financiële verantwoording betrof, zal het geen verbazing wekken dat de gemeenteaccountant niet dan met grote moeite het subsidie over de eerste drie jaar vast kon stellen. Uit zijn berekeningen bleek dat een aantal assumpties die aan de basis van de subsidieregeling hadden gelegen, fout was. Zo was het aantal verpleegdagen voor on- en minvermogenenden in 1930 opgelopen tot ruim 15.000 in plaats van de eerder geschatte 10.000. Als gevolg hiervan bedroegen de kosten per verpleegdag nog maar f2,22 in plaats van de verwachte f3,80. Het eindresultaat was opmerkelijk. Het subsidie over de eerste 6000 verpleegdagen was immers afhankelijk van de prijs per verpleegdag. Naarmate het aantal verpleegdagen toenam, nam het ziekenhuis natuurlijk meer patiënten voor zijn rekening, maar namen de kosten per verpleegdag af en kreeg men dus minder subsidie voor de eerste 6000 verpleegdagen. In 1928 bedroeg het subsidie f11.001 en in 1930 f9780.¹⁰⁴

Toen de regeling in 1930 afliep, vroeg de RK vereniging voor ziekenverpleging dan ook om een simpeler regeling. Bij voorkeur een vast bedrag per jaar of anders een vast bedrag per verpleegdag. Geen van de adviserende colleges kon tot een eensluidend standpunt komen en de kleinst mogelijke meerderheid van B&W stelde uiteindelijk in 1932(!) voor om een jaarlijks subsidie van f15.000 te geven; geen ingewikkelde berekeningen, geen onvoorspelbare inkomsten voor de Noletstichting en geen moeizame controles meer.¹⁰⁵ In de jaren twintig waren de discussies vooral in de adviserende organen en, ondanks ideologische ondertonen, op basis van zakelijke argumenten gevoerd. Ditmaal kwam de discussie in de openbare vergaderingen van de raad terecht en confessionelen enerzijds en traditioneel links (liberalen en sociaal-democraten) anderzijds sloten de rijen, zoals bij nog maar weinig onderwerpen het geval was. Daarmee stond het positieve besluit van de raad vast.¹⁰⁶ Door de sterke groei van het aantal on- en minvermogende patiënten in de loop van de jaren dertig schoot het vaste bedrag al snel tekort. In 1935 werd daarom alsnog een vergoeding van f1 per verpleegdag, met behoud van de eigen bijdragen, toegekend; enkele jaren later verhoogd tot f1,75 per verpleegdag.¹⁰⁷

De Noletstichting had overigens veel gewoonten van het gemeenteziekenhuis overgenomen. De eigen bijdragen waren in beide instellingen gelijk en werden door de Gemeentelijke Inlichtingendienst vastgesteld. De specialisten kwamen uit Rotterdam, zij het dat zij hun thuisbasis natuurlijk in het St. Franciscusgasthuis vonden. Aanvankelijk waren ook de klasse-indeling en de tarieven gelijk, maar deze verplichting ontbrak vanaf 1932 in de subsidieregelingen.

Achteraf moet worden geconstateerd, dat het katholieke ziekenhuis precies op tijd kwam. In ruil voor relatief weinig geld zag het gemeentebestuur de ziekenhuiscapaciteit verdubbeld. Door de algemene stijging van het aantal ziekenhuisopnamen en de sterke bevolkingsgroei lagen beide ziekenhuizen al aan het begin van de jaren dertig overvol. Uitbreidingen kwamen vanwege de financiële problemen zeer moeizaam tot stand, maar het stadium van wachtlijsten werd niet bereikt.

Onder druk van de financiële problemen bij toenemende uitgaven voor de verpleging van on- en minvermogenden, was in 1935 de eigen bijdrage voor een aantal groepen verhoogd. De maatregel werd gerechtvaardigd met het argument, dat men zich inmiddels in ruime mate tegen ziekenhuisverpleging kon verzekeren. Dit aanbod betrof vooral organisaties op verzuilde basis, zoals de kruisverenigingen, en erg succesvol was men nog niet geweest. In een poging verzekering aantrekkelijker te maken en de concurrentie van het veel goedkopere katholieke ziekenhuis het hoofd te bieden, stapte het bestuur van het gemeenteziekenhuis af van het principe van de vergoeding van de kostprijs en werd een vierde-klasetarief ingevoerd: f3 per verpleegdag, gelijk aan het bedrag dat de meeste verzekeringen tegen ziekenhuisverpleging uitkeerden. Ook niet verzuilde organisaties, zoals het ziekenfonds OBZ, boden nu een verzekering tegen ziekenhuisverpleging aan. Het CBS telde op 1 januari 1940 5741 verzekerden bij drie fondsen en verenigingen.¹⁰⁸ Het Wit-Gele Kruis ontbrak op het lijstje, maar in de vierde klasse van het katholieke ziekenhuis werden inmiddels meer patiënten opgenomen die het volledige tarief betaalden dan patiënten die slechts

een gedeelte of helemaal niets betaalden. Dit was ongetwijfeld voor een belangrijk deel aan de verzekering van het Wit-Gele Kruis toe te schrijven en gezien de druk die de katholieke elite uitoefende, kan gevoeglijk worden aangenomen dat het overgrote deel van de katholieke minvermogenden was verzekerd. In het gemeenteziekenhuis lag dat totaal anders. Bovendien moet er worden getwijfeld aan het financiële voordeel dat het ziekenhuis van de verzekeringen had. Waarschijnlijk verzekerden vooral diegenen die de hoogste eigen bijdragen moesten betalen zich tegen ziekenhuisverpleging en dit terwijl de verliezen op het vierde-klasstarief hoger waren dan op het vroegere derde- klasstarief. Het kweken van een verzekeringscultuur voor ziekenhuisverpleging was zelfs in een stad als Schiedam, met een oude en krachtige ziekenfondscultuur, moeilijk.

Conclusies Schiedam

Schiedam behoorde tot het selecte groepje steden waar de ziekenfondscultuur al rond 1850 hecht was verankerd. De grote minvermogene bevolking was verzekerd en het complement waren de goed en vrijwel identiek georganiseerde medische diensten van de gemeente en de hervormde diaconie. De concurrentie onder geneeskundigen en apothekers was bij de medische armenzorg uitgebannen en bij de ziekenfondsen beperkt, de vergoedingen waren relatief goed en de vrijheid van medisch handelen groot. De toegang van zowel on- als minvermogenden tot de zorg van geneeskundigen en apothekers, hoogstwaarschijnlijk van aanvaardbare kwaliteit, was gemakkelijk. Het belangrijkste minpunt werd gevormd door het relatief grote aantal geneeskundig bededen in deze jaren, maar dat zou in de eropvolgende periode van economische bloei veranderen.

De belangrijkste achtergrond werd ongetwijfeld gevormd door het industriële karakter van de stad. Er was een relatief grote en homogene arbeidersbevolking en slechts een beperkte elite. De industriearbeiders bleken in staat grote onderlinge ziekenfondsen te laten functioneren en vanwege de kleine particuliere praktijk was het ziekenfondswezen voor de Schiedamse geneeskundigen en apothekers van ongewoon groot belang. De rol van de verschillende belanghebbenden bij de ontwikkeling van de ziekenfondscultuur in de eerste helft van de negentiende eeuw is overigens moeilijk te traceren. De goede organisatie van geneeskundigen en apothekers, het vooruitstrevende karakter van de Schiedamse politiek in deze jaren, de liberale signatuur van zowel het burgerlijk als het hervormde ambestuur en het zojuist behandelde resultaat doen echter vermoeden, dat de coalitie van medische beroepen, politici, ambestuurders en de doelgroep van de fondsen al in de jaren dertig en veertig van de vorige eeuw naar tevredenheid heeft gefunctioneerd.

De stads- en ambestuurders doorbraken de coalitie. De raad en het BA hadden de medische armenzorg bij voorkeur aan de kerkelijke ambesturen overgelaten, maar de confessionele ambesturen schoven de verantwoordelijkheid voor medische armenzorg na de ineenstorting van de economie naar het tegenstribbelende BA. Men

had geen kans gezien om de prijzen van geneesmiddelen te verlagen en de apothekersrekeningen stegen. De uitbreiding van het geneeskundig personeel en de verhoging van de salarissen stonden echter in geen verhouding tot de groei van het aantal medisch onvermogenen. Kortom, door het ineensstorten van de economie nam het aandeel dat de bevolking en de ziekenfondsen in het risico droegen af. De armbesturen namen dit slechts voor een deel over, zodat dit meer dan voorheen door de geneeskundigen werd gedragen, zowel binnen de armen- als de particuliere praktijk. Gezien het snel teruglopende aantal artsen, leverde dit binnen de particuliere praktijk weinig problemen op en ook de prestigieuze stadsgeneeskundigen hadden er geen moeite mee om een groter deel van het risico te dragen in ruil voor een nog grotere professionele autonomie; zij bepaalden nu zelf wie gratis te behandelen. Pas de veranderingen in de liberale opvattingen gedurende het laatste decennium van de negentiende eeuw plaveiden de weg voor een aantal aanpassingen in zowel de geneeskundige dienst als het ziekenhuis, waarbij de omvang van het geneeskundig personeel en de salarissen op peil werden gebracht.

Het economisch herstel aan het begin van de twintigste eeuw vergrootte de draagkracht van de arbeidersbevolking, maar leidde tevens tot instroom van mensen die niet gewend waren om zich bij een ziekenfonds te verzekeren. Het eerste maakte herstel van de ziekenfondscultuur in principe mogelijk, het tweede maakte dat hiervoor maatregelen van de kant van het BA en de politiek noodzakelijk waren. Deze hernamen hun verantwoordelijkheid en de controle op armlastigheid werd een aantal malen aangescherpt. De belangrijke politieke stromingen verschilden ook niet van mening over deze gang van zaken; tenslotte voerde juist de tijdelijke linkse meerderheid in 1919 de controle via de Inlichtingendienst en het maandconsent in. De politieke verschillen betroffen vooral de inrichting van de medische dienst. Ter linkerzijde wenste men de inrichting van een goed georganiseerde GGD met een uitgebreid verstrekkingenpakket. Zolang de overheid die verantwoordelijkheid niet nam, organiseerden juist liberalen en sociaal-democraten particuliere verenigingen en stonden deze gemeentelijke subsidies toe, zodra men de kans kreeg. Met steun van de arbeidersvertegenwoordigers in de confessionele fracties werd ook na de Eerste Wereldoorlog de overheidszorg nog langzaam uitgebreid, maar belangrijke zaken als de GGD en schooltandheelkundige zorg liepen vertraging op en werden, als gevolg van de crisis, uiteindelijk voor de Tweede Wereldoorlog niet meer ingevoerd.

De vrije artsenkeuze voor de armlastigen was een geval apart. Het werd een stokpaardje van de Schiedamse SDAP en was na de Eerste Wereldoorlog overigens ook in het katholieke gemeenteprogramma te vinden. Het waren de Schiedamse geneeskundigen die invoering tegenhielden. Het lijkt de omgekeerde wereld, maar de Schiedamse ontwikkelingen in zowel de medische armenzorg als het ziekenfondswezen laten overduidelijk zien dat vrije artsenkeuze voor de geneeskundigen slechts middel en geen doel op zich was. Het salaris van de gemeentegeneeskundigen stond vast, de benoemingen vonden plaats op grond van religieuze overtuiging en ervaring in de geneeskundige praktijk, zodat prijsconcurrentie uitgesloten was. De Schiedamse

artsen hadden grote belangen in de ziekenfondsen en voelden er niets voor om het laatste grote verschil in de behandeling van gemeente- en fondspatiënten op te heffen.

Die sterke positie in het ziekenfondswezen was vooral het resultaat van de homogeniteit van de Schiedamse geneeskundigen. Deze homogeniteit was toe te schrijven aan het beperkte aantal geneeskundigen per hoofd van de bevolking en aan het ontbreken van specialisten. Het laatste grote conflict in de lokale afdeling van de NMG was het resultaat geweest van de succesvolle pogingen van de Schiedamse huisartsen om de ontwikkeling van het specialisme in de stad tegen te gaan. Op verzoek van de overgrote meerderheid van de geneeskundigen werd het ziekenhuis voor alle huisartsen opengesteld, terwijl de geneesheer-directeur van het stads-ziekenhuis en later ook die van het katholieke ziekenhuis bewust Rotterdamse specialistische kennis inhuurden. In de jaren dertig nam het aantal specialisten in Nederland snel toe en enkele van hen probeerden zich in Schiedam te vestigen. Zonder een contract met een ziekenhuis was dat echter niet haalbaar en een enkeling wendde zich daarom direct tot de ziekenhuiscommissie. Pas toen in 1939 enkele gevallen in de publiciteit kwamen, waarbij te laat specialistische hulp zou zijn ingeroepen, bood de commissie de helpende hand.¹⁰⁹ Het was voor de huisartsen aanleiding om een officiële Schiedamse huisartsenvereniging op te richten.¹¹⁰

De eensgezindheid onder de huisartsen maakte de organisatie van een artsenfonds gemakkelijk en de controle over de ziekenfondsmarkt werd vooral via dit zeer succesvolle A(A)ZS veroverd. Vervolgens gingen de artsen en apothekers eensgezind de confrontatie met de onderlinge fondsen aan. De verdeeldheid onder de onderlinge ziekenfondsen was veel groter. Een poging uit sociaal-democratische hoek om één sterker coöperatief fonds te vormen werd afgewezen en de fondsen sloten pas de rijen toen het medisch front van artsen en apothekers eisen stelde. De Vereenigde Ziekenfondsen waren echter geen partij en boden alleen in de tweede fase van de ziekenfondsstrijd aan de apothekers met succes enige weerstand. Voor de geneeskundigen was het niet eens noodzakelijk om de vrije artsenkeuze, in principe wel overeengekomen, in praktijk te brengen. Dat gebeurde pas in de jaren dertig, toen de ziekenfondsen in de problemen kwamen en het aantal artsen plotseling sterk toenam.

Juist als gevolg van de sociaal-economische en politieke samenstelling van de bevolking, kende Schiedam het in de hoofdstukken twee en drie globaal geschetste stelsel in zijn meest zuivere vorm. De fondsen verstrekten alleen de diensten van goed georganiseerde medische beroepen, zoals artsen, apothekers en later ook tandartsen, en de kunst- en hulpmiddelen die zij voorschreven. De gemeente beperkte haar zorg in die gevallen tot de onvermogenen. In het geval van diensten die de fondsen niet verstrekten, zoals verloskundige en heilgymnastische hulp, strekte de gemeentelijke medische zorg zich ook uit tot de minvermogenen, waarbij deze meestal een inkomensafhankelijke eigen bijdrage moesten leveren. De ziekenfondscultuur was in de twintigste eeuw zo sterk, dat ze heftige schommelingen in de werkloosheid gemakkelijk doorstond.

De Schiedamse ziekenfondsen waren ook zuivere exponenten van het particulier initiatief oude stijl. Het ging om een praktische oplossing voor het probleem van de toegang tot gezondheidszorg van on- en minvermogenden, zonder ideologische bijbedoelingen. Het was het terrein van de direct belanghebbenden, waar onderlinges en door medewerkers beheerde fondsen domineerden en commerciële, ideologisch georiënteerde of ondernemingsfondsen geen been aan de grond kregen. De bemoeienis van stadsbestuurders en armverzorgers met de fondsen was gering. Fondsen met een filantropisch of ideologisch karakter bestonden niet, met uitzondering van het kleine Ziekenzorg. Alleen raadsleden uit medische hoek en wat arbeidersvertegenwoordigers wisten überhaupt hoe de fondsen functioneerden. De eersten verdwenen met de invoering van het algemeen kiesrecht uit de politiek en de elite van de georganiseerde arbeiders verloor kennelijk vrij snel de voeling met de fondsen. Volgens het bestuur van De Kunst gaf de sociaal-democratische Wethouder van Sociale Zaken in de jaren dertig "blijk weinig van het ziekenfondswezen af te weten".¹¹¹

Bij het particulier initiatief nieuwe stijl daarentegen speelden de politieke elites een belangrijke rol bij de oprichting, uitbouw en desnoods ondergang van de nieuwe organisaties. Bij het modern particulier initiatief, zoals de liberale wijkverpleging en de tuberculosevereniging, speelde de medische behoefte nog wel een rol. De latere organisaties, zoals de confessionele wijkverpleging en de kruisverenigingen, werden in de eerste plaats in het kader van de verzuiling opgericht, zoals de stichtingsdata aantonen.

De meeste aandacht van de politiek ging in Schiedam echter uit naar de ziekenhuisverpleging. De belangstelling van de Schiedamse artsen beperkte zich tot het open karakter van het ziekenhuis en de vraagstukken die daarmee samenhangen. De ondertekening van het collectieve contract tussen de NMG en de Verenigde Ziekenfondsen, in 1920, werd lange tijd opgehouden door problemen tussen Rotterdamse specialisten en Schiedamse huisartsen over de vergoeding van poliklinische hulp.¹¹² Verzekering van ziekenhuisverpleging en -behandeling was al helemaal niet aan de orde. Toen de mogelijkheid tot verzekering door anderen werd aangeboden, bleek het enthousiasme onder de doelgroep ook niet erg groot. Nee, de toegankelijkheid van de ziekenhuizen was een politieke zaak. Hierdoor hadden de twee fundamentele politieke tegenstellingen, de sociaal-economische en de religieuze tegenstelling, beide zeer geprononceerd in Schiedam aanwezig, een veel grotere invloed op het ziekenhuisbeleid dan op de andere vormen van medische armenzorg. Het resultaat was dat de politieke discussies over de ziekenhuiszorg, of het nu de nieuwbouw van het gemeenteziekenhuis, subsidiëring van het particuliere ziekenhuis of de tabellen voor de eigen bijdragen betrof, telkens weer langdurig, ondoorzichtig en onvoorspelbaar waren. Ze eindigden meestal in een of ander compromis; compromissen die niet altijd even praktisch bleken.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat juist de verzuilde kruisverenigingen de eerste verzekeringen voor verpleging in de verzuilde Schiedamse ziekenhuizen aanboden. Men leverde een oplossing voor de financiële problemen van de ziekenhuisbesturen

en niet een produkt dat aansloot bij de behoefte van de doelgroep. De onderlinge ziekenfondsen reageerden pas toen tijdens de jaren dertig de nadruk van het ziekenhuisbeleid noodgedwongen op de efficiency kwam te liggen en de behoefte aan een verzekering tegen ziekenhuisverpleging door overheidsmaatregelen werd gekweekt. De huisartsen van het AAZS dachten er niet aan ziekenhuisverpleging te verzekeren, totdat het Ziekenfondsbesluit hen daar in 1941 toe dwong.

V. Roordahuizum, gemeente Idaarderadeel

Een agrarisch dorp in een plattelandsgemeente met een gemengde economie

Idaarderadeel was de tiende grietenij van het Oostergo. Midden in dit centrale kwartier lag ze in het hart van Friesland, ongeveer 12 kilometer ten zuiden van Leeuwarden. In 1851 werd de oude grietenij omgezet in een gemeente en per 1 januari 1984 ging deze, in het kader van een gemeentelijke herindeling, samen met Rauwerderhem en Utingeradeel op in de huidige gemeente Boornsterhem. Idaardera-deel bevatte een achttal dorpen. Het bestuurs- en verzorgingscentrum Grouw was verreweg het grootst, in omvang gevolgd door Warga, met daarbij de kleinere dorpen Wartena en Warstiens. Roordahuizum¹, waar in dit hoofdstuk bijzondere aandacht aan zal worden geschonken, met daarom heen gegroepeerd Eagum, Idaard en Friens, lag wat afzijdig. Door natuurlijke omstandigheden zou het tot 1950 duren voordat deze dorpen een goede verbinding met de rest van de gemeente kregen en ze waren dan ook eerder op Leeuwarden dan op Grouw gericht.²

Sociaal-economische ontwikkeling

De economische problemen waren in de gemeente Idaarderadeel tegen het einde van de negentiende eeuw kleiner dan in andere delen van Friesland. De provincie werd zwaar getroffen door de agrarische crisis van de jaren tachtig en negentig en daarnaast werd het veenbedrijf juist in deze jaren grotendeels beëindigd. In Idaarderadeel had het veenbedrijf nooit veel voorgesteld en bovendien was het al in 1871 gestaakt. Belangrijker is echter, dat Idaarderadeel in het Weidegebied van Friesland lag en het veebedrijf had minder onder de crisis te lijden dan het zwaar getroffen akkerbouwbedrijf.³ Bovendien vonden de veeboeren, middels de oprichting van coöperatieve zuivelfabrieken, zelf een oplossing, die hen in staat stelde de magere jaren door te komen en uiteindelijk volop te profiteren van de hoge prijzen tijdens de eerste drie decennia van deze eeuw. De eerste Nederlandse zuivelfabriek stond in Warga (1886), Roordahuizum kreeg er in 1890 één en in 1913 telde alleen Friesland al ruim 100 zuivelfabrieken, waarvan er vier in Idaarderadeel stonden.⁴

In de tweede plaats ontwikkelde zich in Idaarderadeel, gelegen aan goede water-verbindingen en aan de spoorlijn Leeuwarden-Heerenveen, rond de eeuwwisseling een kleine, maar niet onbelangrijke industriële sector, met name rond Grouw en Warga. Het betrof, naast de zuivelfabrieken, een aantal kleine scheepswerven, een machinefabriek en het grote houtverwerkend bedrijf van Halbertsma te Grouw. In 1930 waren er bijna net zoveel mensen werkzaam in de nijverheid (709) als in de landbouw (801); beide ongeveer een derde van de beroepsbevolking, zodat we gerust van een gemengde economie kunnen spreken.⁵

Beide sectoren bleken tot de crisis van de jaren dertig vrij ongevoelig voor economische schommelingen. De veeteelt profiteerde juist van de hoge prijzen van

zuivelprodukten rond de Eerste Wereldoorlog en de industriële bedrijvigheid nam tijdens de economische inzinking in de eerste helft van de jaren twintig nauwelijks af, om daarna gestaag verder te groeien. Pas in de jaren dertig kreeg Idaarderadeel de klappen. Vooral Grouw, dat zich inmiddels tot verzorgingscentrum voor de wijdere en nu wat verarmde omgeving had ontwikkeld.

De gemeente Idaarderadeel telde gedurende de gehele periode tussen de 5500 en 6000 inwoners, waarvan er ongeveer 2500 in Grouw en ruim 800 in Roordahuizum woonden. In de veeteeltgebieden waren de sociale verschillen over het algemeen kleiner dan in de akkerbouwgebieden. Er was, ook in Roordahuizum, eerder sprake van een glijdende overgang van grote boeren, via kleinere boeren naar landarbeiders. Bovendien nam de werkgelegenheid in de landbouw als gevolg van mechanisering af en de overtollige landarbeiders verdwenen over het algemeen naar de nieuwe industriegebieden. Van Zanden spreekt in dit kader zelfs van deproletarisering van het Friese platteland.⁶ Ook Roordahuizum en Idaarderadeel kenden bijna bij voortdurende vertrekoverschotten, maar door de industriële ontwikkeling van de gemeente zelf waren deze in de jaren twintig lager dan in de meeste andere Friese gemeenten.⁷ In deze jaren werd de beroepsbevolking aldus versterkt met fabrieksarbeiders, die in de lokale industrie, op de melkfabrieken of in Leeuwarden werk vonden. In Grouw werden de sociale tegenstellingen nog enigszins getemperd door de aanwezigheid van een relatief groot aantal middenstanders en notabelen, in Warga door de invloed van de katholieke kerk, maar in Roordahuizum bleven ze in alle hevigheid aanwezig. De inkomensverschillen werden wel kleiner, maar niet zo snel als in Nederland als geheel. Het is niet mogelijk om het aantal belastingplichtigen over 1920 te schatten. Het inwonertal was sinds het begin van de eeuw echter vrijwel gelijk gebleven, zodat het geen al te gewaagde veronderstelling lijkt, dat ook het aantal belastingplichtigen niet al te veel was veranderd. In dat geval betaalden in 1920 in Idaarderadeel nog altijd een kwart en in Roordahuizum zelfs een derde van de belastingplichtigen geen belasting.

Over de jaren twintig en dertig zijn de kohieren niet in het archief aanwezig, maar in 1930 werden 1572 inwoners van Idaarderadeel aangeslagen voor een gemiddeld inkomen van f1746. Dat week nauwelijks af van 1920, zodat in de jaren twintig hoogstwaarschijnlijk geen al te grote verschuivingen hebben plaatsgevonden.⁸ Gezien de deflatie betekende dat een reële inkomensvoortgang. In de jaren dertig zouden de reële lonen in de landbouw, in tegenstelling tot in de meeste andere economische sectoren, echter met ongeveer 20 procent dalen, waarbij het niveau van 1913 weer werd bereikt.⁹ Voeg hier de werkloosheid aan toe en het is niet verwonderlijk, dat halverwege de jaren dertig nog geen 1000 mensen in Idaarderadeel inkomstenbelasting behoefden te betalen.¹⁰

Tabel 5.1 Inkomensverdeling Idaarderadeel en Roordahuizum in 1900 en 1920

Inkomen	Idaarderadeel		Roordahuizum	
	1899/1900	1920/1921	1899/1900	1920/1921
belvv.*-1000	460 (22.3)	349	69 (21.2)	37
1000-1500	102 (4.9)	671	10 (3.1)	105
1500-2500	65 (3.2)	243	10 (3.1)	34
2500-5000	25 (1.2)	137	2 (0.6)	18
5000-	+ 5 (0.3)	146	0 (0.0)	17
Aanslagen	657 (31.3)	1546	91 (28.0)	211
Onvermogensden	+ 1440 (68.7)	?	234 (72.0)	?
Belastingplichtigen	2097 (100.0)	?	325 (100.0)	?

Berekend naar: Kohieren hoofdelijke omslag 1900 en 1920, Nieuwe archieven Idaarderadeel nrs. 569 en 570.

* Belastingvrije voet. In 1900 lag deze op f300, in 1920 rond f800 (afhankelijk van de gezinssamenstelling).

Politiek en sociale zorg

In Idaarderadeel bleef de relatieve autonomie van de dorpen lang bestaan, wettelijk verankerd in de Verbandregeling uit 1854. De Verbandregeling, een aanvulling op de Gemeentewet, regelde de financiële verhouding tussen dorpen en de gemeente waarin ze lagen. Ze was bedoeld om de gemeentelijke lasten eerlijker over dorpen te verdelen, maar bevestigde tegelijkertijd de gedeeltelijke financiële onafhankelijkheid van de dorpen. Om beter aan de doelstelling te voldoen, werd in 1870 bepaald, dat de gemeentelijke bijdrage aan de dorpsinkomsten tenminste 50 procent moest bedragen. In 1873 werd dit verhoogd tot 60 procent en in 1882 tot 70 procent.¹¹ Overigens nam het aantal taken dat in de verschillende gemeenten aan de dorpen was toevertrouwd gestaag af en rond de eeuwwisseling werden de aparte dorpsadministraties veelal opgeheven. Idaarderadeel was echter één van de laatste gemeenten die hiertoe overgingen (1913) en – van groot belang voor deze studie – de burgerlijke armenzorg was verreweg de belangrijkste dorpstaak.¹² De dorpsbewoners moesten dus een deel van de armenzorguitgaven in hun dorp zelf betalen, waarvoor een aparte dorpsbelasting werd geheven.

De burgerlijke armenzorg was in de verschillende dorpen van Idaarderadeel opgedragen aan de plaatselijke algemene armvoogdij. Deze armvoogdijen waren in de jaren dertig van de vorige eeuw opgericht, toen ze de zorg voor diegenen die niet tot de lidmaten van de hervormde kerken werden gerekend van de zogenaamde kerkvoogdijen overnamen. In Roordahuizum werd in 1830 een contract afgesloten, waarbij de kerkvoogdij zich in ruil voor de overname verplichtte aan de algemene

armvoogdij jaarlijks *f*820 te betalen. De arme lidmaten van de kerk werden als vanouds door de hervormde diaconie verzorgd, terwijl de kerkvoogdij bleef bestaan en zich steeds meer op incidentele bedeling en op projecten van algemeen belang zou richten. In de jaren vijftig kreeg de armvoogdij van Roordahuizum de eerste gemeentelijke subsidie en in 1881 werd de burgerlijke armenzorg door het gemeentebestuur gereguleerd. Volgens het reglement werden de armbestuurders door de raad benoemd, evenals de aan hen toegevoegde bezoldigd secretaris-boekhouder. De raad volgde meestal de voordracht van de armbesturen, zodat dit college van boeren en notabelen in de praktijk zichzelf door coöptatie vernieuwde.¹³ Deze regelingen waren nog steeds van kracht toen de agrarische crisis Roordahuizum trof.

De economische problematiek mocht in Idaarderadeel dan wat kleiner zijn dan in andere delen van Friesland, werkloosheid vormde aan het begin van de jaren negentig ook hier een groot probleem.¹⁴ Onder normale omstandigheden gingen de armbesturen dit probleem met werkverschaffing, zoals steenkloppen en de spin- en brei-inrichting, te lijf. Pogingen van een speciale commissie voor werkverschaffing om het beruchte vlasbraken te introduceren, bijzonder ongezond werk dat overal in Friesland een belangrijke plaats in de werkverschaffing innam, kwamen wegens onwil van de tewerkgestelden nooit goed van de grond.¹⁵ Werkverschaffing schoot nu echter tekort. Het aantal tijdelijk bedeelde steeg en de uitgaven voor bedeling namen toe. De hervormde diaconie in Roordahuizum deed in de loop van de jaren negentig een deel van haar armen over aan de algemene armvoogdij.¹⁶ De tekorten van de armvoogdij, en daarmee de gemeentelijke bijdragen, stegen. Aangezien dat voor de armvoogdijen in alle dorpen van Idaarderadeel gold, was het één van de redenen waardoor de gemeente in financiële problemen kwam. Deze problemen werden wat kleiner toen aan het einde van de jaren negentig de armoede afnam en de armvoogdijen zich weer tot de zorg voor bejaarden, weduwen en wezen konden beperken. De armoede was echter zeker niet de enige oorzaak voor de financiële problemen. Deze werden pas echt opgelost toen de nieuwe regeling van de financiële verhouding tussen rijk en gemeenten uit 1897 van kracht werd.

Vrijzinnigheid was verreweg het belangrijkste kenmerk van de politiek van Idaardera-deel. Aan het begin van de periode maakten liberalen de dienst uit in de gemeente. De liberale raadsleden waren tot en met de Eerste Wereldoorlog verenigd in de 'Provinciale Bond van Vrijzinnigen', maar in de praktijk herkennen we bij hen het hele liberale scala, zoals we dat rond de eeuwwisseling zo goed kennen. Wat ontbrak was het scherpe conservatisme dat de confessionelen in de vooroorlogse jaren kenmerkte. Op economisch terrein ging men voortvarend te werk, zoals blijkt uit de bouw van een eigen elektriciteitscentrale in 1910, en naarmate de tijd verstreek, bleek men niet ongenegen om een aantal sociale eisen van de nieuwe tijd in te willigen.¹⁷ Zo kwam het al in 1901 tot progressie in de belastingheffing en wat later tot fundamentele verbeteringen in de arbeidsvoorwaarden van het gemeentepersoneel.¹⁸ De economische situatie maakte dit ook mogelijk en de druk van de opkomende sociaal-democratie versnelde het proces enigszins.

Idaarderadeel en Roordahuizum hadden hun partijtje in de oude socialistische beweging meegeblazen; al in 1891 was een socialist onder de vlag van de Friesche Volkspartij in de raad verkozen.¹⁹ Aan het begin van deze eeuw ontwikkelden zich actieve afdelingen van de SDAP, met Roordahuizum als belangrijk rood bolwerk. In Roordahuizum was in de laatste jaren van de negentiende eeuw zelfs het aanzien van de hervormde kerk veranderd en had men de socialistische dominee Boers op de kansel gezet.

De armenzorg deed in Roordahuizum modern aan. De kleine schaal waarop alles zich afspeelde, maakte controle van het inkomen, huisbezoek en samenwerking tussen de armvoogdij en de diaconie gemakkelijk en vanzelfsprekend. Minder vanzelfsprekend was echter de vrij intensieve zorg, die zich zo nodig uitstreckte tot hulp in de huishouding en verpleging, terwijl de bedragen die werden verstrekt varieerden tussen f1,25 en f3,50; hoger dan in Schiedam en nauwelijks lager dan in Amsterdam.²⁰ Het aantal bedeeden was niet groot. In de jaren negentig werden een dertigtal gezins-hoofden en alleenstaanden door de algemene armvoogdij, ongeveer 15 door de hervormde diaconie en twee of drie door het rooms-katholieke armbestuur tijdelijk of het hele jaar door bedeed. Dubbele bedeling kwam niet voor.²¹

Na de politieke veranderingen in de hervormde kerk van Roordahuizum was het snel gedaan met de samenwerking tussen diaconie en armvoogdij. De onenigheid ging natuurlijk veel verder dan de armenzorg alleen, maar van belang is hier, dat de diaconie probeerde om meer armen naar de armvoogdij over te hevelen en de kerkvoogdij probeerde om het subsidie aan de armvoogdij in te trekken. De spanningen liepen zo hoog op, dat de armvoogden per 1 januari 1903 hun taak neerlegden. Nieuwe armvoogden konden niet worden gevonden, maar voor de praktijk van de armenzorg maakte het niet veel uit. De secretaris-boekhouder was al twintig jaar in dienst en nam de taken van de armvoogden moeiteloos over.²² Op advies van P.J. Troelstra, advocaat te Leeuwarden, gaf de kerkvoogdij de pogingen om van het subsidie af te komen op.²³

Bij de behandeling van deze zaak in de raad van Idaarderadeel kreeg de hervormde kerk van Roordahuizum alleen steun van het sociaal-democratisch raadslid. Deze plaatste de zaak in een groter kader en betoogde dat de armenzorg een gemeentelijke taak was en door onpartijdige ambtenaren diende te worden uitgevoerd. Daartoe moesten de aparte dorpsbegrotingen en -rekeningen worden opgeheven, zodat de belastingdruk eerlijker over de dorpen zou worden verdeeld en de greep op de armbesturen kon worden vergroot. Het voorstel was kansloos, maar wel werd de gemeentelijke bijdrage aan de dorpsbegrotingen op 80 procent gebracht.²⁴ De SDAP groeide echter, kreeg in 1913 tijdelijk en in 1914 definitief een wethouderszetel en vergaarde in de Eerste Wereldoorlog zelfs een raadsmeerderheid (zes van de elf zetels). Onder de nieuwe politieke verhoudingen vormden de afschaffing van de Verbandregeling in 1913 en de instelling van een nieuw armbestuur te Roordahuizum in 1914 geen probleem meer. Het nieuwe armbestuur vormde een betere afspiegeling van de politieke verhoudingen dan het oude armbestuur, maar praktisch veranderde er

aanvankelijk weinig. Het nieuwe armbestuur nam hooguit wat meer afstand en liet de dagelijkse werkzaamheden aan de secretaris-boekhouder over. Dat was een algemene trend, maar het lag in Roordahuizum na het armvoogdloze tijdperk voor de hand.

De Eerste Wereldoorlog trof Idaarderadeel aanvankelijk niet al te hard. Er werd een Steuncomité opgericht, maar dat functioneerde in de eerste jaren nauwelijks. Ook de in 1915 opgerichte gemeentelijke werklozenkas behoefde aanvankelijk niet te worden aangesproken.²⁵ Pas in de herfst en winter van 1918/1919 bereikte de werkloosheid een serieuze omvang. Honger werd er in de landbouwgemeente niet geleden, maar wel ontstond er op den duur gebrek aan allerlei goederen. Met name het brandstofgebrek werd in de winter van 1918 een groot probleem, dat door het Levensmiddelenbedrijf zo goed en kwaad als het ging werd bestreden.

Onder sociaal-democratische meerderheid werd de progressie in het belastingstelsel opgevoerd, de belastingvrije voet verhoogd, kwam het opnieuw tot betere arbeidsvoorwaarden voor het gemeentepersoneel en tot serieuze ondersteuning van de sociale woningbouw.²⁶ Deze maatregelen werden nog door een deel van de liberale raadsleden gesteund. De liberalen splitsten zich na de oorlog dan ook in een fractie van de Vrijheidsbond en een fractie van de Vrijzinnig Democratische Bond. De VDB werd een machtsfactor van belang in Friesland. Volgens Klijnsma kwamen in de Friese VDB twee belangrijke aspecten samen. In de eerste plaats werd de partij gekenmerkt door wat hij 'Fries populisme' noemt en daarmee doelt hij op een pragmatisch sociaal besef, dat kenmerkend voor alle Friese partijen zou zijn. Het Fries populisme had in de jaren tachtig van de negentiende eeuw alle progressieve krachten in de Friese Volkspartij gebundeld. Later uitte het zich in de sterk reformistische inslag van de Friese socialisten en het relatief vooruitstrevende karakter van de Friese liberale en confessionele partijen. In de tweede plaats werd de Friese VDB door het zogenaamde 'plattelandliberalisme' gekenmerkt. Een wat ouderwetse variant van het liberalisme, waarin vrijzinnigheid werd gecombineerd met terughoudendheid ten opzichte van de emancipatie van de arbeidersklasse via de sociaal-democratie. In de jaren twintig en dertig zou de Friese VDB groeien ten koste van de Vrijheidsbond, die in conservatieve richting opschoof, en van de SDAP, die haar aanhang onder de middengroepen zag afkalven.²⁷

Idaarderadeel behoorde tot de Friese gemeenten waar de VDB groot succes had. In de jaren dertig haalde de partij ruim 25 procent van de stemmen.²⁸ Aan het begin van de jaren twintig ging dit inderdaad ten koste van zowel de Vrijheidsbond als de SDAP, hetgeen de sociaal-democraten de meerderheid kostte. De teruggang van de SDAP kwam in Idaarderadeel echter tot stilstand en in 1931 heroverde de partij de raadsmeerderheid om deze niet meer af te staan. De VDB boekte zijn winst in latere jaren dus vooral op de Vrijheidsbond en de vrijzinnig-democraten werden in Idaarderadeel eerder door plattelandliberalisme dan door populisme gekenmerkt. Ook de katholieke vertegenwoordiger, die in 1919 namens de kleine katholieke gemeenschap te Warga in de raad verscheen, en een AR-raadslid (1935) onderscheidden zich in

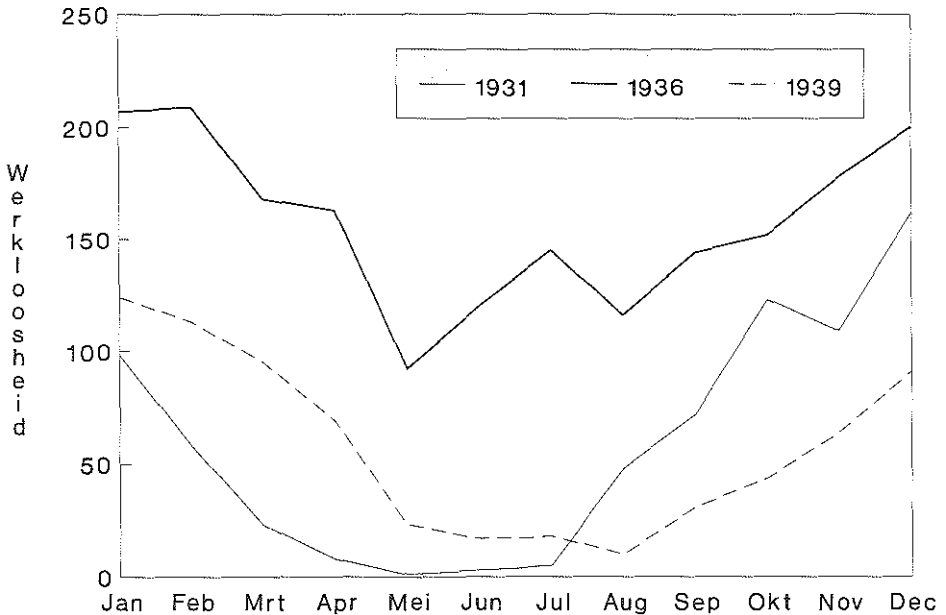
hun sociaal-economische standpunten nauwelijks van de liberalen wier zetels zij innamen. We kunnen dus rustig stellen dat de raad van Idaarderadeel een scheiding langs sociaal-economische lijn kende, met wisselende meerderheden. Een heldere politieke indeling die alleen door dorpsbelangen werd verstoord. De dorpsbelangen klonken met enige regelmaat in het oordeel van de raadsleden door en dat leidde er toe dat hun stemgedrag niet altijd in overeenstemming met hun algemene politieke visie was.

Aan het begin van de Eerste Wereldoorlog had de hervormde diaconie van Roordahuizum laten weten geen nieuwe vast bedeeden meer te zullen aannemen.²⁹ Dit werd na de oorlog niet teruggedraaid en de zorg voor huuszittende armen was dan ook vooral een zaak van de algemene armvoogdij geworden, waarbij de diaconie en de kerkvoogdij incidenteel steun verleenden.³⁰ De tarieven waren verhoogd, maar principiële veranderingen, zoals de door de SDAP gewenste professionalisering van de zorg middels aanstelling van armbezoekers, werden niet doorgevoerd. Dat lag in het geval van de werklozenzorg anders.

Werkloosheid was in de jaren twintig altijd seizoenwerkloosheid onder landarbeiders. In 1923, één van de slechtste jaren, waren er in januari ongeveer 70 werklozen in Idaarderadeel, maar in juni was de werkloosheid weer verdwenen.³¹ De 'Bond van Arbeiders in het Landbouw-, Tuinbouw- en Zuivelbedrijf' beschikte over een werklozenkas, die maximaal zes weken een uitkering verschafte. In een normale winter moest deze kas begin december de eerste uitkeringen verstrekken, zodat de meeste werklozen in de tweede helft van januari uitgetrokken waren, nog afgezien van het feit dat niet alle landarbeiders georganiseerd waren. Vervolgens werden de werklozen door middel van werkverschaffing geholpen en wanneer dit middel tekort schoot, werden zij door de armvoogdijen ondersteund. De sociaal-democraten legden de nadruk op het belang van zinvolle werkverschaffing in de vorm van de uitvoering van noodzakelijke openbare werken, zodat het niet om een variant van bedeling zou gaan. Hierbij dienden georganiseerden beter te worden beloond dan ongeorganiseerden. Verder pleitten ze voor de instelling van een gemeentelijke steunregeling, uitgevoerd door de vakorganisaties, zodat de werklozen niet meer bij de armvoogdij behoefden aan te kloppen. Ter rechterzijde werd wat minder nadruk op het productieve karakter van werkverschaffing gelegd en wilde men van een onderscheid tussen georganiseerden en ongeorganiseerden of een Steunregeling niet weten. Bij gebrek aan confessionele organisaties was de vakbeweging immers een sociaal-democratisch bolwerk.³²

In de praktijk werd de werkverschaffing nu door de gemeente en niet meer door de armvoogdijen georganiseerd en het ging ook om min of meer zinvolle projecten, zoals wegverbredingen aan het begin van de jaren twintig. Het onderscheid in beloning tussen georganiseerden en ongeorganiseerden verdween in de loop van de jaren twintig en een gemeentelijke steunregeling kwam er niet. Daar stond tegenover dat er maar weinig werklozen door de armenzorg moesten worden bedeed en dat dit, naar officieuze voorschriften van B&W, geschiedde volgens specifieke tarieven.

Grafiek 5.1 Verloop van de werkloosheid in Idaarderadeel in de jaren 1931, 1936 en 1939 (maandelijks). Bron: Jaarverslagen van het agentschap der arbeidsbemiddeling in Idaarderadeel, Bloemendaalse stelsel nr. 57.4



Dat de werklozenzorg in Idaarderadeel relatief goed was, werd duidelijk toen men door de groei van de werkloosheid aan het begin van de jaren dertig bij de rijksoverheid moest aankloppen. De seizoenwerkloosheid onder de landarbeiders werd groter en langduriger en bovendien moesten de fabrieken en werven een deel van hun arbeiders ontslaan, zodat de werkloosheid in de zomer niet meer verdween (grafiek 5.1). Gemeentelijke werkverschaffing zette geen zoden meer aan de dijk, maar men weigerde aanvankelijk om deel te nemen aan rijkswerkverschaffingen of om een Steunregeling in te voeren, omdat de lonen en uitkeringen die Den Haag aan het landelijke Idaarderadeel wilde toestaan te laag werden bevonden. De raad, sinds 1931 weer met een sociaal-democratische meerderheid, liet de zorg voor werklozen liever aan de armvoogdijen over.³³ Ter vergelijking: het basistarief voor een echtpaar bedroeg voor georganiseerden *f*11 en voor ongeorganiseerden *f*10, terwijl de minister *f*8 en *f*7 wilde toestaan.³⁴ De uitgaven aan bedeling stegen alleen in Roordahuizum al van ongeveer *f*4000 in de jaren twintig tot *f*12.000 in de jaren 1932 en 1933.³⁵ De gemeente kon deze lasten al snel niet meer dragen en na enige onderhandelingen nam men in 1933 genoegen met lagere steuntarieven, lagere werkverschaffingslonen en vergaande bemoeiing met de gemeentelijke uitgaven, in ruil voor enige financiële steun van het rijk voor de werklozenzorg.³⁶ Onder druk van Den Haag en gedwongen door teruglopende inkomsten werden de salarissen van het gemeentepersoneel

verlaagd en andere bezuinigingen doorgevoerd, ook op de gezondheidszorg. Werkloze landarbeiders zouden uiteindelijk volgens de laagste steunklasse (tarief negen) worden gesteund, werkloze industriearbeiders één klasse hoger (tarief acht). Na de steunverlagingen in 1934 en 1935 betekende dit een basisbedrag van respectievelijk f8 en f7,50 voor georganiseerden.³⁷ Daar stond tegenover dat men om de haverklap door het Ministerie van Sociale Zaken op de vingers werd getikt wegens afwijking van de normen of andere overtredingen van de regels.³⁸ Bovendien werden de werklozen zo veel mogelijk naar de rijkswerkverschaffingen gestuurd en werd een bijna constante stroom van rijksgesubsidieerde gemeentelijke werkverschaffingsprojecten en Werkfondsprojecten uitgevoerd.³⁹ Alles bij elkaar waren maar weinig werklozen voor langere tijd volledig van de steunuitkeringen afhankelijk.⁴⁰ Tenslotte dient nog te worden opgemerkt dat de geregistreerde werkloosheid in de slechtste jaren, van 1932 tot en met 1936, gemiddeld niet meer dan 7 procent van de beroepsbevolking bedroeg en zelfs tijdens winterpieken nooit hoger dan 10 procent werd.⁴¹

Pas in 1939 volgde de werkloosheid weer het patroon van de jaren twintig, met dit verschil dat de lasten van de werklozenzorg nu voor een deel op het rijk konden worden afgewenteld en dat B&W het reilen en zeilen van de armvoogdijen intussen stevig in de hand hielden. De professionalisering van de armenzorg in 1940 was dan ook vooral een organisatorische verandering. Omdat men de subsidies van de kerkvoogdij niet in gevaar wilde brengen, liet men de armvoogdijen bestaan, maar de beleidsfunctie werd overgenomen door een gemeentelijk bestuur voor maatschappelijk hulpbetoon en de uitvoerende functie door armmeesters.⁴²

Een geheel eigen systeem. Financiële toegankelijkheid tot curatieve gezondheidszorg tot en met de Eerste Wereldoorlog

De vrijwillige verzekering is in de vorige paragraaf niet aan de orde gekomen en dat terwijl de onderlinge verzekeringskassen in de tweede helft van de negentiende eeuw in Friesland een grote bloei doormaakten. Volgens de armenzorgverslagen die jaarlijks aan de Tweede Kamer werden aangeboden, was rond 1850 nog geen tien procent van de Friese bevolking bij een ziekte- en/of begrafenisbus aangesloten. In 1879, het laatste jaar waarover deze cijfers nog bekend zijn, was dit bijna 40 procent.⁴³ De fondsen kregen gedurende de agrarische crisis forse klappen, maar dat kan niet verklaren waarom rond 1900 zo weinig Friezen tegen geneeskundige behandeling waren verzekerd.

De meest succesvolle ondersteuningsfondsen van Idaarderadeel waren het 'Oude Gild' en het 'Nieuwe Gild' te Grouw. In de jaren tachtig hadden beide Gilden gezamenlijk ongeveer 400 volwassen mannelijke leden en besloegen daarmee een belangrijk deel van de Grouwster bevolking.⁴⁴ Toen beide kassen in 1894 tot 'Het Gild' werden samengevoegd telde dit fonds 328 leden en dit cijfer zou verder dalen, totdat in 1910 het dieptepunt van 182 werd bereikt. In dat jaar werden de activiteiten beperkt tot de uitkering van ziektegeden, omdat de kosten van de oudedagvoorzie-

ning, gezien het sterk verouderde ledenbestand, niet meer waren op te brengen.⁴⁵ In Warga en Roordahuizum functioneerden rond de eeuwwisseling veel kleinere, zogenaamde 'Liefdefondsen' met hooguit enkele tientallen leden. Het fonds te Warga rekte zijn bestaan tot in deze eeuw – mede dankzij een jaarlijkse gemeentelijke subsidie – maar van het fonds te Roordahuizum werd al snel niets meer vernomen.⁴⁶ In Grouw bood zelfs het twintigste-eeuwse Gild nog enige verlichting voor de armenkassen, maar in Roordahuizum was daar geen sprake van. Belangrijker was dat alleen het fonds te Warga geneeskundige hulp verzekerde en daarmee een hoge uitzondering onder de negentiende-eeuwse Friese ziekenkassen vormde.

Vanaf de eeuwwisseling ontwikkelden zich in de Friese steden, met name in Leeuwarden, succesvolle onderlinge ziekenfondsen die wel geneeskundige hulp verzekerden. Op het Friese platteland en zeker in het Weidegebied werd het systeem van financiële toegankelijkheid daarentegen tot ver in de twintigste eeuw gedomineerd door de particuliere praktijk. Dit kan alleen uit het functioneren van de plattelandspraktijk in Friesland worden verklaard. Uit hoofdstuk twee viel al op te maken dat de plattelandspraktijk enkele specifieke nadelen kende, maar ze had ook voordelen. Het belangrijkste voordeel was de beperkte concurrentie van collega's of andere medische beroepen. De plattelandsarts was meestal monopolist in zijn gemeente of dorp, waardoor het systeem van inkomensafhankelijke tarieven op het platteland beter kon functioneren dan in de steden. Bovendien leverde de plattelandsarts een ruimer pakket aan medische diensten, waaronder de 'petite chirurgie', de tandheelkunde en de lucratieve verkoop van medicijnen. Daar stond echter tegenover dat die neveninkomsten niet konden worden gemist, omdat de plattelandsbevolking minder welvarend en minder geneigd was om van geneeskundige zorg gebruik te maken dan de stedelijke bevolking. Bovendien waren de plattelandspraktijken zeer bewerkelijk, doordat de 'platlandici' veel visites moesten afleggen over vaak grote afstanden en gebrekkige wegen. Op grote delen van het Nederlandse platteland wogen de voordelen niet op tegen de nadelen, maar dat lag in het Friese Weidegebied anders.⁴⁷

Het nederzettingenpatroon, relatief grote dorpen omgeven door vrijwel lege ruimte, maakte de praktijken minder bewerkelijk. Bovendien kende het Weidegebied een relatief grote bovenlaag van boeren en notabelen met bovenmodale inkomens en combineerde aldus beperkte concurrentie met relatieve welvaart. De particuliere praktijk met haar inkomensafhankelijke tarieven kon hier, in tegenstelling tot de steden en het armere platteland van de landprovincies, wel functioneren zonder de toegang van on- en minvermogenden ernstig te bemoeilijken of de geneeskundigen in hun bestaan te bedreigen. Rond 1880 kenden het Friese Weide- en ook het Bouwgebied dan ook een vestigingspatroon dat aansloot bij het Hollandse platteland, zodat van een nijpend gebrek aan geneeskundige hulp geen sprake was.⁴⁸

Tot en met de Eerste Wereldoorlog waren in Idaarderadeel immer vier apotheekhoudend geneeskundigen gevestigd, wat neerkwam op ongeveer 1400 inwoners per geneeskundige. Twee in Grouw en twee in Warga. Grouw was daar groot en welvarend genoeg voor, in Warga lag dat wat moeilijker. Roordahuizum was te klein en de bevolking nog niet kapitaalkrchtig genoeg voor een eigen geneesheer en werd

dan ook vanuit dorpen in naburige gemeenten bediend. Apothekers, vroedvrouwen en andere medische beroepen waren in Idaarderadeel niet vertegenwoordigd.⁴⁹

De rol van medische armenzorg was beperkt. In Roordahuizum werden alleen de bedeeden op kosten van de diaconie of de algemene armvoogdij behandeld. Er was een geneeskundige voor de armenpraktijk aangewezen, maar de armen maakten lang niet altijd gebruik van de diensten van deze geneesheer. Dat was in de uitgestrekte landbouwgebieden praktisch niet altijd mogelijk en het was voor de armvoogdij ook niet echt van belang wiens hulp werd ingeroepen, aangezien er per verrichting werd betaald. Een kostbare zaak. Over de jaren 1883-1893 betaalde de armvoogdij jaarlijks gemiddeld bijna f300 voor de behandeling van gemiddeld 16 patiënten, inclusief de levering van medicijnen. Kunst- en hulpmiddelen, zoals breukbanden, beenbeugels en versterkende voeding, werden door de armvoogdij of de diaconie verstrekt.⁵⁰ Tenslotte ontvingen de geneeskundigen woonachtig binnen de gemeentegrenzen aparte vergoedingen van de gemeente Idaarderadeel voor de keuring van gemeentepersoneel, vaccinatie en doodschouw. De geneesheren hadden dus weinig te klagen, maar dat kon op het platteland snel veranderen.

Het tienjarig overzicht van de uitgaven aan medische armenzorg was opgesteld op verzoek van B&W, naar aanleiding van een conflict tussen de burgemeester en een geneesheer te Warga over te hoge rekeningen die hij bij de armvoogdij van Warga zou hebben ingediend en de behandeling van personen die dat zelf konden betalen.⁵¹ Om soortgelijke problemen te voorkomen, besloten de armvoogdij en de diaconie van Roordahuizum om de medische armenzorg gezamenlijk tegen een vast bedrag per jaar aan te besteden. De verdeling van de kosten, vijf zesde voor rekening van de armvoogdij en een zesde voor rekening van de diaconie, was waarschijnlijk illustratief voor de verhouding in de verantwoordelijkheid van het kerkelijke en het openbare armbestuur voor de medische zorg van onvermogenen. De aanbesteding lukte één jaar; in 1895 betaalde men f175. Een jaar later pleegden de drie aangeschreven geneeskundigen echter vooroverleg en vroegen voor 1896 allen f300. De armbesturen keurden deze handelwijze af, maar herstelden voorlopig het systeem van betaling per verrichting en wezen zelfs geen geneeskundige aan, zodat de armen nu ook officieel vrije artsenkeuze hadden. In 1897 droeg men de armenpraktijk tegen een vaste jaarlijkse vergoeding van f260 aan het drietal geneesheren op, die zelf de taakverdeling mochten vaststellen.⁵² Tenslotte kwam er in 1901 een einde aan de samenwerking met de diaconie, die bovendien liet weten geen nieuwe patiënten meer te laten behandelen. De armvoogdij herstelde ten tweede male de betaling per verrichting en voerde bovendien het briefjesstelsel in, zodat de beslissing wie voor rekening van de medische armenzorg te behandelen officieel aan de medici werd onttrokken.⁵³ De armenpraktijk rouleerde jaarlijks tussen twee artsen uit de naburige dorpen Rauwerd en Wirdum, tot Sybrandy, geneesheer te Warga, in 1911 de armenpraktijk, vaccinatie en doodschouw in Roordahuizum claimde, met als argument dat hij in de gemeente woonde. B&W, in functie van armvoogden, gaven toe, maar Sybrandy bleek gepeperde rekeningen op te stellen en de bereikbaarheid van

Roordahuizum vanuit Warga was slecht. Binnen enkele jaren gunde het nieuwe armbestuur de praktijk maar weer aan de geneesheren te Rauwerd en Wirdum.⁵⁴

De omvang van de armenpraktijk was inmiddels behoorlijk afgenomen. Uit de schaarse gegevens valt op te maken dat in de jaren tussen 1910 en 1930 het aantal personen dat consent kreeg op de vingers van één hand was te tellen.⁵⁵ De mensen net boven de selecte groep geneeskundig bedeeden konden zich bij de doktersfondsen aansluiten, maar erg groot waren deze fondsen niet. Ook op dit punt zijn de gegevens schaars, maar in Roordahuizum ging het om enkele tientallen gezinnen.⁵⁶ Bovendien leverden de artsen alleen geneeskundige en farmaceutische hulp. Voor relatief dure verstrekkingen, zoals kunst- en hulpmiddelen, moesten de verzekerden alsnog bij de diaconie of de armvoogdij aankloppen. Vreemd genoeg bleef de samenwerking tussen beide arbesturen op dit punt goed. Er werd vastgesteld hoeveel de patiënt zelf kon opbrengen en het restant werd verdeeld over de diaconie en de kerkvoogdij enerzijds en de armvoogdij anderzijds. Het overgrote deel van de bevolking was echter op de particuliere praktijk aangewezen. Dat leverde in Friesland weliswaar minder problemen op dan in de Hollandse steden, maar de doktersrekeningen zullen ongetwijfeld een rem op het invoeren van geneeskundige hulp hebben gevormd. Volgens Bruinsma kwam dit in de Weidestreek vaker voor dan in de Bouwstreek, waar men gemakkelijker van gemeentelijke geneeskundige hulp gebruik zou hebben gemaakt.⁵⁷ Het is echter moeilijk om vast te stellen in hoeverre dat tot onderconsumptie leidde. Als daar in Roordahuizum sprake van was, dan was dit in ieder geval eerder het gevolg van het ontbreken van een arts.

Pas in 1918 vestigde zich, na lang zoeken door de 'Vereeniging Dorpsbelangen' en andere corporaties, een arts in Roordahuizum. Dr. A.J. Kroon kreeg onmiddellijk de armenpraktijk, vaccinatie en doodschouw in Roordahuizum en omgeving opgedragen en werd bovendien als schoolarts voor de gehele gemeente aangesteld.⁵⁸ De nieuwbakken schoolarts gaf de functie echter weinig inhoud en vertrok al in 1921. Zijn opvolger A. Spaans werd gelokt met een jaarlijks subsidie van f600 van de kerkvoogdij. De gemeente weigerde om een deel van het subsidie voor haar rekening te nemen, omdat men geen precedent wilde scheppen. Wel werd de vergoeding voor het werk als schoolarts verhoogd tot f0,60 per leerling, hetgeen enkele honderden guldens opleverde.⁵⁹ Daarmee was de geneeskundige en farmaceutische zorg afgedekt, maar inmiddels moest een oplossing worden gevonden voor organisatie en vooral de financiering van nieuwe vormen van zorg als wijkverpleging en ziekenhuiszorg.

Het ziekenhuisvraagstuk: overheid en particulier initiatief

Het ziekenhuisvraagstuk bevatte twee onderdelen. In de eerste plaats de afzondering en verpleging van lijdens aan besmettelijke ziekten. De Besmettelijke Ziektenwet schreef voor, dat een aantal door Provinciale Staten aan te wijzen gemeenten de mogelijkheid hiertoe moest bieden. Het centraal gelegen Idaarderadeel, met het relatief grote dorp Grouw, leek een aangewezen lokatie. Het gemeentebestuur

ontweek de aanschaf van een barak echter telkenmale, door de provincie er op te wijzen dat lijdens aan besmettelijke ziekten in korte tijd naar Leeuwarden konden worden vervoerd. Leeuwarden hield men ondertussen voor, dat de verwijdering van lijdens aan besmettelijke ziekten uit het gebied waar de provinciehoofdstad zijn drinkwater wegpompte, tenminste in beider belang was, zodat het redelijk leek dat Leeuwarden een deel van de kosten van transport en verpleging op zich nam.⁶⁰ Leeuwarden op zijn beurt zocht de oplossing in de bouw en exploitatie van een speciaal ziekenhuis of uitbreiding van de afdeling besmettelijke ziekten van het stads-ziekenhuis op gedeelde kosten van Leeuwarden en een aantal plattelandsgemeenten. De buitengemeenten hielden dit echter lange tijd af en pas toen de Besmettelijke Ziektenwet aan het einde van de jaren twintig werd aangescherpt, werd het plan uitgevoerd. In 1930 werd besloten een klein ziekenhuisje te bouwen, waarin 25 bedden voor de buitengemeenten en 25 bedden voor Leeuwarden zouden worden gereserveerd.⁶¹

Het tweede onderdeel van het ziekenhuisvraagstuk was gelegen in de groeiende behoefte aan ziekenhuisverpleging. Vanaf de eeuwwisseling werd de algemene armvoogdij van Roordahuizum met enige regelmaat geconfronteerd met patiënten die in een ziekenhuis moesten worden opgenomen en dat niet konden betalen. Hierbij volgde men dezelfde strategie als in het geval van de kunst- en hulpmiddelen. Er werd gezien hoeveel de patiënten zelf konden opbrengen en het restant werd door armvoogdij, diaconie en kerkvoogdij betaald. De patiënten togen altijd naar Leeuwarden en aangezien het stads-ziekenhuis aldaar alleen voor inwoners van die gemeente was bestemd, werden de patiënten uit Roordahuizum meestal in het Diaconessenhuis en een enkele keer in het St. Bonifatius-hospitaal opgenomen.⁶²

Aanvankelijk vormde dit geen al te groot probleem. Voor de Eerste Wereldoorlog beliepen de uitgaven gemiddeld enkele tientjes per jaar. Rond de Eerste Wereldoorlog begonnen de verpleegprijzen echter te stijgen en de Friese specialistenvereniging eiste een vergoeding voor de behandeling van on- en minvermogens uit de buitengemeenten; eerst door bilaterale overeenkomsten met de gemeenten en later door een overeenkomst met de 'Vereeniging van Nederlandsche Gemeenten' afdeling Friesland (VNG Friesland).⁶³ De uitgaven aan ziekenhuisverpleging van de armvoogdij Roordahuizum stegen, maar het grootste probleem werd gevormd door het onvoorspelbare karakter van deze post.⁶⁴ Jaren zonder ziekenhuisopnamen en jaren met ziekenhuisrekeningen van enkele honderden guldens, waardoor men de raad toestemming voor overschrijding van de begroting moest vragen, wisselden elkaar af. Daar kwam aan het begin van de jaren twintig, eveneens door bemiddeling van de VNG Friesland, een jaarlijks gemeentelijk subsidie van f100 plus een kwartje per verpleegdag aan het Diaconessenhuis bij.⁶⁵ Het opstellen van een begroting werd voor de armvoogdij en zelfs voor de gemeente een hachelijke zaak.⁶⁶ De oplossing zou via de weg van het particulier initiatief worden gevonden.

In Idaarderadeel had men zich al vroeg bij de Groene Kruisgolf aangesloten. De 'Vereeniging Het Groene Kruis voor Roordahuizum, Idaard, Aegum en Friens' werd

in 1903 opgericht. Binnen enkele jaren had men 200 leden, bij het tienjarig bestaan 250 leden en enkele jaren later bereikte men het plafond van ruim 350 leden.⁶⁷ Aangezien alleen gezinshoofden als lid werden geteld, was vrijwel de gehele bevolking van Roordahuizum en omstreken lid van de vereniging. In tegenstelling tot bijna alle andere verenigingen in Roordahuizum had de kruisvereniging geen socialistische of liberale signatuur. Een ieder werd lid en betaalde contributie naar draagkracht. Dat lag bij de kruisverenigingen in Grouw, Warga en Wartena niet anders.

Gezien de beperkte draagkracht van de leden waren de activiteiten aanvankelijk beperkt tot de inrichting van een depot voor verpleegmiddelen en EHBO- en bakercursussen. Een wijkverpleegster was uit de contributies niet te bekostigen. De kruisvereniging in Warga vroeg al vanaf 1904 met enige regelmaat subsidie bij de gemeente, maar dat werd telkenmale afgewezen.⁶⁸ Pas toen de kruisverenigingen in 1909 gezamenlijk een subsidievraag indienden en daarbij wezen op de hoge kosten van ziekenhuisverpleging en op het feit dat anderen, zoals de kerkvoogdijen, bereid waren een bijdrage voor een wijkverpleegster te leveren, stemde de raad toe. Grouw en Warga stelden vervolgens een wijkverpleegster aan, maar voor Roordahuizum was de toegestane *f*150 per kruisvereniging niet voldoende.⁶⁹ Men maakte enkele jaren gebruik van de wijkverpleegster uit het naburige Wirdum, maar dit bleek op den duur geen gelukkige oplossing. De kruisvereniging verzocht in 1920 om een hoger subsidie, zodat men een eigen verpleegster kon aantrekken. Men voerde aan, dat de verpleegster uit Wirdum het te druk had en dat een derde verpleegster in de gemeente de vervanging bij ziekte en vakantie gemakkelijker zou maken. De raad stemde toe, zodat Roordahuizum in 1921 eindelijk een eigen wijkverpleegster in dienst kon nemen.⁷⁰ Als gevolg van de stijging van de salarissen van de wijkverpleegsters was het subsidie al enkele malen verhoogd en het bedroeg inmiddels *f*550 voor de kruisverenigingen in Grouw en Warga en *f*1075 voor Roordahuizum. Over 1923 doneerden kerken en andere particuliere organisaties *f*400, het rijk betaalde ruim *f*400 voor de tuberculosebestrijding, terwijl de contributies *f*450 bijdroegen aan de totale inkomsten van de kruisvereniging in Roordahuizum ten bedrage van bijna *f*2500. De armvoogdij betaalde de contributie voor de onvermogenen. In ruil daarvoor leverde de vereniging verpleegartikelen, wijkverpleging, hulp in de huishouding, tbc-controle en een kleine bijdrage in de kosten van sanatoriumverpleging.⁷¹ De 'Provinciale Friesche Vereeniging Het Groene Kruis' verzorgde tegen een verlaagd tarief ziekentransport. Bovendien werd vanuit de schoot van de kruisvereniging de oplossing voor het ziekenhuisvraagstuk geboren: verzekering middels de vereniging voor ziekenhuisverpleging.

De oprichting van de vereniging vormt een goed voorbeeld van de bestuurlijk verhoudingen. Het aantal dubbelfuncties van en personele unies tussen raadsleden, armvoogden, kerkvoogden en leden van het bestuur van de Groene Kruisvereniging was groot. Het lag dan ook voor de hand om het kanaal van de kruisvereniging te kiezen voor de oplossing van het financiële probleem van gemeente en armvoogdijen. In 1924 werd op de jaarvergadering, waar 59 van de 373 leden aanwezig waren, het principebesluit genomen om een vereniging voor ziekenhuisverpleging op te richten.

Er werd een commissie benoemd, die een reglement ontwierp en vervolgens op huisbezoek ging om leden te werven.⁷² Het mag dan ook niet verbazen, dat de 'Vereeniging Ziekenhuisverpleging voor Roordahuizum en Omstreken' op de eerste jaarvergadering al 326 leden bleek te hebben.⁷³ Teneinde tegenstribbelende inwoners over de streep te helpen, deed de armvoogdij in de jaren hierna enkele malen een rondschrijven uitgaan, met daarin de mededeling, dat mensen die geen lid van de vereniging waren in geval van ziekenhuisopname niet zonder meer door de armvoogdij geholpen zouden worden. Daar stond tegenover, dat men op den duur premieging betalen voor mensen die wel lid waren, maar de contributie niet meer konden betalen.⁷⁴

De verenigingen voor ziekenhuisverpleging stonden natuurlijk ook voor het probleem, dat de uitgaven jaarlijks sterk konden fluctueren. De oplossing was gelegen in de premiestructuur. De leden betaalden een jaarcontributie en bleek de opbrengst hiervan in de loop van het jaar ontoereikend, dan werden navorderingen geheven. Het aantal navorderingen dat met goed fatsoen kon worden geheven was echter beperkt en waar met dit omslagstelsel geen reserves werden opgebouwd, kwamen de verenigingen in jaren met veel verpleegdagen in financiële problemen. Men zocht steun bij kerk- en armvoogdij; de vereniging in Warga (opgericht in 1923) vroeg al in 1925 gemeentelijk subsidie en in 1927 herhaalden Roordahuizum (1924), Warga en Wartena (1923) gezamenlijk de subsidieaanvraag. De verantwoordelijke sociaal-democratische wethouder H. Hoeneveld was afkomstig uit Grouw en functionerend dan wel voormalig bestuurslid van Het Gild, de plaatselijke kruisvereniging, de plaatselijke vereniging voor ziekenhuisverpleging (opgericht in 1924), en wat al niet. In 1925 was hij van mening, dat de contributie die in Warga werd geheven te laag was. De sociaal-democratische raadsleden uit Warga wierpen tegen, dat de inkomensverdeling in Warga het contributieniveau van Grouw niet mogelijk maakte. Ter rechterzijde was men inmiddels zeer voorzichtig met het toekennen van subsidies, zodat de subsidieaanvraag met zeven tegen drie stemmen werd afgewezen.⁷⁵ Bovendien werd het de armvoogdijen verboden om de verenigingen te subsidiëren.⁷⁶

In 1927 was de druk uit de dorpen groter en belegden B&W een vergadering met alle verenigingen. Tijdens de bijeenkomst bleek dat de premiestructuren van de verenigingen sterk uiteen liepen. Zo hief Grouw een vrij hoge jaarlijkse contributie van f2,50, waardoor extra omslagen nauwelijks nodig waren en men bovendien een reserve kon opbouwen. In de andere dorpen was de contributie lager en moest men jaarlijks één of meerdere naheffingen doen; naheffingen die van dorp tot dorp verschilden. In alle dorpen moesten gezinshoofden meer betalen dan alleenstaanden, maar de verhouding tussen deze bedragen liep uiteen. Tenslotte waren alleen in Warga zowel contributie als naheffing inkomensafhankelijk. Door deze uiteenlopende premiestructuren was het onmogelijk een rechtvaardige subsidiegrondslag vast te stellen en B&W eisten dat de verenigingen eerst de premieheffing wat beter op elkaar afstemden. Grouw had geen behoefte aan subsidie en was niet bereid over een andere premiestructuur te praten en daarmee was voor hen de kous af.⁷⁷ Er zat voor de overige verenigingen niets anders op dan de contributies te verhogen en/of verder

te gaan met het innen van naheffingen. In Roordahuizum koos men voor het Grouwster model. De contributie werd binnen enkele jaren opgetrokken tot *f*3 voor gezinshoofden en *f*2 voor alleenstaanden en er werd een klein reservefonds gevormd. Het bleken afdoende maatregelen, zodat nog maar sporadisch een naheffing werd geïnd. Rond 1930 had de vereniging ongeveer 330 leden en liet ze op haar kosten jaarlijks gemiddeld 18 patiënten in totaal ongeveer 220 dagen in een ziekenhuis verplegen.⁷⁸

Het zal duidelijk zijn dat de vereniging voor ziekenhuisverpleging niet alleen de groei in de ziekenhuisverpleging voor haar rekening had genomen, maar ook tenminste deels verantwoordelijk voor die groei was. Er bestond kennelijk al langer een latente behoefte aan ziekenhuisverpleging, maar de gang naar de armvoogdij was in Idaarderadeel altijd een laatste redmiddel gebleven. Verpleging voor rekening van de vereniging voor ziekenhuisverpleging was voor alle partijen veel gemakkelijker te aanvaarden, aangezien de verzekerden schijnbaar zelf de kosten opbrachten. Schijnbaar, want het Diaconessenhuis kon door overheidssubsidies het derde-klassetarief kunstmatig laag houden. Bovendien vergoedde de vereniging maximaal 40 verpleegdagen, zodat de kostbare verpleging van langdurig zieken alsnog voor rekening van de overheid kwam. Voor rekening van Leeuwarden om precies te zijn, want de patiënten werden na het aflopen van de door de vereniging vergoede termijn, op het grondgebied van deze gemeente armlastig. Tenslotte bestond nog geen afdoende oplossing voor de peperdure sanatoriumverpleging. In 1929 had een inwoner van Roordahuizum dit uitzonderlijke voorrecht en wel op kosten van de kruisvereniging, een vereniging van oud-leerlingen der technische school, de armvoogdij en de kerkvoogdij. Het Friesch Volkssanatorium ontving daarnaast een gemeentelijk subsidie van *f*115 jaarlijks.⁷⁹

De jaren dertig

Rond 1930 werden in Friesland pogingen ondernomen om de gezondheidszorg in grotere verbanden te organiseren. Lang niet alle plannen en activiteiten werden door de gemeente Idaarderadeel omarmd en zeker niet door de gemeenschap in Roordahuizum. Zo propageerde de provinciale kruisvereniging de zuigelingenverzorging en organiseerde in 1935 een provinciale schoolartsdienst. De gemeente participeerde met genoegen in de provinciale schoolartsdienst, de kruisverenigingen organiseerden zich in een lokale federatie, maar zuigelingenverzorging kwam niet van de grond.⁸⁰ De Friese verenigingen voor ziekenhuisverpleging, ook die in Idaarderadeel, sloten zich aan in de 'Federatie van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging in Friesland'. Deze federatie bepaalde samen met de ziekenhuizen en de Friese specialisten de verpleegtarieven en de honoraria voor klinisch specialistische behandeling, maar had weinig invloed op de organisatie en het functioneren van de aangesloten verenigingen en de onderlinge samenwerking tussen de verenigingen in Idaarderadeel bleef nihil.⁸¹

Tenslotte probeerde de NMG de Friese ziekenfondsmarkt te penetreren. De NMG richtte aan het begin van de jaren dertig een drietal Maatschappijfondsen in Friesland op. Deze activiteiten moeten in het kader van de nationale ziekenfondsstrijd worden geplaatst en waren vooral ingegeven door het succes van de Friese stedelijke onderlinges – die zich inmiddels bij de Federatie hadden aangesloten – en van de verenigingen voor ziekenhuisverpleging, en niet zozeer door een Friese behoefte aan op Hollandse leest geschoeide ziekenfondsen. In ieder geval waren er tegen het einde van de jaren dertig ongeveer 50.000 Friezen bij een ziekenfonds verzekerd, waarvan 13.000 bij de Maatschappijfondsen. Dat was nog geen 15 procent van de bevolking; het laagste cijfer van alle Nederlandse provincies (bijlage C). Het Weidegebied viel in het werkgebied van het Maatschappijfonds 'Friesland Noord'. Dit fonds moest in Leeuwarden met succesvolle onderlinge fondsen (15.000 verzekerden) concurreren en had per 1 januari 1936 1161 leden. De ziekenfondsverzekering drong op het platteland en dus ook in Idaarderadeel nauwelijks door.⁸²

Het belangrijkste resultaat van de ziekenfondsactiviteiten van de NMG was een hooglopend conflict met de 'Federatie van Verenigingen voor Ziekenhuisverpleging in Friesland' en met de Friese specialisten over de vergoeding van de klinisch specialistische hulp. In deze provincie stuurden de specialisten nog altijd hun inkomensafhankelijke rekening naar de patiënt en deze kreeg de kosten tot een bepaald maximum door de lokale vereniging gerestitueerd. Dat maximum werd bepaald in onderling overleg tussen de Friese Specialistenvereniging, de Friese federatie en de VNG Friesland, maar verdere bemoeienissen vanwege collectieve financiers waren er niet. De specialisten waren dan ook zeer tevreden met het functioneren van de verenigingen en hadden geen enkele behoefte aan verzekering van klinisch specialistische hulp door de door huisartsen beheerste Maatschappijziekenfondsen. Toen het hoofdbestuur dit toch doorzette, stapten ze in 1933 en bloc uit de NMG.⁸³

De eerste zorg van gemeente en armvoogdij gold voorlopig de gevolgen van de economische crisis. Werklozen konden hun eigen doktersrekening of de premies van het doktersfonds en de vereniging voor ziekenhuisverpleging niet meer betalen. In Roordahuizum ging het om enkele tientallen personen en, ondanks het toenemend gebruik dat van de medische armenzorg werd gemaakt, aarzelde de armvoogdij om de premies voor deze groep gezinnen te gaan betalen. Aangezien men in een eerder stadium zo sterk op het lidmaatschap van de vereniging voor ziekenhuisverpleging had aangedrongen en omdat het al in de jaren twintig gewoonte was geworden om de premies te betalen van leden die dat niet meer konden, kon men hier nu echter niet omheen. Vanaf januari 1933 betaalde de armvoogdij de helft en de kerkvoogdij en de diaconie ieder een kwart van de premies voor de werklozen.⁸⁴ In 1934 werd door de gemeente, in overleg met de artsen en de verenigingen voor ziekenhuisverpleging, een crisisregeling voor zowel de doktersfondsen als de verenigingen ingevoerd, waarbij de gemeente de helft en de fondsen en werklozen ieder een kwart van de premies moesten betalen.⁸⁵

Een andere crisismaatregel was de verlaging van de gemeentelijke subsidies. De belangrijkste slachtoffers in de gezondheidszorg waren de kruisverenigingen, die in 1932 nog f2375 hadden te verdelen, maar het in 1933 met f1330 moesten doen. De verlaging bleek echter al te drastisch en een jaar later werd het subsidie tot f1750 opgevoerd, waarvan de afdeling Roordahuizum f870 kreeg. Het subsidie aan het Volkssanatorium bleef onaangetast.⁸⁶

Tabel 5.2 Patiënten (pat.), verpleegdagen (vd.) en uitgaven aan ziekenhuiszorg voor rekening van de verenigingen voor ziekenhuisverpleging en de algemene armvoogdijen te Idaarderadeel, 1932-1936

Jaar	Verenigingen			Armvoogdijen		
	pat.	vd.	uitgaven	pat.	vd.	uitgaven
1932	?	?	4108.68	12	627	1785.70
1933	74	1442	4692.86	5	370	987.22
1934	82	1276	4345.86	6	344	747.18
1935	92	1814	5051.07	10	458	1144.99
1936	105	1625	4499.03	12	370	899.31

Bron: Rapport VNG Friesland, Bloemendaalse stelsel doos 41 nr. 26.2

De belangrijkste provinciale activiteit in de tweede helft van de jaren dertig betrof de ziekenhuisverpleging. De geneeskundig inspecteur Tuntler en de VNG Friesland deden een onderzoek naar het gebruik van en de uitgaven aan ziekenhuisverpleging in Friesland en deze bleken in de jaren dertig gewoon door te groeien. Het was op zich positief, dat meer mensen naar het ziekenhuis konden, maar volgens de auteurs van het betreffende rapport was de ontwikkeling ten dele toe te schrijven aan het gebrek aan controle bij ziekenhuisopname. De VNG Friesland richtte in 1938 de 'Stichting Ziekenhuiscontrole voor de Provincie Friesland' op. Idaarderadeel reageerde niet erg enthousiast. Uit de gegevens die de VNG Friesland had verzameld bleek, dat het aantal patiënten uit Idaarderadeel wel stevig toenam, maar het aantal verpleegdagen beduidend minder, terwijl de uitgaven daalden en reëel slechts matig stegen. Bovendien was inmiddels een eigen controlecommissie ingesteld, maar toch besloot men, zij het met de nodige aarzeling, in principe aan de provinciale controle deel te nemen.⁸⁷ De vereniging voor ziekenhuisverpleging in Roordahuizum bedankte echter.⁸⁸ Het aantal patiënten dat men naar de ziekenhuizen stuurde was inderdaad gestegen tot ongeveer 22 per jaar, maar het aantal verpleegdagen was eerder gedaald en de kosten waren gelijk gebleven.⁸⁹ Idaarderadeel stond niet alleen met haar terughoudendheid en de stichting zou nooit operationeel worden.⁹⁰

Conclusies Roordahuizum en Idaarderadeel

Kende Schiedam één van de meest zuivere varianten van het in de nationale hoofdstukken beschreven systeem van financiële toegankelijkheid, Roordahuizum en Idaarderadeel werden juist gekenmerkt door een geheel eigen systeem. Dit kan niet aan een sociaal-economische achterstand of een achterlijke sociale politiek worden toegeschreven, zoals bijvoorbeeld voor Limburg het geval was.⁹¹ Door het nederzettingenpatroon, de aanwezigheid van een voor plattelandsbegrippen vrij grote bovenlaag van boeren en notabelen en de beperkte inter- en intraprofessionele concurrentie kon de particuliere praktijk functioneren zonder dat deze ten koste van de geneeskundigen ging of de financiële toegankelijkheid van on- en minvermogenden te zeer beperkte. Dit had tot gevolg dat de verzekeringscultuur, die in Friesland in ruime mate aanwezig was, niet op de geneeskundige en farmaceutische zorg van toepassing was. Er was eerder sprake van een particuliere cultuur; vrijwel iedereen betaalde de doktersrekening zelf. Dat leidde er toe, dat men pas een beroep op geneeskundige zorg deed, wanneer dit echt nodig leek, hetgeen ongetwijfeld tot enige onderconsumptie leidde.

Derden waren nauwelijks bij de geneeskundige en farmaceutische zorg betrokken. Ziekenfondsen bestonden aanvankelijk niet en medische armenzorg was beperkt tot een kleine groep bedeeden. De artsen werden per verrichting betaald en aangezien het briefjessysteem in Roordahuizum in de praktijk een wassen neus bleek, bepaalden de artsen zelf wie gratis werd behandeld, wie in het doktersfonds werd opgenomen (wanbetalers en chronisch zieken) en wie de olopende particuliere tarieven moest betalen. Natuurlijk waren de armverzorgers bij tijd en wijle van mening, dat de artsen te hoge rekeningen indienden en men ondernam dan ook een poging om de uitgaven tot een vast salaris te beperken. Dat mislukte echter wegens eendrachtig verzet van de artsen en onenigheid aan de zijde van armvoogdij en diaconie. Op langere termijn bleek deze uitkomst overigens gunstiger voor de armvoogdij dan voor de artsen, aangezien de armoede afnam en er tot de jaren dertig nauwelijks van de medische armenzorg gebruik werd gemaakt. Wel bleek in Roordahuizum een vestigingspremie nodig om een arts blijvend aan het dorp te binden, maar er zijn geen aanwijzingen, dat de subsidiërende partijen zich ooit met de wijze waarop de arts praktijk voerde hebben bemoeid.

Tenslotte leidde de situatie er toe, dat de in Idaarderadeel gevestigde artsen weinig belangstelling hadden voor belangenbehartiging via de NMG en al helemaal niet voor de probleemdefiniëring en strategieën die in Amsterdam werden ontwikkeld. Deze waren maar al te vaak niet op de Friese situatie toegesneden.⁹² Het duidelijkste voorbeeld zijn de ziekenfondsen die in Friesland werden geïmporteerd, en in Idaarderadeel noch bij de geneeskundigen noch bij patiënten een voedingsbodem vonden. Armverzorgers en politici bemoeiden zich al helemaal niet met de fondsen. Ook niet wanneer men er, middels de crisisregeling, zijdelings bij betrokken raakte. Men betaalde de premies voor de doktersfondsen en de verenigingen voor ziekenhuisver-

pleging, omdat een goede werklozenzorg dit naar de mening van de lokale politici vereiste, en niet om het systeem van financiële toegankelijkheid te veranderen.

Dat lag bij incidentele duurdere verstrekkingen anders. Het is opvallend dat de hervormde diaconie zich wel uit de financiering van de huisartsenzorg terugtrok, maar niet uit de bekostiging van de duurdere verstrekkingen en zelfs, conflict of niet, met de armvoogdij bleef samenwerken. De door Marx geïnspireerde diaconie en kerkvoogdij volgden daarmee dezelfde lijn als hun verzuilende collega's elders en ruilden de blijvende bedeling van een kleine groep armlastigen in voor de verlening van incidentele en zo nodig dure zorg aan een veel groter deel van de bevolking. Al in de negentiende eeuw verstrekten de armvoogdij, de kerkvoogdij en de diaconie hulp in de huishouding en verpleging aan bedeeden, en betaalden gezamenlijk kunst- en hulpmiddelen. In de twintigste eeuw kwam daar de ziekenhuisverpleging bij.

De kosten van ziekentransport, ziekenhuisverpleging en de bijbehorende specialistische zorg waren hoog en de groep mensen die hiervoor bij de armbesturen zou kunnen aankloppen was groter dan in het geval van de huisartsenzorg. De particuliere cultuur wierp echter een forse drempel op. De neiging vanwege de armbesturen om de armenzorg zo veel mogelijk tot een kleine groep te beperken en de gewoonte van de bevolking om pas in het uiterste geval de hulp van de armvoogdijen in te roepen, leidden er toe dat het aantal mensen dat op kosten van de armbesturen naar een ziekenhuis werd gestuurd maar langzaam toenam.

Gezien de inkomensverdeling konden de contributies van de kruisverenigingen niet al te hoog zijn en in de eerste jaren van hun bestaan waren deze alleen in staat om verpleegmiddelen te verschaffen. Wijkverpleging kon alleen met behulp van overheidssubsidie worden georganiseerd en het duurde tot de politieke veranderingen rond 1910 voordat de gemeente hiertoe bereid was. Het zou vervolgens nog tien jaar duren aler de kruisverenigingen in de verschillende dorpen naar financiële behoefte werden gesubsidieerd. Die vergoeding werd onder meer gegeven in de hoop hiermee de trek naar het ziekenhuis op kosten van de armvoogdijen in te dammen. Wijkverpleging was een substituut voor ziekenhuisopname op sociale indicatie en kon, in samenwerking met de huisarts, opname voor relatief eenvoudige kunstbehandelingen voorkomen. Na de Eerste Wereldoorlog werden de curatieve mogelijkheden van het ziekenhuis echter zo groot, dat een toename van het aantal opnamen onvermijdelijk en zelfs wenselijk was. Tegelijkertijd stegen de kosten drastisch, waardoor steeds minder mensen in staat waren zelf hun ziekenhuisverpleging te betalen. De dam die de particuliere cultuur en de combinatie huisarts/wijkverpleegster in de ziekenhuisopname hadden gelegd, leidde er nu toe dat er te weinig mensen en dan nog vaak te laat in een ziekenhuis werden opgenomen.

De oprichting van de vereniging voor ziekenhuisverpleging was in de eerste plaats bedoeld om de uitgaven aan ziekenhuisverpleging van de gemeente en het armbestuur aan banden te leggen. Niettemin boorde de vereniging een grote latente vraag aan en moest in de eerste jaren van haar bestaan veel meer verpleegdagen vergoeden dan verwacht. De verenigingen in Roordahuizum, Warga en Wartena raakten in financi-

ele problemen en overheidssubsidiëring, naar model van de kruisverenigingen, lag voor de hand. Dit ketste echter af op de politieke reactie van de jaren twintig en op dorpstegenstellingen. De verenigingen konden niet anders dan de premies verhogen en dat bleek, dankzij de stijging van de reële inkomens, in de praktijk geen problemen op te leveren. Ook niet in de jaren dertig, al vereiste dat een bijdrage van de overheid in de vorm van de crisisregeling.

VI. Amsterdam

Halverwege het lokale en het nationale niveau

De keuze voor Amsterdam als te onderzoeken grote stad werd vooral ingegeven door de leidende rol die de hoofdstad aan het begin van de twintigste eeuw in de gezondheidszorg zou hebben vervuld als voorbeeld voor andere gemeenten en leidraad voor het nationale beleid. Deze veronderstelling dient tevens een waarschuwing te zijn. Zoals in hoofdstuk drie werd gesteld, is de aandacht voor de situatie in de grote steden in het algemeen en in Amsterdam in het bijzonder van zowel historici als tijdgenoten onevenredig groot geweest. Hierdoor is het belang van de ontwikkelingen die daar plaatsvonden misschien overschat. Het belang van deze lokale studie, zo dicht tegen het nationale niveau aan, is dan ook niet zozeer gelegen in de hier en daar onvermijdelijke herhaling van uitspraken uit de hoofdstukken één, twee en drie, maar vooral in de speurtocht naar het specifieke karakter van het Amsterdamse systeem en de vergelijking met beide andere onderzochte gemeenten.

Sociaal-economische ontwikkeling

De modernisering van de Amsterdamse economie viel grotendeels samen met een neergaande fase (1873-1895) van de lange conjunctuurgolf. De afnemende vraag bracht de tot dan toe aanwezige, sterk op de binnenlandse consumptie gerichte, industrie in grote moeilijkheden. Een aantal industrieën, zoals de bierbrouwerij en de suikerraffinage, ging op zoek naar nieuwe produktiemethoden en nieuwe markten en maakte aldus de overgang naar het industriële grootbedrijf.¹

Het economisch herstel vanaf het midden van de jaren negentig was echter vooral het resultaat van het feit dat “twee klassieke specialiteiten van Amsterdam, de koloniale handel en de financiële dienstverlening, als gevolg van de modernisering van de Nederlandse economie getransformeerd werden tot dynamische groeisectoren. Daaromheen groepeerde zich de Amsterdamse industrie, die in een aantal opzichten van de ‘leading sectors’, de commerciële en financiële dienstverlening, afhankelijk was”. Wagenaar spreekt in dit verband van het herstel van het koloniale cluster. Dit, omdat de opbloei van de koloniale handel van grote invloed op de groei en modernisering van de scheepvaart, de havenactiviteiten en belangrijke delen van de industrie was. Het waren de handelshuizen en scheepvaartmaatschappijen die aandrongen op modernisering en uitbreiding van de haven en andere infrastructurele werken. Bovendien namen ze deel in grote, aan hun activiteiten gelieerde bedrijven, zoals de ‘Amsterdamsche Droogdok Maatschappij’ en de machinefabriek ‘Werkspoor’.²

Daarnaast ontwikkelde Amsterdam zich tot het onbetwiste financiële centrum van Nederland. De modernisering van de nationale economie na 1895 resulteerde in snelle groei van en fundamentele wijzigingen in het geldverkeer. De snel groeiende financiële sectoren ondergingen een schaalvergroting en het Nederlandse bankwezen en de effectenhandel concentreerden zich grotendeels in Amsterdam. Opmerkelijk

genoeg gold dit niet voor het verzekeringsbedrijf. Het internationale verzekeringsweten concentreerde zich in Londen, terwijl de nationale verzekeringsmaatschappijen, waaronder een aantal die op commerciële basis ziekenfondsverzekeringen aanboden, over de grote steden waren verspreid.³

De kapitaalconcentratie en de concentratie van consumenten vormden de belangrijkste voordelen voor industriële vestiging in Amsterdam. De nadelen betroffen vooral het relatief hoge loonpeil en de hoge kosten van grond en gebouwen. Deze kenmerken leidden tot de voortdurende uitsortering van arbeidsintensieve en ruimte-extensieve bedrijven enerzijds, en de vestiging van kapitaalintensieve, innovatieve en technologisch geavanceerde bedrijven anderzijds.⁴ Aangezien het midden- en kleinbedrijf in Amsterdam een belangrijke positie bleef innemen, ontstond een duale industriële structuur met twee zeer verschillende industriële sectoren. Enerzijds de sector van de grote, kapitaalintensieve bedrijven, zoals de gemoderniseerde consumptiegoederenindustrie en de gereorganiseerde scheeps- en machinenuitvoerijheid. Deze grote bedrijven zagen kans hun afzetmarkt te domineren, werden veelal extern gefinancierd en betaalden hun arbeiders relatief hoge lonen. Anderzijds de sector van het midden- en kleinbedrijf, dat opereerde op markten waar moordende concurrentie heerste en veel lagere lonen werden betaald.⁵

Amsterdam bezat weliswaar veel industrie, maar werd geen zuivere industriestad. Door afkalving van de hogere inkomensgroepen en door de instroom van grote groepen on- en minvermogenden werd het wel een arbeidersstad. De afkalving van de hogere inkomensgroepen was vooral het gevolg van suburbanisatie; een proces dat in Amsterdam al vanaf 1870 op gang kwam. De verbetering van de transportfaciliteiten maakte het mogelijk dat meergegoeden het gebrek aan ruimte, de bijbehorende hoge woonlasten en vooral de Amsterdamse belastingdruk ontvluchtten door zich in de randgemeenten te vestigen. Dit betekende een forse financiële aderlating voor de stad, die maar ten dele werd gecompenseerd door de annexatie van een groot deel van de gemeente Nieuwer-Amstel in 1896 en een nog omvangrijker gebiedsuitbreiding in 1921, waarbij het grondgebied werd verviervoudigd. Een deel van de belastingparadijsjes, met name gelegen in Het Gooi, lagen buiten het bereik van de hoofdstedelijke expansiedrang.⁶

Ondanks suburbanisatie groeide de Amsterdamse bevolking van ongeveer 250.000 personen in de jaren zestig van de vorige eeuw tot ruim 500.000 bij de eeuwwisseling. Rond het begin van de Eerste Wereldoorlog werd de grens van 600.000 inwoners gepasseerd en aan de vooravond van de Tweede Wereldoorlog telde de stad 800.000 inwoners.⁷ De bevolkingsgroei was het resultaat van natuurlijke groei en van de instroom van grote groepen on- en minvermogenden. De migratie werd niet alleen ingegeven door de aantrekkingskracht van de grote stad, maar ook door de teruglopende behoefte aan arbeidskrachten in de agrarische gebieden van Nederland. Om die reden ging de instroom van mensen ook in tijden van economische problemen gewoon door en de groei van de Amsterdamse werkgelegenheid bleef voortdurend achter bij de bevolkingsgroei. In de loop van de twintigste eeuw werd dat

probleem nog groter, doordat de industriële ontwikkeling van de hoofdstad stagneerde. Kennelijk gingen de nadelen voor industriële vestiging steeds zwaarder wegen. Het percentage van de beroepsbevolking werkzaam in de industrie nam zelfs af, waar dat voor geheel Nederland bleef groeien. In de jaren dertig gingen complete bedrijfstakken verloren. Het bekendste voorbeeld was de diamantindustrie, die de concurrentie met het veel goedkopere Antwerpen niet meer aankon.⁸

Het was om deze redenen, dat de duale industriële structuur zich zeer geprononceerd vertaalde in een tweedeling van de arbeidsmarkt en de arbeidersbevolking. Er bestond een groep arbeiders die in vast dienstverband werkte en relatief hoge lonen verdiende. Deze groep werd wel groter en door de stijging van hun reële inkomen in de periode 1900-1930 kwam ook in Amsterdam de nadruk op den duur op de minvermogende arbeidersbevolking te liggen.⁹ Dat ging echter nooit zo ver als in de door het grootbedrijf gedomineerde zuivere industriestad Schiedam. Amsterdam kende een vaste, ook door tijdgenoten herkende kern van valide onvermogens, afkomstig uit de relatief grote groep losse arbeiders, die met enige regelmaat een beroep op de armenzorg moesten doen. In tijden van economische crisis bedreigde deze groep de positie van de beter geschoolde arbeider met min of meer vast werk. In de jaren tachtig en begin jaren negentig van de vorige eeuw vormde dit een aanleiding voor de activiteiten van vakbonden, sociale hervormers en radicale politici.¹⁰

Tabel 6.1 Inkomensverdeling Amsterdam in 1900, 1910, 1920 en 1930

Inkomen	1899/1900	1909/1910	1920/1921	1930/1931
belvv.*-1000	30908 (18.9)	67480 (36.3)	30112 (13.1)	46403 (16.9)
1000-1500	9062 (5.5)	15410 (8.3)	69550 (30.2)	58457 (21.3)
1500-2500	7360 (4.5)	9998 (5.4)	60554 (26.3)	94853 (34.6)
2500-5000	4851 (3.0)	5311 (2.9)	19397 (8.4)	33933 (12.4)
5000- +	3788 (2.3)	3808 (2.1)	16263 (7.1)	12704 (4.6)
Aanslagen	55969 (34.1)	102007 (55.4)	195876 (85.0)	246350 (89.9)
Onvermogensden +	108390 (65.9)	82034 (44.6)	34521 (15.0)	27739 (10.1)
Belastingplichtigen	164359 (100.0)	184041 (100.0)	230397 (100.0)	274089 (100.0)

Berekend naar: Gemeenteverlagen Amsterdam.

* Belastingvrije voet. Afgezien van kindertoeslagen lag deze in 1899/1900 en 1909/1910 op f600, in 1920/1921 op 700 en in 1930/1931 op f800.

Politiek en sociale zorg

Na de afkondiging van de Armenwet, in 1854, slaagde men er in de gemeente Amsterdam aanvankelijk in om de last van armenzorg grotendeels op de schouders van de tegenstribbelende kerkelijke armbesturen te leggen. Aan het begin van de jaren vijftig nam het stedelijk armbestuur, afhankelijk van de omstandigheden, 25 tot 40 procent van de bedeelde partijen voor zijn rekening. In de jaren zestig en zeventig bedroeg dat nooit veel meer dan 10 procent. Daarnaast poogden alle armbesturen in deze jaren van economische opleving om valide arbeidskrachten van bedeling uit te sluiten.¹¹ De malaise van de jaren tachtig en negentig boog beide ontwikkelingen echter om en dwong tot een herbezinning op het gemeentelijke beleid in het algemeen en ook op het armenzorgbeleid.

Aan het begin van de jaren negentig maakten de behoudende liberale bestuurders plaats voor een coalitie van radicalen en confessionelen. Deze coalitie steunde op de onvrede van de nieuwe kiezers uit de betere arbeiders- en de middenklassen, die het in deze crisisperiode moeilijker hadden dan voorheen en veel voelden voor naasting van particuliere nutsbedrijven en een wat gunstiger verdeling van de belastingdruk. De radicalen brachten, sneller dan de conservatief-liberalen wensten, het gemeentebestuur in overeenstemming met de eisen van de nieuwe tijd door de gemeentelijke overheid meer in dienst van de lokale gemeenschap te stellen. Toen rond de eeuwwisseling enkele principiële beslissingen waren genomen, zoals de naasting van de belangrijkste nutsmonopolies, verbetering van de arbeidsvoorwaarden van het gemeentepersoneel en het begin van een volkshuisvestings- en grondpolitiek, verdween het hervormingsgezinde elan echter uit de gemeentelijke politiek. Binnen radicale kring bestond onenigheid over de te volgen koers. De belangrijkste radicaal, M.W.F. Treub, werd zelfs weer lid van de Liberale Unie, terwijl lieden als C.V. Gerritsen op de ingeslagen weg wilden doorgaan door de overheidsbemoeiingen meer in dienst van de arbeidersbevolking te stellen.¹²

De radicale politici onderhielden nauwe banden met de moderne armverzorgers. De bekendste organisatie van de moderne armverzorgers, het al in 1872 opgerichte genootschap 'Liefdadigheid naar Vermogen', ontwikkelde zich gedurende de malaise van de jaren tachtig en negentig tot de drijvende kracht achter de ontwikkeling van de opvattingen over een moderne sociale zorg in Nederland. Het genootschap organiseerde congressen, publiceerde rapporten over het armenvraagstuk en was nauw betrokken bij de oprichting van het *Tijdschrift voor Armenzorg en Weldadigheid* (1900) en de 'Nederlandse Vereniging voor Armenzorg en Weldadigheid' (1908).¹³

Aan het begin van de jaren negentig stelde het radicale raadslid H. Muller voor om de Amsterdamse armenzorg te moderniseren, door invoering van dubbele bedeling en door inschakeling van de huisbezoekers van Liefdadigheid naar Vermogen. Deze voorstellen stuitten op weerstand van confessionele politici en het BA, maar in 1895 bereikte de radicaal-confessionele coalitie een compromis. Er werd dubbele bedeling ingevoerd en een begin gemaakt met huisbezoek. Het huisbezoek werd echter niet aan Liefdadigheid naar Vermogen opgedragen, maar aan enkele

honderden vrijwillige armbezoekers, die waren georganiseerd in particuliere verenigingen op confessionele basis. Deze beperkte reorganisatie leek vooral in het voordeel van de confessionele armbesturen. Ze konden hun uitkeringen laag houden, aangezien de overheid die nu aanvulde, en zelfs ongestraft bedeeden afstoten, omdat de band met de kerk via het huisbezoek alsnog bewaard bleef. Samenwerking tussen armbesturen was nog niet aan de orde en de uitkeringen werden niet verhoogd.¹⁴ Daarom legde Liefdadigheid naar Vermogen een centraal register van bedeeden aan en het genootschap speelde een belangrijke rol in de oprichting van de Amsterdamse 'Vereeniging van Armbesturen' (1900), die op termijn meer succes zou hebben dan de Schiedamse naamgenoot. Daar stond tegenover, dat de strikte controle bij aanvraag en de scherpe gedragsregels voor ondersteunden die Liefdadigheid naar Vermogen bij de eigen beperkte ondersteuning hanteerde, voor de verzorging van grote groepen armlastigen door het BA en de kerkelijke armbesturen voorlopig onwerkbaar waren.¹⁵

De overeenkomsten tussen de reacties van de Amsterdamse en Schiedamse armverzoekers op gelijksoortige ontwikkelingen is opvallend. Zolang de economie meewerkte, zag men in beide steden kans om de burgerlijke armenzorg en de ondersteuning van valide armen tot een minimum te beperken. De modernisering van de economie dwong echter tot aanpassingen, waarbij ten dele van de ideeën en organisatorische inspanningen van de moderne armverzoekers gebruik werd gemaakt. Daarnaast kwam het tot aparte initiatieven op het gebied van de werklozenzorg en de werkloosheidsbestrijding. Zo waren Amsterdamse werkgevers en werknemers al in de negentiende eeuw actief op het gebied van de arbeidsbemiddeling, hetgeen in 1898 uitmondde in de oprichting van een centrale arbeidsbeurs. Deze werd in 1908 omgezet in een gemeentelijke instelling, ongeveer gelijktijdig met de oprichting van een gemeentelijk werkloosheidsfonds. De Amsterdamse initiatieven op het gebied van de armen- en werklozenzorg zullen wat beter zijn aangeslagen dan in Schiedam, maar in beide gevallen schoten ze in de Eerste Wereldoorlog ruimschoots tekort en ook in Amsterdam moest het Steuncomité voorkomen dat de werklozen in de armenzorg terecht kwamen. Onder invloed van de activiteiten van het comité werden ook de armenzorguitkeringen in de loop van de oorlog verhoogd en genormeerd.¹⁶ Na de oorlog kwam het, onder sterk gewijzigde politieke omstandigheden, alsnog tot een fundamentele reorganisatie van de sociale zorg.

De Amsterdamse verpersoonlijking van het pragmatisch-socialisme op gemeentelijk niveau werd F.M. Wibaut. Na de verkiezingsoverwinning van 1913, waarbij de Amsterdamse SDAP 42 procent van de stemmen en 15 van de 45 raadszetels behaalde, werd hij als eerste sociaal-democratische wethouder in het college opgenomen. Een jaar later werd W.H. Vliegen aan het college toegevoegd. De SDAP-wethouders droegen een belangrijk deel van de verantwoordelijkheid voor het distributiebeleid in de Eerste Wereldoorlog. Gezien de gebrekkige resultaten van de distributie en de daarmee samenhangende schaarste, leverde dat niet de onverdeelde waardering van de bevolking op. Bij de eerste verkiezingen onder algemeen kiesrecht konden de

kiezers voor het eerst op communistische kandidaten stemmen en de SDAP haalde minder dan een derde van de stemmen.¹⁷

De naoorlogse samenstelling van de raad kende wat betreft de visie op de rol van de overheid ogenschijnlijk een tweedeling van sociaal-democraten (ongeveer een derde van de 45 zetels), communisten (ongeveer een zesde) en vrijzinnig-liberalen (2 tot 3 zetels) enerzijds en confessionelen (ongeveer een derde van de zetels, waarvan de helft voor de katholieke fractie) en behoudend liberalen (4 tot 5 zetels) anderzijds. Deze tweedeling, met wisselende meerderheden, is echter te simpel. Van daadwerkelijke samenwerking tussen communisten en sociaal-democraten was geen sprake, de VDB haakte af wanneer de overheidsinvloed al te nadrukkelijk leek te worden en de ARP en de katholieke fractie waren intern verdeeld. Aan het begin van de jaren twintig konden de sociaal-democraten, die wel een eenheid vormden, dank zij goede samenwerking met de VDB, de ARP en delen van de katholieke fractie, grote invloed uitoefenen. Dit vertaalde zich in de bezetting van drie van de zes wethouderszetels en ook in een zeer actief volkshuisvestingsbeleid, gunstige arbeidsvoorwaarden voor het gemeentepersoneel, een tot de wettelijk toegestane grenzen opgevoerde progressie in de inkomstenbelasting en drastische wijzigingen in de organisatie van de sociale zorg.¹⁸

Tabel 6.2 Uitgaven aan ondersteuning in geld en natura ten behoeve van armlastigen en werklozen in Amsterdam (in duizenden guldens), 1900-1940

Jaar	Overheid	Particulier initiatief	Totaal
1900	221 (25%)	648 (75%)	869
1905	326 (34)	646 (66)	972
1910	412 (39)	643 (61)	1055
1915	854 (50)	850 (50)	1704
1920	2190 (77)	638 (23)	2828
1925	4489 (81)	1097 (19)	5686
1930	5791 (85)	996 (15)	6786
1935	22990 (95)	1127 (5)	24117
1940	27188 (96)	1090 (4)	28278

Bronnen: *Armenzorg en maatschappelijk hulpbetoon te Amsterdam 1904-1920*; *Finantieele statistiek van het maatschappelijk hulpbetoon te Amsterdam 1921-1940*.

De discussies over de organisatie van de gemeentelijke sociale zorg duurden enkele jaren, maar uiteindelijk kreeg de reorganisatie per 1 januari 1927 zijn beslag. Een belangrijk aspect van de reorganisatie was de opheffing van het BA, dat werd vervangen door een gemeentelijke dienst: de 'Burgerlijke Instelling voor den Maatschappelijken Steun'. Het feitelijke administratieve werk en het onderzoek werd in het vervolg verricht door het onder de nieuwe dienst ressorterende 'Bureau voor Maatschappelijken Steun'. Tegen het einde van de jaren twintig waren hier ongeveer 250 ambtena-

ren werkzaam. Omdat men de burgerij bij de armenzorg betrokken wilde houden, en om ambtenaren uit te sparen, bleef men echter gebruik maken van de vrijwilligers van de liefdadigheidsverenigingen. Dit werd door de confessionele partijen toegejuicht, maar het baarde de sociaal-democraten en de vrijzinnig-democraten enige zorgen. Ze vertrouwden echter op de beslissende greep van de gemeentelijke dienst op de gang van zaken en richtten bovendien een eigen vereniging van moderne armverzorgers op.¹⁹ De uitvoering van de in 1920 ingevoerde Rijkssteunregeling voor werklozen was in handen van een aparte 'Commissie voor Steunverleening aan Crisiswerklozen'. Het rijk schroefde in de loop van de jaren twintig zowel het bereik van de regeling als de hoogte van de steunuitkeringen terug, zodat de gemeente een steeds groter deel van de lasten op zich moest nemen. In 1924 werden van de ruim 12.000 ingeschreven werklozen er ongeveer 2000 ondersteund in het kader van de Rijkssteunregeling en een gelijk aantal via het Bureau voor Maatschappelijken Steun.²⁰

In de tweede helft van de jaren twintig begon de polarisering in de hoofdstedelijke politiek ernstige vormen aan te nemen. Na de verkiezingen van 1927 culmineerde dit in een ernstig politiek conflict tussen de sociaal-democraten en het door C.P.M. Romme geleide burgerlijk blok. Het betrof een prestigeslag rond de vraag of de sociaal-democraten na het verlies van één raadszetel hun onevenredig grote aantal wethouderszetels konden behouden. Een kleine meerderheid steunde Romme in zijn opvatting dat de SDAP een wethouder moest inleveren, waarna de sociaal-democratische wethouders en bloc aftraden. Het nieuwe confessioneel-liberale college, steunend op een kleine meerderheid en geconfronteerd met de agressieve oppositie van ter zake kundige voormalig wethouders, was echter al te zwak. In 1929 keerden de drie SDAP-wethouders zonder problemen in het college terug. Om verdere ongelukken te voorkomen werd iets nieuws geïntroduceerd: het collegeprogramma. Het programma van 1929 was vooral een compromis tussen sociaal-democraten en katholieken, zij het dat het door de zwakke positie van de laatsten sterk door de eersten was beïnvloed. Het leek een veelbelovend nieuw instrument, maar het program boette door de crisis snel aan actualiteit in.²¹

De crisis bracht niet alleen de gemeente Amsterdam, maar ook de rijksoverheid in grote financiële problemen. De sanering van de gemeentefinanciën en de kortingen die het rijk via het nieuwe Gemeentefonds en de Rijkssteunregeling oplegde, maakten een einde aan het programcollege. Onder druk van de achterban ontweek de SDAP verantwoordelijkheid voor door de regering opgelegde bezuinigingen. Naar aanleiding van een door Den Haag afgedwongen loonsverlaging voor de gemeenteteambtenaren, traden de SDAP-wethouders in 1933 opnieuw af. Het liberaal-confessionele minderheidscollege dat hierna aantrad, volbracht de door Den Haag geregisseerde afbraak van het gemeentelijk beleid. Zo daalde het aantal ambtenaren van 23.000 tot 20.000, de totale korting op de salarissen bedroeg 20 tot 30 procent, de subsidies werden beperkt en het volkshuisvestingsbeleid kwam tot stilstand. Het pijnlijkste was

ren werkzaam. Omdat men de burgerij bij de armenzorg betrokken wilde houden, en om ambtenaren uit te sparen, bleef men echter gebruik maken van de vrijwilligers van de liefdadigheidsverenigingen. Dit werd door de confessionele partijen toegejuicht, maar het baarde de sociaal-democraten en de vrijzinnig-democraten enige zorgen. Ze vertrouwden echter op de beslissende greep van de gemeentelijke dienst op de gang van zaken en richtten bovendien een eigen vereniging van moderne armverzorger op.¹⁹ De uitvoering van de in 1920 ingevoerde Rijkssteunregeling voor werklozen was in handen van een aparte 'Commissie voor Steunverleening aan Crisiswerklozen'. Het rijk schroefde in de loop van de jaren twintig zowel het bereik van de regeling als de hoogte van de steunuitkeringen terug, zodat de gemeente een steeds groter deel van de lasten op zich moest nemen. In 1924 werden van de ruim 12.000 ingeschreven werklozen er ongeveer 2000 ondersteund in het kader van de Rijkssteunregeling en een gelijk aantal via het Bureau voor Maatschappelijken Steun.²⁰

In de tweede helft van de jaren twintig begon de polarisering in de hoofdstedelijke politiek ernstige vormen aan te nemen. Na de verkiezingen van 1927 culmineerde dit in een ernstig politiek conflict tussen de sociaal-democraten en het door C.P.M. Romme geleide burgerlijk blok. Het betrof een prestigeslag rond de vraag of de sociaal-democraten na het verlies van één raadszetel hun onevenredig grote aantal wethouderszetels konden behouden. Een kleine meerderheid steunde Romme in zijn opvatting dat de SDAP een wethouder moest inleveren, waarna de sociaal-democratische wethouders en bloc aftraden. Het nieuwe confessioneel-liberale college, steunend op een kleine meerderheid en geconfronteerd met de agressieve oppositie van ter zake kundige voormalig wethouders, was echter al te zwak. In 1929 keerden de drie SDAP-wethouders zonder problemen in het college terug. Om verdere ongelukken te voorkomen werd iets nieuws geïntroduceerd: het collegeprogramma. Het programma van 1929 was vooral een compromis tussen sociaal-democraten en katholieken, zij het dat het door de zwakke positie van de laatsten sterk door de eersten was beïnvloed. Het leek een veelbelovend nieuw instrument, maar het program boette door de crisis snel aan actualiteit in.²¹

De crisis bracht niet alleen de gemeente Amsterdam, maar ook de rijksoverheid in grote financiële problemen. De sanering van de gemeentefinanciën en de kortingen die het rijk via het nieuwe Gemeentefonds en de Rijkssteunregeling oplegde, maakten een einde aan het programcollege. Onder druk van de achterban ontweek de SDAP verantwoordelijkheid voor door de regering opgelegde bezuinigingen. Naar aanleiding van een door Den Haag afgedwongen loonsverlaging voor de gemeenteamttenaren, traden de SDAP-wethouders in 1933 opnieuw af. Het liberaal-confessionele minderheidscollege dat hierna aantrad, volbracht de door Den Haag geregisseerde afbraak van het gemeentelijk beleid. Zo daalde het aantal ambtenaren van 23.000 tot 20.000, de totale korting op de salarissen bedroeg 20 tot 30 procent, de subsidies werden beperkt en het volkshuisvestingsbeleid kwam tot stilstand. Het pijnlijkste was

nog, dat de bezuinigingen nauwelijks tot sanering van de gemeentefinanciën leidden, maar slechts de financiële problemen van de rijksoverheid verlichtten.²²

Het effect van het beleid van het college op de sociale zorg was minder groot. In het begin van de jaren dertig bleken de verschillen tussen de armen- en werklozenzorg die Amsterdam voorstond en hetgeen het rijk toe wilde staan relatief klein en in ieder geval niet zo groot als in Idaarderadeel het geval was. Toen het in 1934 tot de eerste forse ingreep in de Steunregeling kwam, was de gemeenteraad misschien wat feller in zijn afwijzing dan het nieuwe college, maar een actievere wethouder had, gezien de financiële onmacht van de gemeente Amsterdam en de bezuinigingsdrang in Den Haag, evenmin veel kunnen uitrichten. In ieder geval werd in juli 1934 de eerste steunverlaging doorgevoerd, met het Jordaanoproer als overbekend gevolg.²³

In 1935 beloonde de Amsterdamse bevolking het zittende college met een verkiezingsnederlaag. De CPH (Communistische Partij Holland) won drie zetels, de SDAP één en samen bezetten beide partijen nu genoeg zetels voor een absolute linkse meerderheid. Dat betekende natuurlijk niet dat de communisten tot het college konden toetreden, maar het betekende wel dat de SDAP voor vergaande plannen op de CPH kon terugvallen. Dat was ook nodig, want anders dan in 1929 herstelden de verhoudingen met de burgerlijke partijen zich na de terugkeer van de sociaaldemocratische wethouders in het college niet. Bovendien kregen de wethouders bij hun pogingen om het volkshuisvestingsbeleid te hervatten en openbare werken te doen uitvoeren te maken met tegenwerking uit Den Haag, obstructie van het ambtenarenapparaat en uiteindelijk met een door de NSB en De Telegraaf geregisseerde lastercampagne tegen de verantwoordelijke joodse wethouder Rodrigues de Miranda.

Desondanks nam het werkverschaffings- en werkverruimingsbeleid in de tweede helft van de jaren dertig serieuze vormen aan. Amsterdam maakte al sinds 1928 gebruik van de rijkswerkverschaffingskampen in het Noorden van het land, maar veel meer dan 1000 werklozen werden daar jaarlijks nooit naar toegestuurd. In 1934 en 1935 werden eigen, gemeentelijke werkverschaffingsplannen ontwikkeld waar De Miranda dankbaar op kon voortbouwen. In de tweede helft van de jaren dertig werden jaarlijks ruim 6000 werklozen enige weken tewerkgesteld in projecten als de aanleg van het Amsterdamse Bos. Dat was nog altijd een kleine minderheid van de werklozen en door de beperkte perioden van tewerkstelling was het positieve effect op het inkomen van de werklozen beperkt. Was werkverschaffing in Idaarderadeel een serieus alternatief voor een normale arbeidsplaats, in Amsterdam diende het vooral om de werkwillegheid van de werklozen te toetsen.²⁴

De werkloosheid was in Amsterdam, nog meer dan in Nederland als geheel, een structureel probleem. In 1929 was het laagste niveau bereikt en over dat jaar stonden gemiddeld nog altijd 10.000 werklozen bij de arbeidsbeurs ingeschreven. Dit cijfer steeg daarna pijlsnel naar een gemiddelde van 45.000 in 1933 en 58.000 in 1936. Dat gebeurde in andere gemeenten ook, maar in Schiedam en Idaarderadeel nam de werkloosheid in de tweede helft van de jaren dertig tenminste nog substantieel af.

In Amsterdam daalde ze tergend langzaam en aan de vooravond van de Tweede Wereldoorlog waren er nog altijd 40.000 mensen officieel werkloos, waarvan een groot deel langdurig. Bovendien gingen de levensomstandigheden van deze mensen er niet op vooruit. Dit betrof niet alleen de materiële omstandigheden, hoewel die door de duur van de werkloosheid, door de beperkingen die inherent waren aan de Steunregeling en diverse steunverlagingen in 1935 en 1936 beslist slechter waren geworden. De Rooy benadrukt vooral de mentale effecten zowel van de uitzichtloze situatie waarin de langdurig werklozen zich bevonden, als van de bejegening door de samenleving in het algemeen en het overbelaste en daarom sterk verzakelijkte Bureau voor Maatschappelijken Steun in het bijzonder.²⁵

Tijdens de verkiezingen van 1939 verloor links de meerderheid en deed de NSB zijn intrede in de raad. De begrotingen over 1937, 1938 en 1939 werden nooit door Den Haag goedgekeurd en het laatste kabinet-Colijn bereidde waarschijnlijk een directe ingreep voor. De val van het kabinet voorkwam dit echter en het kabinet-De Geer maakte een einde aan de financiële oorlog tussen Amsterdam en het rijk. De gemeente werd, met instemming van het bestuur, onder financiële curatele geplaatst.²⁶

Modernisering van de medische armenzorg en het ziekenfondswezen, 1850-1920

De negentiende eeuw: de eerste reorganisatie van de geneeskundige dienst

De in hoofdstuk twee opgesomde klachten over de medische armenzorg en de ziekenfondsen waren voor een belangrijk deel afkomstig uit Amsterdamse bron en zullen hier dan ook niet worden herhaald. Van belang is dat rond 1850 ongeveer 60.000 tot 70.000 mensen waren aangewezen op de geneeskundige armenzorg, gelijkelijk verdeeld over de medische diensten van het algemene armbestuur enerzijds en de kerkelijke armbesturen anderzijds.²⁷ Een bijna gelijk aantal mensen, ongeveer 60.000, was verzekerd bij één van de ruim 70 ziekenfondsen, die gezamenlijk niet meer dan enkele tientallen geneeskundigen in dienst hadden. Aangezien nog enkele duizenden in weeshuizen en andere verplegende instellingen opgenomen mensen eveneens gratis geneeskundige hulp ontvingen, bestreek de particuliere praktijk niet meer dan 30 tot 40 procent van de bevolking. En dat in een stad waar ongeveer één geneeskundige per 800 inwoners aanwezig was. De geneeskundigendichtheid werd in de loop van de negentiende eeuw weliswaar gehalveerd door het teruglopend aantal geneeskundigen en vooral door de bevolkingsgroei (bijlage A). Van een serieus tekort kon echter nooit worden gesproken, van verlichting van de competitie evenmin.²⁸ Het zal dan ook niet verbazen, dat de afdeling Amsterdam van de NMG, beter bekend als de 'Geneeskundige Kring', zich intensief met de medische armenzorg en de ziekenfondsen inliet.

In de jaren vijftig werd op initiatief van de hygiënist J.P. Heye een reorganisatie van de gemeentelijke geneeskundige armenzorg doorgevoerd. Het beoogde in grote

lijnen: verdere scheiding van de door de gemeente en de kerkelijke armbesturen te leveren medische zorg; uitbreiding van de gemeentelijke voorzieningen; vermeerdering van personeel en verhoging van de salarissen; en betere controle op armlastigheid en op de noodzaak van ziekenhuisopname. Met name de uitbreiding van de verantwoordelijkheid van de kerkelijke armbesturen stuitte op verzet, maar het pakket werd met een kleine meerderheid in zijn geheel door de raad aangenomen. In de hierop volgende jaren kwamen er weliswaar wat voorzieningen bij en werden de salarissen verhoogd, maar dat betrof in feite minimale aanpassingen aan de eisen die de omvang van het sinds de jaren veertig groeiende leger armlastigen stelde. Volgens Verdoorn ontbrak "de geestelijke verandering, zowel in medische als in bestuurlijke kringen, die de nieuwe organisatie tot leven zou moeten brengen".²⁹ Dat bleek toen de armoede in de jaren zestig begon af te nemen en men weinig aanleiding meer zag om de genomen maatregelen nog langer te effectueren. Het bleek vooral uit het feit, dat de klachten over het functioneren van de medische armenzorg tot en met het einde van de eeuw zonder al te veel variatie werden herhaald.

Ook de overdracht van de medische armenzorg naar de kerkelijke armbesturen werd, in tegenstelling tot de overdracht van de bedeling, geen succes. Daar stond tegenover, dat het afstoten van de medische zorg door de kerkelijke armbesturen trager verliep dan in de andere grote steden. De nadruk kwam in de loop van de negentiende eeuw wel op het BA te liggen, maar dat kwam niet zozeer doordat kerkelijke armbesturen de medische activiteiten geheel beëindigden. Gebeurde dat wel, zoals bij het katholieke ambestuur het geval was, dan was het BA alleen tegen betaling van een jaarlijkse vergoeding bereid de medische zorg over te nemen. Eerder beperkten de kerkelijke armbesturen het bereik van hun zorg, bijvoorbeeld tot bejaarden. Bovendien nam de gemeente de duurdere verstrekkingen, zoals poliklinische zorg, voor haar rekening. In 1890 gaf het BA dan ook f121.000 uit aan geneeskundige hulp buiten ziekenhuizen, terwijl de kerkelijke instellingen hier ongeveer f35.000 aan besteedden. De verstrekking van eenvoudige geneeskundige en farmaceutische hulp aan groepen armlastigen door de hervormde diaconie, de israëlitische armbesturen en een handvol kleinere diaconieën werd pas in het eerste decennium van de twintigste eeuw, na de tweede reorganisatie van de GGD, beëindigd.³⁰

Al in 1893 was de gemeentelijke medische armenzorg aan het toezicht van het BA onttrokken en bij een Gemeentelijke Geneeskundige Dienst ondergebracht. De dienst werd onder beheer van een commissie van toezicht gesteld, bestaande uit zes artsen en een apotheker. In de organisatie veranderde verder bijzonder weinig. Amsterdam was in de jaren negentig ingedeeld in een twintigtal geneeskundige wijken, verdeeld over zes en later zeven groepen. In iedere wijk prakticeerde tenminste één gemeentegeneeskundige en een vroedvrouw, terwijl aan iedere groep van wijken een polikliniek was verbonden. Een weidse benaming voor het gebouwde waar een heilkundige en een verloskundige prakticeerden en dat dienst deed als zittinglokaal voor de geneeskundigen. Het medisch personeel had een part-time aanstelling tegen een vast salaris van f600 voor de genees- en heilkundigen en f400 voor de verloskundigen, terwijl de vroedvrouwen f150 voor de eerste 50 verlossingen

kregen. Het was de bedoeling dat de apotheek van het Binnengasthuis de medicijnen leverde, maar door de uitbouw van de stad werd inmiddels twee derde van de recepten door drie aangewezen apothekers gereed gemaakt. Een lucratieve zaak, aangezien de apothekers per recept werden betaald. Verder waren er specialistische armenpoliklinieken voor orthopedie, venerische ziekten, huidziekten, oogziekten, oorziekten, keelziekten en tandheelkunde. De poliklinieken stonden tevens in dienst van het onderwijs en waren meestal bij één van de gasthuizen ondergebracht.³¹

Het recht op gratis geneeskundige hulp werd door de 'Commissie voor de Huiszittende Armen, het Weduwenhof en de Armenhuizen' van het BA toegekend en in het kader van de beperkte reorganisatie van de armenzorg was men in de jaren negentig nauwkeuriger op armlastigheid gaan controleren. Het merendeel van de geneeskundig bedeeden was in het bezit van een doorlopend bewijs, de zogenaamde boekjes A, waarmee een patiënt zich zonder omhaal bij de wijkarts kon melden. Door strengere controle bij aanvraag – in 1900 werden 580 van de 1277 nieuwe aanvragen afgewezen – en door regelmatige controle van diegenen die in het bezit waren van een doorlopend bewijs, daalde het aantal in omloop zijnde boekjes A regelmatig van 16.590 (72.492 personen) in 1893 tot 11.192 (49.084 personen) in 1902. De norm die hierbij werd gehanteerd was een inkomen van f10 voor een klein gezin, daarboven werd men geacht een ziekenfondspremie te kunnen betalen. Het feit dat men niemand kon dwingen om zich bij een ziekenfonds aan te sluiten vormde vanzelfsprekend de zwakke schakel, temeer daar geneeskundige hulp veel moeilijker was te weigeren dan bedeling. Vooral onder de constante stroom migranten waren er velen die niet gewend waren om lid van een ziekenfonds te worden en het aantal tijdelijke bewijzen dat jaarlijks werd verstrekt, steeg van 8147 in 1893 tot 13.651 in 1902 (bijlage B.7).³²

De gehanteerde norm was gebaseerd op de premies van het 'Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam' (AZA). Het AZA was in 1846 door geneeskundigen en apothekers opgericht uit onvrede met de beperkte toelating van medewerkers tot de bestaande ziekenfondsen. Het AZA kende dan ook vrije geneeskundigen- en apothekerskeuze en bovendien het zogenaamde exclusivisme; geneeskundigen en apothekers die aan AZA deelnamen, mochten niet voor een ander ziekenfonds werken.³³ Het ziekenfondswezen was sinds het midden van de negentiende eeuw drastisch gesaneerd. Naast het AZA (83.050 verzekerden in 1898) bestonden er twee nog jonge onderlinge fondsen van het moderne, sterk aan de vakbonden gelieerde type: het 'Algemeen Onderling Ziekenfonds: Door en Voor Werklieden' (AOZ, opgericht in 1877, 13.770 verzekerden in 1898) en de 'Algemene Amsterdamse Vereeniging voor Genees-, Heel- en Verloskundige Hulp Ziekenzorg' (opgericht in 1895, 6769 verzekerden in 1898). Beide fondsen kenden een vrij democratische structuur, waarbij de algemene ledenvergadering officieel het hoogste orgaan was. Ziekenzorg wilde daarnaast de particuliere praktijk zo veel mogelijk benaderen en vergoedde de gemaakte kosten aan de leden op basis van betaling per verrichting. Die leden waren overigens gemiddeld welgestelder dan bij de andere fondsen het geval was. Het oerwoud van commerciële fondsen was gereduceerd tot een tiental veel grotere

fondsen (gezamenlijk ruim 100.000 verzekerden in 1898), die vaak filialen waren van nationaal opererende ziekenfondsen, zoals het 'Algemeen Rotterdamsch Ziekenfonds', of onderdeel van een groter verzekeringsconcern, zoals 'Victoria' en 'De Nederlanden'.³⁴

De fondsen verstrekten de gebruikelijke hulp van huisartsen en apothekers, betaalden kraamgeld, vergoedden een maandkaart voor het oogziekenhuis en verstrekten een minimum aan kunst- en hulpmiddelen. Bij sommige fondsen was die laatste verstrekking wel heel minimaal, terwijl alleen AZA beperkte tandheelkundige en vooral specialistische hulp verstreekte. Dat kon ook niet anders, want vrijwel alle Amsterdamse specialisten waren in 1898 nog buitengewoon lid van AZA. Dat betekende dat ze hun diensten zonder vergoeding aan het fonds aanboden en tevens aan het exclusivisme onderhevig waren. AZA was dan ook het enige fonds dat mensen wier gemeentelijk consent was ingetrokken, tegen betaling van een premie dezelfde zorg kon leveren die ze vroeger gratis kregen.³⁵

De balans tussen medische armenzorg en ziekenfondsverzekering was rond de eeuwwisseling enigszins ten gunste van het ziekenfondswezen verschoven. 22 procent van de Amsterdamse bevolking ontving gratis geneeskundige en farmaceutische zorg van het BA, een kerkelijk armbestuur of als bewoner van een of andere verplegende instelling. Bijna 42 procent was bij een ziekenfonds verzekerd. Daarin zat enige overlap, maar deze werd door de maatregelen van het BA kleiner. De particuliere praktijk besloeg nog ongeveer 35 procent van de bevolking.³⁶

1900-1920: de tweede reorganisatie van de GGD en de ziekenfondsstrijd

In de loop van de jaren negentig groeide de onvrede met het functioneren van de geneeskundige dienst, met name in links-liberale kring. De kritiek bevatte twee elementen. In de eerste plaats de gebrekkige dienstverlening door de matig betaalde en overbelaste wijkgeneeskundigen, die te vaak hun particuliere of ziekenfondspraktijk voor lieten gaan. Patiënten moesten lang wachten in overbevolkte zittinglokalen en werden niet nauwkeurig onderzocht, de geneesheren schreven te gemakkelijk medicijnen en hulpmiddelen voor en legden onvoldoende huisbezoeken af. De commissie van toezicht trad nauwelijks corrigerend op. Dat werd toegeschreven aan het feit dat deze in grote meerderheid uit artsen bestond, die de onafhankelijkheid van hun collega's niet wensten aan te tasten. In de tweede plaats was er onvoldoende controle op de opname en de verblijfsduur van patiënten die geheel of gedeeltelijk voor rekening van de gemeente in een particulier ziekenhuis werden opgenomen. In 1900 stelde C.V. Gerritsen, sinds 1899 Wethouder voor het Armwezen, dan ook voor om een inspecteur voor de controle op de opname in particuliere ziekenhuizen te benoemen; een inspecteur die tevens een grondige reorganisatie van de geneeskundige dienst moest voorbereiden en daarom al snel als directeur werd aangeduid.³⁷

Het verzet tegen deze maatregelen kwam uit confessionele hoek, waar men niets zag in beperking van het aantal verpleegdagen in de particuliere ziekenhuizen, en vooral uit medische kringen, waar de plannen tot grote beroering leidden. Men erkende dat er problemen waren, maar die waren te wijten aan onvoldoende perso-

neel en te lage salarissen en konden niet door verambtelijking worden opgelost. Spreekbuis in de gemeenteraad van de medici werd de oogarts N.M. Josephus Jitta. Op grond van zijn lidmaatschap van het Congres voor Openbare Gezondheidsregeling kan hij bij de radicaal-geneeskundigen worden ingedeeld, maar op grond van zijn lidmaatschap van de Liberale Unie moet hij tenminste tot de behoudende vleugel worden gerekend.³⁸ In ieder geval leidde hij het verzet tegen het voorstel van Gerritsen, dat echter met ruime meerderheid door de raad werd aangenomen.³⁹ Hierna poogden de Amsterdamse geneeskundigen de reorganisatie te frustreren door de nieuwe functie te boycotten. Het onbedoelde effect was dat alleen de meer radicale geneeskundigen solliciteerden, zodat het voor Gerritsen gemakkelijker werd een geestverwant aan te stellen. Niemand minder dan Menno Huizinga, met zijn uitgesproken ideeën over de inrichting van de gemeentelijke gezondheidszorg, werd de eerste directeur van de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst.⁴⁰

Menno Huizinga presenteerde binnen enkele maanden zijn plannen. Voor hem was geneeskundige armenzorg niet alleen curatieve geneeskundige zorg, maar een soort totaalzorg, die niet alleen rekening hield met de lichamelijke aandoeningen van de patiënten, maar ook met de levensomstandigheden en de mentale gesteldheid die nu eenmaal met armoede samenhangen. Vandaar dat er zoveel nadruk op het belang van huisbezoeken werd gelegd. Hij wilde de geneeskundige zorg van de GGD langs twee wegen verbeteren. Enerzijds door meer hiërarchie en controle in de organisatie te brengen. De stad moest in zeven geneeskundige wijken worden ingedeeld en de verantwoordelijkheid voor de geneeskundige zorg lag bij een wijkgeneeskundige, die op zijn beurt verantwoording aan de directeur of zijn plaatsvervanger aflegde. Anderzijds kregen de gemeentegeneeskundigen meer middelen tot hun beschikking. Ze zouden hun tijd geheel aan de GGD moeten wijden en dat betekende een vrijwel volledig verbod op de uitoefening van de ziekenfonds- of de particuliere praktijk, maar ook een ruim salaris. Daarnaast moest nog een tweetal artsen onder gelijke condities in dienst worden genomen voor plaatsvervangende en voor taken die buiten de normale zorg vielen, zoals de doodschouw en de geneeskundige controle en keuring van gemeenteambtenaren. Verder zouden ongeveer 20 artsen de status van toegelaten arts moeten krijgen, die de gemeentegeneeskundigen waar nodig moesten bijstaan. Menno Huizinga had zijn opvattingen niet helemaal in praktijk kunnen brengen, zoals blijkt uit het feit dat de heelkundige dienst in de oude vorm bleef bestaan, terwijl de verloskundige dienst door de toegelaten artsen en een aantal toegelaten vroedvrouwen moest worden waargenomen. Tenslotte moesten de gemeentegeneeskundigen de beschikking krijgen over een aantal wijkverpleegsters. Daarnaast presenteerde Menno Huizinga een plan voor de oprichting van een gemeentelijk ziekenfonds, bedoeld voor diegenen die krachtens hun dienstbetrekking recht op vrije geneeskundige hulp hadden, zoals het politiepersoneel, en lieden die wat koopkracht betrof ergens tussen on- en minvermogenen zweefden. Tegen lage premies zou men vrije keuze tussen de toegelaten artsen hebben.⁴¹

De Geneeskundige Kring diende prompt een alternatief plan in. Men wilde de oude situatie in grote lijnen handhaven en slechts het aantal gemeenteartsen verdub-

belen en een wijkverpleging instellen. Een aanstelling als half- of vol-ambtenaar werd van de hand gewezen. De Geneeskundige Kring was er in meerderheid van overtuigd dat het deprimerende karakter van de armenpraktijk en het ambtenaarschap er wel toe moesten leiden, dat de arts die volledig op de armenpraktijk was aangewezen vrij snel een "slecht en onbruikbaar medicus" zou worden. Voorstanders van de reorganisatie meenden, dat de huidige gemeentegeneeskundigen ook niet altijd even bruikbaar waren gebleken en dat het gemakkelijker zou zijn om zeven geneeskundigen van het juiste gehalte te vinden dan de 44 die volgens de plannen van de Kring nodig waren.⁴²

De plannen, beide opgesteld en in de raad verdedigd door lieden in wier oordeel men vertrouwen zou kunnen hebben, liepen zo sterk uiteen, dat de raadsleden geen gemakkelijke beslissing wachtte. Het bood Josephus Jitta de mogelijkheid om de tactische fout, die de boycot van de functie van directeur was geweest, ten dele te herstellen. Op zijn voorstel werd het vraagstuk nog maar eens aan een raadscommissie ad hoc voorgelegd, waarmee de tegenstanders alsnog een kans kregen om de plannen te beïnvloeden.⁴³

In de commissie werden de twee voornaamste tegenstanders van de reorganisatie, Josephus Jitta en W.S.J. Van Waterschoot van der Gracht, opgenomen, maar de voorstanders, J. Bruinwold Riedel, A. Harmsen en Gerritsen, vormden een kleine meerderheid. Aan de kern van het plan werd dan ook niet getornd, maar wel werden op verschillende punten compromissen tussen Menno Huizinga en Josephus Jitta gesloten. Josephus Jitta had zich inmiddels neergelegd bij de vorming van zeven of acht wijken, maar pleitte voor de aanstelling van twee gelijkwaardige geneeskundigen in iedere wijk die daardoor nog enige tijd zouden overhouden voor de uitoefening van een particuliere praktijk. Menno Huizinga had het systeem van toegelaten artsen losgelaten, maar wilde de hiërarchie in ieder geval bewaren. Daarom stelde hij voor om naast de eerste wijkgeneeskundige, die tegen een ruim salaris en met verbod op uitoefening van de ziekenfondspraktijk de verantwoordelijkheid droeg, één of meer tweede geneesheren tegen een lager salaris aan te stellen. Men vond zich in een vrijblijvende compromistekst die stelde "dat er in elke afdeling twee geneesheren zullen zijn, die samen op het spreekuur komen en van wien de eene voor de geheele dienst verantwoordelijk is, terwijl de andere voor de geneeskundige behandeling geheel zelfstandig zal werken". De eerste geneesheer moest f3000 tot f4000 krijgen, de tweede geneesheer f1500 tot f2500.⁴⁴ Bovendien wilde Josephus Jitta een commissie van toezicht bestaande uit een aantal geneeskundigen, maar de commissie besloot de raad te adviseren een gewone raadscommissie te installeren.⁴⁵ Echt bakzeil moest Menno Huizinga slechts halen bij de beslissing om in iedere wijk slechts één gemeentelijke verpleegster aan te stellen en voor de overige werkzaamheden contracten met de particuliere wijkverpleging af te sluiten.⁴⁶ Verder adviseerde de commissie om twee of drie vroedvrouwen per wijk aan te stellen tegen een salaris van f200 en f4 voor iedere verlossing boven het aantal van 50. Voor de levering van de medicijnen wilde men in iedere wijk een overeenkomst met een aantal apothekers afsluiten.⁴⁷ Het zal duidelijk zijn dat Josephus Jitta weliswaar enkele beperkte compromissen

loskreeg, waaronder nog een proeftijd van vijf jaar voor de nieuwe GGD, maar dat de commissie voor de voorstanders van de reorganisatie veel nuttiger was, omdat Josephus Jitta zich aan de conclusies had gebonden.

Dat gold vanzelfsprekend niet voor alle tegenstanders van reorganisatie in de raad en zeker niet voor de Amsterdamse artsen. De behandeling van het rapport van de commissie en de bijbehorende amendementen en adressen strekte zich uit over een viertal uitputtende raadsvergaderingen in juni 1902. In een adres liet ook de afdeling Amsterdam van de NMP van zich horen. De apothekers wilden dat er zo veel mogelijk van hen aan de GGD konden gaan leveren. De kaarten waren echter geschud en uiteindelijk werden de voorstellen van de commissie vrijwel onveranderd aanvaard. De nieuwe GGD zou 1 januari 1903 gaan functioneren.⁴⁸ Slechts vier van de oude gemeentegeneeskundigen bleven aan de dienst verbonden, maar daar stond tegenover dat men, ondanks een negatief advies van de NMG en een maximale leeftijd van 35 jaar, voor de invulling van de overige posities uit niet minder dan 90 sollicitanten kon kiezen.⁴⁹ Gerritsen had zijn doel bereikt, maar ten koste van zijn wethouderszetel en, volgens Aletta Jacobs, ook zijn gezondheid.⁵⁰

In 1903 en 1904 werd onder Menno Huizinga een begin met de uitvoering van de plannen gemaakt. Zo werden de zittinglokalen gerenoveerd of zelfs geheel nieuw opgetrokken, er werden wijkverpleegsters in dienst genomen en contracten met de particuliere verenigingen voor wijkverpleging afgesloten. Verder kwam er een werkplaats waar orthopedische instrumenten werden vervaardigd; dit vanwege de slechte ervaringen met particuliere leveranciers van kunstledematen e.d.⁵¹ Op den duur verloor Menno Huizinga echter het initiatief. Het is moeilijk in te schatten of dit het gevolg was van de politieke veranderingen, in 1905 werd Josephus Jitta zelfs Wethouder van Armenzorg en Volksgezondheid, of van het feit dat Menno Huizinga over beperkte leidinggevende capaciteiten leek te beschikken.

Zo duurde het jaren voordat de toegezegde EHBO en het van het BA overgenomen ziekentransport op een aanvaardbaar peil waren gebracht.⁵² Het begin en de uitbreiding van de schoolartsenzorg vanaf 1906 waren het resultaat van een politieke beslissing. De schoolartsen rapporteerden over de vele aandoeningen die onder de Amsterdamse jeugd heersten en dat leidde bijna vanzelf tot uitbreiding van de curatieve activiteiten van de dienst over terreinen waar gewone huisartsen zich zelden begaven en vooral over de kinderen van de minvermogende bevolking. Voorbeelden zijn de uitbreiding van de capaciteit van de Favus-poliklinieken, spraakonderwijs, speciaal gymnastiekonderwijs en schoolverpleging.⁵³ Het begin van een zuigelingen-zorg in de twee armste wijken (1904) was te danken aan de persoonlijke interesse van de betreffende gemeentegeneeskundigen.⁵⁴ Tenslotte ontwierp Josephus Jitta, tevens bestuurslid van AZA en prominent lid van de Geneeskundige Kring, een regeling voor de armenpoliklinieken. Voorheen werd het bezoek van ziekenfondsleden oogluikend toegestaan, maar onder de door Josephus Jitta ontworpen regeling werden de mogelijkheden voor niet geneeskundig bededen om van de stads-

poliklinieken gebruik te maken, ingeperkt tot diegenen die door hun huisarts werden verwezen en patiënten die in het belang van het onderwijs werden behandeld.⁵⁵

Het belangrijkste effect van de situatie was dat het gezag van Menno Huizinga werd ondermijnd, waardoor er van de door hem zo geroemde hiërarchie niet veel terecht kwam. Hij had weinig contact met zijn gemeentegeneeskundigen en kon niet voorkomen, dat de werkzaamheden van eerste en tweede geneeskundigen steeds meer op elkaar gingen lijken, dat de salarissen naar elkaar toe werden getrokken en dat de tijdelijke benoemingen werden omgezet in vaste aanstellingen.⁵⁶ Daar stond tegenover, dat de taak van de gemeentegeneeskundigen was verzwaaard door de opheffing van de functies van heelkundige en verloskundige in 1907 en door de werkzaamheden die samenhangen met de uitbreiding van de zuigelingenverzorging over de gehele onvermogene bevolking.⁵⁷ Menno Huizinga werd uiteindelijk in 1912 met vervroegd pensioen gestuurd. Het is moeilijk in te schatten of de aanleiding werd gevormd door zijn gezondheidstoestand, hij stierf nog geen jaar later, of door de anarchie die er in de orthopedische werkplaats heerste. Enkele medewerkers van de werkplaats 'leenden' uit de kas, er werd op grote schaal verzuimd en het personeel had eigenmachtig de negenurige werkdag ingevoerd.⁵⁸

Menno Huizinga werd opgevolgd door Neerlands autoriteit op het gebied van het ziekenhuiswezen, J.L.C. Wortman. Dit tot ongenoegen van de gemeenteartsen, die liever een interne benoeming hadden gezien. Om in het vervolg meer invloed uit te kunnen oefenen richtten zij hierop de 'Vereeniging van Amsterdamsche Gemeentegeneeskundigen' op. De keuze voor Wortman was voornamelijk ingegeven door de alles overheersende ziekenhuisproblematiek. Het initiatief op het terrein van de extramurale zorg bleef daarmee aan de politiek en daar speelden zich rond de Eerste Wereldoorlog aanzienlijke veranderingen af.

In de jaren voor de oorlog drong een aantal sociaal-democraten in de commissie van bijstand door, maar de voornaamste vertegenwoordiger van links werd de vrijzinnig-democratische arts E.J. Abrahams. Hij bestookte Josephus Jitta met een stroom voorstellen en in korte tijd waren de verhoudingen tussen de wethouder en de commissie grondig bedorven. Ter linkerzijde was men van mening dat de GGD zich te veel beperkte tot de curatieve noden van de onvermogene bevolking en te weinig werd gebruikt als instrument ter bevordering van de volksgezondheid. Op voorstel van Abrahams werd de GGD-commissie in 1914 samengevoegd met de commissie van bijstand voor de Gemeentelijke Gezondheidsdienst tot een nieuwe raadscommissie voor de openbare gezondheidszorg (Cie. OG).⁵⁹

De gevolgen van de Eerste Wereldoorlog benadrukten nog eens wat al uit de onderzoeken van de schoolartsen was gebleken, namelijk dat ook de minvermogene bevolking meer zorg nodig had wilde haar gezondheidstoestand op peil blijven. Ze maakte gretig gebruik van de weinige verstrekkingen die ook voor minvermogenenden toegankelijk waren, zoals de versterkende voeding en, sinds het uitbreken van de oorlog, ook de verloskundige dienst. Dat laatste had te maken met het feit dat niet alle ziekenfondsen verloskundige zorg vergoedden. De crisis in het ziekenfondswezen in 1916 en 1917 maakte definitief duidelijk dat de ziekenfondsen nooit in staat

zouden zijn de volledige zorg voor de minvermogenden te leveren. Tenslotte nam het aantal subsidieaanvragen van het particulier initiatief snel toe, waarmee de meestal jonge verenigingen impliciet erkenden dat ook zij niet in staat waren om de minvermogende bevolking op eigen krachten van huisverzorging, tuberculosebestrijding, wijkverpleging en zuigelingenverzorging te voorzien. Wat Abrahams en de sociaal-democraten betrof, kon de gemeente die zorg beter zelf organiseren, zoals ze tijdens de begrotingsbehandeling in 1917 verklaarden. Bovendien achtten ze de tijd gekomen om de gemeenteartsen in volledige dienst te nemen.⁶⁰ Het was onderdeel van de definitieve aanval op het gemeentelijke gezondheidszorgbeleid, die eindigde met de aanstelling van de sociaal-democratische gemeentearts L. Heijermans tot directeur van de GGD in 1918 en de verkiezing van Abrahams tot wethouder in 1919. De aanstelling van Heijermans was een politieke keuze geweest; hij werd met slechts enkele stemmen meer verkozen boven de confessionele directeur van de Utrechtse GGD, A. Schukkinck Kool.⁶¹ Heijermans, op het moment van benoeming voorzitter van de vereniging van gemeenteartsen, was echter tevens een persoon met een geheel eigen kijk op de organisatie van de GGD en vooral iemand die binnen korte tijd en voor het eerst sinds 1904 het initiatief naar de dienst trok. Een nog maar kort daarvoor ingestelde reorganisatiecommissie, geheel bestaande uit politici uit de Cie. OG, werd zonder meer opgeheven en droeg de werkzaamheden aan Heijermans over.⁶²

Na de reorganisatie in 1902 had het BA de controle op de doorlopende bewijzen verder geïntensiveerd en in 1913 waren er nog slechts 7487 (28.642 personen) in omloop. Bovendien moesten mensen die lid van een ziekenfonds hadden kunnen worden, maar dit hadden verzuimd, bij toewijzing van een tijdelijk bewijs een bijdrage van twee of drie kwartjes betalen. Desondanks was het aantal verstrekte tijdelijke bewijzen opgelopen tot ruim 21.000 in 1910 en pas in de economisch gunstige jaren hierna liep dat aantal voor het eerst sinds 1895 enigszins terug.⁶³

De oorlog maakte daar een einde aan. De uitgifte van en de controle op doorlopende bewijzen werd voorlopig gestaakt en in 1915 werden meer dan 24.000 tijdelijke bewijzen uitgereikt. Dat hadden er veel meer kunnen zijn, indien geen crisisregeling met het AZA en een drietal commerciële fondsen was overeengekomen. Werklozen en anderen die door tijdsomstandigheden hun contributie niet konden betalen, werden naar een afdeling voor buitengewone leden overgeheveld, waarbij de fondsen, de gemeente en de artsen en apothekers ieder een deel van de premies overnamen. Beide onderlinge fondsen waren bereid de kosten zelf voor hun rekening te nemen.⁶⁴ De maatregel was bedoeld om oorlogsslachtoffers te helpen en toen de crisiswerkloosheid in het voorjaar van 1915 begon te dalen wilde Josephus Jitta van de regeling af. Het leidde tot een heftige aanvaring met de leden van de Cie. OG en de regeling werd voorlopig voortgezet.⁶⁵ Ook de fondsen hadden echter geen behoefte aan een blijvende categorie b-leden, die bovendien verlaagde premies aan grote risico's koppelden, en toen de werkloosheid in 1916 sterk verminderde, hieven de commerciële en de onderlinge fondsen hun afdeling voor buitengewone leden

op. Alleen AZA hield de rest van de oorlog enkele honderden leden uit de medische armenzorg.⁶⁶ Ook toen de situatie in 1917 en 1918 ernstig verslechterde kwam er geen nieuwe regeling; de fondsen hadden wel wat anders aan hun hoofd.

De kennis over het Amsterdamse ziekenfondswezen rond 1900, zoals weergegeven in de vorige paragraaf, is verzameld door een commissie uit de Geneeskundige Kring. Naast het gebrekkige verstrekkingenpakket zijn in het rapport van de commissie alle tekortkomingen te vinden die we inmiddels zo goed uit de negentiende eeuw kennen, maar tevens vinden we in de activiteiten van de onderlinge fondsen en in het rapport zelf de eerste pogingen tot verandering. De veranderingen werden vooral door de zich organiserende belangengroepen geïnitieerd. Van de 'Vereeniging van Ziekenfondsgeneesheren' (VVZ, 1902), tot een organisatie van ziekenfondsbodes, 'Verzekeringsbelang' (1907). De 'Amsterdamsche Specialistenvereening' (ASV, 1905) deed voorlopig echter het meeste stof opwaaien.

Vanaf de eeuwwisseling eisten de specialisten een vergoeding voor hun werkzaamheden bij het AZA. Het bestuur wees dat voorlopig af en steeds meer specialisten openden poliklinieken buiten AZA om. Dit maakte het de andere fondsen mogelijk om ook specialistische zorg in hun pakket op te nemen en dat gebeurde op basis van een vergoeding van f1 voor de behandeling gedurende maximaal twee maanden en met invoering van de verwijfsbrief. In 1910 verbood de ASV haar leden om nog langer in ziekenfondspoliklinieken te werken en daarmee kwam een einde aan de AZA-poliklinieken. In de jaren hierna verzocht de ASV enkele malen vruchteloos om een honorariumverhoging, maar de fondsen wezen de daarvoor noodzakelijke premieverhoging af en zouden pas door acties van de huisartsen op andere gedachten worden gebracht.⁶⁷

Gezien de concurrentie op de ziekenfondsmarkt was honorariumverhoging alleen mogelijk, indien ook de andere fondsen de daarvoor noodzakelijke premieverhoging zouden doorvoeren of op enigerlei wijze uit de markt konden worden gewerkt. AZA ging wel akkoord met premieverhogingen, maar hield in eerste instantie vast aan het exclusivisme en wenste niet mee te werken aan de monopolisering van de ziekenfondsmarkt. In 1909 deed de VVZ een bod op alle overige ziekenfondsen in Amsterdam, om zodoende naast AZA één artsensfonds te vormen. Een enkel fonds nam het bod serieus, andere fondsen zagen de humor van het geval en vroegen exorbitant hoge prijzen, de rest liet niets van zich horen. In 1913 ketste een met alle fondsen afgesproken premieverhoging af op de weigering van de algemene ledenvergadering van AOZ. Begin 1916 kwamen de VVZ en AZA (inmiddels 110.000 verzekerden) tenslotte een verhoging van de premies met 50 procent overeen, waardoor de honoraria evenredig zouden stijgen. De overige fondsen werden dringend verzocht de premies en de honoraria ook te verhogen en indien men dit weigerde, zouden de huisartsen met ingang van 1 juli hun medewerking staken. Het bestuur van AZA zou nog jaren later ontkennen te hebben toegezegd, dat deze artsen vervolgens bij AZA zouden kunnen gaan praktiseren. Het fonds had echter tenminste de schijn tegen. Misschien was de algemene vergadering van AZA in meerderheid militanter

dan het bestuur, maar in ieder geval besloot dit lichaam in juni om het exclusivisme op te heffen, zodat het mogelijk werd om artsen en hun patiënten geleidelijk van andere fondsen over te nemen.⁶⁸

Het ultimatum was voor de resterende zeven commerciële ziekenfondsen (ongeveer 135.000 verzekerden) aanleiding om zich in de 'Bond van Amsterdamsche Ziekenfondsen' (BAZ) aaneen te sluiten en vervolgens nauwe samenwerking met de beide onderlinge fondsen (ongeveer 100.000 verzekerden) te zoeken. Onder dreiging van de boycot bleken de fondsen bereid om een contributieverhoging en daarmee een stijging van de honoraria toe te staan.⁶⁹ De VVZ rook echter een kans om de onderlinge en commerciële fondsen het functioneren voorgoed onmogelijk te maken, negeerde het aanbod en adviseerde de leden van deze fondsen om zich naar AZA te laten overschrijven. AZA deed een aanbod aan de bodes van de negen fondsen, maar deze waren huiverig voor een eventueel monopolie van het artsenfonds. Tijdens een vergadering van de BAZ op 20 juni bleek dat de commerciële fondsen op het punt stonden het bijltje erbij neer te gooien, maar op voorstel van de onderlinges en de bodes besloot men tot een gecoördineerde tegenactie. De commerciële fondsen zouden de beschaafde lijn volgen en benaderden de politiek en verzochten de burgemeester om bemiddeling. De onderlinges richtten zich met name op beïnvloeding van de publieke opinie, onder meer met een lawine van vlugschriften en advertenties. De bodes fungeerden tenslotte als sterke arm en postten bij de zittinglokalen van AZA en de woningen van leden van de VVZ, waarbij intimidatie niet werd geschuwd. De actie bleek succesvol. De publieke opinie keerde zich tegen de VVZ, de politiek zinspeelde op de inzet van de GGD en er kwamen sollicitaties van dissidente geneeskundigen bij de negen fondsen binnen.⁷⁰ Al op 25 juni aanvaardde de VVZ de nog maar enkele dagen daarvoor door hen geweigerde bemiddeling van burgemeester J.W.C. Tellegen.⁷¹

Het duurde nog een half jaar voordat een overeenkomst werd bereikt. De lengte van de onderhandelingen werd niet alleen bepaald door de aard van de problematiek, maar ook door het feit dat de onderhandelaars van de onderlinges beperkt mandaat hadden en iedere toezegging achteraf aan de algemene ledenvergaderingen moesten voorleggen. Uiteindelijk kwam men een in meerdere jaren door te voeren honorariumverhoging overeen, gekoppeld aan verhoging van de welstandsgrens. Verder werd een maximale praktijkomvang vastgesteld en werden afspraken gemaakt over de inrichting van wachtkamers e.d. Tenslotte werden twee ziekenfondscommissies in het leven geroepen: één ter controle van de medische zorg, gedomineerd door artsen en apothekers, en één voor administratieve controle.⁷² Het exclusivisme van AZA werd voorlopig gehandhaafd en pas in 1922 waren de gemoederen voldoende bedaard en was het wantrouwen voldoende gesleten om het alsnog op te heffen.⁷³

De overeenkomst werd pas in april 1917 ondertekend en dit oponthoud was voor een belangrijk deel toe te schrijven aan de eisen die de specialisten en de apothekers stelden. Met de specialisten werd overeengekomen, dat f1 per maandkaart zou worden betaald en dat alleen aan specialisten die lid waren van de ASV. Naar aanleiding van de verhoging van de huisartsenhonoraria wensten de apothekers

eveneens een hogere vergoeding. De fondsen voelden wel voor een zeker verband tussen de honoraria van de artsen en de apothekers, maar de eisen van het departement Amsterdam van de NMP gingen de fondsen te ver. Op 2 juli 1917 staakten de apothekers de levering aan de fondsen, maar de ziekenfondsen waren deze keer goed voorbereid. Men had zich verzekerd van de medewerking van dissidente apothekersorganisaties als de Volksapotheken en de Eenhoornapotheken en met kunst en vliegwerk kon de geneesmiddelenvoorziening op gang worden gehouden. Daarnaast troffen de negen fondsen voorbereidingen om een eigen apotheek op te richten en al op 10 juli 1917 accepteerde de NMP de bemiddeling van Tellegen. Enkele dagen later gingen de apothekers akkoord met een aanbod van de fondsen en de daaraan verbonden voorwaarden, waaronder de toezegging om de tijdens de apothekersstaking door de fondsen gemaakte kosten voor een deel te vergoeden.⁷⁴

De onderhandelingen geven een helder beeld van de sterke en zwakke punten van de beide kampen. Aan de medische kant bleken huisartsen, specialisten en apothekers zelden één front te vormen. Bovendien waren de leden van ieder van deze drie groepen meestal nog wel in staat gezamenlijk honorariumeisen te stellen, maar zodra de organisatie van het ziekenfondswezen aan de orde kwam was het met de eenheid gedaan. Aan de kant van de fondsen vinden we bijna het spiegelbeeld. Het AZA fungeerde als breekijzer in handen van de artsen. De onderlinges zagen zichzelf vooral als consumentenorganisaties en achtten een honorariumverhoging eigenlijk niet nodig. De commerciële fondsen waren alleen geïnteresseerd in de voortzetting van hun onderneming en zolang de honorariumeisen dat niet onmogelijk maakten, waren zij bereid daaraan toe te geven. Daarmee dwongen zij de onderlinges tot hetzelfde en de contracten zouden in de jaren van hollende inflatie nog enkele malen worden opengebroken om honorariaverhogingen mogelijk te maken. In 1920 waren deze ruimschoots verdubbeld, terwijl de contributie was opgetrokken van 10 cent per week per volwassene tot 24 cent per volwassene en 5 cent per kind tot een maximum van vijf kinderen.⁷⁵ De organisatorische doelstellingen van de VVZ bedreigden daarentegen wel degelijk de voortzetting van het ziekenfondsbedrijf en stuitten dan ook op veel meer verzet bij de fondsen. Aangezien ook de politiek geen heil zag in al te grote invloed van de artsenorganisaties, moest de VVZ op dit punt bakzeil halen. De belangrijkste organisatorische verandering betrof de totstandkoming van een centraal overlegorgaan, dat de honoraria, de minimum-premies en de verstrekkingen dwingend oplegde. Het betekende dat Ziekenzorg op termijn zijn unieke honoreringssysteem moest opgeven en dat andere fondsen hun verstrekkingen enigszins moesten uitbreiden. Belangrijker was dat de hogere honoraria, de maximale praktijkomvang, de nieuwe voorschriften voor de praktijkvoering en de controlerende commissies de kwaliteit van de door de fondsen geleverde zorg ongetwijfeld ten goede zijn gekomen.

De derde reorganisatie, onder Heijermans

“Armoede is een ziekte”, aldus Heijermans: “welke lichaam en ziel aantast”. De materiële beperkingen en de mentaliteit die daar het gevolg van waren, leidden tot

volstrekt onvoldoende persoonlijke gezondheidszorg en uiteindelijk tot de hogere morbiditeit en mortaliteit onder de onvermogenen: de "hygiënische klassetegenstelling". De consequentie van deze opvatting was dat armlastigen specifieke preventieve en curatieve zorg nodig hadden, waarmee de scheiding tussen armen- en ziekenfondspraktijk op sociale, hygiënische en morele gronden was gerechtvaardigd.⁷⁶ Tot zover kwamen zijn opvattingen geheel overeen met die van de eerdere generaties sociaal-geneeskundigen in het algemeen en die van Menno Huizinga in het bijzonder. De consequenties voor de organisatie van de GGD die Heijermans aan die opvattingen verbond, waren in zijn geval echter het resultaat van vijftien jaar ervaring als gemeentegeneeskundige bij de dienst. Hij ging dan ook niet uit van een totaalplan, maar stelde prioriteiten en hield meer rekening met de praktische en politieke mogelijkheden. Zo schatte hij de voordelen van het vol-ambtenaarschap veel lager in dan bijvoorbeeld Abrahams deed en zeker niet groot genoeg om een aanvaring met de gemeentegeneeskundigen te riskeren. De meeste armendoktoren bleven dan ook half-ambtenaar en alleen de artsen die werkten in wijken waar weinig in de particuliere praktijk viel te verdienen kwamen, net als de schoolartsen en de controlerend geneeskundigen, volledig in gemeentelijke dienst. De controle op zijn personeel zocht Heijermans niet in de eerste plaats in een hiërarchische structuur, maar in regelmatige bijeenkomsten van groepen artsen, vroedvrouwen en verpleegkundigen voor overleg en herhalingscursussen.⁷⁷ De vroedvrouwen werden in 1920 overigens wel vol-ambtenaar, omdat de part-time vroedvrouwen te weinig tijd voor hun gemeentepatiënten zouden uittrekken.⁷⁸

Heijermans was niet alleen sociaal-geneeskundige, hij was ook bureaucraat. De voornaamste reorganisatie die hij doorvoerde, betrof dan ook de splitsing in een aantal afdelingen met telkens een leider aan het hoofd. Naast de afdeling voor de behandeling van geneeskundig bedeeden en gemeentepersoneel, die direct onder leiding van de directeur zelf stond, kende de dienst bij de ingebruikname van een nieuw hoofdbureau in 1924: een afdeling ter controle van ziek gemeentepersoneel, het controle- en meldingsbureau, het geneeskundig schooltoezicht, de afdeling zenuw- en geesteszieken (in 1916 opgezet), de administratie, het medisch-statistisch bureau, de Quarantaine-inrichting en de afdeling volksgezondheid.⁷⁹ De laatste twee afdelingen waren het resultaat van de versmelting van de GGD met de Gezondheidsdienst tot de Gemeentelijke Geneeskundige- en Gezondheidsdienst (GG&GD) in 1923, waarmee Heijermans zijn opvatting dat preventie en curatie in één hand moesten zijn in praktijk had gebracht.⁸⁰

Het belangrijkste voordeel van de opsplitsing in afdelingen was dat gemakkelijker kon worden aangetoond welke middelen nodig waren om voldoende zorg te kunnen leveren. De politiek was aan het begin van de jaren twintig ook bereid die middelen te leveren. Vooral de infrastructuur van de dienst werd aanzienlijk verbeterd. Naast de bouw van het nieuwe hoofdkantoor werd het aantal zittinglokalen uitgebreid en kreeg de dienst de beschikking over een kleine vloot auto's en boten. De uitbreiding van de verstrekkingen stak enigszins bleek af bij dit organisatorisch geweld. De belangrijkste uitbreiding was wel bijzonder: een volwaardige tandheelkundige

verzorging voor armlastigen. De oude tandheelkundige polikliniek in het Binnengasthuis stond vooral ten dienste van het onderwijs en slechts een handjevol patiënten liet jaarlijks enkele gebitselementen verwijderen. In 1920 werd een polikliniek buiten het gasthuis geopend waar niet alleen extracties werden verricht, maar ook conserverende behandelingen werden uitgevoerd.⁸¹ De desastreuze toestand waarin de gebitten van de volwassenen zich vaak bevonden, was een belangrijke aanleiding voor de volgende belangrijke uitbreiding van de zorg: de schooltandheelkunde. In 1925 werden in een tweetal wijken de eerste proeven genomen en binnen enkele jaren bezochten de tandartsen scholen in heel Amsterdam.⁸²

De afnemende aandacht voor de kernactiviteit van de voormalige GGD kan ten dele worden verklaard uit de daling van het aantal geneeskundig bedeeden. Naast de harde kern van armlastigen, waren aan het begin van de jaren twintig nog veel werklozen afhankelijk van de GGD. Hun aantal nam echter geleidelijk af, hetgeen zich vertaalde in een daling van het aantal tijdelijke bewijzen van ruim 55.000 in 1922 tot 7600 in 1928. De 55.000 bewijzen uit 1922 vormen het hoogste aantal uit de gehele hier behandelde periode en dat werd vooral veroorzaakt, doordat noch de ziekenfondsen, noch de gemeente bereid waren om een regeling voor de werklozen te ontwikkelen. Liever accepteerden de fondsen een geringe teruggang van het aantal verzekerden.⁸³ In de tweede helft van de jaren twintig begon het aantal ziekenfondsleden weer snel te groeien. In 1920 waren dit er 351.339 geweest (52 procent van de bevolking), in 1930 was dat opgelopen tot 448.274 (59 procent van de bevolking).⁸⁴

De ziekenfondspolitiek werd in de jaren twintig beheerst door het specialistenvraagstuk. Deze werden per maandkaart betaald en dat betekende dat de uitgaven voor specialistische hulp, behalve de stijgende tendens, niet voorspelbaar waren. In 1919 eisten de specialisten een verhoging van de vergoeding per maandkaart, maar dat wilden de fondsen alleen toestaan, wanneer een controle op de verwijzing naar de specialist werd ingevoerd. Daar voelden de specialisten echter niets voor en uiteindelijk koos men voor het Rotterdamse financieringssysteem. De ASV kreeg het gehele bedrag dat voor specialistische hulp was uitgetrokken (90 cent per verzekerde) onder haar beheer en verdeelde dit naar gelang het specialisme en het aantal verrichtingen over de specialisten. Hieronder vielen ook dure behandelingen die niet direct door de specialisten zelf werden geleverd, zoals röntgenfoto's, röntgenbehandeling en fysische therapie. Voor dat laatste sloot de ASV een overeenkomst met het 'Instituut voor Fysische Therapie'.⁸⁵

In de jaren twintig drongen de specialisten herhaaldelijk aan op forse verhogingen van het budget, maar ze vonden een gesloten front tegenover zich. Ook het huisartsenfonds AZA voelde niets voor zo een verhoging en de specialistenkwestie was de belangrijkste reden voor de uitstekende samenwerking tussen de negen fondsen en AZA in de tweede helft van de jaren twintig. Rond 1930 was het budget, onder dreiging van een boycot door de ASV in 1927, verhoogd tot f1,20 per verzekerde, terwijl de lasten voor de specialisten waren verlaagd doordat de fysische therapie geheel en de röntgenbehandeling gedeeltelijk uit het door de specialisten te leveren pakket waren gehaald.⁸⁶

Met de fysieke therapie haalden de fondsen zich wel iets op de hals. Het betreffende instituut dateerde uit 1904 en specialiseerde zich in de behandeling van patiënten met reumatische aandoeningen. On- en minvermogenden werden poliklinisch behandeld en aanvankelijk konden de tekorten van de polikliniek door de winsten van de klasseverpleging worden gedekt. Na de oorlog was dit echter niet meer mogelijk en het 'Instituut voor Fysische Therapie' werd chronisch noodlijdend. De gemeente betaalde alleen voor onvermogenden en bovendien werd het subsidie in de jaren dertig ingetrokken.⁸⁷ De financiële bijdragen van de fondsen moesten voortdurend worden verhoogd. In 1924 betaalden ze f25.000, een tiental jaren later was dat opgelopen tot f60.000.⁸⁸

Naast de uitgaven aan specialistische hulp baarde de stijging van de uitgaven aan dure medicijnen, waarvoor apart moest worden betaald, de fondsen zorgen. In de tweede helft van de jaren twintig probeerde men deze uitgaven op allerlei manieren onder controle te krijgen. Men begon voorzichtig met de opstelling van een lijst van toegelaten geneesmiddelen. Toen bleek dat de artsen zich daar lang niet altijd aan hielden, werd in 1927, met instemming van AZA, een receptencontrolecommissie ingesteld. Alle recepten passeerden deze commissie, die ze controleerde op medicijnen die niet op de lijst van toegelaten geneesmiddelen stonden.⁸⁹ Tenslotte werden vanaf 1930 huisartsen die door het voorschrijven van dure of van veel medicijnen het kwartaalgemiddelde van alle fondsen overschreden, daarvoor financieel aansprakelijk gesteld.⁹⁰

Doordat de premieverhogingen vrijwel volledig door de honorariaverhogingen waren opgeslokt en de concurrentie sinds het contract van 1917 tot een minimum was teruggebracht, verliep de verdere uitbreiding van het verstrekkingenpakket na de Eerste Wereldoorlog uiterst langzaam. De uitbreiding bepaalde zich ook bij de ziekenfondsen hoofdzakelijk tot de tandheelkundige zorg. Het was voor de onderlinges en de BAZ natuurlijk pijnlijk, dat de tandheelkundige zorg die de verzekerden van AZA al sinds twintig jaar en sinds kort zelfs de onvermogenden kregen, beduidend beter was dan die van hun leden.⁹¹ In 1925 openden de negen fondsen dan ook gezamenlijk een tandheelkundige polikliniek waar niet alleen extracties werden verricht, maar ook vullingen werden gelegd. Tegen betaling van een eigen bijdrage konden de verzekerden zich bovendien een kunstgebit laten aanmeten. De eigen bijdrage was kennelijk vrij hoog, want velen lieten wel hun tanden en kiezen in de polikliniek trekken, maar schakelden voor een gebit liever een tandtechniker in.⁹² Halverwege de jaren dertig bezaten de fondsen een vijftal tandheelkundige poliklinieken. Uit het feit, dat het aantal extracties nog altijd een veelvoud van het aantal vullingen was, valt af te leiden dat tandheelkundige hulp alleen bij acute kiespijn werd ingeroepen.⁹³ Op tandheelkundig gebied behielden de negen fondsen een grote achterstand op AZA, waar men per 1 januari 1935 was overgestapt op de zogenaamde systematisch-rationele behandeling. Een door de 'Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde' (NMT) ontwikkeld systeem, dat was bedoeld om met beperkte financiële middelen de gebitten van ziekenfondsverzekerden te kunnen saneren en tegelijk werkgelegenheid te scheppen voor het snel groeiende aantal

tandartsen.⁹⁴ In de jaren dertig bezat AZA tien poliklinieken, waar 27 tandartsen werkten, die bijna net zoveel vullingen legden als extracties verrichtten.⁹⁵

De Amsterdamse ziekenhuizen

Rond 1850 bestonden er in Amsterdam vier ziekenhuizen. Twee overheidsziekenhuizen, te weten het Binnengasthuis en het Buitengasthuis, en twee kleine, gesubsidieerde israëlitische ziekenhuizen. De erbarmelijke verpleging die de armlastige zieken in de beide gasthuizen kregen is van grote invloed geweest op het algemene negatieve oordeel over de ziekenhuisverpleging in Nederland in deze periode. De gasthuizen waren een belangrijk mikpunt van de kritiek van J.P. Heye en zijn geestverwanten. Het leidde voorlopig niet zozeer tot fundamentele veranderingen in de gasthuizen, maar wel tot de oprichting van enkele particuliere ziekenhuizen, zoals de 'Ziekeninrichting aan de Prinsengracht' (1857) voor meergegoeden en het 'Burgerziekenhuis' (1879) voor de middenklassen. Amsterdam werd één van de weinige Nederlandse gemeenten met klasseziekenhuizen. In 1916 zou de 'Centraal Israëlitische Ziekenverpleging', bedoeld voor meergegoede joodse patiënten, zich nog in dit rijtje voegen.⁹⁶ In de jaren negentig ontwikkelde zich uit de confessionele wijkverpleging het confessionele ziekenhuiswezen, waaronder een tweetal diaconessenziekenhuisjes en het grote, katholieke 'Onze Lieve Vrouwe Gasthuis' (OLV-gasthuis). Tenslotte bestond er inmiddels een aantal gespecialiseerde ziekenhuizen, zoals het 'Emmakinderziekenhuis', een ziekenhuis voor ooglijders en het ziekenhuis van de 'Nederlandsche Vereeniging tegen Vallende Ziekten'.⁹⁷

Uitgezonderd het OLV-gasthuis (440 bedden bij opening) waren dit naar Amsterdamse begrippen relatief kleine instellingen met zelden meer dan 100 bedden. De bulk van de ziekenhuiszorg werd voorlopig geleverd door het Binnengasthuis (ongeveer 800 bedden) en het nieuwe Wilhelminagasthuis (ongeveer 1000 bedden). Het Wilhelminagasthuis had na decennia-durend geharrewar in 1892 het Buitengasthuis vervangen. De opening van het nieuwe ziekenhuis was het voorlopige einde van een veranderingsproces, waarin de verpleging van de zieken belangrijk was verbeterd, en dat zijn begin had gevonden in de aanstelling van professionele verpleging in 1883. In zijn voortreffelijke boek over de geschiedenis van het Wilhelminagasthuis noemt Querido dit veranderingsproces de eerste fase in de Amsterdamse 'Gasthuiskwestie'. De periode 1900-1940 valt in de tweede fase van deze kwestie; de fase waarin de gebrekkige huisvesting van het medisch academisch onderwijs in het Binnengasthuis en de snel groeiende behoefte aan ziekenhuisruimte om de voorrang streden.⁹⁸

Het onderwijs was gebaat bij concentratie in één ziekenhuis, hetzij het Wilhelminagasthuis, hetzij een nieuw te bouwen academisch ziekenhuis. De invloed van de belangen van het medisch onderwijs op de besluitvorming over het ziekenhuiswezen was echter kleiner dan het aanzien van de hoogleraren en de curatoren van de universiteit doet vermoeden. Querido verklaart dit uit het zogenaamde 'beter-één-

'vogel-in-de-hand-dan-tien-in-de-lucht-complex'. Met enige regelmaat werden partiële verbeteringen aangebracht door modernisering van een onderwijskliniek in het Binnengasthuis of de bouw van een nieuwe kliniek in het Wilhelminagasthuis. De uitvoering van een totaalplan zou lang duren en zou dergelijke partiële activiteiten stilzetten. De universiteit was dan ook niet in staat om een helder en krachtig verdedigd advies te geven en dat bood het gemeentebestuur de kans om zonder al te veel wroeging voorrang aan de oplossing van het groeiend tekort aan ziekenhuisbedden en de stijgende kosten van de ziekenhuisverpleging te geven.⁹⁹

De groei van de behoefte aan ziekenhuisverpleging was in de jaren negentig een belangrijke overweging geweest bij het besluit om de particuliere ziekenhuizen een vergoeding te geven voor de verpleging van on- en minvermogende patiënten.¹⁰⁰ De gebrekkige medische controle op de opname en verpleegduur in particuliere ziekenhuizen was vervolgens aanleiding voor de eerder behandelde reorganisatie van de GGD. Na de reorganisatie konden alleen spoedgevallen nog buiten de dienst om in de gasthuizen worden opgenomen. Alle andere on- en minvermogende patiënten werden door de eerste geneeskundigen van de GGD daarheen verwezen.¹⁰¹ Gerritsen was niet alleen verantwoordelijk voor de reorganisatie van de GGD, maar ook voor een handvol verdere maatregelen en voorstellen die samenhangen met de ziekenhuis-kwestie. Zo wenste hij, gezien de groeiende tekorten, de greep op het bestuur van de ziekenhuizen te verstevigen. De onafhankelijke gasthuiscommissie, in 1883 ingesteld, werd in 1900 dan ook weer een subcommissie van het Burgerlijk Armbe-stuur, aangezien het gemeentebestuur direct invloed op het BA kon uitoefenen.¹⁰² Verder ging men over op de heffing van eigen bijdragen van minvermogenden. In 1900 kostte een verpleegdag f1,47 en de eigen bijdrage varieerde van f0,25 tot f1,25, afhankelijk van inkomen en gezinsomvang.¹⁰³ Tenslotte stelde Gerritsen voor om het Armenhuis, waarin al veel chronisch zieken waren opgenomen, uit te breiden met een gebouw voor de verpleging van 300 chronisch zieken. In feite ging het om een afdeling te vergelijken met een modern verpleeghuis, waarin chronisch zieken goedkoper en beter konden worden verpleegd dan in de gasthuizen.¹⁰⁴ Het leidde tot een hernieuwde botsing met de Geneeskundige Kring, waarvan het felle karakter eigenlijk alleen uit de gelijktijdige confrontatie rond de GGD valt te verklaren. Volgens de geneeskundigen was de lokatie ongeschikt voor de verpleging van zieken, maar het voornaamste strijdpunt betrof het feit dat het 'ziekenhuis', zoals zij het hardnekkig noemden, onder verpleegkundige en niet onder geneeskundige leiding zou staan.¹⁰⁵ Ditmaal vonden de geneeskundigen wel gehoor bij de raad, die aarzelde om al te veel geld in de verpleging van chronisch zieken te investeren, en het voorstel werd verworpen.¹⁰⁶ Het BA besloot vervolgens om de verpleging in het Armenhuis uit te breiden en daarvoor verpleegsters van de GGD aan te stellen.¹⁰⁷ In de praktijk zou het veel te kleine Armenhuis wel degelijk als verpleeginrichting voor chronisch zieken gaan functioneren.

Na het aftreden van Gerritsen werd de bouw van een derde ziekenhuis voorlopig uitgesteld en werden de rond 1905 aflopende contracten met de particuliere ziekenhuizen verlengd. De contracten boden de particuliere ziekenhuizen voldoende

financiële zekerheid om uitbreidingen te realiseren en hun aandeel in de verpleegdagen nam toe van 41 procent in 1900 tot 48 procent in 1910 (bijlage B.10). De dilemma's die met de vergoedingen samenhangen, waren stof voor langdurige en heftige discussies tussen de vrijzinnige meerderheid en de confessionele minderheid in zowel de raad als de commissies. Voor de vrijzinnigen lag de rechtvaardiging van de vergoedingen in de eerste plaats in de besparingen voor de gemeente. Daarom moest de vergoeding enerzijds hoog genoeg zijn om de particuliere ziekenhuizen tot uitbreidingen te verleiden, anderzijds moest ze lager zijn dan de kosten van een verpleegdag in de gasthuizen en, omdat men vond dat de confessionelen zelf ook een financiële inspanning moesten leveren, ook lager dan de kostprijs in de particuliere ziekenhuizen. Het probleem dat de particuliere ziekenhuizen de gasthuizen te veel concurrentie zouden aandoen was, gezien het gebrek aan ziekenhuisruimte, voorlopig denkbeeldig. Hierdoor kon aan de confessionele wens van vrije ziekenhuiskeuze makkelijk worden voldaan. Aan confessionele zijde was men echter tevens van mening, dat verpleging naar confessie een onvermijdelijke noodzaak was, zodat de voor de ziekenhuisverpleging verantwoordelijke gemeente tenminste de kostprijs moest betalen. Daar wilde het gemeentebestuur echter niet aan en de vergoeding werd vastgesteld op 90 cent per verpleegdag, iets lager dan de kostprijs in het OLV-gasthuis.¹⁰⁸ Door de kostenstijgingen moesten de vergoedingen in de jaren hierna langzaam worden opgetrokken en vanaf 1912 kregen de particuliere ziekenhuizen f1,50 voor een bepaald maximum aantal verpleegdagen en f1 voor de rest.¹⁰⁹

Ondanks de activiteiten van de particuliere ziekenhuizen, begon het tekort aan ziekenhuisruimte tezelfdertijd nijpende vormen aan te nemen. Bovendien ontstond als gevolg van de toenemende invloed van links in de politiek een nieuw dilemma. Rond de Eerste Wereldoorlog werden de arbeidsvoorwaarden van het gemeentepersoneel sterk verbeterd, waardoor het prijsverschil tussen de gasthuizen en de particuliere ziekenhuizen steeds meer op verschillen in salarissen en arbeidsduur van het ziekenhuispersoneel was terug te voeren. Wanneer men te veel op de particuliere ziekenhuizen ging leunen, betekende dit dat via een omweg alsnog met slechtere arbeidsvoorwaarden genoegen werd genomen.

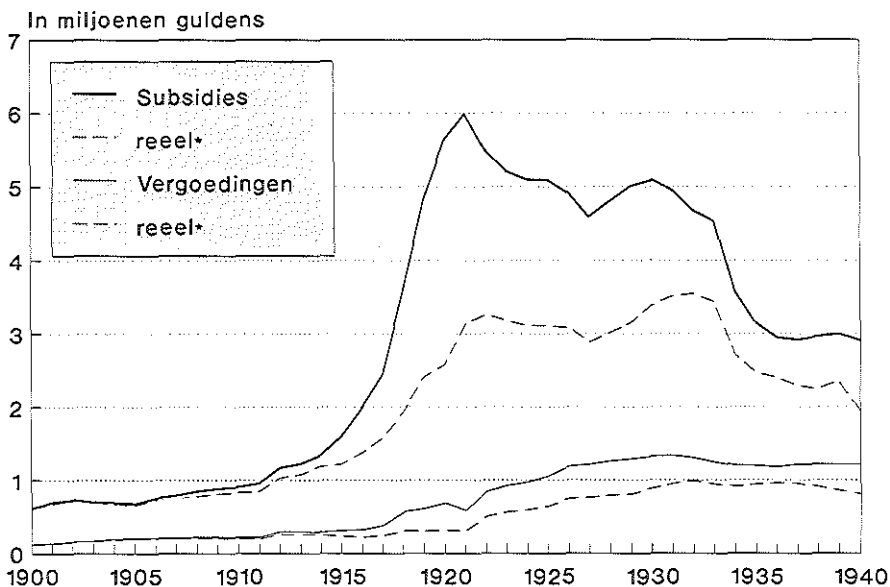
Het was Wortman die in 1913 een plan presenteerde, waarmee zowel het bedden-tekort als de problemen van het onderwijs zouden worden opgelost: de bouw van een nieuw academisch ziekenhuis van ongeveer 1000 bedden.¹¹⁰ Het BA ging aarzelend akkoord, maar de raad was niet overtuigd van de omvang van het bedden-tekort en de noodzaak tot een dergelijke grootschalige uitbreiding.¹¹¹ Voor Abrahams en de sociaal-democraten was de afwijzing bovendien onderdeel van de aanval op Josephus Jitta en de organisatie van de GGD. Volgens hen maakten de ziekenhuizen wel erg vaak gebruik van het recht om 'spoedgevallen' zonder tussenkomst van de GGD op te nemen. De GGD oefende dan ook te weinig invloed op de plaatsing van patiënten uit, waardoor de verdeling niet erg efficiënt geschiedde. Om dat te verbeteren was het nodig dat de controle werd verbeterd en dat de greep van het gemeentebestuur op de gasthuizen werd versterkt. Een voorstel om de gasthuizen direct onder beheer van B&W te plaatsen werd in 1913, uit juridische overwegingen, echter weer

ingetrokken.¹¹² Tezelfdertijd wees de raad het plan van Wortman af en besloot op voorstel van Wibaut om een aantal noodbarakken te laten bouwen en om een commissie in te stellen die het vraagstuk grondig zou bestuderen en alternatieve plannen moest uitwerken.¹¹³

Het vraagstuk werd inderdaad grondig bestudeerd. De commissie concludeerde nog eens dat het onderwijs onvoldoende was gehuisvest en dat er een beddentekort was, zonder dat men precies kon aangeven hoe groot dat was en wat de gevolgen voor de patiënten waren. De commissie merkte bovendien op dat met toekomstige groei van de stad rekening moest worden gehouden. Uitbreiding van de gemeentelijke ziekenhuiscapaciteit was dan ook onvermijdelijk. De commissie beschreef een aantal scenario's, maar was zo heterogeen samengesteld dat men niet tot een eensluidend advies kon komen.¹¹⁴ Het was inmiddels 1916 en de wachtlijsten voor ziekenhuisopname bevatten met enige regelmaat honderden namen. Er werden noodmaatregelen genomen, zoals de ingebruikname van het nieuwe Quarantaine-station als ziekenhuis, maar meer dan lapmiddelen waren het niet.¹¹⁵ De raad koos dan ook voor een snelle oplossing en nam, op voordracht van Josephus Jitta, het besluit om een hulpziekenhuis van 500 bedden te laten bouwen. Gezien de stijgende bouwkosten in de laatste jaren van de Eerste Wereldoorlog, bleek dat voorlopig niet uitvoerbaar en op voorstel van Abrahams werd in 1918 het voormalig weeshuis van de hervormde diaconie aangekocht en in korte tijd tot het Tesselschadeziekenhuis met 350 bedden verbouwd.¹¹⁶ Nog datzelfde jaar kreeg de stad Amsterdam een klein ziekenhuis te Almen (Overijssel) als legaat aangeboden. Het werd geaccepteerd en onder de naam P.W. Janssen-ziekenhuis voorlopig als tuberculoseziekenhuis in gebruik genomen.¹¹⁷ Tenslotte nam men nog in 1918 het principebesluit om op termijn een nieuw academisch ziekenhuis, een tuberculoseziekenhuis en een ziekenhuis voor infectieziekten te bouwen, die het tijdelijke Tesselschadeziekenhuis zouden vervangen.¹¹⁸

De oorzaken voor deze gang van zaken moeten niet alleen in de politieke tweespalt, maar tevens in de dramatische kostenstijging en de chaotische organisatie van de Amsterdamse ziekenhuisverpleging worden gezocht. Uit grafiek 6.1 valt gemakkelijk af te leiden, waarom men terugschrok voor dure oplossingen en liever een goedkopere variant koos. De plotselinge kostenstijging werd niet zozeer veroorzaakt door de gestage groei van het aantal verpleegdagen, maar vooral door de inflatie en de verbetering van de arbeidsvoorwaarden. In 1910 kostte een verpleegdag in de gasthuizen iets minder dan *f*2, begin jaren twintig liep dat op tot *f*8. Reëel ging het nog altijd om een verdubbeling. De vergoedingen aan de particuliere ziekenhuizen werden tijdens de Eerste Wereldoorlog middels duurtetoeslagen op peil gehouden, maar ze moesten in 1921 definitief hoger worden vastgesteld. Dat gebeurde nog steeds net iets onder de kostprijzen, maar wel varieerden ze deze keer van *f*2,50 voor het OLV-gasthuis tot *f*4,50 voor de Psychiatrisch Neurologische Kliniek.¹¹⁹ Ook de inkomensafhankelijke tarieven voor minvermogenenden werden enkele malen herzien en in 1920 bedroeg de maximale eigen bijdrage *f*4,75 per verpleegdag.¹²⁰ Door de wijzigingen in de inkomensverdeling droeg inmiddels de helft van de patiënten iets

Grafiek 6.1 Gemeentelijke subsidies aan de gasthuizen en vergoedingen aan de particuliere ziekenhuizen te Amsterdam, 1900-1940. Bronnen: *Armenzorg te Amsterdam 1900-1920*; *Finantieele statistiek van het Maatschappelijk Hulpbetoon te Amsterdam 1921-1940*; *Gemeenteverslagen Amsterdam 1900-1940*



* In gulden van 1900

bij in de verpleegkosten, maar dat bedrag gemiddeld niet veel meer dan twee kwartjes per verpleegdag, zodat de gemeente het leeuwedeel van de kosten van ziekenhuisverpleging in Amsterdam voor haar rekening nam.

Door de vele noodmaatregelen was het aandeel van de gemeente in de feitelijke verpleging weer terug op het niveau van 1900 (bijlage B.10), maar tevens was het gemeentelijk ziekenhuisbeheer een onoverzichtelijk geheel geworden. Het Binnen-gasthuis was eigendom van de stichting 'De Beide Gasthuizen', de bouw van het Wilhelminagasthuis was grotendeels door de gemeente gefinancierd, maar beide ziekenhuizen stonden onder beheer van het BA. Het Tesselschadeziekenhuis en de Quarantaine-inrichting waren eigendom van de gemeente en stonden onder beheer van respectievelijk B&W en de Gezondheidsdienst. In 1918 stelden B&W voor om de gasthuizen direct onder beheer van B&W te stellen, die hierin zouden worden bijgestaan door de nieuwe 'Commissie van Bijstand in het Beheer van Openbare Gezondheid en het Ziekenhuiswezen'. Kennelijk wogen de juridische bezwaren niet zo zwaar meer. Het BA dacht daar anders over en ging tegen deze beslissing in beroep bij Gedeputeerde Staten. Dit college oordeelde slechts dat gemeentelijke exploitatie van niet gemeentelijke ziekenhuizen een ongelukkige constructie was en adviseerde de stichting 'De Beide Gasthuizen' simpelweg op te heffen. Het linkse college had daar weinig moeite mee.¹²¹

Tenslotte werd de gebrekkige controle op ziekenhuisopname onder leiding van Heijermans sterk verbeterd. Er kwam een apart controle- en meldingsbureau bij de GGD, dat over de medische noodzaak tot ziekenhuisopname besliste. Bovendien kwamen de wachtdoktoren, die in de ziekenhuizen werkzaam waren en beslisten over de opname van spoedgevallen, eveneens in dienst van de GGD. Pas na opname bepaalde het BA de eventuele eigen bijdrage die de patiënt moest betalen.¹²² De maatregelen vereenvoudigden de opnameprocedure, waardoor het geloop van patiënten of familieleden van de ene naar de andere instantie tot het verleden behoorde, en maakten definitief een einde aan de wachtlijsten.¹²³ Men kon het zich dan ook veroorloven om het niet erg praktische P.W. Janssen-ziekenhuis al in 1920 weer terug te geven aan de schenkers en de bouw van de nieuwe ziekenhuizen over de dure jaren heen te tillen.¹²⁴

Dit vraagstuk werd in 1923 opnieuw ter hand genomen. Aangezien er geen gebrek aan ziekenhuisruimte meer bestond, leek de bouw van nieuwe ziekenhuizen te veel van het goede. Een kleine, maar zware commissie, bestaande uit de directeuren van de gasthuizen, de curator van de universiteit en de stadsarchitect, adviseerde de raad om het Wilhelminagasthuis zijn status als belangrijkste instelling ter verzorging van besmettelijk zieken te laten behouden en het tevens als academisch ziekenhuis aan te wijzen. De raad nam dit advies in 1925 over en het Wilhelminagasthuis werd in de jaren hierna in fasen verbouwd en uitgebreid. De crisis vertraagde het proces, maar toch was in 1939 een belangrijk deel van het medisch onderwijs in het Wilhelminagasthuis gevestigd.¹²⁵

Wat betreft de feitelijke verpleging kwam er in de verhouding tussen de gemeenteziekenhuizen en de particuliere ziekenhuizen in de jaren twintig weinig verandering. In 1927 publiceerde het statistisch bureau van de gemeente Amsterdam voor het eerst een schatting van de verdeling van de financiële lasten van de verpleging van on- en minvermogenden. De gemeenteziekenhuizen gaven hier f5.736.500 aan uit en de particuliere ziekenhuizen, voor zover opgenomen op de lijst van instellingen van weldadigheid, f1.479.300. Na aftrek van de verpleeggelden die de gemeente aan de particuliere ziekenhuizen betaalde, bleef er f232.600, oftewel iets meer dan drie procent over.¹²⁶ De particuliere ziekenhuizen die niet op de lijst van instellingen van weldadigheid stonden, zullen daar nog iets aan hebben toegevoegd, maar het totaal bleef waarschijnlijk beduidend achter bij het half miljoen dat de minvermogenden inmiddels zelf bijdroegen.¹²⁷

Vanwege de hoge kosten van ziekenhuisverpleging werd naarstig gezocht naar alternatieve verpleegvormen voor langdurig en chronisch zieken. Zo werden in de tweede helft van de jaren twintig vier particuliere herstellingsoorden in gebruik genomen, die grotendeels draaiden op de verpleging van gemeentepatiënten. Het relatief goedkope Tesselschadeziekenhuis was voornamelijk als tuberculoseziekenhuis en ziekenhuis voor chronisch zieken in gebruik, terwijl verschillende particuliere sanatoria in de wijdere omgeving de verpleegcapaciteit met behulp van Amsterdamse subsidies konden uitbreiden. Dergelijke overeenkomsten waren typerend voor de

verhouding tussen overheid en particulier initiatief, zoals deze zich gedurende de jaren twintig in Amsterdam ontwikkelde.

Overheid en particulier initiatief

De wortels van het modern particulier initiatief in Amsterdam lagen in de negentiende-eeuwse wijkverpleging. Vanaf het begin van de twintigste eeuw ontstonden algemene verenigingen voor hulp in de huishouding, tuberculosebestrijding, zuigelingen- en zuigelingenzorg e.d. Confessionele verenigingen voor hulp in de huishouding en voor zuigelingen- en zuigelingenzorg ontwikkelden zich een tiental jaren later en bleven in Amsterdam relatief klein. Voor alle verenigingen gold echter, dat de middelen ontoereikend waren om de zorg te leveren die de politiek inmiddels voor ogen stond en rond de Eerste Wereldoorlog kwam de gemeentelijke subsidiëring op gang. Al snel waren de verenigingen zo afhankelijk van gemeentelijke subsidies, dat ter linkerzijde van de politiek werd geopperd om de zorg maar geheel door de gemeente te laten uitvoeren. Hoog op de prioriteitenlijst van zowel deze politici als Heijermans stond de zuigelingen- en zuigelingenzorg. Er moest tenminste worden voorkomen, dat al aan het begin van het leven materiële beperkingen en onwetendheid blijvende schade zouden aanrichten. De gemeentelijke zuigelingen- en zuigelingenzorg beperkte zich tot de armlastigen, die op vrijwillige basis hun kinderen bij de gemeentearts ter controle konden aanbieden. De zorg voor minvermogenenden was in handen van de 'Amsterdamsche Vereeniging voor Zuigelingen- en zuigelingenzorg', terwijl in 1919 de 'RK-vereeniging voor Zuigelingenbescherming' een consultatiebureau had geopend. Het bereik van beide verenigingen schoot echter ernstig tekort en alles bij elkaar stond slechts 10 tot 15 procent van de in Amsterdam geboren kinderen onder controle. In 1920 besloot de raad om de zuigelingen- en zuigelingenzorg voor de gehele bevolking over te nemen en bij de GGD onder te brengen.¹²⁸

Toch zou dit de enige overname van enig belang in de gezondheidszorg blijven. In 1920 werd het maatschappelijk ziekenhuiswerk in de gemeenteziekenhuizen overgenomen, maar dat was van meet af aan de bedoeling van de betreffende vereniging geweest.¹²⁹ Overname van de tuberculosebestrijding was onmogelijk, omdat de rijksoverheid alleen particuliere verenigingen wilde subsidiëren. De 'Amsterdamsche Vereeniging tot Bestrijding van Tuberculose' bleef dan ook bestaan, maar in ruil voor hoge gemeentelijke subsidies eiste de gemeente ruime invloed op het bestuur van de vereniging.¹³⁰ De samenwerking tussen gemeente en particulier initiatief bereikte hier in veel opzichten het niveau van integratie. Zo werd het hoofdbureau van de vereniging in het nieuwe GG&GD-hoofdkantoor ondergebracht en reserveerden de gemeenteziekenhuizen de nodige bedden voor tuberculosepatiënten. In de loop van de jaren twintig konden met behulp van gemeentelijke subsidies de particuliere sanatoria Hoog-Laren en Hoog-Blaricum worden uitgebreid. De gemeente Amsterdam was tevens de grootste afnemer van verpleegbedden en betaalde deze, om het beperkte rijkssubsidie niet in gevaar te brengen, via bemidde-

ling van de vereniging. De controle op de noodzaak van opname was vanzelfsprekend in handen van het controle- en meldingsbureau.¹³¹

Dit werd de blauwdruk voor de verhouding tussen gemeente en het particulier initiatief in het Interbellum. In ruil voor subsidies eiste de gemeente tenminste een stem in het bestuur van de verenigingen en op den duur vergaande samenwerking tussen de verenigingen die zich met één werksoort bezighielden. Het duidelijkste voorbeeld was de 'Amsterdamsche Raad voor de Kinderuitzending', die het gemeentelijk subsidie over de aangesloten verenigingen verdeelde, de werkzaamheden efficiënt kon verdelen en belangrijke beleidslijnen uitstippelde, zoals de minimale arbeidsvoorwaarden voor het personeel en de eigen bijdragen die minvermogende patiënten moesten betalen. In het geval van de wijkverpleging en van de hulp in de huishouding vormde zich één grote algemene vereniging, respectievelijk de 'Amsterdamsche Wijkverpleging' en de 'Vereniging Huisverzorging', vergezeld van enkele veel kleinere confessionele verenigingen. Tegen het einde van de jaren twintig waren deze organisaties vrijwel geheel van gemeentelijke subsidies afhankelijk, maar beschikten ze desondanks over onvoldoende capaciteit om volledig aan de vraag te kunnen voldoen en onvoldoende middelen om het personeel redelijke arbeidsvoorwaarden aan te kunnen bieden. Een zware onderzoekscommissie, die dit in 1926 concludeerde, adviseerde om ook op het gebied van de wijkverpleging een centrale raad in te stellen.¹³² Dat liet echter op zich wachten en in 1930 nodigde een aantal sociaal-democratische raadsleden B&W uit om het subsidie niet meer te verhogen en een begroting voor de organisatie van een gemeentelijke huisverzorging en wijkverpleging te maken.¹³³ Nog datzelfde jaar kwam de 'Amsterdamsche Raad voor de Wijkverpleging' tot stand, maar het duurde enkele jaren voordat de raad optimaal functioneerde. Pas in 1934 waren de verenigingen, op aandrang van de politiek, bereid om de subsidies, of beter gezegd de generieke kortingen daarop, via de raad te verdelen.¹³⁴

Crisis in de Amsterdamse gezondheidszorg

Tijdens de eerste crisisjaren werd de GG&GD hardhandig aan zijn kerntaak herinnerd. Een groot aantal werklozen kon de ziekenfondspremie niet meer betalen en het aantal gemeentepatiënten nam snel toe. Over 1934 werden bijna 35.000 tijdelijke bewijzen verleend, betrekking hebbend op 120.000 mensen.¹³⁵ De gemeenteartsen werden zwaar belast, terwijl hun aantal in de loop van de jaren maar langzaam werd uitgebreid. Het was natuurlijk niet bevorderlijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg en men zag zich voor de keuze gesteld de capaciteit van de GG&GD verder uit te breiden of opnieuw een crisisregeling in te voeren. Het eerste was goedkoper, maar het relatieve prijsverschil tussen de kosten van uitbreiding van de dure Amsterdamse GG&GD en een crisisregeling was veel kleiner dan in het geval van de simpele geneeskundige dienst in Schiedam. Bovendien vreesde men dat de ziekenfondscultuur grote schade zou oplopen en al snel werd met enige regelmaat door verscheidene

raadsleden op een regeling aangedrongen. B&W overlegden met de fondsen, maar deze weigerden voorlopig hun medewerking.¹³⁶

De groei van het aantal ziekenfondsleden was weliswaar gestokt, maar door de instroom van mensen die door verlaging van hun inkomen de welstandsgrens in neerwaartse richting overschreden, bleef de daling van het ledental beperkt. Deze moest bovendien voornamelijk aan het teruglopend kindertal worden toegeschreven. In 1930 waren er 318.340 volwassen ziekenfondsleden met 129.934 kinderen. In 1934 was het aantal volwassenen vrijwel gelijkgebleven, 317.110, maar het aantal kinderen was afgenomen tot 105.492 (bij elkaar 54 procent van de bevolking).¹³⁷ Het zal duidelijk zijn dat de fondsen als gevolg van de crisis mensen met lage inkomens en grote gezondheidsrisico's kwijtraakten en daar mensen met relatief hoge inkomens en lage risico's voor terugkregen. Men had dan ook geen behoefte aan een nieuwe crisisregeling en om de politieke druk enigszins te verlichten, nam men een klein deel van de overheidsuitgaven over door beperkte subsidiëring van het particulier initiatief, uitzending van kinderen naar herstellingsoorden en verstrekking van duurdere medicijnen.¹³⁸ Toen in juli 1934 de ministeriële circulaire arriveerde was aan een regeling echter niet meer te ontkomen.

Er werd een overeenkomst afgesloten tussen overheid, fondsen en deelnemers van de fondsen, waarbij de contributie van werklozen werd verlaagd tot 10 cent per week voor een volwassene en 2 cent per kind. Het premieverlies werd in de verhouding 8:5:5 over respectievelijk de deelnemers, de fondsen en de gemeente verdeeld.¹³⁹ De gemeente oefende enige druk uit op de werklozen en aan het einde van 1934 waren al bijna 34.000 mensen, ofwel 8 procent van de ziekenfondsleden, via de crisisregeling verzekerd.¹⁴⁰ De verdeling van de kosten werd een aantal malen ten gunste van de gemeente veranderd en in 1936 was de verhouding tussen deelnemers, fondsen en gemeente vastgesteld op 5:3:2. In dat jaar was 15 procent van het aantal leden via de regeling verzekerd.¹⁴¹

Deze lastenverlichting was één van de vele bezuinigingsmaatregelen die werden getroffen. De bezuinigingen op de gezondheidszorg waren al in 1931 en 1932 ingezet, maar het minderheidscollege dat in de jaren 1933-1935 aan het bewind was, zette dit beleid rigoureuus door. Om te beginnen golden algemene maatregelen, zoals salariskortingen, natuurlijk ook voor de gezondheidszorg. Door de toename van de werkzaamheden was het effect hiervan op de GG&GD moeilijk waarneembaar, maar de uitgaven stegen veel trager dan de werklast. Daarnaast werden enkele activiteiten van de GG&GD beperkt of beëindigd, waarvan de afschaffing van de schooltandverzorging het meest drastische voorbeeld was.¹⁴²

In het begin van de jaren dertig waren de tekorten van het particulier initiatief, als gevolg van de toenemende on- en minvermogens, snel gestegen. De gemeente ving een groot deel van de extra uitgaven op en de subsidies stegen tot ruim f180.000 voor de vier belangrijkste verstrekkingen in 1932. In de jaren hierna werden ze echter weer teruggebracht op het niveau dat in de late jaren twintig gebruikelijk was, ongeveer f130.000.¹⁴³ Dat was in reële zin nog altijd meer dan in de jaren twintig, maar toch te weinig om de groei van de on- en minvermogens

bevolking bij te houden. De verenigingen verlaagden eveneens hun salarissen en vingen de rest van de bezuinigingen op door de contributies en de eigen bijdragen enigszins te verhogen. Waar de verenigingen in de jaren twintig al niet geheel aan de vraag konden voldoen, moest het aanbod nu wel flink tekortschieten.¹⁴⁴

De meest opzienbarende bezuinigingen zijn uit grafiek 6.1 af te lezen. De uitgaven van de gemeenteziekenhuizen werden binnen twee jaar bijna gehalveerd. Dat was ook in deze arbeidsintensieve sector in de eerste plaats het gevolg van de salariskortingen, aangevuld met verlenging van de arbeidsdag van 8 naar 9 uur. Dit was mogelijk, omdat de Arbeidswet niet van toepassing was op verpleegsters, terwijl het in 1929 genomen Verplegingsbesluit, dat deze leemte moest opvullen, veel ruimere arbeidstijden toeliet en bovendien tal van uitzonderingsclausules kende.¹⁴⁵ De teruglopende eigen bijdragen van minvermogenden werden vanaf 1934 op peil gehouden door ze simpelweg te verhogen en door nieuwe bijdragen in te voeren, bijvoorbeeld voor polikliniekbezoek.¹⁴⁶ De laatste belangrijke manier om op de uitgaven aan ziekenhuiszorg te bezuinigen was beddenreductie. Halverwege de jaren dertig kwam een tweetal commissies tot de conclusie, dat een tekort aan ziekenhuisruimte voorlopig niet viel te verwachten. Sluiting van het Tesselschadeziekenhuis, in ieder geval tijdelijk, werd dan ook geoorloofd geacht. Dat gebeurde en waar de particuliere ziekenhuizen nog altijd uitbreidden, liep het gemeentelijk aandeel in de verpleging opnieuw geleidelijk terug.¹⁴⁷ De totale ziekenhuiscapaciteit bleef voor het eerst achter bij de bevolkingsgroei en dat vertaalde zich in een afnemend aantal verpleegden per 1000 inwoners, een absolute daling van het aantal verpleegdagen en een vermindering van de gemiddelde verpleegduur (bijlage B.10). Het is onwaarschijnlijk dat dit tot serieuze gezondheidsproblemen leidde in een stad waar de bevolking vrij gemakkelijk naar het ziekenhuis ging en inmiddels 40 procent van de kinderen in het ziekenhuis werd geboren en bijna de helft van de bevolking in het ziekenhuis overleed.¹⁴⁸

In 1937 oordeelde zowel de politiek als de meeste fondsen, dat vele crisisleden inmiddels langdurig werkloos waren en dus als armlastig dienden te worden beschouwd. Er werd besloten om de regeling af te bouwen door tussen 1938 en 1941 de premies voor de crisisverzekerden langzaam naar het volle bedrag terug te brengen. De afbouw van de crisisregeling ging aanvankelijk gepaard met hernieuwde groei van het aantal gemeentepatiënten, maar aanscherping van de inkomensgrens voor gratis geneeskundige hulp maakte daar een einde aan.¹⁴⁹ De ziekenfondsen groeiden in de tweede helft van de jaren dertig snel en aan de vooravond van het Ziekenfondsenbesluit waren ruim 512.000 Amsterdammers, 64 procent van de bevolking, bij een ziekenfonds verzekerd. Na het besluit bedroeg dat aantal bijna 600.000, oftewel 75 procent.¹⁵⁰ Het Interbellum eindigde voor de fondsen overigens met een ouderwets conflict met de specialisten, dat door mobilisatie en oorlog abrupt werd afgebroken.¹⁵¹

Ondertussen onderhandelden de fondsen met de gemeente over een gemeentelijke verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverzekering. Dat was niet geheel nieuw, want al onder Gerritsen was een overeenkomst met het AZA afgesloten, waarbij patiënten op kosten van het AZA in de gemeenteziekenhuizen konden worden

opgenomen. Naar aanleiding van de invoering van de Arbeidswet, had ook de GGD niet veel later een verzekering in het leven geroepen, waarbij werkgevers hun dienstboden tegen ziekenhuisverpleging konden verzekeren. Zowel de zogenaamde afdeling d. van AZA als de dienstbodenverzekering hadden nooit veel meer dan enkele honderden leden gehad.¹⁵² Ziekenhuisopname was tenslotte een zeldzame gebeurtenis in een mensenleven en wanneer het zover was, betaalde de gemeente een groot deel van de kosten. Dat leverde, ondanks de bezuinigingen, nog altijd fikse uitgaven voor de gemeente op en wanneer puntje bij paaltje kwam, bleek de eigen bijdrage voor velen moeilijker op te brengen dan aanvankelijk gedacht. Om aan deze problemen een einde te maken, stelden B&W in 1940 voor om een gemeentelijke verzekering tegen ziekenhuisverpleging met inkomensafhankelijke premies op te richten en tegelijk de tarieven in de ziekenhuizen fors te verhogen, teneinde die verzekering te stimuleren. Naar het voorbeeld van de gemeente Haarlem, waar al sinds 1927 zo een verzekering bestond, zouden de ziekenfondsen tegen een vergoeding voor gemaakte administratiekosten de premies moeten innen.¹⁵³ De commerciële fondsen wilden liever niet als incassobureau voor de gemeente fungeren en samen met AZA waarschuwden ze, dat een vrijwillige verzekering met inkomensafhankelijke premies vooral mensen met lage inkomens en grote risico's zou aantrekken en dus veel geld ging kosten.¹⁵⁴ De ziekenfondsen kregen steun in de raad en de regeling ondervond de nodige vertraging. Ze werd uiteindelijk per 1 augustus 1941 van kracht en werd binnen enkele maanden ingehaald door het Ziekenfondsenbesluit, maar telde inmiddels 87.000 verzekerden.¹⁵⁵

Conclusies Amsterdam

In economisch opzicht maakt Amsterdam de voor deze studie gekozen functie van schakel tussen het lokale en het nationale niveau grotendeels waar. De Amsterdamse economie, zinnig samengevat met het concept van de duale economie, was veel typerender voor Nederland dan de eenzijdige Schiedamse economie. Ze was verantwoordelijk voor het bestaan van een in omvang fluctuerende, maar nimmer verdwijnende groep onvermogenen, hoewel ook in Amsterdam de nadruk op de minvermogenen kwam te liggen. Daarnaast kende de hoofdstad een relatief grote, zij het in verhouding tot de gehele bevolking in omvang afnemende, bovenlaag.

Daarnaast werd vanaf de jaren negentig van de vorige eeuw de ontwikkeling van een ziekenfondscultuur ter hand genomen en hierbij volgde de hoofdstad in alle opzichten het in de hoofdstukken twee en drie uitgezette patroon. Minvermogenen werden uit de medische armenzorg verwijderd en naar de ziekenfondsen verwezen, waarmee de omvang van de armen- en de ziekenfondspraktijk een getrouwe afspiegeling van de sociale structuur werd. Tegelijkertijd werd de gemeentelijke geneeskundige zorg sterk verbeterd en dit betrof zowel de zorg voor onvermogenen als de ziekenhuiszorg voor een veel groter deel van de bevolking. Bovendien nam de gemeente de verpleging van on- en minvermogenen in particuliere ziekenhuizen

grotendeels voor haar rekening. Wat betreft de grote lijnen van het systeem van financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg is er dus weinig nieuws onder de zon, maar dat ligt bij de exacte invulling van het systeem door belangengroepen en politici geheel anders.

De relatief grote particuliere praktijk, de medische faculteit en allerlei andere aantrekkelijkheden van de grote stad waren verantwoordelijk voor de grote aantrekkingskracht op de medische beroepsbeoefenaren. Zelfs rond 1890 waren er nog relatief veel geneeskundigen en aan het begin van deze eeuw vielen hernieuwde toename van de artsendichtheid, specialisatie, groei van het ziekenfondswezen en inkrimping van de particuliere praktijk samen. Van homogeniteit binnen het geneeskundig beroep als geheel was dan ook geen sprake. Pas op het niveau van ziekenfondsgeneesheren (VVZ) en specialisten (ASV) konden effectieve belangengroepen worden geformeerd. De artsen stonden bovendien voor het probleem dat het AZA de stichting van een Maatschappijfonds in de weg stond, terwijl het artsenfonds in de eerste plaats voor de exclusieve belangen van zijn eigen medewerkers opkwam en bovendien niet van idealisme was gespeend. Het bestuur van het fonds was nooit te beroerd om een crisisregeling voor werklozen in te stellen, liep voorop waar het de verstrekkingen betrof en zag weinig heil in pogingen tot monopolisering van de ziekenfondsmarkt. Geen van de genoemde organisaties kon overigens bogen op een eensgezind ledenbestand en de besturen moesten herhaaldelijk constateren, dat een kleiner of groter deel van de leden een afwijkend standpunt innam en daarmee de effectiviteit van de belangengroepen aantastte.

De onderlinge fondsen van het moderne, aan de arbeidersbeweging gelieerde type, waren in potentie geduchte tegenstanders. Ze groeiden aan het begin van de twintigste eeuw snel en konden rekenen op de steun van een actieve achterban. Het kwam dan ook tot forse botsingen met de professionele organisaties en nadat in 1917 een centraal overleg- en besluitvormingsplatform was gecreëerd, zou vooral Ziekenzorg zich met enige regelmaat aan de aldaar genomen beslissingen onttrekken. Tot een slepende ziekenfondsstrijd, zoals tussen de NMG en 'De Volharding' in Den Haag, kwam het echter niet. Dat was te danken aan enige politieke inmenging, maar toch vooral aan de bemiddelende rol die de commerciële fondsen vervulden. Enerzijds voorkwamen ze, in samenwerking met de onderlinges, dat de medische beroepen een al te overheersende positie gingen innemen; anderzijds dwongen ze, in samenwerking met AZA, de onderlinges tot honorariumverhogingen, vrije artsen- en apothekerskeuze en andere concessies, waarmee in ieder geval de meeste huisartsen en apothekers tevreden werden gesteld. In eendrachtige samenwerking stelde men zich vervolgens te weer tegen de eisen van de specialisten, die dan ook beduidend minder tekenen van tevredenheid vertoonden.

De relatief zwakke positie van de medische beroepen was vooral merkbaar in confrontaties met de gemeente. In politiek opzicht week Amsterdam nog het meeste af van de nationale situatie. De gemeentelijke politiek had over het algemeen een

vooruitstrevend karakter, zij het met wisselende intensiteit. Kenmerkend voor zowel de radicalen, vooral actief in de periode 1890-1902, als de sociaal-democraten, die in de jaren 1918-1930 de meeste invloed konden uitoefenen, was dat ze betrekkelijk ongevoelig waren voor de eisen van de medische professies en meer aandacht hadden voor een efficiënte organisatie van de gemeentelijke gezondheidszorg en voor de belangen van on- en minvermogende patiënten. De Geneeskundige Kring leed in 1902 dan ook een gevoelige en naar later bleek definitieve nederlaag in een poging de organisatie van de geneeskundige dienst te beïnvloeden. Voortaan zou bij de GGD slechts een beperkt aantal artsen werken, die zich bovendien maar ten dele in de opvattingen van de NMG konden vinden en zich voor hun belangenbehartiging in een eigen vereniging organiseerden. In 1919 werd uit hun midden de nieuwe directeur Heijermans gekozen. De Amsterdamse GGD-artsen vormden overigens ook de kern van de tezelfdertijd opgerichte 'Nederlandsche Vereeniging voor Gemeentelijke Geneeskundige Verzorging'.¹⁵⁶ De organisaties van sociaal-geneeskundigen in Nederland werden waarschijnlijk meer beïnvloed door Amsterdamse leden dan de NMG en de NMP. Niet voor niets vertaalden drie generaties sociaal-geneeskundigen in Nederland zich in drie reorganisaties van de geneeskundige dienst in Amsterdam.

De ontwikkelingen in Amsterdam bewijzen nog eens dat de politieke stromingen op den duur niet meer van mening verschilden over de belangrijkste wijzigingen in de sociale zorg en de gezondheidszorg, zoals de noodzaak tot scheiding van de zorg voor on- en minvermogenden. De sociaal-democraten waren afgestapt van het idee om middels de GGD de gezondheidszorg te socialiseren en alleen de communistische raadsleden protesteerden met enige regelmaat tegen de verwijdering van minvermogenden uit de geneeskundige armenzorg. Heijermans voerde in de jaren twintig felle discussies met zijn collega B.H. Sajat, die van mening was dat de door Heijermans gesignaleerde verschillen in behoeften van arbeiders en paupers niet bestonden of tenminste werden overdreven.¹⁵⁷ De scheiding werd in Amsterdam echter rigoureuus doorgevoerd en tegen het einde van de jaren twintig leek de GG&GD zijn zorg inderdaad tot de vaste kern onvermogenden te kunnen beperken. Daar stond tegenover dat de GG&GD deze onvermogenden uitgebreide zorg van goede kwaliteit leverde, terwijl de meeste ziekenfondsverzekerden het met minder moesten doen. In de jaren dertig werd de scheiding op kunstmatige wijze, middels de crisisregeling, grotendeels in stand gehouden.

In die sectoren waar het particulier initiatief voor de zorg van minvermogenden grotendeels afhankelijk was van overheidsfinanciering, stuurden de sociaal-democraten wel aan op overname door de gemeente of, indien dat financieel of politiek niet mogelijk was, op verregaande invloed op het beleid van de particuliere instellingen. Hierbij was het van groot belang dat de confessionele invloed op de politiek en het maatschappelijk leven in Amsterdam beperkt was. Het particulier initiatief was grotendeels algemeen van karakter en dat maakte verregaande samenwerking, in sommige gevallen totale vervlechting, met de gemeentelijke overheid ongetwijfeld gemakkelijker.

In het ziekenhuiswezen lag dit anders. De exploitatie van de gemeentelijke ziekenhuizen was kostbaar, doordat de gemeente een model-werkgever wilde zijn en door de uitgaven voor het medisch onderwijs. De gemeente was financieel niet in staat om de gehele Amsterdamse ziekenhuisverpleging op deze basis te laten functioneren en moest wel gebruik maken van de goedkopere particuliere ziekenhuizen. De afhankelijkheid tussen gemeente en particuliere ziekenhuizen was dus wederzijds en de invloed die de gemeente op de ziekenhuizen kon uitoefenen was daarmee beperkt.

Voor de patiënten maakte het niet veel uit. De toegang tot de ziekenhuizen was zo gemakkelijk, dat zelfs de rigoureuze maatregelen die in de jaren dertig werden genomen niet tot serieuze problemen leidden. Het was dan ook de gemeente die het initiatief tot een verzekering voor ziekenhuisverpleging nam, in een poging de uitgaven aan ziekenhuiszorg te verlagen. Als gevolg van de toepassing van inkomensafhankelijke premies verzekerden ook mensen met lagere inkomens zich en de gemeentelijke verzekering bereikte in de korte tijd van haar bestaan een alleszins respectabele omvang. Het is echter nog maar de vraag of de verzekering ook een financieel succes zou zijn geworden. Dat bleef echter in het ongewisse, want binnen enkele maanden bracht het Ziekenfondsbesluit de financiering van de ziekenhuiszorg voor minvermogenden grotendeels buiten het bereik van welke gemeentelijke politieke constellatie dan ook.

VII. Het systeem van financiële toegankelijkheid tot curatieve gezondheidszorg in het Interbellum

Terug op het nationale niveau

In dit hoofdstuk zal op basis van de lokale studies, aangevuld met informatie over nationale ontwikkelingen gedurende het Interbellum, het systeem van financiële toegankelijkheid, zoals dat rond 1930 in Nederland functioneerde, worden behandeld. Dit systeem kende twee opvallende organisatorische kenmerken: het was vooral op lokaal niveau georganiseerd en er was een groot aantal schotten ingebouwd.

Het eerste kenmerk en de daaruit volgende lokale verscheidenheid maken het moeilijk om een nationaal beeld te schetsen. Dit probleem lijkt te worden gecompliceerd door het grote aantal schotten dat was ingebouwd, maar in werkelijkheid biedt dit tweede kenmerk goede mogelijkheden voor een gestructureerde behandeling. De drie organisatievormen leverden zonder al te veel overlap bepaalde verstrekkingen aan bepaalde groepen. Deze onderlinge afstemming was echter niet te danken aan overleg tussen de betrokken politici en belanghebbenden. De organisatievormen vertegenwoordigden namelijk niet alleen vrijwel gescheiden financiële en organisatorische circuits, maar ook gescheiden bestuurlijke kringen. Het is opvallend dat lokale politici in Schiedam en Amsterdam zich na de Eerste Wereldoorlog nauwelijks meer met het functioneren van het lokale ziekenfondswezen inlieten, terwijl slechts een klein deel van de geneeskundigen daadwerkelijk was geïnteresseerd in de medische armenzorg. Deze situatie maakt het mogelijk om de medische armenzorg en het ziekenfondswezen gescheiden te behandelen en om bij iedere organisatievorm juist die ontwikkelingen te benadrukken die de meeste invloed op de betreffende organisatievorm uitoefenden.

In het navolgende zal eerst kort worden ingegaan op de demografische, geografische en sociaal-economische randvoorwaarden die aan het systeem van financiële toegankelijkheid werden gesteld. Vervolgens zullen de organisatievormen worden besproken. Hierbij zal in het geval van de medische armenzorg vooral op de invloed die de politiek uitoefende worden ingegaan en in het geval van de ziekenfondsen vooral op de invloed van de belangrijkste belangengroepen. Op het platteland verliep de samenwerking tussen politiek en belangengroepen overigens beter, maar dat was typerend voor het feit dat het systeem van financiële toegankelijkheid daar geheel anders in elkaar stak dan in de stedelijke gebieden. Er kan daarom van een geografisch schot worden gesproken. Deze geografische component zal bij de behandeling van de laatste organisatievorm, de vereniging voor ziekenhuisverpleging, aan de orde komen.

Tegen 1930 bestond een systeem dat ongetwijfeld vele mankementen kende, maar dat voor het eerst in de geschiedenis vrijwel de gehele Nederlandse bevolking van de meest basale zorg voorzag. In de laatste paragrafen van dit hoofdstuk zal het karakter van het nationale systeem worden uitgediept door de bespreking van de

gevolgen van de crisis in de jaren dertig en door het systeem af te zetten tegen de ingrijpende veranderingen die het Ziekenfondsenbesluit in 1941 met zich meebracht.

Randvoorwaarden

De welvaart, de inkomensverdeling, demografische en zelfs geografische omstandigheden stelden randvoorwaarden aan de organisatie van de gezondheidszorg in het algemeen en dus ook aan het systeem van financiële toegankelijkheid. Deze factoren waren van invloed op het functioneren van de particuliere praktijk en daarmee op het minimumniveau van medische voorzieningen dat toegankelijk was. Met behulp van collectieve arrangementen kon dit niveau worden verhoogd, maar genoemde factoren waren tevens van invloed op het maximum aan medische voorzieningen dat op deze wijze toegankelijk kon worden gemaakt. De groei van de welvaart, de wijzigingen in de inkomensverdeling, maar bijvoorbeeld ook de verbetering van de transportfaciliteiten hebben dit maximum gedurende de hier behandelde periode in Nederland verhoogd. Daar staat echter tegenover dat collectieve arrangementen het lokale niveau meestal niet ontstegen. Hierdoor brachten de lokale welvaart, de lokale inkomensverdeling en lokale demografische en geografische omstandigheden een grotere differentiatie aan in het niveau van medische voorzieningen dat toegankelijk kon worden gemaakt dan strikt noodzakelijk was. Er ontstond een duidelijke hiërarchie, die zich met behulp van de bestudeerde gemeenten gemakkelijk laat illustreren.

Helemaal onderaan vinden we armere plattelandsgebieden waar niet alleen betrekkelijk weinig mensen woonden, maar tevens een zeer kleine groep meergegoeden aanwezig was. In dergelijke gebieden kon de particuliere praktijk niet functioneren en was zonder collectieve arrangementen meestal helemaal geen reguliere medische hulp voorhanden. Idaarderadeel was ook een plattelandsgemeente, maar een redelijk welvarende waar wel een groep meergegoeden van enige omvang woonde. In ieder dorp van betekenis was dan ook een huisarts gevestigd. De wijkverpleegkundige kon echter alleen met financiële steun van de overkoepelende gemeente aan de slag. Voor specialistische hulp en ziekenhuiszorg was de lokale markt te klein en bovendien kon bijna niemand deze zorg geheel zelf betalen. Het aantal bewoners dat in een stedelijk ziekenhuis werd opgenomen was beperkt en diegenen voor wie dat wel noodzakelijk was, werden financieel gesteund door armbestuur, gemeente en de vereniging voor ziekenhuisverpleging.

Schiedam was een middelgrote gemeente, met een sterke nadruk op het minvermogene deel van de bevolking. Op zich bood de bevolkingsomvang ruimte voor meerdere huisartsen, apothekers en vroedvrouwen, een heilgymnast en zelfs een ziekenhuis, maar alleen wanneer de zorg voor on- en minvermogenen via de armen- en ziekenfondspraktijk redelijk werd gehonoreerd. In vergelijking met middelgrote gemeenten met een grotere meergegoede bevolking oefende de gemeente weinig aantrekkingskracht op specialisten uit.

Dat laatste kan maar ten dele aan de nabijheid van Rotterdam worden toegeschreven, want ook in de Maasstad was de geneeskundigendichtheid betrekkelijk laag. Amsterdam en met name Den Haag hadden een veel grotere meergegoede bevolking en daarmee een grote aantrekkingskracht op artsen en alle andere medische beroepsbeoefenaren. Die aantrekkingskracht was echter zo groot, dat inter- en intraprofessionele concurrentie de spoeling alsnog dunner maakten en de financiële toegankelijkheid van on- en minvermogenden kon bemoeilijken. Tenslotte waren dergelijke bevolkingsconcentraties belangrijke centra van kostbare ziekenhuisvoorzieningen. In Amsterdam woonde in 1920 nog geen tien procent van de Nederlandse bevolking, maar in de stad was een kwart van de Nederlandse ziekenhuisbedden aanwezig.

Uit de lokale hoofdstukken weten we dat de Amsterdamse ziekenhuispolitiek het aantal ziekenhuisbedden naar het maximaal haalbare stuwde en dat de Schiedamse huisartsen kans zagen om het aantal specialisten op een veel lager niveau te houden dan de lokale omstandigheden mogelijk maakten. De vier genoemde factoren waren van invloed op de bandbreedte van de medische voorzieningen die toegankelijk konden worden gemaakt, maar binnen deze grenzen bepaalden politici en belangengroepen in hoeverre dat ook gebeurde.

Medische armenzorg: een politiek domein

De medische armenzorg vervulde een drietal functies in het systeem van financiële toegankelijkheid. In de eerste plaats de verstrekking van gratis medische zorg aan onvermogenden. De aard van de verstrekkingen liep uiteen, maar bijna overal probeerde men de meest basale zorg te leveren. Dat betrof in de jaren twintig geneeskundige zorg van zowel huisartsen als specialisten, farmaceutische zorg, verloskundige zorg, wijkverpleging, ziekenhuiszorg en een aantal verstrekkingen waarbij preventie en curatie moeilijk waren te scheiden, zoals zuigelingenzorg en tuberculosebestrijding.

De tweede functie betrof de levering tegen verminderd tarief van een deel van deze zorg aan minvermogenden. Dit betrof met name zorg die andere organisatievormen niet konden of wilden leveren, zoals wijkverpleging en ziekenhuiszorg, en zorg die een belangrijke preventieve component kende en uit dien hoofde een publieke verantwoordelijkheid was, zoals tuberculosebestrijding.

Hulp aan on- of minvermogenden kan alleen worden geleverd, indien deze aanwezig is. Dat was lang niet altijd het geval en de laatste functie van medische armenzorg bestond uit de organisatie of stimulering van medische hulp die zonder die maatregelen niet of onvoldoende in een gemeente voorhanden zou zijn. Voorbeelden hiervan waren de geneeskundigen in armere plattelandsgemeenten, de wijkverpleegsters in Idaarderadeel, de Schiedamse vroedvrouwen en de ziekenhuisvoorzieningen in het algemeen. Daarmee was medische armenzorg niet alleen van belang voor on- en minvermogenden, maar voor de gehele bevolking en misschien

was dat ook wel de reden waarom het de enige functie was die expliciet in de Armenwet werd opgenomen.

De zorg voor onvermogenen

De omvang van de groep onvermogenen was afhankelijk van de inkomensverdeling en van de grens die politici en armverzorgers trokken. Die grens was in de jaren 1890-1920 aangescherpt en in alle drie de onderzochte gemeenten bestond een rigoureuze scheiding tussen on- en minvermogenen. Daarmee schommelde de omvang van beide groepen in de jaren twintig nog voornamelijk met de inkomensverdeling. De eerder gememoreerde reële stijging van het inkomen van de arbeidersbevolking tussen 1913 en 1930 voltrok zich grotendeels in de deflatiejaren 1919-1922.¹ Deze deflatie hing echter samen met een economische terugval en de werkloosheid die daarmee gepaard ging, zorgde er voor dat de groep onvermogenen omvangrijk bleef. Vanaf 1923 begon de werkloosheid geleidelijk te dalen, totdat in de zomer van 1929 bijna het niveau van volledige werkgelegenheid werd bereikt. In 1928 en 1929 was het aantal onvermogenen zowel absoluut als relatief kleiner dan het ooit was geweest en bestond grotendeels uit huizittende armen.

De scheiding tussen on- en minvermogenen behoorde tot het pakket sociale maatregelen dat op den duur zowat overal werd doorgevoerd, ongeacht de lokale politieke constellatie. Het politieke karakter van een gemeente was in het geval van deze maatregelen vooral van invloed op het moment waarop en het tempo waarin ze tot stand kwamen. Links-liberalen en later sociaal-democraten drongen al voor de Eerste Wereldoorlog aan op verbetering van de zorg voor onvermogenen, aparte regelingen voor werklozen, democratisering van het bestuur van de gemeentelijke instellingen voor sociale zorg en verambtelijking van de uitvoeringsorganen in specifieke diensten. Waar ze de kans kregen, voerden ze dergelijke veranderingen ook door, maar de maatregelen kregen pas rond het einde van de Eerste Wereldoorlog algemene verspreiding toen confessionele en conservatief-liberale politici akkoord gingen.

De gelijksoortigheid van de maatregelen werd tevens veroorzaakt door het feit dat de modernisering van de samenleving zoveel verwarring in de sociale zorg stichtte, dat lokale politici en armbestuurders naarstig op zoek moesten naar oplossingen. Ze maakten hierbij in meer of mindere mate gebruik van ideeën uit de denktanks van de moderne armverzorgers en bovendien keken ze goed naar elkaar. Zoals nationale overheden het principe van de verplichte sociale verzekering van elkaar kopieerden, zo kopieerden lokale politici en armbestuurders in andere gemeenten genomen maatregelen. Ook de organisatie van de geneeskundige verzorging van onvermogenen in gemeenten met gelijksoortige sociaal-economische, demografische en geografische kenmerken vertoonde grote overeenstemming.

Zo werd tijdens de eerste twee decennia van deze eeuw in alle grote gemeenten een GGD georganiseerd. De grootstedelijke GGD leverde sterk verbeterde zorg aan

onvermogenen en stond onder beheer van een raadscommissie, maar de uitvoering was in handen van medisch ambtenaren in volledige of gedeeltelijke vaste dienst. Het aantal geneeskundigen dat bij de diensten was betrokken was daarom beperkt en een relatief groot deel van hen was afkomstig uit de kring van de tweede en derde generatie sociaal-geneeskundigen. De NMG en haar afdelingen konden dan ook weinig invloed op de gang van zaken bij de GGD's uitoefenen en stelden daar ook steeds minder belang in. Het was Heijermans' 'Vereeniging voor Gemeentelijke Geneeskundige Verzorging' die in de praktijk de Nederlandse vereniging van GGD-artsen werd.

De NVGGV wilde een studievereniging zijn, waar gemeentelijk gezondheidszorgbeleid zou worden voorbereid. Daar kwam echter weinig van terecht, omdat men zelden tot een eensluidend standpunt kon komen. Dat moet voor een deel worden toegeschreven aan de onvrede met de overheersende positie van de Amsterdammers in het algemeen en de persoon van Heijermans in het bijzonder.² De belangrijkste zwakte was echter gelegen in een aantal fundamentele meningsverschillen. Ook in de rijen van de eerste en tweede generatie sociaal-geneeskundigen was sprake geweest van heftige discussies, met name over de aard en de omvang van noodzakelijk overheidsingrijpen. Deze discussies werden echter gekanaliseerd door de politieke stromingen waar men deel van uitmaakte. De eerste generatie sociaal-geneeskundigen leunde sterk op het doctrinair liberalisme van Thorbecke, de tweede generatie op het radicalisme. Rond 1900 was de tweede generatie sociaal-geneeskundigen met de scheuring in het links-liberale kamp uiteen gevallen, maar in het geval van de derde generatie was er van meet af aan sprake van tenminste twee rivaliserende politieke stromingen. Tot de leden behoorden enerzijds sociaal-democraten en links-liberalen als H.F. Fleischer (directeur GGD Den Haag), Heijermans en de eveneens uit Amsterdam afkomstige C.J. Brenkman, die nog na de Eerste Wereldoorlog kans zag om een discussie over een volledig genationaliseerde gezondheidszorg binnen de NMG uit te lokken.³ Anderzijds behoorden confessioneel en behoudend liberaal georiënteerde sociaal-geneeskundigen tot de leden, zoals Schukkinck Kool (directeur GGD Utrecht) en C.H. van Herwerden (directeur GGD Rotterdam).⁴ Op lokaal niveau konden deze mensen ieder voor zich invloed uitoefenen, maar de NVGGV leidde in de tweede helft van de jaren twintig een sluimerend bestaan. De derde generatie sociaal-geneeskundigen zou op nationaal niveau pas iets van zich laten horen, nadat een aantal van hun organisaties in 1930 tot de 'Algemeene Nederlandse Vereeniging voor Sociale Geneeskunde' was samengevoegd.

Na de Eerste Wereldoorlog werd ook in bijna alle middelgrote stedelijke gemeenten een GGD georganiseerd, maar hier experimenteerde men opmerkelijk genoeg juist met geheel of gedeeltelijk vrije artsenkeuze.⁵ Het principe van de vrije artsenkeuze voor onvermogenen was in 1919 in de gemeenteprogramma's van SDAP en RKSP opgenomen. Niet als knieval voor de NMG, maar als een begerenswaardig recht voor de onvermogenen en vooral voor werklozen die hun ziekenfondslidmaatschap moesten opzeggen en daardoor geen beroep op hun vaste huisarts meer konden doen.

Dergelijke overwegingen vormden eveneens de achtergrond van de met enige regelmaat terugkerende plannen voor gemeentelijke ziekenfondsen, waarin mensen die tussen on- en minvermogenheid pendelden moesten worden opgenomen, en voor de ondersteuning van werkloze ziekenfondsleden in crisissituaties. Zolang dat om tijdelijke ondersteuning ging, hield het de scheiding tussen paupers en arbeiders in stand, maar diezelfde scheiding sloot de permanente verzekering van onvermogen- den en van tot onvermogenheid vervallen langdurig werklozen uit.

De NMG verdedigde de vrije artskenkeuze naar buiten toe inmiddels niet meer met een verwijzing naar de behoefte om de concurrentie in te perken, maar eveneens op principiële gronden. Waarschijnlijk ging het geneeskundig beroep op den duur zelf geloven, dat "de vrije artskenkeuze en het vrije vestigingsrecht zijn beginselen, wortelend in den aard van het geneeskundig beroep en in de behoefte van patiënten en arts beiden".⁶ In ieder geval kon de NMG niet anders dan op de vrije artskenkeuze voor onvermogenen aandringen, ook al moest de CCB erkennen, dat daar eigenaar- dige problemen aan waren verbonden. Het belangrijkste probleem hing samen met het feit dat het verloop onder de medisch bedeelden zeer groot was, waardoor het moeilijk werd een bruikbare honorariumstructuur te ontwikkelen zonder in de kostbare en fraudegevoelige vergoeding per verrichting te vervallen.⁷ Heijermans bestreed het principe, "het hobby van de NMG"⁸, daarentegen fel. Vooral als conse- quentie van zijn opvatting dat paupers bijzondere zorg nodig zouden hebben die een individuele huisarts niet kon bieden. Bovendien zou uit de ziekenfondspraktijk blijken dat de meeste mensen hun huisarts veelal op triviale gronden kozen, die niets met het vertrouwen tussen arts en patiënt te maken hadden. Dat laatste argument had aanhangers in bredere kring dan de sociaal-geneeskundigen alleen, maar daar stond tegenover dat de leden van de NVGGV ook over de vrije artskenkeuze van mening verschilden. Men erkende dat het omvangrijke grootstedelijke pauperisme, zoals dat met name in Amsterdam bestond, om een bijzondere aanpak vroeg. Een deel van de leden was echter tevens van mening, dat dit probleem in kleinere steden beperkt was, zodat de individuele huisarts hier de kleine groep onvermogenen in zijn praktijk uitstekend kon verzorgen.⁹

Alle fraaie principes ten spijt was het al of niet toepassen van vrije artskenkeuze in de armenpraktijk toch in de eerste plaats afhankelijk van praktische omstandigheden. In de grote steden werd het nooit toegepast, omdat het verlies aan efficiency daar te groot zou zijn. In middelgrote gemeenten lag dat anders. Bovendien was de eensgezindheid onder een kleine groep lokale huisartsen gemakkelijker te bewaren, zodat er vaak geen arts was te vinden die in vaste dienst van een GGD wilde treden. Dat bleek toen het gemeentebestuur van Hilversum in 1926 de enkele jaren daarvoor ingevoerde vrije keuze van huisarts en specialist voor onvermogenen weer wilde afschaffen. De zaak Hilversum is met name interessant, omdat alle nationale partijen erbij betrokken raakten. Heijermans was lid van de externe commissie die de ophef- fing had aanbevolen, hierbij verwijzend naar het gebrek aan interesse bij de onvermo- genen zelf, de gebrekkige hulp die sommige artsen aan hun armlastige patiënten zouden geven, het uiteenvallen van het organisatorisch verband dat de GGD bood

en de problemen die samenhangen met de betaling per verrichting van de specialisten. Deze opvatting kwam overeen met de ervaring van de directeur van de GGD, tevens lid van de NVGGV. De lokale artsen dachten er echter anders over en mobiliseerden de NMG. Het voorstel van B&W werd uiteindelijk door een grote raadsmeerderheid verworpen, omdat de sociaal-democratische en de katholieke fractie niet aan eenmaal verkregen rechten wilden toeren.¹⁰

In kleine gemeenten viel meestal weinig te kiezen, maar door de groei van de welvaart en van het aantal geneeskundigen was het aantal gemeenten waar helemaal geen geneeskundige zorg beschikbaar was, ingeperkt tot notoire probleemgevallen, zoals de Waddeneilanden en een enkele gemeente waar het gemeentebestuur niet voldoende inspanningen wenste te leveren. Met een beroep op de Armenwet had het Staatstoezicht hier kunnen ingrijpen, maar dat gebeurde zelden. De inspectie hield zich vooral bezig met de rechtspositie van het medisch personeel en leek dat ook gelijk te stellen aan een goede en voldoende medische voorziening. De inspecteurs bestreden de willekeur, waar het gemeentelijk medisch personeel op het platteland zo gemakkelijk het slachtoffer van kon worden, door zich met succes te verzetten tegen ongefundeerde verlagingen van het salaris, uitbreiding van taken of plotseling ontslag van gemeentegeneeskundigen en -vroedvrouwen.¹¹ Naar aanleiding van een onderzoek onder gemeenteartsen uit 1923, concludeerde de Huisartsenorganisatie van de NMG dan ook dat er verbetering zat in de rechtspositie van de artsen. Met behulp van bemiddeling en een modelinstructie probeerde de CCB daar zelf een bijdrage aan te leveren. Hierbij richtte men zich vooral op de omzetting van tijdelijke contracten in aanstellingen voor onbepaalde duur en op verhoging van de salarissen. Natuurlijk waren niet alle gemeentelijke bestuurders even gevoelig voor de argumenten van de CCB en bovendien waren niet alle gemeenteartsen gediend van de soms ongevraagde bijstand. Toch leek men aardig op weg om de eisen aangaande de aanstelling en het salaris in de praktijk door te laten dringen.¹² Op al te veel belangstelling voor de verdere organisatie van de gemeentelijke zorg viel de NMG niet te betrappen. De derde generatie sociaal-geneeskundigen had die belangstelling wel, maar de onenigheid die zij tentoonspreidden, demonstreerde dat dit in de eerste plaats een politieke kwestie was.

De zorg voor minvermogenden: overheid en particulier initiatief

De verschillen tussen de politieke stromingen moesten, behalve in de snelheid waarin de zorg voor onvermogenden veranderde, met name worden gezocht in de solidariteit die men in het systeem wilde inbrengen – waarmee het verzekeringstechnische begrip solidariteit een politieke lading krijgt – en in de verhouding tussen overheid en particulier initiatief. Ter linkerzijde van het politieke spectrum wenste men dat de collectieve sectoren aan on- en minvermogenden meer zorg leverden van een betere kwaliteit en tegen lagere prijzen dan ter rechterzijde. Bovendien was een efficiënte inrichting van de zorg volgens hen alleen mogelijk, wanneer de overheid sturend optrad. De oplossing was in theorie gelegen in een verplichte volksverzeke-

ring of nationalisering van de gezondheidszorg, zoals Brenkman in 1920 nog bepleitte. Gezien de politieke verhoudingen was dat op nationaal niveau voorlopig ondenkbaar. Diezelfde politieke verhoudingen gaven de gemeenten echter een belangrijke taak in de gezondheidszorg en grote vrijheid bij de invulling van die taak. Heijermans maakte van die vrijheid gebruik en organiseerde in Amsterdam complete gezondheidscentra voor de zorg voor onvermogenen. Zijn aanvaarding en zelfs hartstochtelijke verdediging van de scheiding tussen de verzorging van on- en minvermogenen maakten uitbreiding van het concept over de gehele bevolking echter onmogelijk.

Desondanks was men ter linkerzijde tevens van mening, dat de lokale overheden de uitgebreide en verbeterde zorg van de GGD aan minvermogenen moesten aanbieden, indien de ziekenfondsen steken lieten vallen of waar het belang van de openbare hygiëne daarom vroeg. Bovendien wilde men hierbij lagere eigen bijdragen vragen dan de politici ter rechterzijde. Dat werd allemaal minder vlot door andere politieke partijen aanvaard dan de veranderingen in de zorg voor onvermogenen. De lokale hoofdstukken bevestigen dan ook dat, zolang de overheid die verantwoordelijkheid niet nam, juist liberalen en zelfs sociaal-democraten actief waren in het particulier initiatief; vaak met de uitdrukkelijke bedoeling dat de overheid de activiteiten op den duur zou overnemen. Gebeurde dat niet en ontbrak het de verenigingen aan middelen om voldoende zorg te leveren, dan moest de overheid tenminste subsidies gaan verstrekken. Hierbij had men voorkeur voor subsidiëring tot het tekort, zodat verenigingen in ieder geval hun activiteiten konden voortzetten. In ruil voor de subsidies moesten de verenigingen overheidsinvloed in de organisaties toestaan. Voor de sociaal-democraten had deze optie als bijkomend voordeel, dat verenigingen al snel voor een belangrijk deel van subsidies afhankelijk waren, zodat gemeentelijke overname voor de hand lag. Toch gebeurde dat maar weinig, omdat dit moment veelal aan het begin van de jaren twintig werd bereikt, toen de reactie doorzette en de confessionelen definitief hun macht in Nederland vestigden.

Het verzuild particulier initiatief werd in de eerste plaats opgericht om de overheid op afstand te houden en niet zozeer om de bevolking van voldoende zorg te voorzien. In een confessionele gemeente als Schiedam kwam het particulier initiatief dan ook laat op gang en werden maar mondjesmaat subsidies verstrekt. Wanneer dat toch nodig was, dan mocht dat niet tot al te veel overheidsinvloed op de particuliere organisaties leiden. Vandaar de principiële voorkeur voor subsidie tot een bepaald percentage van de uitgaven, terwijl het confessionele bewind in de praktijk hogere subsidies kon toestaan zonder dat dit gepaard ging met grotere overheidsinvloed. In Amsterdam verbond de overheid de subsidiëring echter aan vergaande samenwerking en sturing. Een ontwikkeling die zich in enkele andere gemeenten ook wel voordeed, maar nooit zo systematisch als in de hoofdstad.¹³

Gesteund door de subsidies nam het particulier initiatief een grote vlucht en kon de zorg langzaam uitbreiden. Zo waren er aan het begin van de jaren twintig ruim 750 afdelingen van het Groene en het Witte Kruis, met in totaal ongeveer 360.000 leden-gezinshoofden. Ongeveer 400 van deze afdelingen hadden de beschikking over tenminste één wijkverpleegster.¹⁴ In 1930 was het aantal afdelingen niet groter, maar

wel beschikten ze nu bijna allemaal over een wijkverpleegster en telden ongeveer 525.000 leden-gezinshoofden (zeker twee miljoen rechthebbenden). Het Wit-Gele Kruis had inmiddels ongeveer 300 afdelingen en 135.000 leden.¹⁵ Tegen 1940 waren er in Nederland 1350 kruisverenigingen, met 900.000 leden-gezinshoofden (zeker 3,5 miljoen rechthebbenden) en 1600 wijkverpleegsters in dienst.¹⁶ De tuberculosebestrijding en in mindere mate de zuigelingen- en kindverzorging maakten een soortgelijke ontwikkeling door. Bovendien probeerden de verschillende particuliere organisaties ook regionale activiteiten te ontwikkelen.

Provinciale en nationale verbanden van het particulier initiatief leidden over het algemeen een moeizaam bestaan. Aan hen was een belangrijke sturende functie in de ontwikkeling van de tuberculosebestrijding, de zuigelingen- en kindverzorging e.d. toebedacht, maar ze kregen onvoldoende financiële middelen en ondersteuning om die rol ook daadwerkelijk te kunnen vervullen. De keuze voor het particulier initiatief was immers ingegeven door de wens om de rol van de overheid te beperken en door financiële overwegingen. Dat maakte het moeilijk om voldoende middelen van de provinciale en rijksoverheden los te krijgen en veel meer dan beperkte organisatorische ondersteuning had men de lokale afdelingen dan ook niet te bieden. Deze afdelingen waren op hun beurt gevoeliger voor sturing door hun belangrijkste geldschieters, de gemeenten, dan door de provinciale of nationale verenigingen. De organisatorische ondersteuning was hooguit van belang op het platteland en het is dan ook geen toeval dat de provinciale organisaties hier hun meest succesvolle activiteiten ontwikkelden. In de jaren twintig organiseerden de kruisverenigingen het ziekenvervoer ten plattelande en in 1930 ontstond door samenwerking van het Groene Kruis en 15 gemeenten uit de Krimpenerwaard de eerste districtsschoolartsendienst.¹⁷ Spoedig ontstonden dergelijke samenwerkingsverbanden ook voor de organisatie van andere vormen van zorg op het platteland en sommige van deze verbanden ontwikkelden zich tot districtsgezondheidsdiensten. Op die manier kwam door samenwerking van gemeentelijke overheden en particulier initiatief alsnog tot stand wat de rijksoverheid tot dan toe had laten liggen. Het bleef echter moeilijk om een groot aantal gemeentebesturen en kruisverenigingen op vrijwillige basis op één lijn te krijgen. Het verschijnsel bleef dan ook beperkt en doet geen afbreuk aan het organisatorische beeld van de sociaal-hygiënische en preventieve gezondheidszorg als een lappendeken van openbare en particuliere instellingen, gekenmerkt door onevenwichtige spreiding en beperkte samenhang.¹⁸

De ziekenhuizen

De dilemma's rond de rol van overheid en particulier initiatief kwamen het meest uitgesproken naar voren in de ziekenhuiszorg. Ziekenhuiszorg was zo duur geworden, dat het overgrote deel van de bevolking dat niet kon betalen. Het particulier initiatief had daar weinig aan toe te voegen, zodat de financiering van de ziekenhuiszorg grotendeels een zaak van de lokale overheid was. Hierbij hanteerde men het systeem van inkomensafhankelijke eigen bijdragen en de hoogte van de bijdragen vertoonde een duidelijke samenhang met de politieke constellatie in een gemeente. In confessio-

neel Schiedam waren ze vele malen hoger dan in Amsterdam, ook al ging het in het geval van deze twee steden waarschijnlijk om uitersten.¹⁹ In de jaren twintig vlakte de reële stijging van de kosten per verpleegdag af, maar het aantal opnamen en verpleegdagen en daarmee de uitgaven bleven gestaag toenemen. De uitgaven die een gemeente voor haar rekening kon nemen waren eindig en dat leidde er toe dat de controle op de noodzaak van ziekenhuisopname werd opgevoerd, teneinde de toegankelijkheid van diegenen die dat echt nodig hadden te kunnen waarborgen. Bovendien werden patiënten sneller uit de dure ziekenhuizen ontslagen en zo nodig overgebracht naar nieuwe, goedkopere verpleegvormen als parkherstellingsoorden, sanatoria en de voorlopers van de verpleeghuizen.

Tabel 7.1 Schatting van het aantal verpleegden en verpleegdagen per 1000 inwoners, van de gemiddelde kosten per verpleegdag en van de uitgaven per hoofd van de bevolking aan ziekenhuiszorg in Nederland, 1910-1939

Jaar	Verpleegden/ 1000 inwoners	Verpleegdagen/ 1000 inwoners	Kosten per verpleegdag		Uitgaven/hoofd bevolking	
			nom.	reëel*	nom.	reëel*
1910	12.7	508	1.90	2.93	0.97	1.50
1915	16.4	594	2.37	3.02	1.41	1.78
1922	23.8	789	5.67	5.67	4.48	4.48
1926	26.5	807	6.07	6.42	4.90	5.18
1930	30.9	941	6.07	6.80	5.71	6.40
1935	34.6	895	5.22	6.90	4.67	6.17
1939	41.4	983	5.26	6.95	5.17	6.83

* in guldens uit 1922

Bron: Japenga en Van der Velden (1993) 182.

In de negentiende eeuw was ook de uitvoering van de ziekenhuiszorg een zaak van de gemeentelijke overheden geweest. Tussen 1890 en 1920 groeide het particuliere ziekenhuiswezen echter snel en aan het einde van de jaren twintig bezat de overheid nog 36 procent van de inmiddels ruim 28.000 in Nederland aanwezige ziekenhuisbedden.²⁰ Liever sloten gemeenten een overeenkomst met particuliere ziekenhuizen in de vorm van een lening, een bouwsubsidie, een jaarlijks subsidie, een gegarandeerd aantal af te nemen verpleegdagen of een onontwarbare combinatie van deze methoden. Natuurlijk was de ontwikkeling van het openbare dan wel het particuliere ziekenhuiswezen stof voor verhitte politieke discussies. Zo werd de ontwikkeling van het ziekenhuiswezen op de Zeeuwse eilanden begeleid door langdurige conflicten, veroorzaakt door het gemengde karakter van de bevolking, wier omvang op de meeste plaatsen hooguit één ziekenhuis toeliet.²¹ In het algemeen was de groei van de vraag naar ziekenhuiszorg echter zo groot, dat alle zeilen moesten worden bijgezet om die bij te houden. Conflicten of niet, in de praktijk leverden de particuliere

ziekenhuizen een welkome en noodzakelijke bijdrage aan de ziekenhuiscapaciteit en ontvingen ze een forse en al even welkome en noodzakelijke financiële bijdrage van gemeenten in de kosten van de verpleging van on- en minvermogenden. Dat leverde echter een tweetal immer terugkerende dilemma's op.

Het eerste dilemma volgde uit het feit dat de overheid financiële ondersteuning gaf aan particuliere ziekenhuizen, die de eigen openbare instellingen concurrentie aandeden en daarbij het voordeel hadden van goedkopere arbeidskrachten en grotendeels afgeschreven stichtingskosten. De lagere arbeidskosten in de particuliere ziekenhuizen moeten voor een belangrijk deel aan de inspanningen van religieus personeel worden toegeschreven, maar toch ook voor een deel aan de matige arbeidsvoorwaarden voor niet-religieus personeel; een pijnlijke zaak voor de subsidiërende overheid. Het was dit dilemma dat verantwoordelijk was voor het feit dat particuliere ziekenhuizen lang niet altijd naar behoefte werden gesubsidieerd. Het minst van al door een vrijzinnige overheid. Waar dat wel het geval was, werden hier allerlei concurrentie beperkende voorschriften aan verbonden.

Die voorschriften vertegenwoordigden het tweede dilemma: in hoeverre moest en wilde het particulier initiatief overheidsinvloed accepteren in ruil voor de subsidies. In de praktijk bleken de particuliere ziekenhuizen echter minder gevoelig voor overheidsinvloed dan andere vormen van particulier initiatief. In het geval van de kruisverenigingen en andere particuliere organisaties stond een deel van de politiek als het ware te wachten op een kans om het particulier initiatief via subsidies in te palmen. In het ziekenhuiswezen was dat in theorie ook wel het geval, maar in de praktijk was de gemeentelijke overheid financieel niet in staat om de ziekenhuiszorg in zijn geheel naar eigen voorschriften uit te voeren.

De belangengroepen in het ziekenhuiswezen kenden soortgelijke problemen als de belangengroepen in het particulier initiatief. Wortman's 'Geneeskundige Vereeniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen in Nederland en zijne Koloniën' hield zich bezig met de bevordering van het ziekenhuiswezen in het algemeen en de posities van de geneeskundigen en van de geneesheer-directeuren in het bijzonder. In hoofdstuk twee is uiteengezet hoe Wortman bakzeil moest halen in zijn pleidooi voor de stichting van kleine ziekenhuizen. Tijdens zijn Amsterdamse periode dacht hij vooral in grote beddenaantallen en na de oorlog bleek zijn visie 180 graden te zijn gedraaid. Wortman pleitte nu voor een netwerk van grote regionale ziekenhuizen tot 1000 bedden. Daarbij stuitte hij op de voorstanders van een trapsgewijze opbouw van het ziekenhuiswezen. Heijermans pleitte voor een aantal grote ziekenhuizen voor patiënten die een moeilijke en dure behandeling moesten ondergaan, een groter aantal kleinere ziekenhuizen tot 300 bedden voor algemene gevallen en nog een aantal gespecialiseerde tuberculoseziekenhuizen en ziekenhuizen voor infectieziekten.²² Het was een Amsterdamse discussie, die daarbuiten, wegens het ontbreken van enig centraal ziekenhuisbeleid, een academisch karakter had.

De discussies over de positie van het geneeskundig personeel waren van een lager theoretisch gehalte. Natuurlijk werden de feitelijke besluiten ook op dit punt op

lokaal niveau genomen, maar de leden wisten zich ondersteund door hun organisatie en lieten de resultaten van de discussies die in en tussen de belangengroepen werden gevoerd in hun standpunt meewegen. Zo was de 'Geneeskundige Vereniging' van mening dat een ziekenhuis een vaste staf moest hebben en was daarmee tegen de openstelling van ziekenhuizen voor huisartsen en tegen de door de Specialistenorganisatie van de NMG bepleite vrije specialistenkeuze in de ziekenhuizen.²³ De vaste staf was in de praktijk ook de meest voorkomende variant. Bovendien leek de vereniging succesvol in haar streven om het primaat in het ziekenhuis bij de geneesheer-directeur te leggen en ze troefde daarmee de verenigingen van administrateurs en adjunct-directrices af.

In de jaren twintig en dertig bundelden ook de ziekenhuisbesturen hun krachten in nationale verenigingen en dat was een aansporing voor de verenigingen van geneesheer-directeuren, administrateurs en adjunct-directrices om hun schermutselingen te staken en nauwere samenwerking te zoeken. De onderlinge verhoudingen leken vastgelegd, zodat er alleen op de positie van de besturen nog enige winst viel te behalen. Het nieuwe tijdschrift *Het Ziekenhuiswezen* stond bol van de voorbeelden van ziekenhuisbesturen die zich op ondeskundige wijze met het dagelijkse reilen en zeilen van de ziekenhuizen zouden bemoeien.²⁴

De ziekenfondsen: exclusief terrein van belangengroepen

Rond de Eerste Wereldoorlog gaven eerst het NVV en later de SDAP de hoop op socialisatie van de gezondheidszorg definitief op en aanvaardden de verplichte ziekenfondsverzekering voor minvermogenden, uitgevoerd door de ziekenfondsen en met tegemoetkoming aan een aantal eisen van de artsen. Dit in de verwachting, dat de ziekenfondswetgeving een verbetering van de door de fondsen geleverde zorg zou afdwingen en dat de lasten voor de arbeiders middels rijksbijdragen en het werkgeversaandeel zouden worden verkleind. Het wetsvoorstel van Aalberse (1920) bevatte deze compromissen ook. Zowel de NMG als de Federatie hadden wel het een en ander op het voorstel aan te merken, maar waren over het algemeen positief en niets wees er op dat ze in deze jaren van plan of in staat waren wetgeving te blokkeren. Dat deed de politiek zelf en in 1925 kwam het kabinet met een uitgekilde versie van het voorstel Aalberse, zonder ziekenhuis-, sanatorium- en wijkverpleging en zonder rijksbijdragen. Daarmee was de aantrekkingskracht voor zowel de interne belangengroepen als de vakbonden verdwenen. In de jaren hierna zouden artsen, fondsen, vakbonden en andere belanghebbenden pogingen ondernemen om het initiatief naar zich toe te trekken.²⁵

Ondertussen groeide het aantal ziekenfondsverzekerden ook zonder wettelijke regeling. In de jaren twintig was de ziekenfondscultuur in de steden inmiddels zo krachtig, dat vrijwel de volledige minvermogende bevolking was verzekerd. Tegelijkertijd begon de ziekenfondsverzekering zich over het platteland te verspreiden

(bijlage C). Het totaal aantal verzekerden groeide via ongeveer 28 procent in 1926 tot tenminste 35 procent in 1930.²⁶

Muntendam beschrijft hoe in de jaren twintig een onderling fonds te Hollandsche Veld werd opgericht en hoe hij een waarschuwing van de NMG om zich niet aan het fonds te binden in de wind sloeg.²⁷ De NMG deed in de jaren twintig verwoede pogingen om het gehele land, en dus ook het platteland, met regionale Maatschappijfondsen te bedekken. Ondanks het wisselende succes, speelde de NMG daarmee een belangrijke rol in de ontwikkeling van het ziekenfondswezen op het platteland. Het belangrijkste probleem betrof hier niet zozeer de schaarse onderlinges, maar vooral de gebrekkige medewerking van de platlandici en de bevolking. Uit het hoofdstuk over Idaarderadeel bleek dat het Friese Weidegebied, waar de particuliere praktijk redelijk functioneerde, vrijwel immuun was voor het ziekenfondswezen. In het Bouwgebied daarentegen, waar de armenpraktijk van veel groter belang was geweest, waren de Maatschappijfondsen succesvoller.²⁸ Waarschijnlijk konden de ziekenfondsen vooral op die delen van het platteland aanslaan waar de particuliere praktijk nooit goed had gefunctioneerd, omdat de armoede en daarmee de rol van de medische armenzorg te groot was. Hier hadden artsen, politici, armbestuurders en de bevolking het meeste te winnen bij een goed functionerend ziekenfonds.

De aanbieders van zorg

Uit de lokale studies bleek dat de huisartsen en de apothekers hun posities in de ziekenfondsen het beste wisten te verdedigen en te verbeteren. De huisartsen vormden overal de meerderheid in de afdelingen en de ziekenfondspolitiek van de NMG was dan ook in de eerste plaats op hun belangen gericht. De homogeniteit van deze groep artsen was groot en ze bleken in staat om een goed gecoördineerde en effectieve ziekenfondsactie te voeren. Tijdens de Eerste Wereldoorlog bond een aantal afdelingen bijna gelijktijdig de strijd met de lokale ziekenfondsen aan en werd een flink aantal Maatschappijziekenfondsen opgericht. De participatiegraad en de homogeniteit onder de Schiedamse huisartsen was groter dan in Amsterdam, maar op termijn werden de belangrijkste eisen, te weten een hoger honorarium en vrije artsenkeuze, bijna overal ingewilligd. Bovendien namen de Maatschappijfondsen een groeiend aandeel van de verzekerden voor hun rekening.²⁹

De specialisten kwamen er minder goed vanaf. Uit de lokale studies bleek overduidelijk dat premiestijgingen allereerst werden gebruikt om de honoraria van huisartsen te verhogen, terwijl honorariaverbeteringen voor specialisten en apothekers afhankelijk waren van de financiële ruimte die er daarna nog over was. Bovendien was de vergoeding per maandkaart een vorm van financiering van poliklinische specialistische hulp, waarbij de uitgaven onvoorspelbaar waren en moeilijk in de hand bleken te houden. Op lokaal niveau werd daarom een budgetstelsel ontwikkeld, dat in 1927 leidraad voor alle Maatschappijziekenfondsen werd.³⁰ Ondertussen was de leidende positie die de NMG tijdens de Eerste Wereldoorlog in het ziekenfondsbeleid had ingenomen aan erosie onderhevig. Nadat de eisen van de huisartsen grotendeels waren ingewilligd werd de formulering van een consistente ziekenfondspolitiek

verlamd door interne tegenstellingen die tot de ene na de andere reorganisatie van de Maatschappij leidden.³¹

De apothekers hadden beduidend minder last van interne problemen en vormden ongetwijfeld de best georganiseerde medische beroepsgroep. Dat was ook nodig, want het farmaceutisch beroep stond bij de verdeling van extra premie-inkomsten achteraan in de rij en kende bovendien één zwakke plek, inherent aan het apothekersvak. Het was – en is – mogelijk om onder verantwoordelijkheid van één apotheker, bijgestaan door apothekersassistenten een groot aantal patiënten van geneesmiddelen te voorzien. De apothekers leden in de ziekenfondsstrijd rond de Eerste Wereldoorlog dan ook de nodige nederlagen, omdat ze niet konden voorkomen dat een klein aantal dissidente apothekers tijdens boycotacties aan de fondsen bleven leveren. In de jaren twintig introduceerde de 'Vereeniging tot Behartiging van Pharmaceutische Handelsbelangen' echter de 'stoplijst'. Apothekers die zich niet aan gemaakte afspraken omtrent prijs, vestiging en levering hielden, werden op deze lijst geplaatst en waren daarmee uitgesloten van toelevering door de farmaceutische groothandel. De introductie van de fabrieksgeneesmiddelen, die het apothekersberoep rond 1900 leek te bedreigen, was daarmee een zeer effectief wapen van het farmaceutisch kartel geworden.³²

De ziekenfondsbesturen

Uit de gangbare indeling in fondstypen – onderlinge fondsen, Maatschappijfondsen, commerciële fondsen en ondernemingsfondsen – blijkt al dat ook het ziekenfondsfront verre van gesloten was. De belangrijkste inzichten die uit de lokale studies werden verkregen, waren de belangrijke bemiddelende rol die de grote commerciële ziekenfondsen in Amsterdam vervulden en vooral de onenigheid die in de wereld van de onderlinge fondsen, de belangrijkste opponent van de NMG, heerste.

Al eerder werd gewezen op het verschil tussen de oudere onderlinge fondsen, zoals ze bijvoorbeeld in Schiedam in de jaren twintig en dertig hun eeuwfeesten vierden, en de veel jongere, uit de moderne arbeidersbeweging afkomstige onderlinges, zoals AOZ en Ziekenzorg in Amsterdam. De eerste groep was het in de eerste plaats om een goed produkt voor een redelijke prijs te doen en was in de houding ten opzichte van de medische beroepen dan ook nauwelijks minder opportunistisch dan de commerciële fondsen.³³ De Schiedamse fondsen werden van generatie op generatie door een betrekkelijk kleine groep mensen bestuurd en deze lieden verdedigden hun prominente positie in de fondsen tegenover de medewerkers. Bovendien gingen ze niet zonder meer akkoord met premieverhogingen. In de periode 1916–1920 verzetten ze zich dan ook tegen een aantal aanspraken van de medewerkers, riepen daarbij zelfs de hulp van de Federatie in, maar moesten desondanks op de belangrijkste punten toegeven. Men legde zich uiteindelijk bij het onvermijdelijke neer en toen bleek dat de Schiedamse huisartsen geen behoefte aan bestuursfuncties in de onderlinges hadden, verbeterden de verhoudingen tussen artsen en onderlinges snel. Ze werden zelfs zo goed, dat de conflicten die de Federatie met de NMG uitvocht door

de Schiedamse onderlinge fondsen voornamelijk als bedreigingen voor de vrede in de stad werden beschouwd.

De tweede categorie onderlinge fondsen werd gekenmerkt door een totaalvisie op de inrichting van de gezondheidszorg en verdedigde deze tegen de medische beroepen en zo nodig ook tegen elkaar. Zo konden de honorariastructuren van Van der Hoeven's geliefde Volharding, dat artsen in vaste dienst had, en het Amsterdamse Ziekenzorg, dat juist experimenteerde met betaling per verrichting, nauwelijks verder uiteen lopen. Ook het streven van De Volharding om de verzekerden complete zorg te leveren, inclusief ziekenhuisverpleging – vanzelfsprekend in een eigen ziekenhuis en met specialisten in vaste dienst – vond geen algemene bijval. In de praktijk betekende dat immers, dat men kosten van de gemeenten overnam en uiteindelijk een lastenverschuiving van meergegoeden naar minvermogenen. Vooropgesteld, dat men de leden zo ver kreeg om zich vrijwillig voor deze verstrekking te verzekeren. Zolang de Federatie een tamelijk vrijblijvende organisatie was, die de belangen van de fondsen op nationaal niveau verdedigde, maar deze verder niets kon opleggen, was er weinig aan de hand. In de loop van de jaren twintig bleek echter, dat vrijblijvendheid en een goede belangenbehartiging niet samen gingen.

Opmerkelijk genoeg werd dat zichtbaar dankzij het optreden van het NVV. De moderne onderlinges waren weliswaar uit de arbeidersbeweging ontstaan, maar hadden inmiddels nog maar weinig banden met de moderne vakbeweging.³⁴ De vakbeweging had zich sinds het begin van de eeuw veel sneller ontwikkeld dan het ziekenfondswezen en was inmiddels georganiseerd in enkele invloedrijke en zelfbewuste nationale organisaties. De vakcentrales hadden een compromis met de werkgevers gesloten over de uitvoering van de Ziektewet en toen bleek dat van de rijksoverheid voorlopig geen regulering van het ziekenfondswezen viel te verwachten, zocht het NVV contact met de NMG, met de bedoeling in onderling overleg ook op dit punt tot overeenstemming te komen. Het initiatief leidde tot de instelling van de zogenaamde Unificatiecommissie, in 1922. In deze commissie onderhandelden de belangrijkste belanghebbenden en de drie vakcentrales NVV, CNV en het RK-Werkliedenverbond (RKWV) over de inrichting van het ziekenfondswezen. De commissie rapporteerde in 1925, maar in de praktijk voelden noch de Federatie, noch de NMG zich aan de theoretische compromissen uit het Unificatierapport gebonden. Het belangrijkste tastbare resultaat was de nauwere samenwerking tussen de Federatie en de vakcentrales. Dat leidde in 1929 tot de oprichting van de 'Algemeene Raad ter Bevordering van het Ziekenfondswezen', waarin de Federatie, het NVV en het CNV waren vertegenwoordigd. Het RKWV ontbrak, omdat inmiddels plannen voor de oprichting van specifiek katholieke ziekenfondsen bestonden.³⁵

De propagandamachines van de vakbonden legden de Federatie geen windeieren. Binnen twee jaar steeg het aantal aangesloten fondsen van 23 tot 49. Daar stond tegenover, dat de vakcentrales op overleg met de NMG aandrongen en dat kwam er ook. Het overleg verliep zeer moeizaam, maar toch zou niet de weerstand van de NMG, maar de organisatorische zwakte van de Federatie de raad in 1934 doen uiteenvallen. De vakcentrales verweten de Federatie dat ze zelf te weinig middelen

voor propaganda kon vrijmaken en bovendien niet in staat bleek om een duidelijk beleid te formuleren. Onder aanvoering van De Volharding werd in 1933 een beperkte reorganisatie doorgevoerd, die voornamelijk bestond uit een verhoging van de contributie. Het was echter te weinig om de vakcentrales te overtuigen en te veel voor een deel van de bij de Federatie aangesloten fondsen. De Amsterdamse ziekenfondsen AOZ en Ziekenzorg en de 'Algemeene Rotterdamsche Vereeniging...' weigerden zich aan de besluiten te onderwerpen en werden geroyeerd. Gedrieën vertegenwoordigden deze fondsen 120.000 verzekerden, ofwel een derde van het totale Federatie-bestand.³⁶ Van der Hoeven laat zich niet uit over de oorzaken van deze gebeurtenissen. De reacties van zowel de drie fondsen als de algemene ledenvergadering lijken echter overdreven en het is niet onmogelijk dat hier in de eerste plaats een competentiestrijd tussen de grote fondsen uit de grote steden aan ten grondslag lag. In ieder geval was de invloed die De Volharding zich verwierf en het - tijdelijk - afhaken van de grote fondsen uit Amsterdam en Rotterdam niet bevorderlijk voor de onderhandelingspositie van de Federatie. Het onder de bestaande verhoudingen extreme standpunt van het Haagse fonds vervreemde de organisatie meer dan noodzakelijk van de onderhandelingspartners. Ook van de vakbonden, die op compromissen aanstuurden en waar men vrije artsenkeuze als een verworven recht van de arbeiders was gaan beschouwen. Bovendien werd lokale ziekenfondspolitiek met nationale uitstraling eerder in Rotterdam en Amsterdam dan in Den Haag gemaakt.

Geen plaats voor consumentenbelangen

De ziekenfondsacties hadden in veel steden geleid tot bindende afspraken over honoraria, vrije artsenkeuze, verstrekkingen en premies. Bovendien waren permanente lokale controle- en overlegorganen gecreëerd waar de partijen praktische oplossingen voor allerlei nieuwe problemen ontwikkelden. Tegelijkertijd was de concurrentie tussen de lokale fondsen tot een minimum teruggebracht. Dat had als voordeel dat allerlei hoogst noodzakelijke, maar kostenverhogende, maatregelen eindelijk konden worden doorgevoerd. Het had als nadeel dat de verzekerden weinig meer hadden te kiezen, waarmee hun het machtigste wapen, het 'stemmen met de voeten', uit handen werd geslagen. Politici en anderen die zich als patiëntenvertegenwoordigers hadden kunnen opwerpen, bemoeiden zich nauwelijks met het lokale ziekenfondswezen en de fondsen waren het exclusieve terrein van de medewerkers en de ziekenfondsbesturen. De fondsen verzekerden de diensten van de goed georganiseerde medische beroepen en de kunst- en hulpmiddelen die zij voorschreven. Aangezien niet al deze beroepsbeoefenaren tevreden konden worden gesteld, werd een verhoging van de premies eerder aan hogere honoraria voor bijvoorbeeld specialisten dan aan uitbreiding van verstrekkingen gespenseerd. Het was typerend dat deze uitbreiding zich in de jaren twintig grotendeels beperkte tot een minimum aan tandheelkundige zorg, geleverd door het snel professionaliserende tandheelkundig beroep, en hier en daar de hulp van heilgymnasten of een instituut voor 'fysische therapie'. Ziekenhuisverpleging werd in de tweede helft van de jaren twintig vooral door onderne-

mingsfondsen en in veel mindere mate door de onderlinges en de Maatschappijfondsen geleverd. In de grote steden kwam dit nauwelijks voor en het percentage verzekerden tegen ziekenhuisverpleging bij ziekenfondsen moet ergens tussen de vijf en tien procent van de bevolking hebben gelegen.³⁷

De hoge gemeentelijke uitgaven aan ziekenhuiszorg en het gebrek aan belangstelling voor de verzekering van ziekenhuisverpleging bij de stedelijke fondsen waren voor sommige gemeenten aanleiding om de mogelijkheden van een gemeentelijke verzekering te onderzoeken. Eén van de weinige gemeenten waar zo een verzekering ook daadwerkelijk werd ingevoerd was Haarlem. Hier ging in 1927 een gemeentelijke verzekering tegen ziekenhuisverpleging voor minvermogenden (gezinsinkomens van f800 tot f3000 jaarlijks) van start. De gemeente liep het risico, maar de incasso werd uitgevoerd door de in Haarlem opererende ziekenfondsen. Dat had als voordeel dat de gemeente zelf geen kostbare organisatie voor het incasseren van de premies behoefde te organiseren en vooral dat men gebruik kon maken van de bestaande ziekenfondscultuur om te bevorderen dat mensen zich ook daadwerkelijk verzekerden. Deze strategie bleek succesvol en in korte tijd was ruim 60 procent van de totale bevolking bij de gemeente verzekerd tegen ziekenhuisverpleging en vanaf 1932 ook tegen de verpleging in herstellingsoorden en sanatoria.³⁸

Ziekenhuisverpleging vormde ook voor mensen met een inkomen hoger dan f3000 een groot financieel risico en op den duur organiseerde de gemeente Haarlem een aparte verzekering voor de middenstand.³⁹ In deze periode moet ook het begin van de commerciële verzekering van ziekenhuis- en operatiekosten, als aparte branche binnen de middenstandsziektekostenverzekeringen, worden geplaatst.⁴⁰ De meest gangbare vorm van verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging werd echter de vereniging voor ziekenhuisverpleging.

De verenigingen voor ziekenhuisverpleging: het geografische schot

De ontwikkeling en onderlinge afstemming van medische armenzorg en ziekenfondsen, zoals in de voorgaande paragrafen behandeld, was in de eerste plaats van toepassing op de steden en viel niet zonder meer naar het platteland te exporteren. Op het armere platteland betekende de invoering van de ziekenfondsverzekering voor alle partijen voornamelijk een verbetering, maar ook hier leverde dat zo zijn specifieke problemen op. Zo was de in het wetsvoorstel van Aalberse voorgestelde welstandsgrens van f2500, die de meeste kamerleden en de NMG te laag achtten, voor de armere plattelandsgebieden veel te hoog. Vrijwel de volledige bevolking viel daar immers onder deze grens en de betreffende artsen zouden vrijwel geheel van de ziekenfondspraktijk afhankelijk worden. In 1919 formeerde zich prompt een groep dorpsartsen, met name afkomstig uit de armste plattelandsgebieden, zoals de Alblasserwaard, die een lagere welstandsgrens of een hoger honorarium eiste.⁴¹ De groep verdween als sneeuw voor de zon toen bleek dat het met het wetsvoorstel zo'n vaart niet liep, maar de gebeurtenissen waren symptomatisch. De kennis van allerlei

nationale organisaties over de specifieke omstandigheden op het platteland was beperkt en het beeld werd vooral bepaald door het idee dat de ontwikkelingen daar achter liepen. Vanuit dit oogpunt werd het ontbreken van ziekenfondsen op het welvarender platteland eerder als een teken van achterlijkheid beschouwd dan als de weergave van een systeem waar de particuliere praktijk redelijk functioneerde en waar de lokale politici, armverzorger, artsen en bevolking uit dien hoofde geen belangstelling voor ziekenfondsen naar Hollands model hadden. Bovendien was in het nationale beleid nauwelijks ruimte voor de geheel eigen oplossing die op het platteland voor het ziekenhuisvraagstuk en de vergoeding van specialistische hulp werd ontwikkeld.

Gezien de fysieke afstand was ziekenhuisopname op het platteland moeilijk en poliklinische behandeling bijna onmogelijk. Rond de Eerste Wereldoorlog werden nog maar betrekkelijk weinig mensen in een stedelijk ziekenhuis opgenomen, maar daar stond tegenover dat het lidmaatschap van de kruisvereniging inmiddels wijdverbreid was. De verenigingen waren, met financiële hulp van gemeenten en armbesturen, steeds vaker in staat om een goed functionerende wijkverpleging te organiseren. Die financiële hulp werd onder meer gegeven in de hoop hiermee de trek naar het ziekenhuis in te dammen. Wijkverpleging was een substituut voor ziekenhuisopname op sociale indicatie en kon bovendien, in samenwerking met de huisarts, opname voor eenvoudige kunstbehandelingen voorkomen. Na de Eerste Wereldoorlog werden de curatieve mogelijkheden van het ziekenhuis echter zo groot, dat een stijging van de vraag naar ziekenhuiszorg ook op het platteland onvermijdelijk en zelfs wenselijk was. Tegelijkertijd stegen de kosten van ziekentransport en ziekenhuisopname drastisch, waardoor steeds minder mensen in staat waren die kosten in zijn geheel op te brengen. Het aantal mensen die om een bijdrage in de kosten van ziekenhuisverpleging aanklopten, nam toe en dat veroorzaakte budgettaire problemen bij gemeenten en armbesturen. Men ging naarstig op zoek naar oplossingen en vond deze in de vorm van de vereniging voor ziekenhuisverpleging.

De vereniging voor ziekenhuisverpleging ontstond in de jaren tien in de provincie Groningen en het fenomeen verspreidde zich in de jaren twintig als een olievlek over het Nederlandse platteland. In 1918 bestonden er ongeveer 70 van dergelijke verenigingen, maar in 1930 waren het er meer dan 500, met een kleine twee miljoen leden.⁴² Omdat ziekenhuisverpleging voor vrijwel iedereen onbetaalbaar was, kenden de verenigingen geen welstandsgrenzen en vaak was vrijwel de gehele bevolking van een dorp verzekerd. Aanvankelijk werkten veel verenigingen met een omslagstelsel, maar op den duur schakelden de meeste over op een zuiver verzekeringsstelsel. Een enkele vereniging hief een inkomensafhankelijke premie, maar het merendeel van de verenigingen achtte de rompslomp die hiermee gepaard ging te groot en hief een nominale premie met een tarief voor alleenstaanden, voor echtparen en voor gezinnen. In ruil hiervoor vergoedden de verenigingen een bepaald maximum aan verpleegdagen en zo nodig ook de rekening van de specialist, indien deze afzonderlijk werd ingediend.⁴³

De vereniging voor ziekenhuisverpleging was in de eerste plaats een verschijnsel uit het Noorden van het land. Dit blijkt onder meer uit het feit dat de verenigingen zich organiseerden in een Groningse bond, een Friese federatie, een Drentse bond en de 'Federatie van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleeging in Nederland' voor de rest van het land. Deze federaties en bonden bemiddelden tussen verenigingen, ziekenhuizen en regionale specialistenorganisaties en rond 1930 overlegden ze met de NMG en de Algemeene Raad ter Bevordering van het Ziekenfondswezen over de verzekering van de klinisch specialistische hulp. Zowel de ziekenfondsen als de verenigingen claimden deze verstrekking. De verenigingen werden hierin gesteund door de specialisten uit het Noorden en het Oosten van het land, die niets voelden voor de verzekering van hun diensten via de door huisartsen beheerste ziekenfondsen. Het overleg liep echter op niets uit en werd aan het begin van de jaren dertig afgebroken. De NMG zette haar pogingen om het platteland met Maatschappijfondsen te bedekken door, inclusief de verzekering van klinisch specialistische zorg en natuurlijk de verwijfsbrief. In Friesland kwamen de tegenstelling tussen stad en platteland en die tussen huisartsen en specialisten samen, en dat resulteerde in de opmerkelijke exodus van de Friese specialisten uit de Maatschappij.⁴⁴

Tegen het einde van de jaren twintig begon het Wit-Gele Kruis met zijn verzekeringen tegen de kosten van ziekenhuisverpleging, waarbij men zich niet alleen op het platteland, maar ook op de stedelijke katholieke bevolking richtte. Eerst lokaal, zoals in Breda en Schiedam, wat later regionaal in het diocees Haarlem en de provincie Utrecht, en in 1933 startte de Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis met haar zeer succesvolle 'Onderlinge Nationale R.K. Vereeniging tegen de Kosten van Ziekenhuisverpleging en Operatie'.⁴⁵ Het succes van de katholieke verzekering en van de verenigingen voor ziekenhuisverpleging moet worden toegeschreven aan het semi-verplichte karakter, waarmee de problemen die samenhangen met de vrijwillige verzekering tegen ziekenhuisverpleging werden omzeild. De greep van de katholieke elite op de katholieke gemeenschap en van de dorpselite op de lokale gemeenschap dwong het lidmaatschap van arm en rijk, ziek en gezond, even doeltreffend af als een wettelijk verplichte verzekering.

Overigens moet de rol van de vereniging voor ziekenhuisverpleging ook niet worden overdreven. Doordat meestal slechts een beperkt aantal verpleegdagen was verzekerd, kwam de dure verpleging van langdurig zieken alsnog voor rekening van de gemeenten. Het was om die reden dat de Friese verenigingen weliswaar de helft van de Friese bevolking verzekerden, maar slechts een derde van het aantal opgenomen patiënten en een kwart van de verpleegdagen vergoedden.⁴⁶ Voeg hier aan toe dat sommige verenigingen werden gesubsidieerd, dat hier en daar premies voor bededen en werklozen werden betaald en vooral dat de verpleegprijs die de ziekenhuizen rekenden door gemeentelijke subsidies beneden de kostprijs lag, en het wordt duidelijk dat het aandeel van de verenigingen in de feitelijke financiering van de ziekenhuiszorg nog kleiner was. Dat lag in de rest van Nederland niet anders en tegen het einde van de jaren dertig verzekerden de verenigingen een kwart van de bevol-

king, maar ze namen niet veel meer dan vijf procent (2,5 tot 3 miljoen gulden) van de totale kosten van de Nederlandse ziekenhuisverpleging voor hun rekening.⁴⁷ Zelfs gelet op het feit dat de verenigingen vooral op het platteland werkzaam waren, is dit niet indrukwekkend. De grootste waarde van de vereniging voor ziekenhuisverpleging was misschien nog wel gelegen in het feit dat patiënten voor wie dat echt nodig was naar een ziekenhuis konden zonder eerst bij de arbesturen aan te kloppen. Doordat gemeenten na afloop van de maximaal te vergoeden termijn de kosten overnamen en door de indirecte gemeentelijke bijdragen, dwongen de verenigingen de gemeenten in feite om hun verantwoordelijkheid te nemen.

De jaren dertig

De economische crisis in de jaren dertig leidde tot een algemene inkomensdaling en tot enorme werkloosheid. Er was niet zozeer sprake van een reële inkomensverslechteringen voor diegenen die aan het werk bleven, omdat de daling van de kosten van levensonderhoud de gemiddelde loonsverlaging voor bleef. Aangezien de welstandsgrenzen niet werden gewijzigd, leidden de inkomensdalingen desondanks tot verkleining van de particuliere praktijk en tot instroom in de ziekenfondsen van mensen wier inkomen onder de welstandsgrens terecht was gekomen. Daar stond tegenover dat de werklozen wel te maken kregen met een forse daling van hun inkomen, waardoor velen de ziekenfondspremie op den duur niet meer konden betalen, genoodzaakt waren het ziekenfondslidmaatschap op te zeggen en in voorkomende gevallen een beroep op de medische armenzorg te doen.

In de steden was de ziekenfondscultuur zo krachtig, dat vrijwel alle minvermogenen bij een fonds waren aangesloten. Het aantal ziekenfondsverzekerden werd hier vooral bepaald door de schommelingen in de inkomensverdeling. Tijdens de eerste jaren van de crisis groeide de werkloosheid zo snel, dat de uitstroom van leden niet werd goedge maakt door de instroom van mensen die onder de welstandsgrens terecht kwamen. Rond 1934 nam het tempo waarin de werkloosheid steeg af. Bovendien was de ministeriële circulaire betreffende de verzekering van werklozen voor een aantal gemeenten aanleiding een crisisregeling in te stellen. Lang niet voor alle gemeenten overigens en zeker niet voor die gemeenten waar de problemen het grootst waren. In 1936 namen ongeveer 100.000 van de zeker half miljoen werklozen aan een dergelijke regeling deel.⁴⁸ Toch was de invloed van de werkloosheid op de ontwikkeling van het ledenbestand afgenomen en vanaf 1934 was het aantal ziekenfondsleden weer langzaam gaan stijgen. Over de gehele periode 1930-1936 was er in de steden per saldo sprake van een stagnatie in de groei van het absolute aantal ziekenfondsleden en daarmee van een teruggang in het aantal leden als percentage van de bevolking. Op het platteland was nog sprake van intrinsieke groei en waarschijnlijk bleef het percentage ziekenfondsleden in Nederland als geheel in deze jaren ongeveer gelijk.

De eerste betrouwbare cijfers hebben betrekking op 1 januari 1936 en toen was 39,4 procent van de Nederlandse bevolking bij een ziekenfonds verzekerd.⁴⁹ In dat jaar bereikte de werkloosheid haar hoogtepunt, om daarna geleidelijk af te nemen. De groei van het aantal ziekenfondsleden hernam het tempo uit de tweede helft van de jaren twintig en aan de vooravond van het Ziekenfondsenbesluit was bijna de helft van de Nederlandse bevolking vrijwillig bij een ziekenfonds verzekerd.⁵⁰

Juist doordat de ziekenfondsen zelf betrekkelijk weinig hinder van de verschuivingen in de inkomensverdeling ondervonden, konden ze een deel van de klappen die de medewerkers kregen opvangen. Door de krimpende particuliere praktijk werd de basis die de stabiele ziekenfondspraktijk in hun inkomen legde belangrijker voor de medewerkers. In deze jaren viel de stagnatie in de tot dan toe snel groeiende uitgaven aan medische zorg samen met een snelle stijging van het aantal artsen. Het waren in theorie omstandigheden die tot heftige onderlinge concurrentie tussen de artsen aanleiding hadden kunnen geven, maar de nauwe band tussen huisartsen en het ziekenfondswezen wierp zijn vruchten af. De vrije artsenkeuze garandeerde dat veel nieuwe artsen in de fondsen terecht konden en waar de medewerkers in Nederland verantwoordelijkheid voor de fondsen droegen, waren ze tot op zekere hoogte ook bereid om financiële offers te brengen, indien het voortbestaan van de fondsen dit noodzakelijk leek te maken.

In een stelsel waar de gemeenten uiteindelijk de verantwoordelijkheid voor de zorg van on- en minvermogenden droegen, was de crisis het duidelijkst merkbaar in de gemeentelijke huishouding. Dit uitte zich in de eerste plaats in de snel toenemende werkzaamheden bij de gemeentelijke geneeskundige voorzieningen. Tegelijk verkeerde een groot aantal gemeenten in financiële problemen en dit betrof natuurlijk vooral die gemeenten waar de werkloosheid het grootst was. Bovendien waren deze gemeenten het gevoeligst voor de bezuinigingsdrang uit Den Haag. De uitgaven aan de gemeentelijke geneeskundige zorg groeiden dan ook wel, maar door allerlei bezuinigingen niet zo snel als de werkzaamheden. Dat ging onvermijdelijk ten koste van de kwaliteit van de geleverde zorg en ook van het personeel. Dat moest meer werk verzetten en soms tegen lagere salarissen. De CCB werd overspoeld met klachten van gemeenteartsen over gemeentebesturen die de arbeidsvoorwaarden meer verslechterden dan de algemene salariskortingen rechtvaardigden, hetgeen werd vergemakkelijkt door het grote aanbod van pas afgestudeerde artsen.⁵¹ In het rapport van een nieuw onderzoek naar de rechtspositie van gemeenteartsen, uitgevoerd in 1933, was het beeld dan ook negatiever dan een tiental jaren daarvoor. De commissie weet de problemen aan het vage karakter van de voorschriften uit de Armenwet en aan het feit dat het Ambtenarenreglement uit 1929 juist niet van toepassing was op dat deel van het gemeentepersoneel wiens rechtspositie door een andere wet werd geregeld, hoe slecht ook. De ervaring had geleerd dat onderhandelingen met gemeenten lang niet altijd succesvol verliepen, van contacten met de VNG of de provincies verwachtte men weinig heil en dus besloot men om bij de regering op een wettelijke regeling aan te dringen.⁵² Die kwam er niet, maar wel werden de inspectie en de

provincies door de minister attent gemaakt op de modelovereenkomst van de NMG.⁵³ Dat was in 1938, toen de grootste problemen al weer achter de rug waren.

Daarnaast werd bezuinigd op de subsidies aan het particulier initiatief. In 1933 en 1934 verlaagde de rijksoverheid haar subsidies en dwong de gemeenten dit voorbeeld te volgen. De kortingen van soms tientallen procenten maakten diepe indruk, zowel op tijdgenoten als op historici.⁵⁴ Een beschouwing van de cijfers nuanceert het beeld echter. Om te beginnen liepen de rijkssubsidies sterker terug dan de veel belangrijkere gemeentelijke subsidies. Die gemeentelijke subsidies bereikten in 1931 en 1932 zelfs een hoogtepunt, aangezien de oplopende tekorten van de verenigingen – het gevolg van de afnemende draagkracht van de minvermogenden – deels door de gemeenten werden gedekt. De kortingen in 1933 en 1934 brachten het subsidieniveau terug op dat van de late jaren twintig. Volgens het CBS ontvingen de particuliere organisaties, werkzaam op het terrein van de wijkverpleging, de zuigelingen­zorg, de tuberculosebestrijding en de hulp in de huishouding, in 1929 ongeveer f600.000, in 1932 f760.000 en in 1934 f620.000 aan overheidssubsidies.⁵⁵ Gezien de deflatie, ging het reëel nog altijd om een toename van 30 procent en die was ook hard nodig om de bevolkings­groei en de gevolgen van de toenemende on- en minvermogens­heid op te vangen. Dat lukte waarschijnlijk slechts ten dele, maar eventuele financiële problemen werden door de verenigingen eerder door salariskortingen dan door vermindering van de zorg opgevangen. Vanaf 1935 zouden de subsidies weer langzaam toenemen en in 1939 werd bijna f700.000 ontvangen.⁵⁶

Gezien de hoge uitgaven, was de ziekenhuisc­zorg een onvermijdelijk doelwit van bezuinigingen. De rijksoverheid had in 1935 zelfs een speciale interdepartementale ‘Commissie tot Bezuiniging op de Kosten van het Ziekenhuiswezen’ ingesteld, beter bekend onder de naam ‘Commissie Frederiks’. Een eerste Commissie Frederiks had met succes bezuinigingen in het krankzinnigenwezen doorgevoerd, maar in de ziekenhuizen bleek dit minder gemakkelijk. De commissie kon geen invloed op de particuliere ziekenhuizen uitoefenen en kwam te laat om nog bezuinigingsmaatregelen te verzinnen die de gemeenten zelf al niet hadden doorgevoerd.⁵⁷ Ook de gevolgen van deze bezuinigingen vielen alleszins mee. Halvering van de uitgaven, zoals in Amsterdam gebeurde, was uitzonderlijk. Wanneer de Amsterdamse miljoenenbezuinigingen buiten beschouwing worden gelaten, blijkt er van afnemende uitgaven nog nauwelijks sprake. De meeste gemeenten zullen het Schiedamse patroon hebben gevolgd, alwaar de uitgaven stagneerden, maar ook niet meer dan dat. Gezien de toename van de on- en minvermogens­heid hadden de gemeentelijke uitgaven moeten stijgen, zodat er wel degelijk was bezuinigd. Er zat echter de nodige rek in de uitgaven van de ziekenhuizen. De meeste bezuinigingen werden gezocht in de salarissen van het verplegend personeel, hetgeen niet direct ten koste van de kwaliteit ging. Daarnaast gingen gemeenten nog wat meer dan voorheen op de goedkopere particuliere ziekenhuizen leunen. De overige bezuinigingen hingen samen met de afname van het aantal verpleegdagen, echter niet zozeer door vermindering van het aantal verpleegden, maar vooral door verkorting van de gemiddelde verpleegduur van ongeveer 30 dagen aan het einde van de jaren twintig tot 25 een tiental jaren later.⁵⁸

De Commissie Frederiks deed nog het meeste stof opwaaien met haar voorstel voor een ziekenhuiswet, waarin de oprichting of uitbreiding van een ziekenhuis aan ministeriële goedkeuring werd gebonden. Het werd niet door het kabinet overgenomen, maar lokte wel reacties van de verenigingen van ziekenhuisbesturen uit. In 1938 formuleerden de neutrale, de katholieke en de diaconessenvereniging gezamenlijk een alternatief voorstel, waarin de beslissingen over de bouw van nieuwe ziekenhuiscapaciteit niet aan de minister, maar aan een uit belanghebbenden samengestelde Ziekenhuisraad waren voorbehouden. Het voorstel werd opgepikt door de afdeling Volksgezondheid van het Ministerie van Sociale Zaken, maar dat gebeurde volgens Wolf vooral in het kader van een stammenstrijd met Binnenlandse Zaken met als inzet de competentie aangaande het ziekenhuiswezen. Van daadwerkelijk beleid was in ieder geval geen sprake.⁵⁹

De financiële problemen van de overheid leidden er toe, dat de verzekeringsgedachte snel populairder werd.⁶⁰ Zelfs de ANVSG, murw door de voortdurende bezuinigingen en inmiddels overtuigd van het feit dat er van de overheid niets viel te verwachten, verlegde de aandacht naar de 'vrijwillige gemeenschap van individuen'. Deze term is van niemand minder dan Brenkman, voorheen de kampioen van de overheidszorg.⁶¹ Dat kwam hem op de nodige sneeren van Heijermans te staan, die de bekering van Brenkman tot het verzekeringswezen wel erg drastisch vond. Heijermans wees er op dat verzekering er op neer kwam "dat men gelden, die anders komen uit de Gemeente- of Rijksschatkist, waarvan het grootste gedeelte wordt opgebracht door de meest draagkrachtigen, nu in de toekomst wil laten betalen door het minst draagkrachtige deel der bevolking en dat in dezen tijd".⁶² Volgens Schukkinck Kool was dat best mogelijk, "als men leert niet zooveel aan vakvereniging, begrafenisfonds, kleeren enz. te besteden".⁶³ Niet lang hierna overleed Heijermans (1937), het aan J.A. Feisser (directeur GGD Rotterdam) overlatend om tegen de stroom in te roeien.

De positieve visie op de verzekering die een commissie, samengebracht door de Nederlandsche Vereeniging voor Armenzorg en Weldadigheid, in 1935 ventileerde is minder opmerkelijk. De commissie prees de verzekering van on- en minvermogenen aan als het middel, waarmee de gemeentelijke lasten met de minste bezwaren konden worden verlicht. De vereniging van de moderne armverzorger was altijd al geporteerd voor de vrijwillige verzekering en de commissie zelf was grotendeels samengesteld uit vertegenwoordigers van de NMG en van de federaties en bonden van verenigingen van ziekenhuisverpleging. Deze organisaties hadden zo hun eigen belangen bij de verzekering en de sommetjes die de commissie presenteerde, waaruit de financiële voordelen van de verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging moesten blijken, waren aan de optimistische kant.⁶⁴

In gemeenten waar de verzekering daadwerkelijk werd gestimuleerd of door de lokale overheid zelf ter hand was genomen, bleek dat het wel mogelijk was om met behulp van een verzekering de financiële bijdrage van de groep minvermogenenden enigszins te verhogen, maar zeker niet genoeg om de gemeentelijke uitgaven substan-

tieel te verlagen.⁶⁵ In Haarlem, met zijn gemeentelijke verzekering, brachten minvermogenden middels premies aan het begin van de jaren dertig ongeveer 20 procent van de kosten zelf op.⁶⁶ Dat was net zoveel als in confessioneel Schiedam, waar de eigen bijdragen vrij hoog waren, en veel meer dan in Amsterdam, waar de eigen bijdragen vrij laag waren en de minvermogenden nog geen 10 procent zelf betaalden. In alle drie de gemeenten nam het financiële aandeel van de minvermogenden in de hieropvolgende jaren enigszins toe, maar de lasten die aan hen werden opgelegd lijken in de eerste plaats afhankelijk van de gevoerde sociale politiek en pas in tweede instantie van de manier waarop dat gebeurde.

Zelfs beperkte gemeentelijke bezuinigingen door verhoging van de eigen bijdragen konden hard aankomen bij die minvermogenden die daadwerkelijk werden opgenomen. Door verzekering werden de lasten gelijkmatiger over de minvermogenden verdeeld en dat maakte een iets hogere financiële bijdrage van de groep als geheel mogelijk. Bovendien was een lastenverzwaring op deze wijze politiek gemakkelijker te aanvaarden. Waar men die lasten niet wilde verhogen, zoals in Amsterdam, koos men voor inkomensafhankelijke premies, zodat de lastenverhoging in theorie door de meergegoeden werd opgebracht. Het is nog maar de vraag of dat in de praktijk ook was gelukt, maar in ieder geval kon men met een verzekering overtuigend bezuinigingen suggereren.

Ondertussen nam het aantal verzekerden tegen de kosten van ziekenhuisverpleging in de tweede helft van de jaren dertig snel toe en – afgezien van de twee miljoen leden van de verenigingen voor ziekenhuisverpleging – was in 1940 15 procent van de bevolking bij een ziekenfonds verzekerd tegen ziekenhuisverpleging. Met name in een aantal steden en op die delen van het platteland waar de NMG de strijd met de verenigingen voor ziekenhuisverpleging was aangegaan, zoals Friesland en het katholieke Zuiden.⁶⁷

De meest effectieve maatregel zou natuurlijk nog altijd de verplichte ziekenfondsverzekering en de nadere regulering van het ziekenfondswezen zijn geweest. Waar de belanghebbenden niet tot overeenstemming hadden kunnen komen, hernam de politiek in 1936 het initiatief. In dat jaar presenteerde minister Slingenberg de vierde wijzigingsnota op het voorstel Aalberse. Het verstrekkingenpakket was weer op het oorspronkelijke hoge niveau teruggebracht, maar daar stond tegenover dat het voorstel nog meer dan dat van Aalberse aan de wensen van de NMG voldeed. Deze keer waren er namelijk wel voorschriften inzake de bestuursamenstelling opgenomen en bovendien zou het worden verboden om medewerkers in vaste dienst te nemen, ook voor fondsen die dat stelsel al hanteerden. Het voorstel lokte een storm van protest uit. Niet alleen van de Federatie en de ziekenhuisverplegingsfondsen, maar ook van werkgevers en de vakbeweging. De Tweede Kamer accepteerde het voorstel dan ook niet.⁶⁸

Het feit dat men geen invloed op de inhoud van het voorstel van Slingenberg had kunnen uitoefenen, maakte de onderlinges duidelijk hoe zwak de onderhandelingspositie van de Federatie inmiddels was. Men had alleen achteraf kunnen reageren, maar dat was gebeurd met een moderne, goed gecoördineerde en succesvolle actie, die het

belang van een krachtige organisatie nog eens had onderstreept. Deze ervaringen maakten de weg uiteindelijk vrij voor een grondige reorganisatie van de Federatie. De Federatie werd omgezet in de minder vrijblijvende 'Centrale Bond van Ziekenfondsen' (CBZ), waarvan het bestuur over aanmerkelijk grotere bevoegdheden beschikte dan het oude Federatiebestuur. Het ging een aantal fondsen opnieuw te ver en in 1939 organiseerden deze zich in de 'Landelijke Contactcommissie van Onderling beheerde Ziekenfondsen'. Volgens Van der Hoeven vond de nieuwe groepering weinig aanhang, maar hij gaat voorbij aan het feit dat zich onder het handjevol aangesloten fondsen ook deze keer twee grote onderlinge ziekenfondsen uit Amsterdam (Ziekenzorg) en Rotterdam (Algemeene Rotterdamsche Vereeniging) bevonden.⁶⁹ Wanneer de CBZ al meer invloed op een eventuele ziekenfondswetgeving had kunnen uitoefenen, was dat eerder te danken geweest aan de nieuwe, sociaal-democratische Minister van Sociale Zaken, J. van den Tempel, dan aan de CBZ zelf. De Tweede Wereldoorlog liet dit echter in het ongewisse.

Tenslotte werd de chaotische situatie waarin de gezondheidszorg zich tegen het einde van de jaren dertig bevond, begeleid door een stroom van reorganisatievoorstellen. Kenmerkend voor deze plannen was dat ze niet meer uitgingen van een totaal nieuwe structuur, zoals het plan voor de districtsgezondheidsdiensten, maar van geleidelijke integratie van de bestaande organisaties in een beter samenhangend geheel. Het meest opmerkelijke voorbeeld was afkomstig van een commissie onder leiding van de voormalige hoofdinspecteur van de volksgezondheid R.N.M. Eijkel, waarin afgevaardigden van de meeste belangengroepen zitting hadden. Kennelijk was iedereen er van overtuigd geraakt, dat er iets moest gebeuren en de commissie produceerde een rapport, waarin veel compromissen waren verwerkt. Het rapport lag nog ter beoordeling bij de afzonderlijke belangengroepen toen de Tweede Wereldoorlog uitbrak.⁷⁰ Verschillende organisaties, met de ANVSG voorop, namen prompt afstand van de compromissen en ontwikkelden een eigen schema, in de hoop dat het onder de nieuwe omstandigheden makkelijker tot veranderingen zou komen dan onder de parlementaire democratie.⁷¹ Het plan van de ANVSG werd in maart 1941 in het *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* gepubliceerd.⁷² De bezetter had echter geen behoefte aan moeizame reorganisaties en had meer belangstelling voor de snelle, praktische en propagandistische resultaten van een regeling van het ziekenfondswezen.

Het Ziekenfondsenbesluit

Het Ziekenfondsenbesluit werd per 1 december 1941 van kracht en regelde zowel de verplichte verzekering voor loontrekkenden als de eisen waar de fondsen aan moesten voldoen om tot de uitvoering van de verplichte verzekering te worden toegelaten. Volgens Van der Hoeven was het besluit in de eerste plaats een Duitse maatregel, in die zin dat belangengroepen en ambtenaren weinig invloed konden uitoefenen en dat een regeling van het ziekenfondswezen onder normale omstandig-

heden hoogstwaarschijnlijk nog wel even op zich had laten wachten.⁷³ Het besluit was dan ook zeer ingrijpend en betekende feitelijk het einde van het systeem dat onderwerp van deze studie is.

Om te beginnen hadden het verplichte karakter en het voorgeschreven verstrekkingspakket grote invloed op het platteland. In Friesland verdrievoudigde het aantal ziekenfondsverzekerden bijna, waardoor het particuliere systeem voor een belangrijk deel ophield te functioneren. De opname van ziekenhuisverpleging in het verstrekkingspakket betekende bovendien dat de verenigingen voor ziekenhuisverpleging op het hele Nederlandse platteland flinke veren moesten laten.⁷⁴ Nu was al voor de oorlog gebleken, dat een ziekenfondswetgeving op de situatie in de grote steden gebaseerd zou zijn. In de steden waren de gevolgen op het eerste gezicht dan ook beperkt. Het ledental groeide hier maar mondjesmaat en de uitbreiding van het verstrekkingspakket betekende vooral een versnelling van een ontwikkeling die al in de tweede helft van de jaren dertig was ingezet.

De steden konden zich echter niet onttrekken aan de veranderingen die de twee belangrijkste organisatorische kenmerken van het oude systeem, het belang van het lokale niveau en de vele schotten, fundamenteel aantastten. De besluitvorming over honoraria, verstrekkingen, hoogte van de premies e.d. werden naar het nationale niveau overgeheveld. Hiermee nam het belang van het lokale niveau en daarmee de lokale verscheidenheid flink af. Bovendien bemoeiden ambtenaren en – vanzelfsprekend pas na de oorlog – politici zich op het nationale niveau wel degelijk met de besluitvorming over het ziekenfondswezen en lieten dit niet aan de belangengroepen over, zoals op lokaal niveau gebruikelijk was geweest. Daarmee werd een belangrijk schot verwijderd en we hebben al gezien dat het geografische schot flink aan realiteitswaarde had ingeboet. De laatste schotten, de verdeling van onvermogenden, minvermogenden en meergegoeden over respectievelijk de medische armenzorg, de ziekenfondsen en de particuliere praktijk, werden pas na de oorlog afgebroken. Het schot tussen on- en minvermogenden al vrij snel, doordat gemeenten hun armlastigen steeds meer in de vrijwillige ziekenfondsverzekering gingen verzekeren. In Amsterdam gebeurde dat in het begin van de jaren vijftig. Overigens onder protest van de toenmalige directeur van de GG&GD, A. Brand, die van mening was dat de armlastigen er daarmee niet op vooruit zouden gaan.⁷⁵ De door de medewerkers en confessionele en liberale politici gekoesterde Ziekenfondsgrens houdt echter tot op de dag van vandaag stand. Door de hoogte van de ziekenfondshonoraria en het feit dat ook meergegoeden inmiddels massaal particulier zijn verzekerd heeft de welstandsgrens voor de artsen weinig betekenis meer. Voor de confessionele en liberale politici kennelijk wel, ofschoon de grens inmiddels flink is uitgehold en momenteel onder zware druk staat.⁷⁶ Dit is echter alleen inzichtelijk te maken door het systeem 1930, het Ziekenfondsbesluit en de ontwikkelingen na de Tweede Wereldoorlog op een wat hoger abstractieniveau te behandelen. Dit zal in de conclusie gebeuren.

VIII. Conclusies

Noodzakelijke, beschikbare en gerealiseerde subsidiërende solidariteit

In de voorlopige conclusies (hoofdstuk drie) werd uiteengezet hoe ontwikkelingen in de sociale politiek en de gezondheidszorg sinds ongeveer 1890 het noodzakelijk maakten, dat on- en minvermogenden gemakkelijker toegang tot meer en steeds duurdere gezondheidszorg kregen. Dat betekende onder meer dat de kwaliteitsverschillen tussen de zorg voor meergegoeden enerzijds en de zorg voor on- en minvermogenden anderzijds niet al te groot meer konden zijn, zodat nog maar in beperkte mate van produktdifferentiatie gebruik kon worden gemaakt. Gezien de inkomensverdeling, zou zuivere kanssolidariteit tekort schieten, zodat er meer subsidiërende solidariteit *noodzakelijk* was om aan de sociaal-politieke doelstellingen betreffende de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te kunnen voldoen. Zoals in de inleiding weergegeven, bestaan er twee varianten van subsidiërende solidariteit: inkomenssolidariteit en solidariteit tussen gezonden en zieken. De omvang van de subsidiërende solidariteit die een samenleving kan opbrengen is afhankelijk van de welvaart en aangezien deze vanaf 1900 in Nederland flink toenam, was er in principe ook voldoende subsidiërende solidariteit *beschikbaar* om aan die doelstellingen te voldoen. De omvang van de subsidiërende solidariteit die ook daadwerkelijk werd opgebracht, wordt hier *gerealiseerde* subsidiërende solidariteit genoemd. Bij voldoende beschikbare subsidiërende solidariteit is de som van de in de verschillende organisatievormen gerealiseerde inkomenssolidariteit en solidariteit tussen gezonden en zieken per definitie gelijk aan de noodzakelijke subsidiërende solidariteit.

Subsidiërende solidariteit kan het gemakkelijkste worden gerealiseerd door de gezondheidszorg geheel uit de openbare middelen te financieren of door een verplichte volksverzekering met inkomensafhankelijke premies. Uit de motieven voor sociale zorg en de invloed van belangengroepen viel echter te verklaren waarom onvermogenden, minvermogenden en meergegoeden langs gescheiden kanalen toegang tot gezondheidszorg zouden krijgen. Onvermogenden via de uit de openbare middelen gefinancierde medische armenzorg, minvermogenden via de ziekenfondsverzekering met inkomensafhankelijke premies en meergegoeden via de particuliere praktijk. Gezien de beperkingen van de vrijwillige verzekering en de voorspelbare onwil en onmacht van een aantal gemeentebesturen, kon in een dergelijk systeem alleen voldoende subsidiërende solidariteit worden gerealiseerd indien een verzekeringsplicht voor minvermogenden werd ingevoerd, armere gemeenten financiële ondersteuning van hogere overheden kregen en zowel de medische armenzorg als het ziekenfondswezen aan een nadere regulering van de organisatie en het verstrekkingspakket werden onderworpen.

De rijksoverheid was de eerst aangewezen instantie om dergelijke maatregelen te nemen, maar deze was in Nederland weinig actief. Dit werd in hoofdstuk drie vooral aan het liberaal-confessionele karakter van de Nederlandse staat toegeschreven. Liberaal in de zin dat overheidsingrijpen tot een minimum werd beperkt, confessio-

neel in de zin dat waar dat dan wel gebeurde de overheid bij voorkeur op afstand werd gehouden door inschakeling van wat tegenwoordig het maatschappelijk middenveld wordt genoemd. Het maatschappelijk middenveld in de gezondheidszorg bestond uit het door belangengroepen gecontroleerde ziekenfondswezen (oud particulier initiatief) en het politiek gecontroleerde modern en verzuild particulier initiatief in de medische armenzorg. De verplichte verzekering of een nadere regulering van de ziekenfondsen kwam er niet, ook al zetten de vele pogingen die daartoe werden ondernomen de belangengroepen in het ziekenfondswezen aan tot enige zelfregulering. Alleen de Armenwet kende sinds 1912 enkele bepalingen die betrekking hadden op de medische zorg. Deze wet legde de verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid in de eerste plaats bij de gemeentelijke overheden, waarbij onwillige gemeenten door het Staatstoezicht tot grotere inspanningen konden worden gedwongen. Het Staatstoezicht leek in de jaren twintig en dertig echter vooral geïnteresseerd in de arbeidsvoorwaarden van het gemeentelijk medisch personeel en deed nauwelijks pogingen om gemeenten tot uitbreiding van de zorg aan te zetten. Daarnaast leverde de rijksoverheid sinds het einde van de Eerste Wereldoorlog een bijdrage in de financiering en de regulering van het particulier initiatief, maar deze bijdrage was zo beperkt, dat ook deze taak grotendeels op de schouders der gemeenten lag.

De meest invloedrijke belangengroep in het vrijwillige ziekenfondswezen waren de ziekenfondsartsen. De Nederlandse ziekenfondsartsen vormden rond de Eerste Wereldoorlog een homogene groep stedelijke huisartsen, die bijna allemaal in de NMG waren georganiseerd. De NMG was dan ook in staat om een goed gecoördineerde en succesvolle ziekenfondsactie te voeren. Men probeerde de bestaande ziekenfondsen te hervormen en door middel van de oprichting van Maatschappijziekenfondsen een zo groot mogelijk deel van de ziekenfondsmarkt in handen te krijgen. Het verdeelde ziekenfondswezen kon met moeite voorkomen dat de artsen de ziekenfondsmarkt geheel gingen beheersen, maar de belangrijkste eisen van de artsen drongen gedurende het Interbellum in de praktijk van de ziekenfondsen door. Het honorarium was overal verhoogd, de meeste fondsen kenden vrije artsenkeuze en een uit geneeskundigen bestaande commissie ter controle van de beroepsuitoefening. Doordat de deelnemers per abonnement kregen betaald, liepen de huisartsen nog altijd een deel van het risico, maar dit leek onvermijdelijk. Experimenten met de vergoeding per verrichting hadden aangetoond dat dit vergoedingensysteem de uitgaven oncontroleerbaar maakte.

Dat was vanzelfsprekend ook het geval, indien de vergoeding per verrichting of zelfs per maandkaart op de poliklinisch-specialistische hulp werd toegepast. Zodra de stedelijke huisartsen voldoende greep op het ziekenfondswezen hadden, probeerden ze de uitgaven aan specialistische hulp onder controle te krijgen. Eerst met behulp van de verwijfsbrief en later met behulp van de specialistenpot; een vorm van budget-financiering, waarmee de specialisten, net als zij, een groter deel van het risico gingen dragen. Het bracht de huisartsen in voortdurend conflict met de specialisten en in de jaren twintig en dertig ontstond de NMG, zoals we die in de vorm van de

Koninklijke NMG nog altijd kennen. Een conglomeraat van allerlei groepen artsen met ieder hun eigen en soms strijdige belangen, dat moeite heeft om nog een positieve bijdrage aan het beleid betreffende de organisatie van de gezondheidszorg te leveren.

Niet alleen specialisten, maar ook apothekers, tandartsen en andere medische beroepsgroepen eisten met enige regelmaat verbetering van hun positie. Waar de ziekenfondsbesturen weinig en de consumenten geen invloed konden uitoefenen, werden de schaarse premie-inkomsten tijdens het Interbellum grotendeels onder de best georganiseerde beroepsgroepen verdeeld.

Die premies waren niet inkomensafhankelijk, maar nominaal, zodat inkomenssolidariteit ontbrak. Door de ontwikkeling van de ziekenfondscultuur onder minvermogens kreeg de ziekenfondsverzekering in veel steden een semi-verplicht karakter. De ontwikkeling van een ziekenfondscultuur veronderstelde beperkte risicoselectie 'binnen' de groep minvermogens en dit was het belangrijkste aspect van de eerder genoemde zelfregulering binnen het vrijwillige ziekenfondswezen. Hierdoor ontstond solidariteit tussen gezonden en zieken en dus enige subsidiërende solidariteit, maar deze werd deels teniet gedaan, doordat de premies afhankelijk waren van de gezinsomvang en daarmee ten dele aan het risico gerelateerd. Kortom, de som aan subsidiërende solidariteit was in het vrijwillige ziekenfondswezen klein.

Door de reële inkomensstijging van minvermogens konden de premies en de honoraria in de jaren rond de Eerste Wereldoorlog worden verhoogd. Bovendien werd het verstrekkingenpakket wat groter en de kwaliteit van de geleverde zorg ongetwijfeld beter. In de jaren twintig bereikte men echter de grenzen van hetgeen met een grotendeels op kanssolidariteit gebaseerde financieringswijze kon worden gerealiseerd. Onvermogens konden en mochten niet deelnemen en verstrekkingen die niet door een goed georganiseerde belangengroep werden geleverd of die door hun karakteristieken moeilijk op vrijwillige basis waren te verzekeren, werden niet in de ziekenfondspakketten opgenomen.

De zorg voor onvermogens werd vrijwel geheel gefinancierd door de gemeentelijke overheden en daarmee uit de algemene middelen. De organisatie van de gemeentelijke geneeskundige zorg werd minder beïnvloed door belangengroepen dan het ziekenfondswezen, maar vooral door de lokale politieke constellatie. Er waren wel belangengroepen actief in de medische armenzorg, maar deze waren veelal zelf gepolitiseerd, zoals het modern en verzuild particulier initiatief en de leden van de NVGGV. Wanneer ze dat niet waren, zoals de NMG en beroepsverenigingen in het ziekenhuiswezen, konden ze wel voor de belangen van hun leden opkomen, maar hierbij slechts weinig invloed op de feitelijke organisatie van de medische armenzorg uitoefenen. De positie van het medisch personeel varieerde dan ook, maar over het algemeen had dit niet meer te klagen over de beloning of zelfs over de professionele autonomie die het was gegund.

De omvang en de kwaliteit van de medische zorg die de onvermogens ontvingen liepen evenzeer uiteen, maar waren sinds de negentiende eeuw sterk verbeterd

en niet zelden uitgebreider en beter dan de zorg die minvermogenen via de ziekenfondsen ontvingen.

De mensen die recht hadden op die gratis zorg, de onvermogenen, leverden uit de aard van de zaak nauwelijks een bijdrage aan de algemene middelen, terwijl de mensen die dat middels progressieve belastingen en andere heffingen wel deden, in principe geen recht op de gratis zorg hadden. Het verband tussen financiële bijdrage en ingebracht risico was dus vrijwel nihil en zowel de inkomenssolidariteit als de solidariteit tussen gezonden en zieken waren zeer groot. Hiermee werd een deel van het tekort aan subsidiërende solidariteit in het financieringssysteem gecompenseerd.

Verdere compensatie vond plaats bij de levering aan minvermogenen van verstrekkingen die niet of nauwelijks in de ziekenfondspakketten waren opgenomen. Dat waren er nogal wat, maar voor een goed begrip van de situatie is het voldoende om in te gaan op de duurste aller verstrekkingen: de ziekenhuisverpleging. De kans op een ziekenhuisopname was klein, zodat weinigen de neiging hadden om zich vrijwillig te verzekeren. Moest men toch worden opgenomen dan was dat voor het merendeel van de bevolking te duur en de gemeenten, die op basis van de Armenwet het risico overnamen, financierden een groot deel van de kosten van ziekenhuisverpleging in Nederland. Overigens namen de gemeenten niet het gehele risico over. Door het stelsel van inkomensafhankelijke eigen bijdragen liep de bevolking een deel van het risico zelf. Voor de meeste patiënten betekende dat een forse financiële aderlating, maar voor de gemeenten slechts een bescheiden financiële verlichting. De ziekenhuiszorg werd dan ook grotendeels uit de algemene middelen gefinancierd en in feite dwong de overheid de bevolking om deel te nemen aan een arrangement, waarbij gezonden en mensen met een hoog inkomen hun noodzakelijke financiële bijdrage leverden aan de ziekenhuisverpleging van zieken en mensen met een laag inkomen. Immers, juist doordat relatief weinig mensen werden opgenomen, was de solidariteit tussen gezonden en zieken groot, en door het sterk inkomensafhankelijke karakter van zowel de eigen bijdragen als de wijze waarop de algemene middelen werden verzameld, gold dat ook voor de inkomenssolidariteit.

De verzekeringen tegen ziekenhuisverpleging die dan wel bestonden, brachten nauwelijks verandering in de verhouding tussen financiële bijdrage en ingebracht risico. Meestal betekende het, door de heffing van nominale premies gerelateerd aan de gezinssamenstelling in plaats van de inkomensafhankelijke financiële bijdragen uit de algemene middelen, een verschuiving van inkomenssolidariteit naar de solidariteit tussen gezonden en zieken. De som aan gerealiseerde subsidiërende solidariteit werd echter niet kleiner. Door de toename van de solidariteit tussen gezonden en zieken behoeften mensen die daadwerkelijk werden opgenomen geen eigen bijdragen meer te betalen en ze werden daarmee van een zware belasting verlost. Door de afname van de inkomenssolidariteit werd de bijdrage van de hogere inkomens wat kleiner en die van de minvermogenen wat groter. Om dit te voorkomen kenden de Amsterdamse verzekering en sommige verenigingen voor ziekenhuisverpleging een inkomensafhankelijke premie.

De noodzakelijke subsidiërende solidariteit werd bepaald door de kosten van de gezondheidszorg waar on- en minvermogenden op sociaal-politieke gronden toegang toe moesten hebben en door de inkomensverdeling. Als gevolg van het optreden van belangengroepen en het feit dat de liberaal-confessionele rijksoverheid niet bereid bleek om die subsidiërende solidariteit middels regulering en/of overheidsfinanciering af te dwingen, werd door de ziekenfondsen weinig subsidiërende solidariteit gerealiseerd. Diezelfde liberaal-confessionele overheid legde de verantwoordelijkheid voor de realisatie van de noodzakelijke subsidiërende solidariteit bij de gemeentelijke overheden. Deze konden een verplichte verzekering niet wettelijk afdwingen, maar speelden wel een belangrijke rol bij de ontwikkeling van een ziekenfondscultuur, die in de praktijk hetzelfde effect had. Bovendien bleek, met name in de jaren dertig, dat lokale politici enige pressie op de ziekenfondsbesturen konden uitoefenen, waardoor de ziekenhuisverpleging langzaam in het verstrekkingenpakket van de fondsen doordrong. Daarmee waren de mogelijkheden om invloed op de lokale ziekenfondsen uit te oefenen echter uitgeput en het voornaamste instrument van de gemeenten was de financiering en regulering van de door henzelf en het sterk verpolitiseerde modern en verzuild particulier initiatief uitgevoerde medische armenzorg.

In feite moesten de verschillende motieven voor sociale zorg en de verschillende belangengroepen op lokaal niveau opnieuw met elkaar in de slag. Ze bepaalden, samen met de lokale inkomensverdeling, in iedere gemeente een eigen niveau van noodzakelijke subsidiërende solidariteit en ontwikkelden een eigen lokaal systeem van financiële toegankelijkheid om die solidariteit te realiseren. Het belang van het lokale niveau had als groot voordeel dat het systeem van financiële toegankelijkheid zich gemakkelijk aan lokale omstandigheden aanpaste. Het had als nadeel dat de financiële toegankelijkheid afhankelijk was van de lokale beschikbare subsidiërende solidariteit en deze was niet overal toereikend. Deze eigenschappen laten zich het beste illustreren met behulp van de situatie op het platteland.

Bij de pogingen van de NMG om het ziekenfondswezen over het platteland te verspreiden, stuitte de stedelijke huisartsen op collega's die onder geheel andere omstandigheden werkzaam waren. Op het welvarender deel van het platteland konden de lokale huisartsen volop profiteren van het ontbreken van concurrentie. Hier zagen ze hoogstpersoonlijk kans om met behulp van inkomensafhankelijke tarieven voldoende inkomenssolidariteit te realiseren om de uitgebreide geneeskundige en farmaceutische hulp die ze boden voor bijna de gehele bevolking toegankelijk te maken. Dit moest slechts worden aangevuld met enige solidariteit tussen gezonden en zieken via de kleine doktersfondsen en wat inkomenssolidariteit via de bescheiden medische armenzorg. Daarnaast functioneerden hier de verenigingen voor ziekenhuisverpleging met een grotendeels op kanssolidariteit gebaseerde premiestructuur, maar vanzelfsprekend grote solidariteit tussen gezonden en zieken. Voor de dure ziekenhuisverpleging was echter ook inkomenssolidariteit nodig om voldoende subsidiërende solidariteit te realiseren. Doordat de verenigingen in de praktijk maar een deel van de kosten van de ziekenhuisverpleging voor hun leden betaalden en gemeentelijke

overheden alsnog bijsprongen, werd deze inkomenssolidariteit ook hier in de medische armenzorg gerealiseerd. Bovendien werd de wijkverpleging, gedeeltelijk substitueert voor ziekenhuisopname, vrijwel geheel uit de openbare middelen gefinancierd.

Kortom, op het welvarender platteland functioneerde een geheel eigen financieringssysteem, waarmee langs andere weg hetzelfde werd bereikt: realisatie van de noodzakelijke subsidiërende solidariteit. De lokale huisartsen bezetten een centrale positie in dit systeem en voelden er weinig voor om een deel van hun autonomie af te staan aan regionale ziekenfondsen. Dit was voor de NMG echter geen aanleiding om het ziekenfondsbeleid aan te passen en deze houding is typerend. De rijksoverheid, de meeste nationaal georganiseerde belangengroepen, zoals de NMG en de Federatie, en zeker sociaal-geneeskundigen als Bruinsma en Heijermans hanteerden het stedelijk perspectief als uitgangspunt voor een gewenste nationale ontwikkeling van de gezondheidszorg.¹ Hierdoor kwam men met enige regelmaat in conflict met plattelandsgemeenten en met leden van belangengroepen die daar werkzaam waren. Uiteindelijk waren deze verhoudingen een variant op de moeizame verhoudingen tussen nationaal en lokaal niveau in het algemeen, in een land waar de gezondheidszorg in de eerste plaats lokaal was georganiseerd. Niet voor niets hadden nationale verbanden van belangengroepen zo vaak een federatieve structuur.

Er is in het kader van deze studie helaas geen armere plattelandsgemeente onderzocht. Wel is zeker dat de aldaar werkzame huisartsen veel meer voelden voor de ziekenfondsverzekering dan hun collega's op het welvarender platteland. Mits de welstandsgrens op het platteland lager zou zijn dan in de steden, opdat de particuliere praktijk niet geheel zou verdwijnen, of liever nog de vergoedingen hoger zouden zijn, zodat de inperking van de particuliere praktijk zou worden gecompenseerd. Voor de rest hadden de lokale artsen, maar ook de gemeentelijke overheden, de armbestuurders en de patiënten, hier alleen maar te winnen bij regionale ziekenfondsen of een verplichte ziekenfondsverzekering. Met name op het armere platteland waren gemeenten te vinden waar de lokaal beschikbare subsidiërende solidariteit tekort schoot om de noodzakelijke subsidiërende solidariteit te kunnen realiseren. Dit was het resultaat van één van de zwakste punten van het systeem. Rijke gemeenten leverden nauwelijks een bijdrage aan de realisatie van subsidiërende solidariteit in arme gemeenten. De nieuwe regeling van de financiële verhoudingen tussen rijk en gemeenten uit 1929 vergrootte de bijdrage van rijkere gemeenten en realiseerde aldus meer subsidiërende solidariteit dan lokale politici nog konden bewerkstelligen. De bezetter schafte uiteindelijk al in 1940 de gemeentefondsbelasting en de daarop geheven opcenten af, maar de effecten van deze maatregel vielen in het niet bij die van het Ziekenfondsenbesluit.²

Na het Ziekenfondsenbesluit werden de premies voor de verplicht verzekerden voor de helft betaald door werknemers en voor de helft door de werkgevers. Dat betekende voor de meeste verplicht verzekerden een lastenverlichting en voor het Nederlandse bedrijfsleven een lastenverzwaring. Belangrijker was dat de premies in het vervolg inkomensafhankelijk waren en niet meer samenhangen met de gezinsomvang.

Bovendien werd uit deze premies nu ook dure verstrekkingen voor de verzekerden betaald. Tenslotte werden de premies niet meer door de fondsen zelf geïnd, maar dat gebeurde nu centraal, waarna ze in een 'Vereveningsfonds' werden gestort. De ziekenfondsen kregen de door hen gemaakte kosten uit dit fonds vergoed. Hierdoor gingen de inwoners van rijkere gemeenten een veel grotere bijdrage leveren aan de kosten die voor de inwoners van armere gemeenten moesten worden gemaakt dan voorheen. Alles bij elkaar werd in de verplichte ziekenfondsverzekering plotseling een forse bijdrage in de noodzakelijke subsidiërende solidariteit gerealiseerd. Dat werd voor een deel gebruikt om de subsidiërende solidariteit die in de openbare sector werd gerealiseerd te verkleinen, voor een deel omgezet in lagere premies en voor een deel in extra uitgaven. Er was dan ook sprake van aanzienlijke lastenverschuivingen in de gezondheidszorg en per saldo waarschijnlijk ook van een lastenverhoging.

Na de oorlog groeide de economie in een ongekend tempo, maar de kosten van de gezondheidszorg groeiden sneller. In 1953 werd ongeveer 3,5 procent van het nationaal inkomen aan gezondheidszorg uitgegeven – ongeveer een gelijk percentage als in de jaren dertig – momenteel acht tot negen procent.³ De ontwikkelingen in de jaren 1910–1930 herhaalden zich in die zin dat zowel de noodzakelijke als de beschikbare subsidiërende solidariteit fors toenamen. Deze solidariteit wordt sinds 1967 voor een belangrijk deel gerealiseerd via een volksverzekering voor grote risico's: de 'Algemene wet bijzondere ziektekosten'.⁴ Desondanks is het punt bereikt waarop de lange tijd door liberale en confessionele politici gekoesterde Ziekenfondsgrens een serieuze hinderpaal voor de realisatie van voldoende inkomenssolidariteit en daarmee van de noodzakelijke subsidiërende solidariteit is geworden. Via allerlei kunstgrepen, zoals de miljardensubsidies aan de vrijwillige ziekenfondsverzekering in de jaren zeventig en de 'Wet toegang ziektekostenverzekering' in de jaren tachtig, leverden de hogere inkomens alsnog een aandeel in de noodzakelijke subsidiërende solidariteit en werd de Ziekenfondsgrens flink uitgehold. Inmiddels komen de grenzen van de mogelijkheden die deze kunstgrepen bieden in zicht en in de nabije toekomst zal de Ziekenfondsgrens hoogstwaarschijnlijk alsnog op de een of andere manier worden geslecht.

De omwegen die momenteel worden bewandeld om voldoende subsidiërende solidariteit te realiseren zijn een variant op de omwegen die in het systeem 1930 werden genomen. Zoals de gebrekkige regulering van de sociale verzekeringen in het Interbellum leidde tot hoge overheidsuitgaven aan uitkeringen via de burgerlijke armenzorg en de Steunregeling, leidde de gebrekkige regulering van het ziekenfondswezen tot hoge overheidsuitgaven aan gezondheidszorg via de medische armenzorg. Dit is de paradox van de sociale politiek in een liberaal-confessionele of liberaal-conservatieve staat.

Dit blijkt wanneer het Nederlandse systeem wordt vergeleken met het Britse systeem, dat wel een verplichte verzekering kende. De 'National Health Insurance' (NHI) bevatte een verplichte verzekering van loonafhankelijken tegen inkomensderving bij ziekte en de kosten van medische zorg. Ze dateerde uit 1911 en was tot stand gekomen na heftige politieke discussies en onder zwaar vuur van gevestigde

belangen in de gezondheidszorg.⁵ Het resultaat was er naar. De NHI gaf tegen betaling van een nominale premie, opgebracht door werknemers, werkgevers en de overheid, alleen werknemers en niet hun gezinnen recht op basale medische zorg. In het Interbellum vergoedden de meeste Britse fondsen geen specialistische hulp, laat staan ziekenhuisverpleging.⁶ Kortom, de verplichte ziekenfondsverzekering onder de NHI realiseerde nog minder subsidiërende solidariteit dan het Nederlandse vrijwillige ziekenfondswezen en de jaren twintig en dertig waren dan ook de 'high period of municipal medicine' in Groot-Brittannië.⁷

Dit voorbeeld benadrukt nog eens de beperkingen van de eenzijdige aandacht voor de ontwikkelingen van het ziekenfondswezen in het algemeen en de verplichte verzekering in het bijzonder. Ondanks het ontbreken van een verplichte verzekering, functioneerde het Nederlandse systeem zeker niet slechter of zelfs maar fundamenteel anders dan het Britse systeem en garandeerde voor het eerst in de geschiedenis de gehele bevolking toegang tot de meest basale medische voorzieningen.

Bijlagen

A. Geneeskundigen, apothekers, vroedvrouwen en tandheekkundigen in Nederland, Schiedam, Idaarderadeel en Amsterdam, 1867-1940

Jaar	Nederland	Schiedam	Idaarderadeel	Amsterdam
<i>Aantal geneeskundigen (inwoners per geneeskundige)</i>				
1867	2547 (1383)	13 (1291)	?	337 (794)
1880	1884 (2130)	10 (2359)	?	340 (992)
1900	2287 (2258)	10 (2672)	4 (1396)	301 (1784)
1910	2930 (2031)	9 (3610)	4 (1407)	408 (1465)
1920	3497 (1963)	10 (4047)	5 (1148)	474 (1436)
1930	4582 (1732)	12 (4400)	4 (1461)	629 (1204)
1940	6563 (1360)	23 (2830)	4 (1496)	690 (1164)
<i>Aantal apothekers (inwoners per apotheker)</i>				
1867	909 (3874)	13 (1291)		152 (1761)
1880	682 (5884)	10 (2359)		103 (3275)
1900	668 (7728)	6 (4453)		119 (4511)
1910	654 (9099)	6 (5415)		120 (4981)
1920	639 (10744)	6 (6745)		121 (5624)
1930	642 (12361)	6 (8801)		136 (5569)
1940	861 (10364)	9 (7231)		121 (6637)
<i>Aantal vroedvrouwen (inwoners per vroedvrouw)</i>				
1867	717 (4912)	2 (8340)		88 (3041)
1880	733 (5474)	2 (11793)		98 (3442)
1900	849 (6081)	2 (13358)		94 (5711)
1910	924 (6440)	2 (16245)		101 (5918)
1920	920 (7462)	4 (10117)		100 (6805)
1930	933 (8505)	5 (10561)		111 (6823)
1940	1139 (7834)	7 (9298)		157 (5115)
<i>Aantal tandheekkundigen (inwoners per tandheekkundige)</i>				
1867	65 (54181)	0		?
1880	62 (64721)	0		?
1900	169 (30548)	0		48 (11185)
1910	246 (24190)	2 (16245)		58 (10305)
1920	381 (18019)	1 (40469)		82 (8298)
1930	795 (9982)	3 (17602)		140 (5410)
1940	1531 (5828)	11 (5917)		190 (4227)

Bronnen: *Verslag van de bevindingen en handelingen van het Geneeskundig Staatstoezicht* (1867 en 1880); CBS (1984) 40; *Jaarboekje voor de stad en het kanton Schiedam* (1867 en 1880); *Gemeenteverslagen Schiedam*; *Naamwijzer en adresboek der leden van het bestuur van Amsterdam enz.* (Heerenboekjes); *Statistisch jaarboek der gemeente Amsterdam* (1930 en 1940); Idaarderadeel zie noot 49, pagina 139.

B. Medische armenzorg in Nederland, Schiedam, Idaarderadeel en Amsterdam in cijfers, 1890-1939

Een kwantitatieve weergave van de medische armenzorg zou een compleet financieel overzicht en een aantal indicatoren voor de geleverde zorg moeten bevatten. Dergelijke cijfers zijn echter maar beperkt beschikbaar, terwijl de cijfers die er dan wel zijn de nodige interpretatieproblemen opleveren. In deze bijlagen zijn alleen statistieken opgenomen die over een reeks van jaren konden worden opgesteld en dat betreft met name cijfers van overheidsactiviteiten. Cijfers over het particulier initiatief en andere incidentele gegevens werden waar nodig direct in de tekst opgenomen.

Nederland

De belangrijkste bron voor nationale cijfers over de armenzorg in het algemeen zijn de armenzorgstatistieken van het CBS. Het CBS publiceerde deze statistieken vanaf 1902 als voortzetting van de armenzorgverslagen die de regering al sinds de invoering van de Armenwet in 1854 jaarlijks aan het parlement aanbood.

Zowel de regeringsverslagen als de CBS-statistieken bevatten financiële gegevens en patiëntenaantallen van de ziekenhuizen opgenomen op de lijsten van instellingen van weldadigheid. Rond de eeuwwisseling was dat nog met bijna alle Nederlandse ziekenhuizen het geval (ruim 100), maar in de loop der jaren nam dit aandeel af en in 1930 stond nog maar de helft van de Nederlandse ziekenhuizen op de lijsten (inmiddels bijna 130 van meer dan 250 instellingen). De cijfers die in tabel B.2 worden gepresenteerd vormen dan ook een goede weergave van de trend in de uitgaven aan ziekenhuiszorg voor on- en minvermogenden en van de verhoudingen tussen overheid en particulier initiatief, maar bieden geen compleet overzicht. Op basis van de armenzorgstatistieken en de verslagen van het Geneeskundig Staatstoezicht kan een schatting van de ontwikkelingen in het gehele Nederlandse ziekenhuiswezen worden gemaakt. Deze schattingen zijn niet in deze bijlage, maar in de tekst opgenomen (tabellen 2.1 en 7.1).

Het CBS verzamelde pas vanaf 1926 systematisch informatie over de medische armenzorg buiten de ziekenhuizen. Dit betrof echter voornamelijk financiële gegevens en geen betrouwbare indicatoren voor de geleverde zorg. Bovendien zijn de gegevens die over het particulier initiatief werden verzameld zeer onvolledig en ze kunnen slechts sporadisch worden aangevuld met cijfers verzameld door het Staatstoezicht of het particulier initiatief zelf. Aangezien de gewone geneeskundige en farmaceutische zorg grotendeels door de gemeentelijke overheden werd uitgevoerd, biedt tabel B.1 een vrij betrouwbare weergave van de uitgaven aan deze zorg. Er zijn echter geen gegevens over de wijkverpleging, tuberculosebestrijding, zuigelin-genzorg of hup in de huishouding opgenomen.

Tabel B.1 Door het CBS vastgestelde uitgaven aan geneeskundige zorg buiten de ziekenhuizen door de gemeenten en het particulier initiatief (part.), 1910 en 1926-1939 (vijfjaarlijkse gemiddelden, in duizenden guldens)

Jaar	Uitgaven		Financier na verrekening van vergoedingen en subsidies			Reëel*
	gemeenten	part.	gemeenten	part.	Totaal	
1910	1289	?	1289	?	1289	2578
1926/'29	3299 (89%)	403 (11%)	3513 (95%)	189 (5%)	3702	5077
1930/'34	3756 (89)	445 (11)	3995 (95)	206 (5)	4201	6677
1935/'39	4179 (92)	344 (8)	4370 (97)	153 (3)	4523	7754

* Guldens van 1920

Bron: CBS, *Statistiek van het armwezen 1910*; CBS, *Armenzorgstatistiek*.

Tabel B.2 Financiering van de ziekenhuiszorg door instellingen opgenomen op de lijsten van instellingen van weldadigheid in 1910, 1915, 1922, 1926, 1930, 1935 en 1939 (in duizenden guldens)

Jaar	Tekorten eigen ziekenhuizen*		Uitbesteding in vreemde ziekenhuizen		Tekorten en uitbesteding	
	overheid	particulier	overheid	particulier	Totaal	Reëel**
1910	2536 (75%)	826 (25%)	770	?	4132	6370
1915	4218 (84)	820 (16)	?	?		
1922	10569 (88)	1409 (12)	?	?		
1926	10379 (90)	1178 (10)	5674 (95%)	269 (5%)	17500	18500
1930	11315 (90)	1230 (10)	7208 (95)	361 (5)	20114	22552
1935	7569 (86)	1224 (14)	8247 (96)	323 (4)	17363	22944
1939	8302 (88)	1146 (12)	8874 (97)	290 (3)	18612	24594

* Na verrekening van wederzijdse vergoedingen en subsidies

** Guldens van 1922

Bronnen: CBS, *Statistiek van het armwezen*; CBS, *Armenzorgstatistiek*.

Schiedam, Idaarderadeel en Amsterdam

Op gemeentelijk niveau zijn over het algemeen uitgebreide gegevens over de gemeentelijke medische zorg buiten de ziekenhuizen beschikbaar. Zo ook in Schiedam en Amsterdam, waar niet alleen een financieel overzicht, maar ook een aantal bruikbare indicatoren voor de verrichtingen voorhanden zijn. In Idaarderadeel waren de gemeentelijke activiteiten vanzelfsprekend beperkt. Bovendien was de uitvoering van de zorg in handen van vrijgevestigde geneeskundigen en van particuliere verenigingen. Hierdoor zijn er nauwelijks indicatoren voor de verrichtingen voorhanden en tabel B.6 bevat dan ook voornamelijk financiële gegevens.

Zowel de gemeente Schiedam als Amsterdam verzamelden en publiceerden verpleegcijfers van alle lokale ziekenhuizen. In de tabellen B.5 en B.10 vinden we over een aantal steekjaren een volledig overzicht van de ziekenhuisverpleging in beide gemeenten. Betrouwbare financiële gegevens van particuliere ziekenhuizen zijn meestal niet beschikbaar. De Schiedamse Noletstichting verstrekke alleen in de jaren 1928-1930 financiële gegevens. Het statistisch bureau van de gemeente Amsterdam publiceerde vanaf 1921 uitgebreide armenzorgstatistieken, waaronder ook de uitgaven van de particuliere ziekenhuizen, maar maakte hierin geen onderscheid tussen somatische en psychiatrische ziekenhuizen. In de tabellen B.4 en B.9 zijn dan ook alleen de gemeentelijke uitgaven aan ziekenhuiszorg opgenomen. Dit is overigens nauwelijks een bezwaar, omdat de ziekenhuiszorg grotendeels door de gemeenten werd gefinancierd.

Schiedam

Tabel B.3 Verrichtingen en uitgaven aan medische zorg buiten de ziekenhuizen van de gemeente Schiedam, 1890-1939 (vijfjaarlijkse gemiddelden)

Jaar	Verrichtingen		Uitgaven				
	Consenten	Recepten	Salarissen	Medicijnen	Versterkende middelen	Subsidies*	Alle uitgaven
1890/'94	215	4178	2884	1454	4664		
1895/'99	340	3745	2902	1327	4582		
1900/'04	499	4259	2320	1453	4011		
1905/'09	744	5813	2345	1821	4434		
1910/'14	525	4026	2310	1275	3908		
1915/'19	952	4072	2851	1834	675	400	6412
1920/'24	310	2583	4743	2005	7811	3231	18997
1925/'29	629	2530	4390	2196	8102	4375	20324
1930/'34	2908	7960	9157	5639	25946	5035	48647
1935/'39	6446	11700	10246	7029	19199	4590	49090

* Ten behoeve van tuberculosebestrijding, wijkverpleging, hulp in de huishouding en zuigelingenverzorging. Bronnen: *Gemeenteverlagen Schiedam*; Gemeenterekeningen Schiedam, GAS, Secretarie-archief.

Tabel B.4 Uitgaven aan ziekenhuisverpleging van de gemeente Schiedam in 1900, 1910, 1920, 1925, 1930, 1935 en 1939

	1900	1910	1920	1925	1930	1935	1939
Verpleegkosten Gemeenteziekenhuis	10994	15040	154397	149612	174376	169901	197470
Eigen bijdragen patiënten	1969	4402	25128	24793	34715	21358	39209
Overige terugontvangsten	<u>128</u>	<u>332</u>	<u>5245</u>	<u>6821</u>	<u>8094</u>	<u>3069</u>	<u>4988</u>
Gemeentelijke bijdrage	8897	10306	124024	117998	131567	145474	153273
Subsidie aan Noletstichting					9780	16205	28000
Kosten uitbesteding in andere ziekenhuizen	<u> </u>	<u> ?</u>	<u>2123</u>	<u>3460</u>	<u>10255</u>	<u>6740</u>	<u>11730</u>
Totaal	8897	10306	126147	121458	151602	168419	193003
Reëel (guldens van 1920)	19412	20612	126147	161944	220512	288718	330862
Per hoofd van de bevolking	0.34	0.32	3.12	2.79	2.87	2.72	3.08
Reëel (guldens van 1920)	0.73	0.64	3.12	3.72	4.18	4.67	5.28

Bronnen: *Gemeenteverslagen Schiedam*; Jaarverslagen Gemeenteziekenhuis, GAS, Collectie jaarverslagen, nr. 10; Gas, Secretariearchief, Gemeenterekeningen.

Tabel B.5 Ziekenhuisverpleging te Schiedam in 1900, 1910, 1920, 1930 en 1939

	Gemeenteziekenhuis	Nolet-stichting	Totaal (per 1000 inw.)
<i>1900</i>			
Bedden	24*		24 (0.9)
Verpleegden	152		152 (5.7)
Verpleegdagen	5566		5566 (208)
Gemiddelde verpleegduur	36.6		
Kosten/verpleegdag	f1.98		
<i>1910</i>			
Bedden	32*		32 (1.0)
Verpleegden	236		236 (7.3)
Verpleegdagen	8316		8316 (256)
Gemiddelde verpleegduur	35.2		
Kosten/verpleegdag	f1.80		
<i>1920</i>			
Bedden	88		88 (2.2)
Verpleegden	620		620 (15.3)
Verpleegdagen	19753		19753 (488)
Gemiddelde verpleegduur	31.2		
Kosten/verpleegdag	f6.92		
<i>1930</i>			
Bedden	90 (61%)	58 (39%)	148 (2.8)
Verpleegden	1238 (63)	733 (37)	1971 (37.3)
Verpleegdagen	37282 (62)	23210 (38)	60492 (1146)
Gemiddelde verpleegduur	30.1	31.7	
Kosten/verpleegdag	f4.58	f2.22	
<i>1939</i>			
Bedden	152 (64%)	84 (36%)	236 (3.8)
Verpleegden	1283 (53)	1137 (47)	2420 (38.6)
Verpleegdagen	34221 (54)	29481 (46)	63702 (1016)
Gemiddelde verpleegduur	26.7	25.9	
Kosten/verpleegdag	f5.77	±f2.-	

* Een officieel beddental is niet bekend, maar tot 1901 had het ziekenhuis twee zalen met in iedere zaal tenminste 12 bedden. In 1900 en 1901 werden enkele klassekamers bijgebouwd.

Bronnen: *Gemeenteverslagen Schiedam*; *Verslagen Gemeenteziekenhuis, GAS, Collectie jaarverslagen*, nr. 10.

Roordahuizum, gemeente Idaarderadeel

Tabel B.6 Uitgaven aan medische zorg door de algemene armvoogdij te Roordahuizum en de gemeente Idaarderadeel, 1890-1939 (vijfjaarlijkse gemiddelden)

Jaar	Algemene armvoogdij Roordahuizum			Gemeente Idaarderadeel	
	Doktershulp* (patiënten)	Dure medicijnen*	Ziekenhuis- en sanatorium- verpleging**	Subsidie Diaconessen- ziekenhuis	Overige subsidies***
1890/'94	331 (18)	0	2		
1895/'99	214 (?)	0	35		
1900/'04	250 (?)	2	45		
1905/'09	254 (?)	2	34		
1910/'14	125 (?)	16	21		325
1915/'19	78 (3)	9	91		565
1920/'24	33 (?)	91	106	81	2319
1925/'29	144 (2)	?	?	265	2617
1930/'34	454 (7)	191	206	351	2483
1935/'39	207 (?)	404 ****	?	449	2020

* Medicijnen werden normaliter door de geneeskundigen geleverd, waarbij alleen dure medicijnen apart door de armvoogdij werden vergoed en dus ook apart werden verantwoord.

** Betrouwbare gegevens over het aantal patiënten dat geheel of gedeeltelijk voor rekening van de armvoogdij in ziekenhuizen werd verpleegd zijn niet beschikbaar, maar het waren er hooguit twee per jaar.

*** Ten behoeve van tuberculosebestrijding, wijkverpleging, hulp in de huishouding en zuigelingen-zorg.

**** Deze plotselinge stijging is toe te schrijven aan één diabetes-patiënt die het vrij nieuwe en nog peperdure middel insuline kreeg voorgeschreven.

Bronnen: Rekeningen algemene armvoogdij Roordahuizum 1833-1938, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 891; Opgaven armenzorgstatistiek algemene armvoogdij Roordahuizum 1909-1940, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 893; Gemeenterekeningen met bijlagen, Nieuwe archieven Idaarderadeel nrs. 327-330 en 388-424, de gemeenterekeningen over de jaren 1922-1939 zijn wel aanwezig, maar niet genummerd.

Amsterdam

Tabel B.7 Verrichtingen en uitgaven in het kader van de medische armenzorg van de Geneeskundige dienst te Amsterdam 1890-1939 (vijfjaarlijkse gemiddelden)

Jaar	Verrichtingen				Uitgaven (in duizenden guldens)		
	Doorlopende bewijzen	Tijdelijke bewijzen	Consulten en huisbezoeken	Verlossingen	Totaal	Waarvan aan medische armenzorg	
1890/'94	15482	7881	?	?	101	101	
1895/'99	14033	8553	?	2136	99	99	
1900/'04	11200	13289	?	2132	156	134	
1905/'09	7944	20545	?	1909		187	
1910/'14	7695	21582	240176	1980	336	191	
1915/'19	5200	35475	261584	3140	635	307	
1920/'24	2856	51759	259380	2062	1464	688	
1925/'29	3350	26229	319224	1999	1837	798	
1930/'34	3192	23697	514189	2518	2099	956	
1935/'39	3126	30218	658731	3107	1800	941	

Bronnen: *Gemeenteverslagen Amsterdam; Armenzorg te Amsterdam; Maatschappelijk hulpbetoon Amsterdam; Statistisch jaarboek der gemeente Amsterdam.*

Tabel B.8 Subsidies van de gemeente Amsterdam aan het particulier initiatief ten behoeve van vier belangrijke verstrekkingen, 1890-1939 (vijfjaarlijkse gemiddelden)

Jaar	Tuberculosebestrijding*	Wijkverpleging	Hulp in de huishouding	Zuigelingen-zorg	Totaal	Reëel
1890/'94						
1895/'99						
1900/'04						
1905/'09						
1910/'14			300		300	581
1915/'19		400	3100	2430	5930	7907
1920/'24	30767	5355	22662	2900	61684	74393
1925/'29	35000	14900	62098		111998	152725
1930/'34	40715	18381	112646		171742	272967
1935/'39	29000	15170	85876		130046	222936

* Zonder uitgaven aan sanatoriumverpleging. Deze uitgaven vallen onder de kosten van uitbesteding in andere ziekenhuizen dan de gemeenteziekenhuizen (tabel B.9).

Bronnen: *Gemeenteverslagen Amsterdam; Armenzorg te Amsterdam; Maatschappelijk hulpbetoon Amsterdam.*

Tabel B.9 Uitgaven aan ziekenhuisverpleging van de gemeente Amsterdam in 1900, 1910, 1920, 1925, 1930, 1935 en 1939 (in duizenden guldens)

	1900	1910	1920	1925	1930	1935	1939
Verpleegkosten Gem. ziekenhuizen	689	1057	6266	6407	6211	4068	4007
Terugontvangsten	<u>68</u>	<u>147</u>	<u>639</u>	<u>1315</u>	<u>1118</u>	<u>924</u>	<u>1008</u>
Gemeentelijke bijdrage	621	910	5627	5092	5093	3144	2999
Kosten uitbesteding in andere ziekenhuizen	<u>85</u>	<u>205</u>	<u>586</u>	<u>922</u>	<u>1061</u>	<u>970</u>	<u>1123</u>
Totaal	706	1115	6213	6014	6154	4114	4122
Reëel (guldens van 1920)	1540	2230	6213	8019	8951	7053	7066
Per hoofd van de bevolking	1.32	1.87	9.13	8.38	8.13	5.26	5.15
Reëel (guldens van 1920)	2.87	3.74	9.13	11.17	11.83	9.02	8.83

Bronnen: *Gemeenteverlagen Amsterdam*; *Armenzorg te Amsterdam*; *Maatschappelijk hulpbetoon Amsterdam*.

Tabel B.10 Ziekenhuisverpleging te Amsterdam in 1900, 1910, 1920, 1930 en 1939 (uitgezonderd het Militair hospitaal)

	Overheids - ziekenhuizen	Particuliere ziekenhuizen	Totaal (per 1000 inw.)
<i>1900</i>			
Bedden	?	?	?
Verpleegden	11181 (62%)	6920 (38%)	18101 (33.7)
Verpleegdagen	423120 (59)	296270 (41)	719390 (1340)
Gemiddelde verpleegd uur	37.8	42.8	39.7
Kosten/verpleegd dag	f1.47	?	
<i>1910</i>			
Bedden	1767 (54%)	1481 (46%)	3248 (5.4)
Verpleegden	14455 (56)	11399 (44)	25854 (43.3)
Verpleegdagen	508204 (52)	463565 (48)	971769 (1626)
Gemiddelde verpleegd uur	35.2	40.7	37.6
Kosten/verpleegd dag	f1.98	?	
<i>1920</i>			
Bedden	2904 (63%)	1676 (37%)	4580 (6.7)
Verpleegden	28903 (66)	14946 (34)	43849 (64.4)
Verpleegdagen	776664 (60)	511452 (40)	1288116 (1893)
Gemiddelde verpleegd uur	26.9	34.2	29.4
Kosten/verpleegd dag	f7.61	?	
<i>1930</i>			
Bedden	3139 (61%)	2030 (39%)	5169 (6.8)
Verpleegden	30704 (61)	19813 (39)	50517 (66.7)
Verpleegdagen	856614 (60)	572225 (40)	1428839 (1887)
Gemiddelde verpleegd uur	27.9	28.9	28.3
Kosten/verpleegd dag	f7.27	?	
<i>1939</i>			
Bedden	2761 (54%)	2384 (46%)	5145 (6.4)
Verpleegden	22826 (48)	25083 (52)	47909 (59.8)
Verpleegdagen	647465 (52)	603969 (48)	1251434 (1563)
Gemiddelde verpleegd uur	28.4	24.1	26.1
Kosten/verpleegd dag	f5.39	?	

Bronnen: *Gemeenteverslagen Amsterdam; Armenzorg te Amsterdam; Maatschappelijk hulpbetoon Amsterdam.*

C. Aantal ziekenfondsverzekerden als percentage van de bevolking in de drie noordelijke, twee oostelijke, vier westelijke en twee zuidelijke provincies en in geheel Nederland, 1902/'03-1941

	1902/'03	1926	1936	1940	1941*
Noorden	3.6	8.9	14.8	22.9	43.8
Oosten	12.9	22.7	34.9	42.3	53.9
Westen	27.2	42.1	49.7	54.8	67.3
Zuiden	0.5	16.6	27.3	35.7	48.5
Nederland	17.7	27.9	38.8	45.6	58.4

* Na het Ziekenfondsenbesluit.

Bronnen: Japenga en Van der Velden (1993) 188; Van der Hoeven (1989) 54.

Noten

Noten bij de Inleiding

1. Van der Grinten 25-27; Juffermans 130-135.
2. Smit 13-15.
3. Fox 597-600.
4. Godefroi 35-53; Van der Hoeven (1983); Juffermans 122-135; Hermans 40-42; Van der Grinten 25-27.
5. Een visie die zijn wortels vindt in het eveneens beperkte en onjuiste beeld van de armenzorg in het algemeen als een primitieve vorm van sociale politiek, die vooral negatief wordt beoordeeld. Van Damme 43-46.
6. Een voorbeeld van een studie die de sporen van beide problemen vertoont is die van Jaspers.
7. De auteur deelt overigens de opvatting van diegenen die stellen, dat er geen grens tussen geschiedwetenschap en sociale wetenschappen is te trekken en dat een minimaal gebruik van impliciete theoretische constructies, zoals begrippen of een ordening, onvermijdelijk is. Dit onvermijdelijke theoretische minimum kan beter expliciet worden gemaakt. Lorenz 214-215; Van den Braembussche 139-142.
8. Posthuma 38-39; Van de Ven 109-110.
9. Posthuma 38-39; Van de Ven 109-110.
10. Van de Ven 106-111.
11. Hoogerwerf 164.
12. Hoogerwerf 163-164.
13. Van Goor (1989) 114-117.
14. Van Mierlo 15-18, 45-53.
15. Van Goor (1989) 108-113.
16. Duran-Arenas en Kennedy 643-644.
17. Van Goor (1978) 156-157.
18. Van Goor (1978) 157-158, 162.
19. Leenen 42-44.
20. Soortgelijke indelingen zijn zeer gebruikelijk. Schnabel spreekt in dit verband van een 'trias therapeutica' en onderscheidt de machten: (1) overheid/financier, (2) hulpverlener/instelling en (3) burger/patiënt. De indeling is dus niet geheel gelijk aan de indeling die in deze studie wordt gehanteerd. Dit is het gevolg van de eerder gesignaleerde 'dubbelfunctie' van sommige organisaties. Hier worden de toenmalige ziekenhuizen nog vooral als een faciliterende instelling voor de activiteiten van de geneskundigen gezien. Schnabel 175.
21. Schepers en Nievaard 93-95.
22. Hessler en Twaddle 135.
23. Hessler en Twaddle 135.
24. Verkaar 16-21.
25. Duckett 965.
26. Alford 190-220.

Noten bij hoofdstuk I.

1. Michielse 21-29.
2. Michielse 30-31.
3. De Swaan 3.
4. Lis e.a. 18-20.
5. Siffels en Van Spijker 458-459; Van Leeuwen en Smits 448-451.
6. Lis e.a. 23-24.

7. De Vrankrijker 101-129.
8. Lis e.a. 34-35; Van Leeuwen 35-37.
9. Kok 157-158.
10. Schuyt 74.
11. Stuurman 320.
12. Marland 152-153.
13. Voor regulering van medische armenzorg in verschillende landen: Faure 602; Blackden 145-146; Hodgkinson 680-682. Voor verschillende versies van verplichte ziektekostenverzekeringen: Carpenter 76-79; Köhler en Zacher. Voor het bewijs dat de besproken mechanismen nog altijd werken: Zschock.
14. Oud 19-38.
15. Melief 188-190.
16. Van der Valk 9.
17. Melief 202-212.
18. Michielse 86-87.
19. Douwes 168-169.
20. Bijvoorbeeld in Den Bosch en Schiedam. Wouters (1968a) 147-154, 344-350; Schmitz 124-125. Zie het hoofdstuk over Schiedam.
21. Van der Valk 18-19.
22. De Swaan 148-150.
23. Stuurman 279.
24. Van Doorn 29-31.
25. Van der Valk 20-27.
26. Snoeck Henkemans 66.
27. Snoeck Henkemans 28.
28. Schwitters 272-289; De Swaan 212-213.
29. Mannoury 196.
30. Van Loo (1987) 114.
31. Stuurman 188-189.
32. Mannoury 197-198.
33. Stuurman 256-258.
34. Lijphart 118.
35. Godefroi 47-51.
36. Godefroi 47-51.
37. De Swaan 183-184.
38. Van der Valk 40-50.
39. Van der Velden (1992) 104, 113-114.
40. Van Loo (1987) 176.
41. Van der Valk 143-144, 166-167.
42. Van der Valk 238.
43. Van der Valk 79-80.
44. Van der Valk 126-135.
45. Pennings (1992) 64.
46. Juffermans 132-134.
47. Van der Valk 174-186.

Noten bij hoofdstuk II.

1. Rutten 139-150.
2. Schepers 67-69, 79; Kortenhoeven 8-11; Van Lieburg (1983) 442.
3. Schepers 69; Van Lieburg (1983) 435.
4. Lindeboom 79-80.
5. Japenga en Van der Velden (1993) 170-171.
6. Japenga en Van der Velden (1992) 508.
7. Frijhoff 405-406.
8. Van der Korst 193-196.
9. Houwaart (1983) 261.
10. Houwaart (1991) 205-212, 219-225.
11. Van Lieburg (1985) 162.
12. *Tijdschrift NMG* 4 (1853) 117.
13. *Tijdschrift NMG* 4 (1853) 67-70.
14. *Tijdschrift NMG* 4 (1853) 112-117.
15. *Tijdschrift NMG* 4 (1853) 79.
16. *Tijdschrift NMG* 3 (1852) 53; *Tijdschrift NMG* 4 (1853) 78-80, 112.
17. Hodgkinson 680-681.
18. Dit kan worden geconcludeerd uit de opsommingen van de situatie in een aantal gemeenten die we in de verschillende rapporten vinden. *Tijdschrift NMG* 4 (1853) 71-76, 110-111; *NTvG* 1 (1857) 617-618. Zie ook Van der Korst 210; Van Loo 96.
19. *NTvG* 1 (1857) 448, 464, 586.
20. Japenga en Van der Velden (1993) 173.
21. *NTvG* 5 (1861) 345.
22. *NTvG* 1 (1857) 398; *NTvG* 3 (1859) 199, 223; *De Gemeentestem* 13 (1864) nr. 596 dd. 2 maart 1863.
23. Van der Valk 10-11.
24. Brief van C.C. Roëll aan S.Sr. Coronel dd. 23 april 1862, ARA, Archief KNMG, nr. 65.
25. Japenga en Van der Velden (1993) 172-173.
26. Japenga en Van der Velden (1993) 173-174.
27. Cannegieter 76-79.
28. Houwaart (1991) 230-234.
29. *NTvG* 55 (1911) I 939.
30. Bierman 41-42, 215-216.
31. Uit advertenties in het *NTvG* blijkt, dat in de jaren vijftig en zestig van de vorige eeuw een genees-, heel- en verloskundige ongeveer f200 tot f300 per jaar ontving. Rond 1880 betaalde een plattelandsgemeente eerder f800 tot f1000 of meer.
32. *NTvG* 6 (1870) 281-282.
33. *NTvG* 8 (1872) 670; *NTvG* 15 (1879) 486-490.
34. *NTvG* 20 (1884) 441-446.
35. *NTvG* 32 (1896) I 1034-1036.
36. *NTvG* 31 (1895) II 1043-1045.
37. *NTvG* 31 (1895) I 889-890; *NTvG* 32 (1896) II 689-690.
38. *NTvG* 32 (1896) I 1036.
39. *NTvG* 33 (1897) I 713.
40. *NTvG* 34 (1898) II 51-53.
41. Houwaart (1991) 293-294.
42. Rigter 39-46.
43. *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne* 10 (1908) 375-383.
44. Staatscommissie voor den Landbouw (1909) 86-87; *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne* 12 (1910) 216-217.
45. Rapporten van de geneeskundige inspectie aan de Minister van Binnenlandse Zaken februari en maart 1911, ARA, Archief V&A BIZA, nr. 193.

46. Japenga en Van der Velden (1992) 509.
47. Van der Korst 286.
48. Van Wiggen 82-91; Kortenhoeven 127-134.
49. Festen 194, 205-226.
50. *NTvG* 34 (1898) II 727-729, II 780-781, II 822-823, II 876-877.
51. Japenga en Van der Velden (1992) 511-512.
52. Van Wiggen 87-98.
53. Kortenhoeven 134-151.
54. Tobi en Visser 110-112; Van Vegchel 20-23.
55. Alle rapporten werden in het *NTvG* 33 (1897) gepubliceerd. Amsterdam I 15-22, Arnhem I 248-256, Rotterdam I 375-382, Haarlem I 414-419, Leiden I 526-531, Utrecht I 633-639, Den Haag I 818-826, Leeuwarden I 908-921, Groningen I 950-953, Schiedam II 421-423, Dordrecht II 880-889.
56. 'Onderzoek naar de verhouding tusschen Gemeentebesturen en -geneesheren' in *Vox Medicorum* 3 (1903) 172-173, 181-182, 189-190, 198-199, 204-205; *Vox Medicorum* 4 (1904) 3, 11, 22-23, 30-31, 44-45.
De volledige titel van het nieuwe tijdschrift luidde *Vox Medicorum. Orgaan tot het behartigen van de belangen der geneeskundigen in Nederland en zijne koloniën en van allen, die tot de geneeskunde in betrekking staan*. De redactie wilde een tijdschrift produceren dat zich alleen op de belangenbehartiging richtte en dit niet zou verwarren met wetenschapsbeoefening, zoals het *NTvG* volgens haar deed.
57. De activiteiten van deze kleine armbesturen vallen vooral op in gemeenten waar de grote kerkelijke armbesturen in het geheel geen geneeskundige verzorging meer aan hun bedeeden aanboden, zoals in Rotterdam en Groningen. Falkenburg (1896) 86, 88; Van Zanten 59.
58. Schattingen gebaseerd op de reeks *Armenzorg in Nederland*: Falkenburg (1893, 1896 en 1897); Smislaert; Van Zanten. Volgens Berger had in Amsterdam 22 procent van de bevolking recht op gratis geneeskundige zorg. Berger 54-55.
59. De schoolartsen benaderden het probleem overigens van de andere kant om tot dezelfde conclusie te komen. Zij gingen er van uit, dat een curatieve praktijk te weinig tijd over liet voor zinvolle uitoefening van de schoolartsenfunctie. Men had dan ook een voorkeur voor goed betaalde schoolartsen met een volledig dienstverband. *Gezondheid in de School* 1 (1908) 12-17, 52-56.
60. *NTvG* 33 (1897) II 633; *NTvG* 35 (1899) II 52.
61. *NTvG* 41 (1905) I 840-848; *Vox Medicorum* 5 (1905) 49-50; *Vox Medicorum* 7 (1907) 20.
62. Van Wermeskerken 141-144.
63. Snoeck Henkemans 66-67.
64. *NTvG* 59 (1915) II 2150-2151.
65. Godefroi 35-38; Van der Hoeven (1983) 27.
66. Godefroi 25-29; Van der Hoeven (1983) 28-29.
67. Godefroi 38-40; Van der Hoeven (1983) 40-42.
68. Festen 337-356; Godefroi 30-35; Van der Hoeven (1983) 50, 67-70.
69. Van der Hoeven (1983) 70; Hemmans 33-39.
70. Muntendam 16, 26-27.
71. Japenga en Van der Velden (1992) 512.
72. Festen 352-354.
73. IISG, Archief ANVSG, dozen 2 en 3.
74. Michielse 70-71.
75. Van Lieburg (1986) 40-41.
76. Bremer 100-101.
77. Querido (1967) 22-24.
78. *Tijdschrift voor Armenzorg en Kinderbescherming* 14 (1913) 451-455.
79. Vogel 247-248, 253. Kostenbeheersing werd een belangrijk aspect van de bijzondere kennis en vaardigheden waarmee de professionaliserende ziekenhuisadministrateurs zich aan de ziekenhuisbesturen presenteerden. De neerslag van deze bijzondere belangstelling is te vinden in de omvangrijke

discussies over de kostprijsberekening van een verpleegdag, waarbij, ook in Nederland, een grote voorkeur voor futiliteiten aan de dag werd gelegd.

80. NRC 20 januari 1928; Wolf 196-197.
81. Drogendijk 44.
82. *Verslagen en Mededeelingen 2* (1922) 788.
83. Querido (1967) 70-71.
84. *NTvG 39* (1903) I 1515-1520, II 1436-1449; *NTvG 40* (1904) I 1245-1248, I 1697-1702.
85. *NTvG 40* (1904) I 1153-1157, I 1202-1206.
86. *NTvG 41* (1905) II 803.
87. *NTvG 62* (1918) I 1054.
88. *NTvG 59* (1915) I 1051-1052, II 927.
89. *NTvG 39* (1903) II 1347.
90. *NTvG 56* (1912) I 1301-1303, I 1392-1394, I 1477-1479, I 1496-1497.
91. CBS (1940) 11.
92. Querido (1973) 108-110.
93. Sickenga 33-38.
94. Bijvoorbeeld C.J. Brenkman, werkzaam bij de Amsterdamse GGD, in *NTvG 60* (1916) II 2181-2182.
95. *NTvG 55* (1911) II 273-274.
96. Stolk-Van Delen 30, 43-45.
97. *Vox Medicorum 13* (1913) 9-10; *Vox Medicorum 16* (1916) 17-19, 25-27.
98. Querido (1973) 76-83.
99. Sickenga 144, 156-157.
100. Cannegieter 144; Rigter 65-72.
101. Querido (1973) 42-44.
102. Verdoom 118.

Noten bij hoofdstuk III.

1. Schrage e.a. 376-378; De Meere (1983) 16-21.
2. Raadschelders 117.
3. Wolters 123-126.
4. Maas 19-28.
5. Oud 175.
6. Maas 9-28; Oud 175.
7. Maas 41-48.
8. Perry 20-23.
9. Maas 80-84; Brasz 69-90.
10. Raadschelders 98-99.
11. Wolters 134-136.
12. Timmermans en Thijssen 33-35.
13. Maas 94-95.
14. Timmermans en Thijssen 40-42.
15. Perry 39-40.

Noten bij hoofdstuk IV.

1. Schmitz 19-32.
 2. Schmitz 141, 230-231.
 3. Schmitz 227-228; Van der Horst 18-31.
 4. Van der Horst 11-12, 107; *Gemeenteverslag Schiedam 1905* 23-24.
 5. *Gemeenteverslag Schiedam 1855* 32.
 6. Statistiek armbestuur over 1895, Gas, Secretarie-archief, maatschappelijke zorg algemeen.
 7. Berekend naar CBS, *Gemeentelijke demografische documentatie* 8:139.
 8. *Gemeenteverslag Schiedam 1904* 149-150.
 9. *Gemeenteblad Schiedam 1910* nrs. 14 en 15; *Gemeenteverslag Schiedam 1913* bijlage Q1 2.
 10. *Gemeenteverslag Schiedam 1910* bijlage Q; *Gemeenteverslag Schiedam 1911* bijlage Q; *Gemeenteraad Schiedam 1911* 632-635.
 11. Notulen Vereeniging van Armbesturen, GAS, Archief gezamenlijke armenfondsen te Schiedam.
 12. Notulen armenraad en notulen bestuur van de armenraad, GAS, Archief armenraad.
 13. *Gemeenteverslag Schiedam 1919* bijlage S; Vergaderingen BA 8 september 1919 t/m 20 januari 1920, GAS, Archief cie. BA/MH, notulen BA 1917-1921.
 14. Van der Velden (1988) 97-98.
 15. Van der Velden (1988) 102.
 16. Inkomensverdeling Schiedam 1935/'36

-belvv.	7974 (45,1%)
belvv.-1000	1077 (6,1)
1000-1500	4292 (24,2)
1500-2400	2829 (16,0)
2400-4200	913 (5,2)
4200-	615 (3,5)+
	17700 (100,1)
- Berekend naar: *Gemeenteverslag Schiedam 1935* 40; CBS, *Gemeentelijke demografische documentatie* 8:139.
17. Noordegroaf 87-99.
 18. *Tijdschrift NMG* 7 (1856) 105-106.
 19. GAS, verzameling keuren, k.346, k.347 en k.348.
 20. *Jaarboekje voor de stad en het kanton Schiedam 10* (1856) 45, 62-64.
 21. Schmitz 118-119.
 22. *Gemeenteraad Schiedam 1861* 415-417, 499-511; *Gemeenteraad Schiedam 1863* 3-11, 88-93, 296-299, 352-363, 364-379, 493-500; *Gemeenteraad Schiedam 1878* 230-234.
 23. Schatting op basis van het rapport van de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen 119-120, het rapport van de NMG 436-437, 444-446, 467-469, 529-537, kranteberichten en andere verspreide gegevens over de fondsen.
 24. Dit blijkt ook uit het feit dat juist de katholieke *Nieuw Schiedamsche Courant* in lovende woorden aandacht schonk aan het 25-jarig bestaan in 1924. NSC 6 maart 1924.
 25. Vergadering diakenen der NH gemeente 26 maart 1884. GAS, Archief van de diaconie der NH gemeente nr. 8.
 26. Deze opmerking is vanaf 1890 in het gemeenteverslag te vinden. *Gemeenteverslag Schiedam 1890* 62.
 27. *Gemeenteverslag Schiedam 1890* 20.
 28. Zo zette de gefortuneerde dokter Nolet zijn zorg aan armlastigen na zijn ontslag als geneesheer-directeur van het stads-ziekenhuis gewoon voort. Van der Sloop (1978) 75.
 29. *Gemeenteverslag Schiedam 1900* 28.
 30. *Gemeenteraad Schiedam 1899* 118, 219, 240, bijlage XXIII; *Gemeenteblad Schiedam 1899* nr. 6.
 31. Eén van hun conflicten werd zelfs aan de bemiddelingscommissie van de NMG voorgelegd. De bemiddelingspoging werd echter als snel onderdeel van het conflict; Vaillant was voorzitter van dit

- college. De afloop heeft men zorgvuldig geheim gehouden. Brief van Endtz aan het hoofdbestuur van de NMG dd. 12 maart 1902, ARA, Archief KNMG nr. 74; *NTvG* 39 (1903) I 1443.
32. *Gemeenteraad Schiedam 1903* 448-459, 473, bijlage XLVII; *Gemeenteraad Schiedam 1904* 22-37, bijlage I.
 33. GAS, Secretarie-archief, ingekomen stukken B&W 1902, 12 juni nr. 29, 5 augustus nr. 43 en 16 oktober nr. 33.
 34. GAS, Secretarie-archief, reg. 1914 nr. 92.
 35. Hartog 273-277.
 36. GAS, Archief cie. BA/MH, minuten van uitgaande brieven, 28, 29.
 37. *Gemeenteraad Schiedam 1909* 588-595, 793-794.
 38. GAS, Secretarie-archief, reg. 1911 nr. 93.
 39. *Gemeenteverslag Schiedam 1908* bijlage Q.
 40. GAS, Secretarie-archief, reg. 1909 nr. 151.
 41. *Gemeenteverslag Schiedam 1911* bijlage Q; GAS, Archief cie. BA/MH, minuten van uitgaande brieven 78, 99.
 42. *Gemeenteraad Schiedam 1914* 372-378.
 43. *Gemeenteraad Schiedam 1914* 183; GAS, Secretarie-archief, reg. 1913 nr. 596.
 44. SC 12 oktober 1906; SC 11 november 1906; SC 18 april 1907.
 45. *NTvG* 50 (1906) II 1085; SC 23 februari 1909.
 46. SC 16 mei 1914.
 47. Vergaderingen bestuur van Te Helpen 29 februari 1916, 23 maart 1916, 28 april 1916, 11 mei 1916, 7 oktober 1918 en 7 februari 1919, GAS, Verzamelarchief sociëteiten, notulen Te Helpen.
 48. *NTvG* 64 (1920) I 2219, I 2238; *NTvG* 66 (1922) I 2318.
 49. Vergaderingen bestuur van Te Helpen 13 februari 1920 en 19 april 1920, GAS, Verzamelarchief sociëteiten, notulen Te Helpen.
 50. Vergadering bestuur van Te Helpen 19 april 1920, GAS, Verzamelarchief sociëteiten, notulen Te Helpen; SC 5 maart 1920.
 51. Van Lieburg (1986) 15.
 52. Ongeveer 10 per 1000 inwoners in de jaren 1850-1855. In 1852 gaf het ziekenhuis f2310,56 uit, het ontving f413,125 van vreemde ambesturen en kreeg dus ongeveer f1900 gemeentelijke subsidie. Bron: *Gemeenteverslagen Schiedam 1851-1855*.
 53. *Gemeenteraad Schiedam 1857* 113-115, 126-134, 175-181, 210-212, 530-546; *Gemeenteraad Schiedam 1858* 170-182, 343-349, 474.
 54. Van der Feijst 49.
 55. GAS, Secretarie-archief, ingekomen stukken, Raad 1898 nr. 176; *Gemeenteraad Schiedam 1898* 150, 185.
 56. *Gemeenteraad Schiedam 1899* 109, bijlagen XXIIIa, XXIIIg en XXIIIh.
 57. *Gemeenteraad Schiedam 1899* 109-120.
 58. *Gemeenteraad Schiedam 1899* 135-137.
 59. *Gemeenteraad Schiedam 1899* 154-160, 219, bijlagen XXVI, XXVII.
 60. *Gemeenteblad Schiedam 1899* nr. 10.
 61. *Gemeenteverslag Schiedam 1901* bijlage C 1.
 62. *Gemeenteverslag Schiedam 1909* bijlage F 2-3.
 63. Deze ronde in de discussies over het ziekenhuis speelde zich tijdens een aantal vergaderingen in 1909 en 1910 af. De belangrijkste argumenten zijn op de volgende pagina's te vinden. *Gemeenteraad Schiedam 1909* 454-458; *Gemeenteraad Schiedam 1910* 93-99, 473-479.
 64. Brieven van de Schiedamse geneeskundigen aan de ziekenhuiscommissie, GAS, Archief Commissie van administratie van het gemeenteziekenhuis; Van der Horst 140; Van der Feijst 61-63.
 65. *Gemeenteraad Schiedam 1910* 524, 548.
 66. Van der Horst 168.
 67. *Gemeenteraad Schiedam 1913* 206.
 68. *Gemeenteraad Schiedam 1913* 674; *Gemeenteverslag Schiedam 1920* bijlage F 7.

69. *Gemeenteverslag Schiedam 1915* 5-6.
70. Brief van de ziekenhuiscommissie aan B&W dd. 2 mei 1917, GAS, Secretarie-archief, reg. 1917 nr. 290.
71. Brief BA aan de ziekenhuiscommissie dd. 19 januari 1921, GAS, Archief cie.BA/MH, minuten van uitgaande brieven nr. 383; Vergadering cie.BA 11 januari 1926, GAS, Archief cie.BA/MH, notulen 1921-1935.
72. Vergadering bestuur van Te Helpen 12 maart 1920, GAS, Verzamelarchief sociëteiten, notulen Te Helpen.
73. Nieuwe schaal van 1921, GAS, Secretarie-archief, reg. 1921 nr. 315.
74. Jaarverslagen comité wijkverpleging, GAS, collectie jaarverslagen doos 28.
75. *Stemmen uit de afdeling Schiedam van den Nederlandschen Protestantenvbond* 19 oktober 1912.
76. SC 20 januari 1910; GAS, Secretarie-archief, reg. 1916 nr. 38.
77. *Gemeenteraad Schiedam 1919* 736-741, 762-767; *Gemeenteraad Schiedam 1921* 184-185, 308, 401; Van der Sloot (1987) 44-49.
78. *"Wit-Gele kruis Schiedam" 1928-1950* (brochure, Schiedam 1950) 14-17.
79. Van der Sloot (1987) 58-66.
80. *Gemeenteraad Schiedam 1916* 176-177; *Gemeenteblad Schiedam 1916* nr. 12.
81. *Gemeenteraad Schiedam 1920* 527-534, bijlage 37.
82. *Gemeenteverslag Schiedam 1928* 168; *Gemeenteraad Schiedam 1930* 632.
83. *Gemeenteverslag 1929* bijlage 7 4; Vergaderingen cie.BA 8 april 1929 en 16 september 1929, GAS, Archief cie.BA/MH, notulen 1921-1935.
84. *Gemeenteraad Schiedam 1929* 208-212.
85. *Gemeenteblad Schiedam 1921* nr. 29.
86. Brief van de afd. Schiedam van de Mij.pharmacie aan het BA dd. 23 september 1926, GAS, Archief cie.BA/MH, ingekomen stukken.
87. Brief van de stadsvoedvrouwen aan het BA, februari 1924, GAS, Archief cie.BA/MH, ingekomen stukken; Brief van het BA aan B&W dd. 15 februari 1924, GAS, Archief cie.BA/MH, minuten van uitgaande brieven nr. 467.
88. *Gemeenteraad Schiedam 1921* 69-70.
89. Brief van De Leeuw aan het BA dd. 13 februari 1933, Gas, archief cie.BA/MH, ingekomen stukken.
90. Brief van MH aan B&W dd. 14 januari 1935, GAS, Archief cie.BA/MH, minuten van uitgaande brieven nr. 697; Vergadering cie.MH 16 januari 1933, GAS, Archief cie.BA/MH, notulen 1921-1935; Voorstel van B&W aan de raad dd. 28 februari 1933, GAS, Archief cie.BA/MH, ingekomen stukken; *Gemeenteraad Schiedam 1935* 687-688; Vergadering cie.MH 10 februari 1936, GAS, Archief cie.BA/MH, notulen 1935-1946.
91. Brief van B&W aan de raad dd. 28 februari 1933, GAS, Archief cie.BA/MH, ingekomen stukken. Het betrof de Rotterdamse arts S.A. ten Bokkel Huinink, die in 1936 op een onderzoek naar de voeding en gezondheidstoestand van de Schiedamse werklozen zou promoveren.
92. GAS, Secretarie-archief, reg. 1932 nr. 281; *Gemeenteblad Schiedam 1932* nr. 25.
93. Brief van MH aan B&W dd. 13 juni 1933, GAS, Archief cie.BA/MH, minuten van uitgaande brieven nr. 679.
94. SC 10 september 1927; SC 23 augustus 1929; Brief BA aan het bestuur van de tandheelkundige kliniek dd. 14 april 1931, GAS, Archief cie.BA/MH, minuten van uitgaande brieven nr. 620.
95. Alleen het AAZS publiceerde jaarverslagen, waarin het aantal verzekerden werd vermeld. Van de overige fondsen zijn slechts sporadisch, in kranteberichten en notulen, gegevens te vinden. Aan de hand van de ontwikkeling van het marktaandeel van het AAZS dat daaruit is af te leiden, zijn de aantallen verzekerden te schatten. In 1920 was ongeveer 40 procent van de bevolking bij een ziekenfonds verzekerd, in 1930 55 procent.
96. Verslag van besprekingen bestuur van De Kunst op de wekelijksche zittingsavonden, eerste kwartaal en vierde kwartaal 1934, GAS, Verzamelarchief sociëteiten, notulen De Kunst; *Gemeenteraad Schiedam 1934* 544-546.
97. *Gemeenteraad Schiedam 1934* 546.

98. Vergaderingen bestuur van De Kunst 23 november 1936, 30 november 1936, 7 december 1936, 10 december 1936, 12 april 1937, 13 september 1937, 29 juni 1938, 19 december 1938 en 27 februari 1939, GAS, Verzamelarchief sociëteiten, notulen De Kunst.
99. Vergadering bestuur van De Kunst 6 maart 1939, GAS, Verzamelarchief sociëteiten, notulen De Kunst.
100. Het CBS telde op 31 januari 1936 31835 verzekerden. Gegevens over het fonds Eendracht Maakt Macht ontbraken, maar met behulp van incidentele informatie over dit fonds is het totaal aantal verzekerden op 33000 te schatten, ongeveer 53 procent van de bevolking. Aan de vooravond van het Ziekenfondsenbesluit zal dat 60 tot 65 procent zijn geweest.
101. Van der Sloot (1978) 108-109.
102. Gemeenteraad Schiedam 1926 493-494; Voorstel van B&W aan de raad dd. 20 maart 1928, GAS, Secretarie-archief, reg. 1926 nr. 346.
103. Voorstel van B&W aan de raad dd. 4 mei 1928, GAS, Secretarie-archief, reg. 1926 nr. 346; Gemeenteraad Schiedam 1928 181-186.
104. 3 jarig exploitatieoverzicht van de RK. vereniging voor ziekenverpleging te Schiedam, GAS, Secretarie-archief, Maatschappelijke zorg. Zieken- en gezinszorg. Rekening en begroting RK-ziekenverpleging (Dr. Nolet).
105. Voorstel B&W aan de raad dd. 21 juli 1932, GAS, Secretarie-archief, Maatschappelijke zorg. Zieken- en gezinszorg. Rekening en begroting RK-ziekenverpleging (Dr. Nolet).
106. Gemeenteraad Schiedam 1932 464-480.
107. Jaarverslag R-K Vereniging voor ziekenverpleging te Schiedam 1935 en 1938, GAS, Collectie jaarverslagen, doos 89.
108. CBS (1940) XXVII.
109. Briefwisseling burgemeester met Dr. D.W. Duyster, A.J.H.M. van Baar (KNO-arts) en de gemeentesecretaris, GAS, Archief Commissie van administratie van het Gemeenteziekenhuis.
110. NTvG 82 (1939) 2566.
111. Vergadering bestuur van De Kunst 15 juli 1935, GAS, Verzamelarchief sociëteiten, notulen De Kunst.
112. NTvG 65 (1921) 3624.

Noten bij hoofdstuk 5.

1. In Friesland beter bekend onder de naam Reduzum. In dit boek zullen echter Nederlandstalige namen worden gebruikt.
2. Vrijling 12.
3. De Vries 20-22.
4. Vrijling 125-127.
5. CBS (1946) 110.
6. Van Zanden (1985) 247-248, 313-314, 332-335.
7. Zie *Gemeenteverslagen Idaarderadeel*.
8. *Statistiek der inkomens en vermogens in Nederland 1930/1931* 23.
9. Schrage e.a. 387, 391.
10. *Statistiek der inkomens en vermogens in Nederland 1935/1936* 27.
11. Vergadering Gemeenteraad Idaarderadeel 19 juli 1910.
12. Vergadering Gemeenteraad Idaarderadeel 6 mei 1913.
13. *Inventaris van de Algemeene armvoogdij te Roordahuizum, voorafgegaan door eene korte herinnering aan haar ontstaan en geschiedenis* (manuscript), Nieuwe archieven Idaarderadeel. Het manuscript is ongenummerd, maar is te vinden in het archief van het Burgerlijk Ambestuur Roordahuizum, nrs. 877-893; Verordening, regelende de samenstelling van de ambesturen enz., in de gemeente Idaarderadeel, Nieuwe archieven Idaarderadeel, nr. 877.

14. Gemeenteverslag Idaarderadeel 1892, 25.
15. *Inventaris van de Algemeene armvoogdij te Roordahuizum, voorgesegaan door eene korte herinnering aan haar ontstaan en geschiedenis* (manuscript), Nieuwe archieven Idaarderadeel. Het manuscript is ongenummerd, maar is te vinden in het archief van het Burgerlijk Ambbestuur Roordahuizum, nrs. 877-893; Gemeenteverslag Idaarderadeel 1890, 36.
16. Vergaderingen armvoogdij Roordahuizum 12 maart 1894 en 7 december 1894, Notulenboek 1893-1895, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 882.
17. Vergadering Gemeenteraad Idaarderadeel 14 juni 1910.
18. Vergaderingen Gemeenteraad Idaarderadeel 25 juni 1901, 27 januari 1903 en 18 oktober 1904.
19. Frieswijk 101-102.
20. Vergadering armvoogdij Roordahuizum 2 februari 1894, Notulenboek 1893-1895, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 882.
21. Gemeenteverslagen Idaarderadeel over de jaren negentig.
22. Vergaderingen armvoogdij Roordahuizum 13 mei 1902, 2 juni 1902 en 11 juni 1902, Notulenboek 1902, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 886.
23. *Inventaris van de Algemeene armvoogdij te Roordahuizum, voorgesegaan door eene korte herinnering aan haar ontstaan en geschiedenis* (manuscript), Nieuwe archieven Idaarderadeel. Het manuscript is ongenummerd, maar is te vinden in het archief van het Burgerlijk Ambbestuur Roordahuizum, nrs. 877-893.
24. Vergaderingen Gemeenteraad Idaarderadeel 20 mei 1902, 2 september 1902 en 7 oktober 1902.
25. Het principebesluit tot oprichting van een werklozenkas werd in 1915 genomen, maar deze trad pas in maart 1917, na een circulaire van het Ministerie van Binnenlandse Zaken, officieel in werking. Vergaderingen Gemeenteraad Idaarderadeel 9 maart 1915 en 13 maart 1917.
26. Vergaderingen Gemeenteraad Idaarderadeel 7 december 1916, 9 december 1916, 5 september 1918, 5 mei 1919, 14 augustus 1919 en 2 september 1919.
27. Klijnsma 222-226.
28. Klijnsma 225; *Frisia* 19 april 1935.
29. Vergadering armvoogdij Roordahuizum 1 januari 1915, Notulenboek 1903-1924, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 887.
30. In de jaren twintig bedroeg het aandeel van de kerkelijke ambesturen te Roordahuizum in de netto uitgaven aan bedeling 10 tot 15 procent. Om de orde van groote aan te geven: in 1925 gaf de algemene armvoogdij f4402 (86 procent) uit aan bedeling en de kerkelijke ambesturen f716 (14 procent). Als gevolg van het subsidie van de kerkvoogdij aan de algemene armvoogdij was het kerkelijk aandeel in de financiering 30 procent. Opgaven voor de statistiek in verband met het armwezen, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 893.
31. Brief van B&W aan de Kamer van Koophandel dd. 1923, Bloemendaalse stelsel doos 58 nr. 57.4.
32. Zie bijvoorbeeld Vergaderingen Gemeenteraad Idaarderadeel 28 januari 1924 en 1 februari 1926.
33. Vergadering Gemeenteraad Idaarderadeel 8 december 1931.
34. Brief van de Minister van Binnenlandse Zaken aan B&W dd. 30 juli 1932, Bloemendaalse stelsel doos 59 nr. 57.40; Vergadering Gemeenteraad Idaarderadeel 17 augustus 1932.
35. Rekeningen armvoogdij Roordahuizum, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 891.
36. Brieven van de Minister van Binnenlandse Zaken aan B&W dd. 27 januari 1933 en 13 juli 1933, Brief van B&W aan de Minister van Binnenlandse Zaken dd. 20 juli 1933, Bloemendaalse stelsel doos 59 nr. 57.4; Vergadering Gemeenteraad Idaarderadeel 20 juli 1933.
37. *Voeding, gezondheid en financiële toestand van 700 werklooze gezinnen* 317.
38. Bijvoorbeeld de brieven van de Minister van Sociale Zaken aan B&W over te hoge steunuitkeringen dd. 20 februari 1935, 11 april 1934 en 3 oktober 1935, Bloemendaalse stelsel doos 60 nr. 57.4.
39. Vanaf 1935 werden jaarlijks meerdere voorstellen aan de Heidemaatschappij voorgelegd en goedgekeurd. Men legde zelfs een voorraad van in principe goedgekeurde, maar nog uit te voeren projecten aan, zodat men nooit zonder zat. Bloemendaalse stelsel dozen 59, 60 en 61 nrs. 57.4 en 57.410.
40. Dit sluit aan bij de conclusies die uit budgetonderzoeken onder werklozen zijn te trekken. Werklozen die volgens de negende klasse werden ondersteund, waren gemiddeld voor een derde van de steunuitkering afhankelijk. Het inkomen van de grootstedelijke werklozen, die volgens de eerste klasse

- werden ondersteund, bestond voor het overgrote deel (84 procent) uit de steunuitkering. Van der Velden (1992) 120.
41. Jaarverslagen van het agentschap der arbeidsbemiddeling in Idaarderadeel, Bloemendaalse stelsel 57.4.
 42. Vergadering Gemeenteraad Idaarderadeel 31 oktober 1940.
 43. Alleen in Zuidholland waren meer mensen verzekerd, ongeveer 45 procent in 1879. Zowel in Friesland als in Zuidholland waren deze hoge cijfers deels het resultaat van het feit dat hier verzekeringsmaatschappijen actief waren die ook cliënten buiten de provinciale grenzen trokken. Toch kan dat het nooit de grote verschillen verklaren met Noordholland, derde in rang met 13 procent, of Groningen en Drente, die nooit veel verder dan één procent kwamen.
'Regeringsverslag over de verhogingen aangaande het Armbestuur over 1855' in *Bijlagen van het Verslag der Handelingen van de Tweede Kamer der Staten-Generaal 1856/1957*; 'Regeringsverslag over de verhogingen aangaande het Armbestuur over 1879' in *Bijlagen van het Verslag der Handelingen van de Tweede Kamer der Staten-Generaal 1881/1882*.
 44. 'Het Gild' dateerde uit 1776 en was in 1795 als gevolg van politieke onenigheid in het Oude en het Nieuwe Gild gespleten. In de jaren tachtig had ieder Gild tussen de 350 en 400 leden, maar zeker 95 procent van de leden was bij beiden kassen aangesloten. Schoustra 25-30, 64.
 45. Schoustra 52, 99, 113, 123-126.
 46. Gemeenteverslag Idaarderadeel 1890, 36; Vergaderingen Gemeenteraad Idaarderadeel 24 november 1897 en 2 maart 1898; NMG-rapport II 83-84.
 47. Japenga en Van der Velden (1992) 514-515.
 48. Rutten 147-150.
 49. Lijst van geneeskundigen etc. gevestigd in de provincie Friesland, Ingekomen stukken 1891 nr. 196, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 102; Idem., Ingekomen stukken 1905, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 127; Idem., Ingekomen stukken nr. 178, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 135.
 50. Vergadering armvoogdij Roordahuizum 18 december 1894, Notulenboek 1893-1895, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 882; Armvoogdij doctorale rekeningen 1883-1893, Ingekomen stukken armvoogdij Roordahuizum 1847-1940, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 889.
 51. Vergadering gemeenteraad Idaarderadeel 10 augustus 1892.
 52. Vergaderingen armvoogdij Roordahuizum 3 januari 1895, 9 januari 1895, 11 januari 1895 en 9 december 1895, Notulenboek 1893-1895, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 882; Vergaderingen armvoogdij Roordahuizum 18 december 1895, 30 januari 1896, 30 december 1896 en 15 januari 1897, Notulenboek 1895-1897, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 883; Vergaderingen 23 november 1899 en 20 december 1899, Notulenboek 1898-1902, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 885.
 53. Vergaderingen armvoogdij Roordahuizum 13 november 1901, 27 december 1901 en 27 februari 1902, Notulenboek 1898-1902, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 885.
 54. Brief van Sybrandy aan B&W dd. 2 oktober 1911, Ingekomen stukken 1911 nr. 380, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 139; Vergaderingen B&W Idaarderadeel 7 oktober 1911 en 18 oktober 1911; Vergadering Gemeenteraad Idaarderadeel 2 september 1913; Brief van de armvoogdij Roordahuizum aan B&W dd. 28 december 1918, Ingekomen stukken 1918 nr. 530, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 151.
 55. Opgaven voor de statistiek in verband met het armwezen, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 893.
 56. In Roordahuizum waren in 1901 ongeveer 100 personen bij een doktersfonds te Rauwerd aangesloten, in 1936 waren bij de in Roordahuizum gevestigde arts 42 gezinnen verzekerd. Hieruit zou kunnen worden opgemaakt, dat over de gehele periode ongeveer twintig procent van de bevolking bij een doktersfonds waren aangesloten. NMG-rapport II 144; CBS (1937) XXIII.
 57. *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne* 12 (1910) 209-210.
 58. Brief van de armvoogdij Roordahuizum aan B&W dd. 28 december 1918, Ingekomen stukken 1918 nr. 530, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 151; Vergadering Gemeenteraad Idaarderadeel 5 september 1918.
 59. Vergadering Gemeenteraad Idaarderadeel 16 januari 1922.

60. Brieven van B&W Leeuwarden dd. 23 september 1918, 30 oktober 1918 en 13 november 1918, Ingekomen stukken 1918 nrs. 383, 432 en 462, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 151; Brief van de burgemeester aan de gezondheidscommissie te Leeuwarden dd. 30 september 1918, Verzonden stukken B&W 1917-1918 nr. 616, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 266; Brief van B&W aan Gedeputeerde Staten dd. 15 november 1919, Verzonden stukken B&W 1919-1920 nr. 754, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 267.
61. Vergaderingen Gemeenteraad Idaarderadeel 22 september 1930 en 26 januari 1931; Brief van B&W aan de Raad van Leeuwarden dd. 22 september 1930, Bloemendaalse stelsel doos 37 nr. 24.31.
62. Zie ondermeer Vergaderingen armvoogdij Roordahuizum 16 april 1902, 7 mei 1902, 29 mei 1905, 26 januari 1907, 15 december 1908, 10 februari 1914 en 8 september 1918, Notulenboeken armvoogdij, Nieuwe archieven Idaarderadeel nrs. 885-887.
63. Brief van de afdeling Friesland van de NMG dd. 19 december 1916, Ingekomen stukken 1916, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 149; Brief van B&W aan de afdeling Friesland van de NMG dd. 10 januari 1917, Verzonden stukken B&W 1917-1918 nr. 21, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 226; Brief van de afdeling Friesland van de NMG dd. 22 september 1922, Bloemendaalse stelsel doos 41 nr. 26.2.
64. Rekeningen armvoogdij Roordahuizum, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 891.
65. Vergaderingen Gemeenteraad Idaarderadeel 25 juli 1921 en 16 januari 1922; Brief van de VNG Friesland aan B&W dd. 30 december 1921 en positief antwoord van B&W dd. 16 januari 1922, Bloemendaalse stelsel doos 37 nr. 24.2.
66. Vergadering Gemeenteraad Idaarderadeel 5 november 1923.
67. *Frisia* 6 februari 1909, 25 februari 1916.
68. Vergaderingen Gemeenteraad Idaarderadeel 22 maart 1904, 23 januari 1906 en 20 februari 1906.
69. Verzoeken van Warga dd. 26/8/1909, Grouw dd. 13 oktober 1909 en Roordahuizum dd. 13 oktober 1909, Ingekomen stukken nr. 347, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 136; Vergadering Gemeenteraad Idaarderadeel 19 oktober 1909.
70. Vergaderingen Gemeenteraad Idaarderadeel 3 mei 1920, 24 juni 1920 en 28 juni 1920.
71. Rekeningen van Het Groene Kruis afdeling Roordahuizum, Bloemendaalse stelsel doos 37 nr. 24.04.
72. *Frisia* 7 maart 1924.
73. *Frisia* 20 februari 1925.
74. Vergaderingen armvoogdij Roordahuizum 23 mei 1927, 3 juli 1928, 4 juli 1930, 9 december 1930 en 28 november 1932, Notulenboek 1925-1933, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 888.
75. Vergadering Gemeenteraad Idaarderadeel 15 oktober 1915.
76. Brief van B&W aan armvoogdij Warga dd. 28 november 1925, Bloemendaalse stelsel doos 39 nr. 26.0.
77. Adres van de verenigingen voor ziekenhuisverpleging te Roordahuizum, Warga en Wartena dd. oktober 1927, Bloemendaalse stelsel doos 17 nr. 17.5; Vergadering B&W Idaarderadeel 14 november 1927; Vergadering Gemeenteraad Idaarderadeel 6 februari 1928.
78. *Frisia* 28 januari 1927, 10 februari 1928, 1 februari 1929, 7 februari 1930, 6 maart 1931.
79. Vergadering armvoogdij Roordahuizum maart 1929, Notulenboek 1925-1933, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 888.
80. Vergadering Gemeenteraad Idaarderadeel 3 september 1935.
81. *Elzinga* 57-60.
82. Japenga en Van der Velden (1992) 520, 523; CBS (1937) XXII.
83. Japenga en Van der Velden (1992) 521-523.
84. Vergaderingen armvoogdij 28 november 1932 en 5 januari 1933, Notulenboek 1925-1933, Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 888.
85. Brief van B&W aan de artsen en de verenigingen dd. 19 september 1934 en brief van B&W aan de Minister van Sociale Zaken dd. 21 september 1934, Bloemendaalse stelsel doos 59 nr. 57.4; Notulen B&W 20 september 1934.
86. Brief van de Federatie van Groene Kruisverenigingen in Idaarderadeel dd. 17 maart 1934, Brief van B&W aan de federatie dd. 22 maart 1934 en Brief van de federatie dd. 20 oktober 1934, Bloemen-

- daalse stelsel doos 17 nr. 17.5; Vergaderingen Gemeenteraad Idaarderadeel 22 maart 1934 en 31 januari 1935.
87. Brieven van de VNG Friesland dd. 18 januari 1938 en 4 maart 1938, Brief van B&W aan de VNG Friesland dd. 30 mei 1935, Bloemendaalse stelsel doos 41 nr. 26.2; Vergadering Gemeenteraad Idaarderadeel 30 mei 1938.
88. *Frisia* 3 maart 1939.
89. *Frisia* 19 maart 1937, 1 maart 1938, 3 maart 1939, 15 maart 1940.
90. *Verslagen en Mededelingen* 21 (1941) 448.
91. Philipsen 360.
92. Japenga en Van der Velden (1992) 518-520.

Noten bij hoofdstuk 6.

1. Van Zanden (1987) 56; Knotter 72.
2. Wagenaar 63-82.
3. Wagenaar 83-91.
4. Wagenaar 94-96.
5. Van Zanden (1987) 57; Wagenaar 111.
6. Wagenaar 52-56; Knotter 67.
7. *Statistisch jaarboek der gemeente Amsterdam 1929* 36; *Statistisch jaarboek der gemeente Amsterdam 1940-1941* 66.
8. De Rooy 45.
9. De Meere (1979) 21.
10. Knotter 66-67, 239-244; De Groot 169-171.
11. Van Tijn 127-131, 291-293; Falkenburg (1893) 116.
12. Damsma en De Rooy 122-128; Maas 15-18.
13. De Rooy 11.
14. Smits 110-114.
15. De Regt 171-173; Michielse 86-87.
16. De Rooy 15-23.
17. Maas 51-56; Perry 21-26; Jansen en Rogier 14-16.
18. Bosmans 126-128, 133-136; Jansen en Rogier 19-21; Perry 34-35.
19. *Gemeenteverslag Amsterdam 1926*, bijlage 27 3-5.
20. De Rooy 30-34.
21. Bosmans 143-145, 156-157; Jansen en Rogier 21, 25.
22. Bosmans 170-174; Jansen en Rogier 40-46.
23. De Rooy 82, 107-108, 119-121.
24. De Rooy 52-56, 84-85, 156-159, 199, 274.
25. De Rooy 164-169, 272.
26. Bosmans 193-197; Jansen en Rogier 46-55, 63-64.
27. *Tijdschrift NMG* 4 (1853) 128-129.
28. Verdoorn 130, 160-162.
29. Verdoorn 151-155, 160-162.
30. Falkenburg (1893) 34, 91-93, 123-125, 145, 184; GAA, Archief NH-diaconie, nrs. A505, A520.
31. Verdoorn 156-157; *NTvG* 33 (1897) I 16-18.
32. *Gemeenteverslag Amsterdam 1900* bijlage X 19-21.
33. *Geschiedenis AZA* 18-22.
34. *Rapport over de ziekenfondsen te Amsterdam*.
35. *Rapport over de ziekenfondsen te Amsterdam* 149-153.
36. Verdoorn 169.

37. *Gemeenteblad Amsterdam 1900* I 510-511.
38. Rigter 109-110.
39. *Gemeenteblad Amsterdam 1900* II 1124-1128, II 1146-1154.
40. *Gemeenteblad Amsterdam 1900* I 1735, II 1162; Jacobs 235; *Gedenkboek Geneeskundigen Kring Amsterdam* 146-147; Notulen van de algemene ledenvergadering van de NMG afdeling Amsterdam 20 mei 1901.
41. *Gemeenteblad Amsterdam 1901* I 1669-1671.
42. *Gemeenteblad Amsterdam 1901* I 1669-1677; Vergadering Cie.GGD 27 november 1901, GAA, Archief Cie.GGD, nr. 1; Notulen van de algemene ledenvergadering van de NMG afdeling Amsterdam 20 mei 1901.
43. *Gemeenteblad Amsterdam 1901* II 1015-1017.
44. Vergaderingen Cie.GGD 27 november 1901, 3 december 1901 en 11 december 1901, GAA, Archief Cie.GGD, nr. 1.
45. Vergadering Cie.GGD 14 januari 1902, GAA, Archief Cie.GGD, nr. 1.
46. Vergadering Cie.GGD 28 januari 1902, GAA, Archief Cie.GGD, nr. 1.
47. *Gemeenteblad Amsterdam 1902* I 441-497.
48. *Gemeenteblad Amsterdam 1902* I 767-772, II 811-823, 886-900, 908-1022, 1029-1030.
49. *Gemeenteblad Amsterdam 1902* II 1780, 1834-1841.
50. Jacobs 235.
51. *Gemeenteverslag Amsterdam 1903* hoofdstuk VI 9-13; *Gemeenteverslag Amsterdam 1904* hoofdstuk VI 12.
52. *Gemeenteblad Amsterdam 1907* I 1295-1299; Vergadering Cie.GGD 13 mei 1907, GAA, Archief Cie.GGD, nr. 4.
53. *Gemeenteblad Amsterdam 1906* II 2172-2203; Vergadering Cie.GGD 28 juni 1906, GAA, Archief Cie.GGD, nr. 4.
54. *Gemeenteverslag Amsterdam 1904* hoofdstuk VI 26.
55. *Gemeenteblad Amsterdam 1910* I 812-817, II 1040-1048, III nr. 172
56. Vergadering Cie.GGD 4 juni 1907, GAA, Archief Cie.GGD, nr. 4; *Gemeenteblad Amsterdam 1907* I 1303-1305, II 1752; Vergaderingen Cie.GGD 10 april 1912 en 11 juli 1912, GAA, Archief Cie.GGD, nr. 7; *Gemeenteblad Amsterdam 1912* I 3206.
57. *Gemeenteverslag Amsterdam 1914* hoofdstuk VI 18, 48-50.
58. Vergaderingen Cie.GGD 21 februari 1912 en 24 februari 1912, GAA, Archief Cie.GGD, nr. 7; *Gemeenteblad Amsterdam 1912* II 2272.
59. *Gemeenteblad Amsterdam 1914* I 527, I 2509-2510, II 1310-1313.
60. *Gemeenteblad Amsterdam 1917* I 2523, I 2664-2665, II 2640-2645; *NTvG 61* (1917) II 1176-1177.
61. *Gemeenteblad Amsterdam 1918* II 2314.
62. *Gemeenteblad Amsterdam 1918* I 613, II 1386; *Gemeenteblad Amsterdam 1919* I 3525.
63. *Armenzorg te Amsterdam 1914 en 1915* 27; *Gemeenteverslag Amsterdam 1903* bijlage X 16.
64. *Gemeenteverslag Amsterdam 1914* hoofdstuk X 15.
65. Vergaderingen Cie.OG 23 juni 1915 en 8 september 1915, GAA, Archief Cie.OG, nr. 1; *Gemeenteblad Amsterdam 1915* II 1797-1800, II 1813-1815.
66. Vergadering Cie.OG 19 oktober 1916, GAA, Archief Cie.OG, nr. 2; *Gemeenteverslag Amsterdam 1916* hoofdstuk VI 79; *Gemeenteverslag Amsterdam 1917* hoofdstuk VI 87.
67. *Geschiedenis AZA* 92-94.
68. *NTvG 76* (1932) 739-745; *Geschiedenis AZA* 43-44.
69. Vergaderingen BAZ 9 mei 1916 tot en met 31 mei 1916, GAA, Archief BAZ, nr. 1.
70. Vergadering BAZ 17 juni 1916 tot en met 30 juni 1916, GAA, Archief BAZ, nr. 1; *NTvG 76* (1932) 746-748.
71. Brief van de VVZ aan Tellegen dd. 25 juni 1916, GAA, Archief Tellegen, nr. 3.
72. Overeenkomst tussen de te Amsterdam werkzame ziekenfondsen, GAA, Archief-Tellegen, nr. 3.
73. *Geschiedenis AZA* 55-56.
74. Vergaderingen BAZ 5 juni 1917 tot en met 13 juli 1917, GAA, Archief BAZ, nr. 3; Brief van de BAZ aan Tellegen dd. 14 juli 1917, GAA, Archief Tellegen, nr. 3.

75. Vergadering BAZ 3 december 1919, GAA, Archief BAZ, nr. 5.
76. Heijermans (1929) 10-11, 380-383.
77. Vergaderingen Cie.OGZ 12 mei 1920 en 9 juni 1920, GAA, Archief Cie.OG, nr. 8; *TvSG 2* (1924) 80.
78. Vergadering Cie.OG 6 november 1919, GAA, Archief Cie.OG, nr. 6; *Gemeenteblad Amsterdam 1910* I 12-13, II 116-123.
79. *TvSG 2* (1924) 79.
80. Spreeuwers 1405.
81. Vergaderingen Cie.OG 6 oktober 1919, 6 november 1919 en 19 februari 1920, GAA, Archief Cie.OG, nrs. 6 en 7; *Gemeenteverslag Amsterdam 1920* bijlage 8 (jaarverslag GGD) 10.
82. *Gemeenteblad Amsterdam 1924* I 2139, II 2011-2020; *Gemeenteblad Amsterdam 1925* 1165-1167; *Gemeenteverslag Amsterdam 1925* bijlage 8 (jaarverslag GGD) 47-48.
83. Vergaderingen BAZ 30 november 1921 en 24 juni 1924, GAA, Archief BAZ, nr. 5.
84. Strukken houdende vergelijking van ledentallen van AZA en andere fondsen 1918-1950, GAA, Archief AZA, nr. 618.
85. Vergaderingen BAZ 7 augustus 1919, 3 december 1919 en 6 januari 1920, GAA, Archief BAZ, nrs. 4 en 5; *Geschiedenis AZA* 94-95.
86. Vergaderingen BAZ 10 oktober 1922 en 4 april 1927, GAA, Archief BAZ, nr. 5; *Geschiedenis AZA* 95-96.
87. Verkaik 42-46.
88. Vergadering BAZ 28 januari 1925, Jaarverslag BAZ over 1935, GAA, Archief BAZ, nrs. 5 en 9.
89. Vergadering BAZ 30 september 1926, GAA, Archief BAZ, nr. 5; Jaarverslag BAZ over 1927, GAA, Archief BAZ, nr. 9.
90. Jaarverslagen BAZ over 1929, 1930 en 1932, GAA, Archief BAZ, nr. 9; *Geschiedenis AZA* 85-86.
91. *Geschiedenis AZA* 102-103.
92. Jaarverslagen BAZ over 1925 en 1928, GAA, Archief BAZ, nr. 9.
93. Jaarverslag BAZ over 1936, GAA, Archief BAZ, nr.9.
94. Van Wiggen 286-290.
95. *Geschiedenis AZA* 104-105.
96. Van Cleeff-Hiegentlich 15-19.
97. Verdoorn 131-140; *Gemeenteverslag Amsterdam 1900* 275-285.
98. Querido (1966) 86-87.
99. Querido (1966) 80, 84-87.
100. *Aspecten van caritas en geneeskunde* 68-69.
101. *Gemeenteblad Amsterdam 1903* III 57-58.
102. *Gemeenteblad Amsterdam 1900* II 12-37, III 95-118.
103. *Gemeenteblad Amsterdam 1900* I 407-410, II 771-783, III 423-524.
104. *Gemeenteblad Amsterdam 1900* I 1700-1702.
105. Vergaderingen Cie.BA 2 januari 1901, 6 februari 1901, 1 mei 1901 en 5 juni 1901, GAA, Archief Cie.BA, nr. 11.
106. *Gemeenteblad Amsterdam 1901* II 557-583.
107. Vergaderingen Cie.BA 6 november 1901 en 4 december 1901, GAA, Archief Cie.BA, nr. 11.
108. Vergaderingen Cie.GGD 15 december 1905 en 1 februari 1906, GAA, Archief Cie.GGD, nr. 4; *Gemeenteblad Amsterdam 1906* I 221-225, II 433-357, II 464-507.
109. *Gemeenteblad Amsterdam 1912* II 151-185.
110. *Gemeenteblad Amsterdam 1913* I 1127-1135.
111. Vergaderingen Cie.BA 2 april 1913 en 28 mei 1913, GAA, Archief BA, nr. 15.
112. Querido (1966) 91-93, 296; *Gemeenteblad Amsterdam 1913* I 535, I 1107-1109.
113. Querido (1966) 90; *Gemeenteblad Amsterdam 1914* I 124.
114. *Gemeenteblad Amsterdam 1916* I bijlage J 55-59.
115. *Gemeenteblad Amsterdam 1916* I 2531-2532, II 1293-1300.

116. Querido (1966) 90-93; *Gemeenteblad Amsterdam 1916* I 2464, II 1377-1417; *Gemeenteblad Amsterdam 1918* I 113-114, II 326-328.
117. *Gemeenteblad Amsterdam 1918* I 3137, II 2684; *Gemeenteblad Amsterdam 1919* I 179, II 396.
118. Querido (1966) 94; *Gemeenteblad Amsterdam 1918* I 957-969; *Gemeenteblad Amsterdam 1919* II 182.
119. *Gemeenteblad Amsterdam 1921* I 2069-2072, II 2589-2590.
120. *Gemeenteblad Amsterdam 1920* III nr. 32.
121. Querido (1966) 296-298; Vergadering Cic.BA 1 oktober 1918, GAA, Archief Cic.BA, nr. 16.; *Gemeenteblad Amsterdam 1918* I 3327-3329; *Gemeenteblad Amsterdam 1919* II 126-158.
122. *Gemeenteblad Amsterdam 1919* I 669-675, II 1068.
123. *TvSG 2* (1924) 98-100.
124. Querido (1966) 94; Vergadering Commissie van Bijstand in het Beheer der Zaken van het Ziekenhuiswezen 10 december 1919, GAA, Archief Cic.OG, nr. 9; *Gemeenteblad Amsterdam 1920* I 3637, II 1726-1727.
125. Querido (1966) 94-103; *Gemeenteblad Amsterdam 1925* II 1631-1632.
126. *Statistisch jaarboek der gemeente Amsterdam 1928* 116-117.
127. f502594 om precies te zijn. *Gemeenteverslag Amsterdam 1927* bijlage 8 (jaarverslag GGD) 55, bijlage 28 (jaarverslag gemeenteziekenhuizen) 6, 51, 93.
128. *Gemeenteblad Amsterdam 1920* I 945-954, II 1174-1198, II 1202-1210; Vergadering Cic.OGZ 12 mei 1920, GAA, Archief Cic.OG, nr. 8.
129. *Gemeenteblad Amsterdam 1920* I 1145-1146, II 1111-1112.
130. Vergadering bestuur AVT 5 juli 1918, GAA, Archief AVT, nr. 1; Vergadering Cic.OG 18 november 1919, GAA, Archief Cic.OG, nr. 6; *Gemeenteblad Amsterdam 1920* I 21-23, II 131-133.
131. *Gemeenteblad Amsterdam 1922* I 756, II 801; *Gemeenteblad Amsterdam 1925* I 2283-2284.
132. *Gemeenteblad Amsterdam 1926* I bijlage D 15-16.
133. *Gemeenteblad Amsterdam 1930* II 3020-3042.
134. *Gemeenteblad Amsterdam 1934* 247-248.
135. *Gemeenteblad Amsterdam 1934* bijlage 8 (jaarverslag GGD) 4-5.
136. *Gemeenteblad Amsterdam 1932* I 1619, I 1819, II 2431-2464.
137. Stukken houdende vergelijking van ledentallen van AZA en andere fondsen 1918-1950, GAA, Archief AZA nr. 618; Jaarverslag BAZ over 1934, GAA, Archief BAZ, nr. 9.
Heerma van Voss 122, heeft de cijfers voor volwassenen en kinderen abusievelijk verwisseld.
138. Jaarverslagen BAZ over 1931 en 1932, GAA, Archief BAZ, nr. 9.
139. *Gemeenteblad Amsterdam 1934* I 2269-2272, II 1704-1712.
140. Jaarverslag BAZ over 1934, GAA, Archief BAZ, nr. 9.
141. Jaarverslagen BAZ over 1935 en 1936, GAA, Archief BAZ, nr. 9.
142. *Gemeenteblad Amsterdam 1933* II 2155-2180.
143. *Gemeenteblad Amsterdam* over de betreffende jaren (gemeenterekeningen).
144. Vergaderingen AVT 20 januari 1934, 25 oktober 1934 en 24 januari 1935, GAA, Archief AVT, nrs. 1 en 2.
145. Van der Horst e.a. 148.
146. *Gemeenteblad Amsterdam 1933* III nr. 116; *Gemeenteblad Amsterdam 1936* I 177-178, II 1481-1486.
147. Querido (1966) 169-176; *Gemeenteblad Amsterdam 1936* I 305, II 493-512.
148. *Verslagen en Mededeelingen 18* (1938) 721; *Statistisch jaarboek der gemeente Amsterdam over ... deze jaren*.
149. *Gemeenteblad Amsterdam 1937* II 1325; Jaarverslag BAZ over 1937, GAA, Archief BAZ, nr. 9; *Gemeenteblad Amsterdam 1939* II 947-961.
150. Stukken houdende vergelijking van ledentallen van AZA en andere fondsen 1918-1950, GAA, Archief AZA, nr. 618.
151. Jaarverslag BAZ over 1939, GAA, Archief BAZ, nr.9; *Geschiedenis AZA* 96-97.
152. *Geschiedenis AZA* 133.
153. *Gemeenteblad Amsterdam 1940* I 1145-1149.
154. *Geschiedenis AZA* 134.
155. Jaarverslagen BAZ over 1940, 1941 en 1942, GAA, Archief BAZ, nr.9; *Geschiedenis AZA* 135-136.

156. Uit een ledenlijst van 1929 blijkt dat de NVGGV in dat jaar 60 leden had, waarvan er 36 uit Amsterdam en bijvoorbeeld maar 5 uit Rotterdam kwamen. IISG, Archief ANVSG, doos 4.
157. *Sociale Voorzorg 1* (1919) 688-691, 856-862; *Sociale Voorzorg 2* (1920) 209-217.

Noten bij hoofdstuk 7.

1. Schrage e.a. 376-377.
2. Verslag algemene ledenvergadering NVGGV 16 en 17 december 1922, IISG, Archief ANVSG, doos 1, notulenboek NVGGV.
3. *NTvG 55* (1919) I 664-673, I 1027-1029; *NTvG 56* (1920) I 1146, I 1387, II 107-108.
4. Verslag algemene ledenvergadering NVGGV 19 december 1920, IISG, Archief ANVSG, doos 1, notulenboek NVGGV.
5. *NTvG 56* (1920) I 562; *NTvG 65* (1921) I 1617; *NTvG 67* (1923) I 81.
6. *NTvG 71* (1927) I 513.
7. *NTvG 65* (1921) I 1094; *NTvG 69* (1925) I 2754-2755.
8. Verslag algemene ledenvergadering NVGGV 16 en 17 december 1922, IISG, Archief ANVSG, doos 1, notulenboek NVGGV.
9. Verslag algemene ledenvergadering NVGGV 16 en 17 december 1922, IISG, Archief ANVSG, doos 1, notulenboek NVGGV; *Sociaal-medisch Maandschrift 2* (1922) 62-63.
10. *Vox Medicorum 26* (1926) 209-210, 218-223, 230, 291-294; *NTvG 70* (1926) II 1242-1243, II 2391; *TvSG 4* (1926) 120.
Het is overigens opvallend hoe verdeeld de geneeskundige pers over het voorval berichtte. *Vox Medicorum*, toch een blad dat zich uitsluitend op belangenbehartiging toelagde, koos de zijde van het gemeentebestuur, terwijl de onverdeelde sympathie van het *NTvG* aan de kant van de Hilversumse artsen lag. Alleen het berichtje uit het *TvSG* was neutraal.
11. Van Wermskerken 142-158; *Verslagen en Mededeelingen 6* (1926) 1340-1341.
12. *NTvG 67* (1923) I 2765-2767; *NTvG 69* (1925) I 2754-2755; *NTvG 72* (1928) 2844-2848; *NTvG 75* (1931) 1514.
13. Dolman 100-102.
14. *Verslagen en Mededeelingen 2* (1922) 800.
15. *Verslagen en Mededeelingen 11* (1931) 1573-1576.
16. *Verslagen en Mededeelingen 22* (1942) 125.
17. *NTvG 74* (1930) 4496.
18. Querido (1973) 42-44; Juffermans 133-135.
19. De verschillen tussen de officiële tarieven waren zo groot, dat de auteur de gevonden tabellen lange tijd niet heeft vertrouwd. Andere tabellen waren echter niet te vinden en er moet dan ook worden aangenomen dat een modaal gezin – drie kinderen en een inkomen van f30 per week – aan het einde van de jaren twintig, volgens het officiële tarief, in Schiedam f9 per week moest bijdragen en in Amsterdam f1,75. Dit is geen extreem voorbeeld, maar een zeer gebruikelijk verschil. Bronnen: nieuwe schaal van 1921, GAS, Secretarie-archief, reg. 1921 nr. 315; *Gemeenteblad Amsterdam 1929* derde afdeling nr. 56.
In Amsterdam werden de tabellen in het Gemeenteblad gepubliceerd, maar in Schiedam werden de officiële tarieven zorgvuldig geheim gehouden en slechts na lang aandringen in besloten vergadering aan de leden van de ziekenhuiscommissie en daarmee aan de raadsfracties medegedeeld. De geheimhouding opende overigens wel de mogelijkheid om de officiële tarieven flexibeler te hanteren dan met de openbare Amsterdamse tarieven mogelijk was.
20. *Verslagen en Mededeelingen 11* (1931) 1560-1561.
21. *Het Ziekenhuiswezen 1* (1928) 276; *Het Ziekenhuiswezen 5* (1932) 385-390.
22. *NTvG 65* (1921) II 81-86, II 497-506.
23. *NTvG 65* (1921) II 651; *NTvG 66* (1922) I 328-330, I 429-431, I 525-527.

24. In *Het Ziekenhuiswezen* 3 (1930) 808–809 vinden we een uitgebreid overzicht van dergelijke gevallen.
25. *NTvG* 65 (1921) I 619–620; Van der Hoeven (1983) 88–91; Festen 358–360.
26. In 1936 was bijna 39 procent van de bevolking lid van een ziekenfonds en waar de stijging van het aantal ziekenfondsleden in de jaren 1931–1935 vrijwel stagneerde, mag gerust worden aangenomen dat dit percentage in 1930 niet zo heel veel lager was.
27. Muntendam 16.
28. Japenga en Van der Velden (1992) 523.
29. Japenga en Van der Velden (1992) 508.
30. Japenga en Van der Velden (1992) 512.
31. Festen 277–289.
32. Tobi en Visser 112.
33. Heijermans sprak in dit verband over ‘kleinburgerlijk geleide “arbeidersfondsen”’. Heijermans (1916) 874.
34. Sommer 125.
35. Van der Hoeven (1983) 101–110, 131–132.
36. Van der Hoeven (1983) 146–152.
37. *Verslagen en Mededeelingen* 11 (1931) 1570–1572.
38. Smit 37–58.
39. Smit 55.
40. Kunneman 10.
41. *NTvG* 55 (1919) II 1746–1749; *NTvG* 56 (1920) I 223–226, II 1247.
42. CBS (1940) 12–13.
43. Elzinga 35–38, 58–59.
44. Elzinga 59–66; Japenga en Van der Velden (1992) 519–521.
45. Querido (1973) 107–108.
46. *Verslagen en Mededeelingen* 16 (1936) 600.
47. 2,9–miljoen in 1939. *Verslagen en Mededeelingen* 21 (1941) 445.
48. *Maandschrift CBS* 31 (1936) 1283.
49. CBS (1937) 15.
50. *Maandschrift CBS* 36 (1941) 70.
51. *NTvG* 77 (1933) 2745–2747, 5337; *NTvG* 79 (1935) 1793–1794.
52. *NTvG* 80 (1936) 2244.
53. *NTvG* 82 (1938) 1167–1179.
54. *TvSG* 10 (1932) 265–266; *TvSG* 12 (1934) 1–2; Dolman 43; Querido (1973) 44; Heerma Van Voss 124.
55. *Armenzorgstatistiek over... de betreffende jaren*.
56. *Armenzorgstatistiek over 1939*.
57. Wolf 197.
58. CBS (1984) 41.
59. Wolf 197–200.
60. Sauër 146.
61. *TvSG* 14 (1936) 43–44; Verslag bestuursvergadering ANVSG 11 januari 1936, IISG, Archief ANVSG, doos 3, bestuursvergaderingen ANVSG.
62. *TvSG* 14 (1936) 66.
63. Verslag algemene ledenvergadering ANVSG 5 januari 1935, IISG, Archief ANVSG, doos 3, losse stukken.
64. ‘Praeadviezen’; ‘Rapport van de commissie inzake kosten ziekenzorg’ 37–41, 49–53.
65. *Het Ziekenhuiswezen* 10 (1937) 309–310.
66. Smit 57.
67. *NTvG* 85 (1941) 2864–2865.
68. Van der Hoeven (1983) 161–166; Festen 382–384; Godeffroi 48–49.
69. Van der Hoeven (1983) 166–168, 176–177.

70. Verslagen bestuursvergaderingen ANVSG 21 september 1938, 10 februari 1940 en 17 augustus 1940, IISG, Archief ANVSG, doos 3, bestuursvergaderingen ANVSG.
71. Verslagen bestuursvergaderingen ANVSG 5 oktober 1940, 4 januari 1941 en 15 februari 1941, IISG, Archief ANVSG, doos 3, bestuursvergaderingen ANVSG.
72. *TvSG 19* (1941) 41-47.
73. Van der Hoeven (1989) 3.
74. Japenga en Van der Velden (1992) 523.
75. *TvSG 28* (1950) 514.
76. De Bruine en Schut 138-143.

Noten bij hoofdstuk 8.

1. Japenga en Van der Velden (1992) 506.
2. Timmermans en Thijssen 44.
3. Afhankelijk van de gekozen definitie van gezondheidszorg.
4. De Bruine en Schut 137.
5. Bynum 83.
6. Carpenter 85-87.
7. Lee 260.

Summary

This study sets out to describe and explain the system of financial access to curative health care in The Netherlands, that was operative around 1930. The 'system-1930' had roots in the nineteenth century, but developed mainly during the first decades of the twentieth century. It consisted of three important types of organization: medical relief, the sickness funds, and the associations for hospital care. Each type of organization delivered certain kinds of service to certain parts of the population.

Individual financial access depends on the individual's income and the expenditure for health care made on his behalf. People with low incomes, high expenditure, or both, will have insufficient access to health care. These people depend on income transfers from people with a high income to people with a low income, and from people who enjoy good health to people who are in poor health. These income transfers, or solidarity, can be realized only in such group arrangements as the three types of organization discussed in this book. Since voluntary group arrangements tend to produce little solidarity, for a sufficient system of financial access some government interference is required.

The description of the system focuses on the three types of organization: which part of the population received what kinds of services from each type of organization, and in what manner was solidarity realized? The explanation will be found in social policy, and developments within health care.

Chapter one deals with general social policy in The Netherlands. From several motives for social care the development of some combined system of social care in most industrializing countries is explained. A combination of improved relief for the poor and social insurances for the near-poor. Such a system implied regulation of relief and compulsory insurances. In the case of health care this meant: regulation of medical relief and compulsory health insurance.

Within that concept the actual systems of social care showed a wide variety among the nations and in The Netherlands the system deviated in many respects. The main purpose of the Poor Law was to delegate responsibility for poor relief to private relief agencies and that for remaining public relief to the municipal authorities. Because private relief agencies proved less and less upto their task, poor relief became more and more a municipal responsibility. Social insurances were enacted relatively late and did not always guarantee sufficient care. As to financial access to health care: compulsory health insurance was not enacted until 1941, while medical relief was hardly regulated by law, and voluntary health insurance not at all. By the end of the nineteenth century medical relief – several decades before poor relief in general – had become mostly a municipal task.

Chapter two discusses the organization and financing of curative health care between 1850 and 1920. During the nineteenth century, income-related fees in private practice were the common means of gaining access to health care. As a result, the access of

the working classes was limited, and competition among the producers of medical care put pressure on the system of income-related fees. Collective arrangements, such as medical relief and sickness funds, improved the access of the working classes and guaranteed producers of health care a higher fee for the treatment of the lower classes. Competition did not diminish however, third parties tended to limit professional autonomy, and well-to-do patients sometimes also took advantage of the services of medical relief or the sickness funds. These problems had been noticed for a long time, but they became an important issue at the end of the nineteenth century, when collective arrangements rapidly gained importance.

From late nineteenth century, access through medical relief was limited to the poor, and the actual services delivered improved enormously. In the cities Municipal Health Services had been established. The physicians who were employed by these services were often full or part-time civil servants. This was contrary to the preferences of the Dutch medical association (NMG), but the national NMG had little influence on municipal policy. Rural areas had suffered a shortage of medical personnel for a long time, but a growing number of physicians were rapidly overcoming that deficiency. Only very poor or remote areas remained unable to attract a physician, and the revised Poor Law (1912) made that problem a legal responsibility of municipal authorities.

The NMG took a special interest in the sickness funds. Owing to the rising prosperity and the measures taken in medical relief, the number of people with sickness fund insurance grew rapidly. Meanwhile politicians drew up their plans for a sickness funds act and the physicians tried to influence the contents of such a law. Political discord on the subject prohibited the enactment of any of the proposed bills. Meanwhile the physicians presented their list of demands to the voluntary funds, such as higher fees, free choice of doctor by the patients, and exclusion of the middle and upper classes from the sickness funds. By establishing their own 'Associationfunds' and actions against existing sickness funds, they were to be successful in the years following the First World War.

In that period the hospital gradually changed from a nursing-home for the indigent sick into an institution for the healing of all. The number of patient-days grew rapidly as did the costs of an average admission. Few people were able to afford an admission and since most sickness funds did not insure hospital care, this service was largely paid for by local governments. Patients had to pay an income-related contribution.

Finally, new kinds of service, such as district nursing, infant welfare, and home care, were partially administered by the Municipal Health Services, but mostly by a range of private organizations. The private associations received contributions from the central government, but depended to a large extent on local government subsidies.

Chapter three links the developments in social policy and health care, as described in chapters one and two, together. As a result of these developments, limited access to curative health care had become unacceptable by the beginning of this century.

The working classes had to be granted easier access to more expensive services. Since the Dutch government did not take responsibility, the system of financial access to health care was mostly organized on the local level. Therefore, the next chapters contain three local studies.

Schiedam was an industrial town. In the nineteenth century it depended on the alcohol industry and in the twentieth century on building and repairing ships. The political landscape shifted from liberal dominance to a conservative majority, accompanied by a large socialist minority.

Already by 1850 Schiedam had reached what in this study is considered the final phase. There was a well-organized medical service for the poor only, and approximately half of the population were members of one of the twelve local sickness funds. During the first decades of this century the shipyards attracted huge numbers of migrants to the town, and local authorities had to put some pressure on these people to join sickness funds. By 1920 the old situation had been restored.

For the rest, politicians did not take much interest in the sickness funds. The funds had been organized by producers of medical care or by the patients themselves. The physicians formed a homogeneous group of general practitioners, who in the twentieth century obtained a dominant position in the local sickness funds. Not only were their demands easily met, but they were also able to prevent the settlement of any specialist in Schiedam until the late 1930s.

Hospital care was a political responsibility. In exchange for relatively high income-related contributions, people were admitted to the municipal hospital. In 1928 a catholic hospital was established, and the costs were covered by a municipal contribution and a hospital insurance, which was part of the newly established catholic health association. Since the First World War, some private associations had been established, but it was the establishment of this catholic association which triggered the rather tardy expansion of private health services.

The municipality of Idaarderadeel (Friesland) developed from an agricultural community to a mixed economy, but this chapter focuses on the village of Roordahuizum, which depended on cattle breeding. In both the municipality and the village liberals and socialists shared power, with varying majorities.

Access to the extensive medical and pharmaceutical care of the local general practitioner was dominated by private practice until the Sickness Funds Decree of 1941. Because of limited competition and the relative prosperity of the community, the system of income-related fees could function much better than in the cities or in poor rural areas. In addition to this system all that was needed was limited medical relief and some small funds, administered by the local physician.

Soon after the turn of the century, an association for health care had been established in all the villages of Idaarderadeel, which covered the whole population. Owing to a large municipal contribution, these associations were able to employ district nurses. The presence of general practitioners and district nurses, and the

distance to the urban hospitals limited the demand for hospital care. Yet, from the First World War onwards, the expenditure involved had become a problem for both patients and relief agencies. The solution was found in the establishment of associations for hospital care in each village, which also covered most of the population.

Amsterdam attracted so many people, that the growth of the population always outnumbered the growth of employment. As a result, the capital housed a core of valid indigents. Political power was divided between a conservative and a progressive bloc. Yet, at the end of the nineteenth century radical liberals had the political initiative for a while, and in the years following the First World War the social-democrats.

At the end of the nineteenth century one fifth to one quarter of the population was entitled to free medical care. However, in the years to come medical relief was restricted to the poor, and the actual services delivered improved. The new Municipal Health Service (1902) became the main instrument for tendering medical care to the poor. In spite of heavy resistance from the Amsterdam medical profession, the Health Service employed its medical staff as civil servants. Because of the restrictive measures taken and growing prosperity, by 1930 about one tenth of the population was entitled to free medical care. On the other hand, the Municipal Health Service had expanded its services beyond the traditional medical and pharmaceutical care for the poor, to new kinds of medical care, such as infant welfare, to a much larger part of the population. Other kinds of medical care, such as home nursing and home care, were still administered by private associations. These associations depended on municipal subsidies however, and the municipal authorities demanded and got major influence on the policies of the associations.

After 1900, ten sickness funds were operative in Amsterdam: one large fund administered by physicians, two by the labour movement, and seven smaller sickness funds on a commercial base. The commercial funds became important mediators in the fierce conflicts between the physicians and the sickness funds from 1916 onwards. Eventually, the demands of the general practitioners were met, but those of specialists and pharmacists only partially. Meanwhile, the number of sickness fund members had grown from about two fifths of the population in 1900 to three fifths in 1930.

Financing hospital care was a municipal responsibility in Amsterdam. About half of the patient-days were spent in municipal hospitals, and the municipal authorities paid a large contribution to the costs of treatment of patients in private hospitals. Because of the great number of patient-days, the relatively high costs of a patient-day, and the relatively low patient contributions, the expenditure on hospital care of the municipality of Amsterdam was by far the highest in The Netherlands.

Chapter seven describes the system-1930, based on the local studies and information about the national level during the interwar period. The system had two important organizational characteristics. It was mostly organized on the local level and it had a great number of partitions. The three main types of organization delivered, without

much overlap, certain services to certain parts of the population and represented separate financial and administrative circuits.

Medical relief was a political responsibility. Nevertheless, the organization of medical care on behalf of the poor was very similar across the country. Almost all cities and towns had their Municipal Health Service, while rural municipalities contracted the local general practitioner. Political differences did affect the number of services available to the near-poor and the relation between governmental and private institutions in delivering these services. With respect to hospital care this relation was dictated by the expenses. Only municipal governments were able to bear the financial responsibility, but they gladly boarded patients out in cheaper private hospitals.

Political interference with the sickness funds was limited to fruitless attempts to regulate health insurance by law. The voluntary sickness funds were controlled by the producers of medical care and the boards, with little room for consumers' interests. As a result, the funds mainly insured the services of well-organized medical professions. Meanwhile the number of insured increased from 15-20 percent of the Dutch population in 1900 to 35-40 in 1930. The growth had been caused partially by the establishment and expansion of sickness funds in the poorer rural areas. In wealthier rural areas the system of income-related fees remained important and sickness funds developed slowly. The associations of hospital care flourished in all rural areas and by 1930 a quarter of the Dutch population were members of such societies.

The system-1930 was hardly affected by the depression. The number of sickness funds members stagnated for a few years, but after 1935 growth was resumed, and by 1941 almost half the population had joined sickness funds. Because of their desperate financial situation, local governments stimulated hospital insurance and by 1940, 15 percent of the population held such an insurance through a sickness fund. Mark however, that sickness funds as well as the associations for hospital care usually paid only part of the costs of a patient-day. Therefore, even the insured hospital patients enjoyed a major public contribution.

In 1941 the German occupation government introduced compulsory health insurance for wage-dependent workers with incomes below a certain level. This insurance covered a wide variety of health-care services, including hospital care. The Sickness Funds Decree reduced local differentiation, and the rural system of financial access almost ceased to function. The partition between poor and near-poor disappeared soon after the Second World War, as most municipalities insured the poor for whom they were responsible. The maximum wage level is still in existence, but has lost a good deal of its practical significance.

The concluding chapter discusses how the system-1930 realized enough solidarity to allow the whole population access to basic medical care. As argued in chapter three, the working classes had to obtain easier access to ever more expensive health-care services. Therefore, the solidarity to be realized had become much greater. The

liberal-conservative government was not prepared to regulate the sickness funds sufficiently, and voluntary health insurance, with nominal and risk-related premiums, and with limited services, realized little solidarity. This lack of solidarity had to be compensated for by medical relief. Not only did medical relief take care of the poor, but it also delivered expensive kinds of care to a much larger part of the population.

For the greater part, medical relief was paid for by municipal governments and so financial access to health care depended on local circumstances. The main advantage of that situation was that the system was flexible, which explains the existence of a rural system. The main disadvantage was that local access depended on local prosperity. The inhabitants of richer municipalities hardly contributed to expenditure on medical care on behalf of the inhabitants of poorer municipalities.

The Sickness Funds Decree made premiums income-related and risk-independent. Compulsory health insurance covered a wide range of health services, including hospital care. Moreover, the premiums were now collected centrally and the revenues were distributed among the Dutch sickness funds. As a result, richer communities contributed more to poorer communities than before. On the whole, quite suddenly sickness funds insurance realized a substantial amount of solidarity.

Geraadpleegde documenten

A. Archivalia

A.1 Nationaal

Algemeen Rijksarchief (ARA)

Archief van de afdeling Armwezen van het Ministerie van Binnenlandse Zaken, (1866) 1918-1947 (2.04.55) [Archief armwezen BiZa]

Archief van de afdeling Volksgezondheid en Armwezen van het Ministerie van Binnenlandse Zaken, (1892) 1910-1918 (2.04.54) [Archief V&A BiZa]

Archief Commissie tot Bezuiniging op de Kosten van het Ziekenhuiswezen, (1934) 1935-1936 (1948) (2.04.47.02) [Archief Cie. Frederiks]

Archief Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (2.19.53) [Archief KNMG]

Internationaal Instituut voor Sociale Geschiedenis (IISG)

Algemene Nederlandsche Vereeniging voor Sociale Geneeskunde/Gezondheidszorg, (1908-) 1930-1987 [Archief ANVSG] dozen 1-7

A.2 Schiedam

Gemeente Archief Schiedam (GAS)

Archief Armenraad, 1913-1916

Archief Commissie van Administratie van het gemeenteziekenhuis, 1910-1940

Archief Commissie voor het Burgerlijk Armbestuur, Commissie voor Maatschappelijk Hulpbetoon, Commissie voor Sociale Zaken, 1891-1964 [Archief cie. BA/MH]

Archief gezamenlijke armenfondsen, 1910-1916

Archief Gezondheidscommissies, 1867-1868, 1894-1933

Archief Magistraats Armenkamer, Burgerlijk Armbestuur, Maatschappelijk Hulpbetoon, Sociale zaken, 1597-1963 [Archief BA]

Ingekomen stukken, nr. 139

Notulen BA, nrs. 136 en 137

Archief Nederlands hervormde gemeente, 1570-1970

Diaconie, notulen nr. 8

Archief Sociëteiten voor Genees- en Heelkundige Verzorging en Begrafeniskosten, 1825-1943 [Verzamelarchief sociëteiten]

Archief Wit-Gele en Groene Kruis, 1930-1941

Collectie jaarverslagen

Secretarie-archief

Maatschappelijke zorg, zieken- en gezinszorg

Maatschappelijke zorg algemeen, statistiek armbestuur

Registratuur van ingekomen en uitgaande stukken van de Gemeenteraad, B&W en de Burgemeester.

A.3 *Idaarderadeel*

Het archief van de gemeente Idaarderadeel berust op het gemeentekantoor van de gemeente Boornsterhem. De periode 1816-1921 is geïnventariseerd onder de naam: 'Nieuwe archieven van het gemeentebestuur van 1 oktober 1816 tot 1 januari 1922' (Van Buijtenen). Het zal hierna worden aangehaald met 'Nieuwe archieven Idaarderadeel' gevolgd door het inventarisnummer.

In de jaren twintig en dertig werd het zogenaamde 'Bloemendaalse stelsel' voor de archivering van stukken toegepast. Bij dit stelsel werden de stukken in dossiers per onderwerp samengebracht. Ieder onderwerp heeft een eigen dossiernummer. Dit deel van het archief zal worden aangehaald onder de term 'Bloemendaalse stelsel' gevolgd door een doosnummer en een dossiernummer.

Verder zijn in het archief een aantal stukken te vinden die niet in één van beide inventarissen zijn opgenomen. Hieronder de gedrukte raadsverslagen over 1891-1933 en de geschreven raadsverslagen over 1934 tot 1941 (vanaf 1934 werden, als bezuinigingsmaatregel, geen gedrukte raadsverslagen meer uitgegeven). De raadsverslagen zullen allemaal worden aangehaald met 'Vergadering Gemeenteraad Idaarderadeel' gevolgd door de vergaderdatum.

Ook de notulen van de vergaderingen van B&W over 1924-1941 zijn niet in een inventaris opgenomen. De notulen over de jaren 1890-1924 zijn opgenomen in de Nieuwe archieven Idaarderadeel nrs. 38-46. Ze zullen allen worden aangehaald met 'Vergadering B&W Idaarderadeel' gevolgd door de vergaderdatum.

Tenslotte is het Gemeenteverslag over 1890 opgenomen in Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 299., de Gemeenteverlagen over 1891-1921 in Nieuwe archieven Idaarderadeel nr. 300 en de Gemeenteverlagen over 1922-1930 in Bloemendaalse stelsel doos 4 nr. 13.0. Ze zullen worden aangehaald met 'Gemeenteverslag Idaarderadeel' gevolgd door het jaar en het paginanummer.

A.4 *Amsterdam*

Gemeente Archief Amsterdam

Archief Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam (AZA) (nr. 1001) [Archief AZA]

Archief Amsterdamsche Vereeniging tot Bestrijding van Tuberculose, 1905-1985 (nr. 1016)

Archief Bond van Amsterdamsche Ziekenfondsen (BAZ), 1916-1951 (nr. 1002) [Archief BAZ]

Archief Burgerlijk Armbestuur, 1870-1926 (nr. 350) [Archief BA]

Archief Commissie Bezuiniging en Reorganisatie bij de Gemeenteziekenhuizen en de GGD, 1933-1935 (nr. 5271)

Archief Commissie van Bijstand in het Beheer der Zaken van de Openbare Gezondheid (nr. 5297), 1914-1929 [Archief Cie. OG]

Archief Commissie van Bijstand in het Beheer van de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst, 1900-1914 (nr. 5107) [Archief Cie. GGD]

Archief Diaconie van de hervormde gemeente te Amsterdam, ca. 1625-1950 (nr. 377)

Nrs. A486-A520, apotheek en ziekenfonds der hervormde gemeente, 1747-1911

B. Periodieken

- Armenzorgstatistiek* 1926-1941, Centraal Bureau voor de Statistiek
Frisia. Nieuws- en advertentieblad 1900-1941
Gemeenteblad Amsterdam 1890-1941
Gemeenteblad Schiedam 1890-1941
Gezondheid in de School 1908-1909
Het Ziekenhuiswezen 1928-1941
Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde [NTvG] 1857-1941
Nieuw Schiedamsche Courant [NSC] 1890-1941
Ons Ziekenhuis 1935-1939
Schiedamsche Courant [SC] 1890-1941
Sociaal-medisch Maandschrift 1921-1922
Sociale Voorzorg 1919-1922
Statistiek der inkomens en vermogens in Nederland 1930/1931-1940/1941, Centraal Bureau voor de Statistiek
Statistiek van het armwezen 1901-1923, Centraal Bureau voor de Statistiek
Tijdschrift der Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst [Tijdschrift NMG] 1850-1856
Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde [TvSG] 1923-1941
Tijdschrift voor Sociale Hygiëne. Orgaan van het Nederlandsch Congres voor Openbare Gezondheidsregeling 1898-1933
Verslag van den toestand der gemeente Amsterdam gedurende het jaar ... (1890-1940) [Gemeenteverslag Amsterdam]
Verslag van den toestand der gemeente Schiedam gedurende het jaar ... (1890-1940) [Gemeenteverslag Schiedam]
Verslagen en Mededeelingen betreffende de Volksgezondheid [Verslagen en mededeelingen] 1921-1943
Vox Medicorum. Orgaan tot het Behartigen van de Belangen der Geneeskundigen in Nederland en zijne Koloniën en van Allen, die tot de Geneeskunde in Betrekking staan 1901-1929

C. Literatuur

- Alford, R.R., *Health Care Politics. Ideological and Interest Group Barriers to Reform* (Chicago 1975).
Aspecten van caritas en geneeskunde. Gedenkschrift bij het zestigjarig bestaan van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam (Amsterdam 1958).
 Berger, J.A., *De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Nederland* (Vlissingen 1930).
 Bierman, A.I., *Van artsennijmgkunde naar artsennijbereidkunde. Ontwikkelingen van de Nederlandsche farmacie in de negentiende eeuw* (Amsterdam 1988).
 Blackden, S., 'The Board of Supervision and the Scottish Parochial Medical Service' in *Medical History* 30 (1986) 145-172.
 Bosmans, J., *Romme. Biografie 1896-1946* (Utrecht 1991).
 Braembussche, A.A. van den, *Theorie van de maatschappijgeschiedenis* (Baarn 1985).
 Brasz, H.A., *Veranderingen in het Nederlandse communalisme. De gemeentebesturen als element in het Nederlandse stelsel van sociale beheersing* (Arnhem 1960).

- Bremer, J.J.C.B., *De ziekenhuispatiënt. Een descriptief, een historisch en een experimenteel-psychologisch onderzoek van de ziekenhuissituatie* (Nijmegen 1963).
- Bruine, M. de en F.T. Schut, 'Overheidsbeleid en ziektekostenverzekering' in J.A.M. Maarse en I.M. Mur-Veeman (red.) *Beleid en beheer in de gezondheidszorg. Problemen, structuren, processen en effecten* (Assen 1990) 114-149.
- Buijtenen, M.P. van, *Inventaris van het archief van Idaarderadeel* (Idaarderadeel 1948).
- Bynum, W.F., 'Ideology and Health Care in Britain: Chadwick to Beveridge' in *History of Philosophy of the Life Sciences* 10 (1988) 75-87.
- Cannegieter, D., *Honderdvijftig jaar Gezondheidswet* (Assen 1954).
- Carpenter, G., 'National Health Insurance: a Case Study in the Use of Private Non-profit making Organizations in the Provision of Welfare Benefits' in *Public Administration* 62 (1984) 71-89.
- Centraal Bureau voor de Statistiek, *1899-1984. 85 jaren statistiek in tijdreeksen* (Den Haag 1984).
- Centraal Bureau voor de Statistiek, *Bedrijfstelling 1930. Gegevens bedrijfsklassen* (Den Haag 1946).
- Centraal Bureau voor de Statistiek, *De verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging in Nederland op 1 januari 1940* (Den Haag 1940).
- Centraal Bureau voor de Statistiek, *Overzicht van den omvang van het ziekenfondswezen in Nederland op 1 januari 1936* (Den Haag 1937).
- Cleeff-Hiegentlich, F. van, *Kind het zal je moeder maar zijn. Momenten uit de geschiedenis van de Vereniging Centraal Israëlitische Ziekenverpleging 1911-1991* (Amsterdam 1991).
- Damme, D. van, *Armenzorg en de staat. Comparatief-historische studie van de moderne verzorgingsstaat in West-Europa (voornamelijk achttiende tot begin negentiende eeuw)* (Gent 1990).
- Damsma, D. en P. de Rooy, "'Morele politiek". De Radikalen in de Amsterdamse gemeentepolitiek 1888-1897' in *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis* 19 (1993) 115-128.
- Dolman, D., *Subsidies en gezondheidszorg. Een feitelijk onderzoek naar financieringsstructuren* (Leiden 1964).
- Doom, J.A.A. van, 'De onvermijdelijke presentie van de confessionelen' in J.W. de Beus en J.A.A. van Doorn (red.) *De interventiestaat. Tradities - ervaringen - reacties* (Meppel 1984) 27-51.
- Douwes, P.A.C., *Armenkerk. De hervormde diaconie te Rotterdam in de negentiende eeuw* (Schiedam 1977).
- Drogendijk, C.A., *Het protestants-christelijk ziekenhuis in Nederland. Een onderzoek naar de organisatie, de structuur en het functioneren van 43 protestants-christelijke algemene ziekenhuizen* (Utrecht 1975).
- Duckett, S.J., 'Structural Interests and Australian Health Policy' in *Social Science and Medicine* 18 (1984) 959-966.
- Duran-Arenas, L. en M. Kennedy, 'The Constitution of Physicians Power: a Theoretical Framework for Comparative Analysis' in *Social Science and Medicine* 32 (1991) 643-648.
- Elzinga, M., *De vereniging voor ziekenhuisverpleging, met name in Friesland, gezien binnen het kader der geneeskundige verzekering* (Wageningen 1940).
- Falkenburg, Ph., *Armenzorg in Nederland. 1e deel: Amsterdam* (Amsterdam 1893).
- Falkenburg, Ph., *Armenzorg in Nederland. 2e deel: Gemeente Rotterdam* (Amsterdam 1896).
- Falkenburg, Ph., *Armenzorg in Nederland. 3e deel: Gemeente Utrecht* (Amsterdam 1897).
- Faure, O., 'La médecine gratuite au XIXe siècle: de la charité à l'assistance' in *Histoire Economie et Société* 3 (1984) 593-608.

- Festen, H., *125 jaar geneeskunst en maatschappij. Geschiedenis van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst* (Utrecht 1974).
- Feijst, G. van der, 'De Gemeenteziekenhuizen' in Ch.A. Poll e.a. *Het verhaal van een vijftigjarige. Bijdragen tot de geschiedenis van de gezondheidszorg in Schiedam* (Schiedam 1978) 36-73.
- Fox, D.M., 'The Decline of Historicism: the Case of Compulsory Health Insurance in the United States' in *Bulletin of the History of Medicine* 57 (1983) 596-610.
- Frieswijk, J., *Socialisme in Friesland 1880-1900* (Amsterdam 1977).
- Frijhoff, W., 'Non satis dignitatis... Over de maatschappelijke status van geneeskundigen tijdens de Republiek' in *Tijdschrift voor Geschiedenis* 96 (1983) 379-406.
- Gedenkboek, uitgegeven ter gelegenheid van de viering van het vijftenzeventigjarig bestaan van de Geneeskundige Kring te Amsterdam, 21 september 1923* (Amsterdam 1923).
- Geschiedenis van het Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam 1847-1 april-1947* (Amsterdam 1947).
- Godefroi, L.S., *Het ziekenfondswezen in Nederland. Ontwikkelingen en perspectieven* (Den Haag 1963).
- Goor, H. van, 'Politieke participatie van collectiviteiten: pressiegroepen' in R.B. Andeweg e.a. (red.) *Politiek in Nederland* (derde druk, Alphen aan den Rijn 1989) 103-122.
- Goor, H. van, 'Pressiegroepen en sociale verandering' in L. Rademakers (red.) *Sociale problemen 1: sociale ontwikkelingen* (Utrecht 1978) 151-173.
- Groot, G. de, "'Door slapte gedaan gekregen". Losse arbeiders en hun gezinnen in Amsterdam tussen 1880-1920' in *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis* 14 (1988) 160-187.
- Grinten, T. van der, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Een historisch beleidsonderzoek* (Baarn 1987).
- Hartog, H., 'Eene bevalling' in *Tweemaandelijksch Tijdschrift voor Letteren, Kunst, Wetenschap en Politiek* 2 (1896) 271-288.
- Heerma van Voss, A.F., 'Het subtiel te beoordelen begrip der gezondheid. Was de crisis van de jaren dertig slecht voor de gezondheidstoestand?' in W.P. Blockmans en L.A. van der Valk (red.) *Van particuliere naar openbare zorg en terug? Sociale politiek in Nederland sinds 1880* (Amsterdam 1992) 121-138.
- Hermans, H.E.G.M., *Zorg en markt in historisch en huidig perspectief* (Deventer 1991).
- Hessler, R.M. en A.C. Twaddle, 'Power and Change: Primary Health Care at the Crossroads in Sweden' in *Human Organization* 45 (1986) 134-147.
- Heijermans, L., *Gemeentelijke gezondheidszorg in Nederland* (Amsterdam 1929).
- Heijermans, L., 'Het ontwerp Zieketwet Treub' in *De Socialistische gids. Maandschrift der Sociaal-Democratische Arbeiderspartij* 1 (1916) 865-881.
- Hodgkinson, R.G., *The origins of the National Health Service. The Medical Services of the new Poor Law 1834-1871* (Londen 1967).
- Hoeven, H.C. van der, *Om de macht bij het fonds. De ziekenfondsen te midden van de sociale veranderingen in de jaren 1900-1982* (Den Haag 1983).
- Hoeven, H.C. van der, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting. De waarheid over het Ziekenfondsenbesluit 1941* (Den Haag 1989).
- Hoogerwerf, A., *Politologie. Begrippen en problemen* (tweede druk, Alphen aan den Rijn 1979).

- Horst, D.A.J. van der, H.F. de Jong en J.C.M. Luybregts, 'Vrouwen en arbeidswetten. De effectiviteit van arbeidswetgeving voor vrouwen in Nederland, toegespitst op ziekenverpleging, kledingindustrie en steenbakkerijen, 1889-1940' in W.P. Blockmans en L.A. van der Valk (red.) *Van particuliere naar openbare zorg en terug? Sociale politiek in Nederland sinds 1880* (Amsterdam 1992) 139-160.
- Horst, J.J. van der, *Geen ideaalmenschen. De Schiedamse SDAP tot 1917* (Schiedam 1984).
- Houwaart, E.S., *De hygiënisten. Artsen, staat & volksgezondheid in Nederland 1840-1890* (Groningen 1991).
- Houwaart, E., 'Hygiënisten in de 19e eeuw I' in *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 61 (1983) 258-265.
- Jacobs, A.H., *Herinneringen* (vijfde druk, Nijmegen 1985).
- Jansen, T. en J. Rogier, *Kunstbeleid in Amsterdam 1920-1940. Dr. E. Boekman en de socialistische gemeentepolitiek* (Nijmegen 1983).
- Japenga, C.J. en H.F. van der Velden, 'Access to Curative Health Care; Sickness Funds versus Medical Relief in the Netherlands (1850-1941)' in J.M.W. Binneveld en R.M. Dekker (red.) *Curing and Insuring. Essays on Illness in past Times: the Netherlands, Belgium, England and Italy, 16th-20th Centuries* (Rotterdam 1993) 169-188.
- Japenga, C.J. en H.F. van der Velden, 'Het geneeskundig beroep en de regionale differentiatie in organisatie en financiering van de gezondheidszorg in Nederland (1900-1941). De casus Friesland' in *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis* 18 (1992) 504-526.
- Jaspers, J.B., *Het medisch circuit. Een sociologische studie van de ontwikkeling van het netwerk van afhankelijkheid tussen cliënten, artsen, centrale overheid, ziekenfondsen en ziekenhuizen in Nederland (1865-1980)* (Utrecht 1985).
- Juffermans, P., *Staat en gezondheidszorg in Nederland* (Nijmegen 1982).
- Klijnsma, M.H., 'De Vrijzinnig-Democratische Bond in Friesland, 1917-1940' in *It Beaken. Tydskrift fan de Fryske Akademy* 46 (1984) 220-237.
- Knotter, A., *Economische transformatie en stedelijke arbeidsmarkt. Amsterdam in de tweede helft van de negentiende eeuw* (Zwolle 1991).
- Köhler, P.A. en H.F. Zacher (red.), *Eind Jahrhundert Sozialversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Österreich und der Schweiz* (Berlijn 1981).
- Kok, P.Th., 'Armenzorg en ondersteunden te Leeuwarden van 1893 tot 1940' in J. Frieswijk e.a. (red.) *Friescs verleden verkend. Problemen, methoden en onderzoek met betrekking tot de Friese geschiedenis na 1750* (Leeuwarden 1987) 151-169.
- Korst, J.J. van der, *Om lijf & leven. Gezondheidszorg en geneeskunst in Nederland circa 1200-1960* (Utrecht 1988).
- Kortenhoeven, D., *100 jaar fysiotherapie. Ontwikkeling van het wettelijk en economisch kader van een paramedische beroepsgroep* (Arnhem 1989).
- Kunneman, H.L., *De ziektekostenverzekering* (Zeist 1951).
- Lee, R., 'Uneven Zenith: Towards a Geography of the high Period of Municipal Medicine in England and Wales' in *Journal of Historical Geography* 14 (1988) 260-280.
- Leenen, H.J.J., *Structuur en functioneren van de gezondheidszorg* (tweede druk, Alphen aan den Rijn 1981).
- Leeuwen, M.H.D. van, *Bijstand in Amsterdam, ca. 1800-1850. Armenzorg als beheersings- en overlevingsstrategie* (Zwolle 1992).
- Leeuwen, M.H.D. van en F. Smits, 'Bedeling en arbeidsmarkt in Amsterdam in de eerste helft van de negentiende eeuw' in *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis* 13 (1987) 432-457.

- Lieburg, M.J. van, 'De medische beroepsbevolking ten plattelande gedurende de 19e eeuw. Een onderzoek betreffende het Beneden-Maasgebied (1818-1865)' in *Tijdschrift voor de Geschiedenis der Geneeskunde, Natuurwetenschappen, Wiskunde en Techniek* 8 (1985) 123-178.
- Lieburg, M.J. van, 'De tweede geneeskundige stand (1818-1865). Een bijdrage tot de geschiedenis van het medisch beroep in Nederland' in *Tijdschrift voor Geschiedenis* 96 (1983) 433-453.
- Lieburg, M.J. van, *Het Coolsingelziekenhuis te Rotterdam (1839-1900). De ontwikkeling van een stedelijke ziekenhuis in de 19e eeuw* (Amsterdam 1986).
- Lindeboom, G.A., 'Overheidsbemoeiing met de honoraria van medici in vroeger tijd' in *Medisch Contact* 40 (1985) 79-80.
- Lis, C., H. Soly en D. van Damme, *Op vrije voeten? Sociale politiek in West-Europa (1450-1914)* (Leuven 1985).
- Loo, L.F. van, *Arm in Nederland 1815-1990* (Meppel 1992).
- Loo, L.F. van, *Armelui. Armoede en bedeling te Alkmaar 1850-1914* (Bergen 1986).
- Loo, L.F. van, "Den arme gegeven..." Een beschrijving van armoede, armenzorg en sociale zekerheid in Nederland, 1784-1965 (tweede druk, Meppel 1987).
- Lorenz, C., *De constructie van het verleden. Een inleiding in de theorie van de geschiedenis* (tweede druk, Meppel 1990).
- Lijphart, A., *Verzuiling, pacificatie en kentering in de Nederlandse politiek* (zevende druk, Haarlem 1988).
- Maas, P.F., *Sociaal-democratische gemeentepolitiek 1894-1929* (Den Haag 1985).
- Maatschappij tot Nut van 't Algemeen, *De ziekenfondsen in Nederland* (z.pl. 1895).
- Mannoury, J., 'De ontwikkeling van het sociale Verzekeringstelsel' in F.L. van Holthoorn (red.) *De Nederlandse samenleving sinds 1815. Wording en samenhang* (Assen 1985) 187-202.
- Marland, H., 'Lay and Medical Conceptions of Medical Charity during the Nineteenth Century. The Case of the Huddersfield General Dispensary and Infirmary' in J. Barry en C. Jones (red.) *Medicine and Charity before the Welfare State* (Londen 1991) 149-171.
- Meere, J.M.M. de, 'Inkomensgroei en -ongelijkheid te Amsterdam 1877-1940. Een schets' in *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis* 5 (1979) 3-46.
- Meere, J.M.M. de, 'Long-term Trends in Income and Wealth Inequality in The Netherlands' in *Historical Social Research* nr. 27 (1983) 8-37.
- Melief, P.B.A., *De strijd om de armenzorg in Nederland 1795-1884* (Groningen 1955).
- Michielse, H.C.M., *Welzijn & discipline. Van tuchthuis tot psychotherapie: strategieën en technologieën in het sociaal beheer* (Meppel 1989).
- Mierlo, J.G.A. van, *Pressiegroepen in de Nederlandse politiek* (Den Haag 1988).
- Muntendam, P., *60 jaar in de gezondheidszorg. Herinneringen van een werker in de volksgezondheid* (Assen 1984).
- Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, *Rapport omtrent den toestand der ziekenfondsen in Nederland* (Amsterdam 1908) twee delen.
- Noordegraaf, H., *Het kruis en de rode vaan. Socialisme en christendom in Schiedam voor de tweede wereldoorlog* (Schiedam 1986).
- Oud, P.J., *Staatkundige vormgeving in Nederland I. 1840-1940* (tiende druk, Assen 1990).
- Pennings, P., *Verzuiling en ontzuiling: de lokale verschillen. Opbouw, instandhouding en neergang van plaatselijke zuilen in verschillende delen van Nederland na 1880* (Kampen 1991).
- Pennings, P., 'Zuilen en lokale subsidies in 45 gemeenten, 1880-1930' in W.P. Blockmans en L.A. van der Valk (red.) *Van particuliere naar openbare zorg en terug? Sociale politiek in Nederland sinds 1880* (Amsterdam 1992) 53-66.

- Perry, J., 'Aanpakken wat mogelijk is. De SDAP en haar gemeentepolitiek' in *Het negende jaarboek voor het democratisch socialisme* (Amsterdam 1988) 16-58.
- Philipsen, R., *Gezondheidszorg in Limburg. Groei en acceptatie van de gezondheidsvoorzieningen 1850-1940* (Assen 1980).
- Posthuma, B.H., 'Solidariteit kwantitatief' in *Solidariteit en verzekering* (z.pl. 1985) 35-53.
- 'Praeadvies over het onderwerp: op welke wijze kunnen, de lasten, voor de gemeenten en gemeentelijke instellingen voortvloeiende uit de genees- en verloskundige hulp en ziekenhuisverpleging, met de minste bezwaren worden verlicht?' in *Geschriften van de Nederlandsche Vereeniging voor Armenzorg en Weldadigheid LXI* (1934) 9-79.
- Querido, A., *De wit-gele vlam. Gedenkboek ter gelegenheid van het 50-jarig bestaan van de Nationale Federatie het Wit-Gele Kruis* (Utrecht 1973).
- Querido, A., *Het Wilhelmina Gasthuis. Geschiedenis en voorgeschiedenis* (Lochem 1966).
- Querido, A., *Godshuizen en gasthuizen. Een geschiedenis van de ziekenverpleging in West-Europa* (tweede druk, Amsterdam 1967).
- Raadschelders, J.C.N., *Plaatselijke bestuurlijke ontwikkelingen 1600-1980. Een historisch-bestuurskundig onderzoek in vier Noord-Hollandse gemeenten* (Den Haag 1990).
- Rapport over de ziekenfondsen te Amsterdam. Uitgebracht door de Ziekenfondscommissie, ingesteld bij Besluit van 25 October 1897 door de Afdeling Amsterdam van de "Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst"* (Amsterdam 1900).
- 'Rapport van de commissie, ingesteld ter beantwoording van de vraag: op welke wijze kunnen de lasten, voor de gemeenten en gemeentelijke instellingen voortvloeiende uit de genees- en verloskundige hulp en ziekenhuisverpleging, met de minste bezwaren worden verlicht? (Commissie inz. kosten ziekenzorg' in *Geschriften van de Nederlandsche Vereeniging voor Armenzorg en Weldadigheid LXVIII* (1937) 7-56.
- Regt, A. de, *Arbeidersgezinnen en beschavingsarbeid. Ontwikkelingen in Nederland 1870-1940* (derde druk, Meppel 1986).
- Rigter, R.B.M., *Met raad en daad. De geschiedenis van de Gezondheidsraad 1902-1985* (Rotterdam 1992).
- Rooy, P. de, *Werklozenzorg en werkloosheidsbestrijding 1917-1940. Landelijk en Amsterdam beleid* (Amsterdam 1979).
- Rutten, W.J.M.J., 'Mortaliteit en medicalisering. Een regionaal-differentiële analyse van de sterfte zonder geneeskundige behandeling in Nederland' in *Holland 17* (1985) 130-160.
- Sauër, H.C., *Geneeskundige verzorging van den minvermogenden zieke in Nederland* (Amsterdam 1935).
- Schepers, R., *De opkomst van het medisch beroep in België. De evolutie van de wetgeving en de beroepsorganisaties in de 19e eeuw* (Amsterdam 1989).
- Schepers, R.M.J. en A.C. Nievaard, *Ziekte en zorg. Inleiding in de medische sociologie* (Leiden 1990).
- Schmitz, H., *Schiedam in de tweede helft van de negentiende eeuw. Een onderzoek naar enige aspecten van de economische en sociale geschiedenis van de stad in de jaren 1850-1890* (Schiedam 1962).
- Schnabel, P., 'De gezondheidszorg: van immuniteit tot publiek domein' in A.M.J. Kreukels en J.B.D. Simonis (red.) *Publiek domein. De veranderende balans tussen staat en samenleving* (Meppel 1988) 172-200.
- Schoustra, S.A., *It Gild to Grou 1776-1976. Ta de skiednis fan sykte- en alderdomsforskering op it plattelân en har soasjael-kulturele eftergrounen* (Leeuwarden 1978).
- Schrage, P., E. Nijhof en P. Wielsma, 'Inkomensontwikkeling van werkenden en werklozen in Nederland, 1913-1939' in *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis* 15 (1989) 347-394.

- Schuyt, C.J.M., 'Het rechtskarakter van de verzorgingsstaat' in J.A.A. van Doorn en C.J.M. Schuyt (red.) *De stagnerende verzorgingsstaat* (Meppel 1978) 73-96.
- Schwitters, R.J.S., *De risico's van de arbeid. Het ontstaan van de Ongevallenwet 1901 in sociologische perspectief* (Groningen 1991).
- Sickenga, F.N., *Korte geschiedenis van de tuberculosebestrijding in Nederland 1900-1960* (Den Haag 1980).
- Siffels, N. en W. van Spijker, 'Haarlemse paupers: arbeidsmarkt, armoede en armenzorg in Haarlem in de eerste helft van de negentiende eeuw' in *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis* 13 (1987) 458-494.
- Sloot, H. van der, 'De Noletsichting' in Ch.A. Poll e.a. *Het verhaal van een vijftigjarige. Bijdragen tot de geschiedenis van de gezondheidszorg in Schiedam* (Schiedam 1978) 74-118.
- Sloot, H. van der, *Zuster Barthelomé helpt ook de heidenen. Het kruiswerk, de crisis en Schiedam* (Schiedam 1987).
- Smissaert, H., *Armenzorg in Nederland. Gemeente Utrecht* (Amsterdam 1896).
- Smit, W.B., *Het vraagstuk der ziekenhuisverpleging voor de gemeenten* (Haarlem 1939).
- Smits, F., "'Van de wind kan men niet leven". De gemeentelijke armenzorg te Amsterdam in het laatste kwart van de negentiende eeuw' in *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis* 19 (1993) 94-114.
- Snoeck Henkemans, J.R., *De Armenwet in de praktijk. Beknopt overzicht van den inhoud der wet en der algemeene maatregelen van bestuur, tot hare uitvoering. Geschriften van de Nederlandsche Vereeniging voor Armenzorg en Weldadigheid te Amsterdam XII* (Haarlem 1912).
- Soeteman, A., *150 jaat sociale zorg in Vlaardingens 1795-1945* (Voorburg 1962).
- Sommer, Y., 'Ziekenfondsen en de strijd van de arbeidersbeweging voor goede sociale voorzieningen' in F. Huysmans e.a. (red.) *Gezondheidszorg in Nederland. Beschouwingen over arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, financiering van de gezondheidszorg, sociale voorzieningen, intra- en extramurale gezondheidszorg, mediese opleiding, psychosomatiek en psychiatrie* (Nijmegen 1973) 110-186.
- Spreeuwens, D., 'Louis Heijenmans (1873-1938) en de opkomst van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde' in *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 132 (1988) 1403-1406.
- Staatscommissie voor den Landbouw, *Rapporten en voorstellen betreffende den oeconomischen toestand der landarbeiders in Nederland* (Den Haag 1909).
- Staatscommissie voor den Landbouw, *Verslagen betreffende den oeconomischen toestand der landarbeiders in Nederland. I Groningen-Gelderland* (Den Haag 1908).
- Stolk-Van Delen, H., *Wijkverpleging in historisch perspectief. Ontstaan en ontwikkeling van de wijkverpleging (1890-ca 1930) met aandacht voor aspecten van medicalisering en professionalisering* (Amsterdam 1983).
- Stuurman, S., *Verzuiling, kapitalisme en patriërchaat. Aspecten van de ontwikkeling van de moderne staat in Nederland* (tweede druk, Nijmegen 1984).
- Swaan, A. de, *In Care of the State. Health Care, Education and Welfare in Europe and the USA in the Modern Era* (Oxford 1988).
- Tijn, Th. van, *Twintig jaren Amsterdam. De maatschappelijke ontwikkeling van de hoofdstad van de jaren '50 der vorige eeuw tot 1876* (Amsterdam 1965).
- Timmermans, J.C. en B.J. Thijssen, 'De geschiedenis van de plaatselijke belastingen' in J.C. Timmermans en B.J. Thijssen *De belasting der gemeente. Handboek voor praktijk en studie* (derde druk, Alphen aan den Rijn 1962) 27-45.
- Tobi, E.J. en C. Visser, *Georganiseerde distributie* (Purmerend 1931).

- Valk, L. van der, *Van pauperzorg tot bestaanszekerheid. Een onderzoek naar de ontwikkeling van de armenzorg in Nederland tegen de achtergrond van de overgang naar de Algemene Bijstandswet, 1912-1965* (Amsterdam 1986).
- Vegchel, G. van, *Medici contra kwakzalvers. De strijd tegen niet-orthodoxe geneeswijzen in Nederland in de 19e en 20e eeuw* (Amsterdam 1991).
- Velden, H.F. van der, 'Levensomstandigheden van werklozen en werkenden in de jaren dertig' in W.P. Blockmans en L.A. van der Valk (red.) *Van particuliere naar openbare zorg en terug? Sociale politiek in Nederland sinds 1880* (Amsterdam 1992) 103-120.
- Velden, H. van der, 'Werkloosheid in Schiedam (1920-1940)' in *Scydam 14* (1988) 95-103.
- Ven, W.P.M.M. van de, 'De rol van de ziektekostenverzekering' in R.M. Lapré en F.F.H. Rutten (red.) *Economie van de gezondheidszorg. Leerboek voor universitair en hoger beroepsonderwijs* (Lochem 1988) 89-126.
- Verdoorn, J.A., *Het gezondheidswezen te Amsterdam in de 19e eeuw* (tweede druk, Nijmegen 1981)
- Verkaar, E., *Strategisch gedrag van kategoriale patiëntenorganisaties* (Rotterdam 1991).
- Verkaik, J.P., *Gewrichten en tijdsgewrichten. Ontwikkelingen in de Nederlandse reumabestrijding 1905-1990* (Amsterdam 1991).
- Voeding, gezondheid en financiële toestand van 700 werkloze gezinnen, verspreid over geheel Nederland. *Rapport uitgebracht door de Commissie tot onderzoek van de Gezondheids- en Voedings-toestand der Werklozen* (Den Haag 1940).
- Vogel, M.J., 'Managing Medicine: creating a Profession of Hospital administration in the United States, 1895-1915' in L. Granshaw en R. Porter (red.) *The Hospital in History* (Londen 1989) 243-260.
- Vrankrijker, A.C.J. de, *Een groeiende gedachte; de ontwikkeling der meningen over de sociale kwestie in de 19e eeuw in Nederland* (Assen 1959).
- Vries, H. de, *Landbouw en bevolking tijdens de agrarische depressie in Friesland (1878-1895)* (Wageningen 1971).
- Vrijling, K.J. (red.), *Dit was Idaarderadeel. Een bundel opstellen, verhalen, herinneringen en anekdoten over de tiende grietenij van het kwartier Oostergo reikende vanuit een grijs verleden tot 31 december 1983* (Idaarderadeel 1983).
- Wagenaar, M., *Amsterdam 1876-1914. Economisch herstel, ruimtelijke expansie en de veranderende ordening van het stedelijk grondgebruik* (Amsterdam 1990).
- Wermeskerken, J.J. van, *Lietaert Peerbolte. De Armenwet voor gemeentebesturen en ambesturen toegelicht* (vijfde druk, Alphen aan den Rijn 1939).
- Wiggen, G.J. van, *In meer eerbare banen. De ontwikkeling van het tandheelkundig beroep in Nederland van 1865-1940* (Amsterdam 1987).
- Wolf, H.R., 'Een wissel op de toekomst. Mislukte ziekenhuiswetgeving, 1935-1951' in W.P. Blockmans en L.A. van der Valk (red.) *Van particuliere naar openbare zorg en terug? Sociale politiek in Nederland sinds 1880* (Amsterdam 1992) 195-208.
- Wolters, M., 'Gemeentebeleid en ambtelijke organisatie: de historische ontwikkeling opnieuw bezien' in *Beleidswetenschap 2* (1988) 121-144.
- Wouters, Th.A., *Van bedeling naar verheffing. Evolutie in de houding tegenover de behoeftige mens te 's Hertogenbosch 1854-1912* (Tilburg 1968a)
- Wouters, Th.A., *Van verheffing naar begeleiding. Evolutie in de houding tegenover de behoeftige mens te 's Hertogenbosch 1912-1965* (Tilburg 1968b)
- Zanden, J.L. van, *De economische ontwikkeling van de Nederlandse landbouw in de negentiende eeuw 1800-1914* (Wageningen 1985).

- Zanden, J.L. van, *De industrialisatie van Amsterdam 1825-1914* (Bergen 1987).
- Zanten, J.H. van, *Armenzorg in Nederland. Gemeente Groningen* (Amsterdam 1897).
- Zschock, D.Z., 'Medical Care under Social Insurance in Latin America' in *Latin American Research Review* 21 (1986) 99-122.

Index

S Schiedam

I Idaarderadeel

R Roordahuizum

A Amsterdam

- Aalberse, P.J.M. 77, 200, 205, 212
aanbod van medische diensten 15, 47, 48, 61
Abrahams, E.J. 166, 167, 171, 176, 177
Alblasserwaard 205
Alford, R.R. 23
Algemeen Afdeeling Ziekenfonds Schiedam (AAZS) 109, 110, 114, 119, 125, 127
Algemeen Onderling Ziekenfonds: Door en Voor Werklieden (AOZ), Amsterdam 161, 202, 204
Algemeen Rotterdamsch Ziekenfonds 162
Algemeen Ziekenfonds Rotterdam (AZR) 56, 106
Algemeen Ziekenfonds Schiedam (AZS) 109
Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam (AZA) 56, 106, 161, 162, 165, 167-170, 172-174, 183-185
Algemeene Nederlandsche Vereeniging voor Sociale Geneeskunde (ANVSG) 72, 193, 211, 213
Algemeene Raad ter Bevordering van het Ziekenfondswezen 203, 207
Algemeene Rotterdamsche Vereeniging voor Genees-, Heel- en Verloskundige Hulp 120, 204, 213
algemene armvoogdij, Roordahuizum 131-134, 139-145, 147, 148
algemene armvoogdijen, Idaarderadeel 131, 132, 135-137, 143, 148
Algemene wet bijzondere ziektekosten 221
Almen 177
alternatieve gezondheidszorg 17
Amsterdamsche Raad voor de Kinderuitzending 181
Amsterdamsche Raad voor de Wijkverpleging 181
Amsterdamsche Specialistenvereeniging (ASV) 168, 169, 172, 185
Amsterdamsche Vereeniging tot Bestrijding van Tuberculose 180, 181
Amsterdamsche Vereeniging voor Zuigelingenverzorging 180
Amsterdamsche Wijkverpleging 181
Anti Revolutionaire Partij (ARP) 36, 37, 92
Amsterdam 156
Idaarderadeel 134
Schiedam 103
Antwerpen 153
apotheker 22, 25, 47-50, 52, 56-59, 63, 65, 71, 82, 190, 201, 202, 217
S 104, 105, 107-110, 117, 119, 120, 123, 125 A 161, 164, 165, 167, 169, 170, 185
arbeidersbeweging 30, 31, 34, 36, 38, 44, 69, 86, 87, 203 S 102 I 133
A 185
arbeidsbeurs, Amsterdam 155, 158
arbeidsbeurs, Schiedam 99
arbeidsmarktmoetief 28-30, 44
Armenhuis, Amsterdam 175
armenpraktijk 51, 53, 58, 67, 81, 86, 190, 194, 201 S 106, 119, 124
R 139, 140 A 164, 171, 184
Armenwet 16, 32, 33, 35, 37-39, 41, 43, 45, 55, 68, 75, 76, 82, 87, 98, 100, 114, 154, 192, 195, 209, 216, 218

- armenzorg 17, 27-33, 35-37, 39-45, 50, 52-55, 92 *S* 98, 101, 106, 114 *I* 135 *R* 133 *A* 153-155, 158
- modernisering 27-30, 35, 45 *S* 100-102 *I* 137 *A* 154, 157, 161
- openbaar 32-35, 37, 43, 55, 98, 221 *S* 101, 102 *I* 131, 132 *R* 133, 135 *A* 154, 155
- particulier 32-34, 37, 43 *S* 98, 101, 102 *I* 131 *R* 133, 135 *A* 154, 155
- regulering 43-45
- uitgaven 33, 43, 44, 93
- uitvoering 43, 44
- arts-ambtenaar 59, 60, 67, 82, 88, 193 *A* 164, 171
- bedeelde 27, 33, 34, 37, 41, 43, 53, 207 *S* 100, 104 *I* 132 *R* 133, 139, 148 *A* 155
- geneeskundig 34, 53-55, 65, 194 *S* 108, 117, 123 *I* 147 *R* 140 *A* 161, 165, 171, 172
- bedeling 27, 28, 33-35, 37, 42-44, 54 *S* 100, 102, 106 *I* 132 *R* 132, 133, 136, 148 *A* 154, 160, 161
- Bedrijfsvereniging 40
- bedrijfsziekenfonds 69, 71, 83, 126, 202, 204
- bejaarden 27, 29, 31, 34, 88 *S* 98, 99 *I* 132 *A* 160
- belang 20, 21, 23
- in de gezondheidszorg 20, 22, 23, 63, 77, 87, 222
- belangengroep 20, 21, 23, 25, 30, 38, 88-90
- in de gezondheidszorg 15, 18, 20, 22-25, 41, 47, 48, 73, 80, 82, 83, 87, 89, 189, 191, 199, 200, 213-217, 219, 220 *A* 168, 185
- bezuinigingen 44, 94, 209-212 *S* 119 *I* 137 *A* 157, 158, 182-184
- Binnengasthuis, Amsterdam 161, 172, 174, 175, 178
- Boers, B. 133
- Bond der Nederlandsche Diaconessenhuizen 73
- Bond van Amsterdamsche Ziekenfondsen (BAZ) 169, 173
- Bond van Directrices en Adjunct-Directrices van Ziekenhuizen 73
- Bond van Groothandelaren in Chemicaliën, Drogenijen en Pharmaceutische Producten 63
- Boomsterhem 129
- Brand, A. 214
- Breda 207
- Brenkman, C.J. 193, 196, 211
- Bruin, B. de 111, 112
- Bruin, P. de 108, 109
- Bruinsma, G.W. 59, 60, 140, 220
- Bruinwold Riedel, J. 164
- Buitengasthuis, Amsterdam 174
- Bureau voor Maatschappelijken Steun, Amsterdam 156, 157, 159
- Burgerlijk Armbestuur (BA), Amsterdam 155, 156, 160-162, 165, 167, 175, 176, 178, 179
- Burgerlijk Armbestuur (BA), Schiedam 98, 100-102, 106-108, 110-112, 114, 117, 118, 119, 123, 124
- Burgerlijk Werboek 75
- Burgerlijke Instelling voor den Maatschappelijken Steun, Amsterdam 156
- Burgerziekenhuis, Amsterdam 174
- Centraal Comité tot Bestrijding der Tuberculose, afdeling Schiedam 115, 116, 120, 126
- Centraal Israëlitische Ziekenverpleging, Amsterdam 174
- Centrale Bond van Ziekenfondsen (CBZ) 120, 213
- Centrale Gezondheidsraad 60, 80
- Christelijk Historische Unie (CHU) 92
- Christelijk Nationaal Vakverbond (CNV) 203
- Christelijk-Democratische Unie 103
- chronisch zieken 27, 29, 31, 34, 72 *R* 147 *A* 175, 179
- college van Burgemeester en Wethouders (B&W) 64, 90, 91, 93
- Amsterdam 155, 157-159, 175, 176, 178, 181, 182, 184

- Hilversum 195
 Idaarderadeel 136, 137, 139, 140, 143, 144
 Schiedam 106-108, 111-113, 119, 121, 122
 commercieel ziekenfonds 51, 56, 83, 202 *S* 126 *A* 161, 167, 169, 170, 184, 185
 Commissie tot Bestrijding der Werkloosheid, Schiedam 99
 Commissie tot Bezuiniging op de Kosten van het Ziekenhuiswezen 210, 211
 Commissie voor de Huiszittende Armen, het Weduwenhof en de Armenhuizen 161
 Commissie voor Steunverlening aan Crisiswerklozen, Amsterdam 157
 Communistische Partij Holland (CPH) Amsterdam 158
 concurrentie 49-52, 55, 56, 61-63, 67, 69, 76, 79, 81, 85, 138, 191, 194, 204, 209, 219 *S* 104, 105, 107, 119-124 *I* 147 *A* 159, 168, 173
 Congres voor Openbare Gezondheidsregeling 60, 71, 163
 consent 35, 65, 66 *S* 108, 117, 118, 124 *R* 140 *A* 161, 162, 167, 172, 181
 consultatiebureau 78, 80 *S* 116 *A* 180
 consument van medische diensten 15, 19, 22-24, 47, 49, 51, 63, 67, 69, 77, 79, 81, 85, 204, 217
 controlerend geneesheer 66, 67 *S* 119 *A* 171
 Coolsingelziekenhuis, Rotterdam 114
 Coronel, S.Sr. 55
 crisisregeling 208 *S* 119 *I* 145, 147 *A* 167, 168, 172, 181-183, 185, 186
 curatieve gezondheidszorg 15, 17, 19, 20, 24, 31, 41, 47, 79, 80, 83, 85, 171, 191
 Damme, D. van 28
 De Kunst, ziekenfonds Schiedam 109, 120, 126
 De Nederlanden 162
 De Volharding, ziekenfonds 's Gravenhage 69, 71, 77, 185, 203, 204
 Delft 96
 Diaconessenhuis, Leeuwarden 141, 144
 Dienst voor Maatschappelijk Hulpbetoon 43
 Schiedam 102, 119
 Dinxperloo 67, 68
 districtsgezondheidsdienst 41, 43, 80, 197, 213
 doctor 48-53
 doktersfonds 50, 219 *I* 140, 145, 147, *R* 140, 147
 Domburg 67
 doodschouw 65-67 *S* 104 *I* 139 *R* 139, 140 *A* 163
 Dordrecht 104
 drogist 63
 Eagum 129
 Eenhoornapotheken 63, 170
 Eerste Hulp Bij Ongelukken (EHBO) 66, 67 *R* 142 *A* 165
 eigen bijdrage 65, 76, 83, 196, 212, 218 *S* 112, 114, 122, 123, 126 *R* 140, 141 *A* 173, 175, 179, 183, 184
 inkomensafhankelijk 75, 83, 197, 218 *S* 108, 111, 112, 115, 125 *A* 175, 177
 Eijkel, R.N.M. 213
 Elzevier Dom, N.F. 107
 Emma-kinderziekenhuis, Amsterdam 174
 Endtz, J. 106, 107, 111, 112, 115
 Engeland 55
 Europa 22, 39, 44, 72, 85
 farmaceutisch kartel 202
 farmaceutische groothandel 63, 202
 farmaceutische industrie 63
 farmaceutische zorg 37, 53, 65, 191, 219 *S* 109, 123 *I* 147 *R* 140 *A* 160
 Federatie van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleeging in Nederland 207
 Federatie van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging in Friesland 144, 145

- Feisser, J.A. 211
 financieel motief 31, 44, 86
 Fleischer, H.F. 193
 Friens 129
 Friesch Volkssanatorium 144, 146
 Friesche Specialistenvereniging 141, 145
 Friesche Volkspartij 133, 134
 Friesland 129, 132, 137, 138, 140, 144-147, 207, 212, 214
 Bouwstreek 139, 140, 201
 Weidestreek 129, 138, 140, 145, 201
 Gedeputeerde Staten 37, 68, 179
 geestelijke gezondheidszorg 17
 gemeenteapotheek 65
 Gemeentefonds 94, 157
 Gemeentefondsbelasting 94, 220
 gemeentegeneeskundige 57, 58, 60, 64-68, 82, 195, 209 S 104, 106-108, 110, 111, 117-119, 124 A 160, 162-167, 171, 175, 180, 181
 gemeenteheilkundige 65 S 104, 107, 111 A 160, 166
 gemeentelijk medisch personeel 55, 65, 66, 68, 209 S 104, 124 A 160, 162, 166
 contract 67
 instructie 54, 65, 67, 68, 104
 rechtspositie 38, 54, 64, 65, 68, 82, 195, 209, 216, 217
 salaris 54, 55, 57-60, 65-67, 195, 209 S 104, 106, 107, 116, 117, 119, 124 A 160, 163, 164
 Gemeentelijk Werkloosheidsfonds, Amsterdam 155
 Gemeentelijk Werkloosheidsfonds, Schiedam 99, 100
 gemeentelijk ziekenfonds 194 A 163
 gemeentelijke belastingen 93, 94 S 113 I 132, 134 A 154
 Gemeentelijke Geneeskundige Dienst (GGD) 35, 66, 69, 78, 82, 83, 88, 93, 192, 193, 194, 196
 Amsterdam 160, 163, 165-167, 169, 171, 172, 175, 176, 179, 180, 184, 186
 's Gravenhage 193
 Haarlem 16
 Hilversum 194, 195
 Rotterdam 193, 211
 Schiedam 117, 119, 124
 Utrecht 167, 193
 Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG&GD), Amsterdam 171, 180, 181, 182, 186, 214
 Gemeentelijke Gezondheidsdienst 41 Amsterdam 171, 178
 Gemeentelijke Inlichtingendienst, Schiedam 102, 114, 122, 124
 gemeentelijke overheid 16, 25, 33-35, 37, 38, 41-45, 52, 54-60, 62, 64, 66-68, 75, 76, 78, 80, 82, 83, 85, 87-89, 91-94, 190, 196-199, 203, 205-211, 214, 216-220 S 97, 99, 107, 108, 112, 113, 115-117, 119, 120, 123, 125 I 132, 135, 136, 139-142, 144, 145, 148, 149 A 154, 157, 160, 162, 167, 172, 173, 176, 178-187
 gemeentepersoneel 91, 94 S 101 I 132, 134, 136, 139 A 154, 156, 176
 gemeenteraad 64, 90, 91, 93
 Amsterdam 156, 158-160, 163-165, 175-177, 179, 180, 184
 Idaarderadeel 132-136, 141, 142
 Schiedam 97-101, 103, 105-108, 111-113, 115, 121-123
 gemeenteverloeskundige 65 S 104 A 160, 166
 gemeentevroedvrouw 65, 195 S 104, 107, 117 A 160, 163, 164, 171
 Gemeentewet 52, 56, 87, 91, 131
 Gemeenteziekenhuis, Schiedam 98, 104, 106, 110-115, 121-126
 geneeskundig beroep 16, 22, 23, 25, 40, 47, 51, 57, 61, 63, 64, 69-71, 77-79, 81, 82, 86-89, 194, 200, 214, 216 S 105-107, 109-111, 113, 114, 119, 120, 123-126 I 138, 145, 147 A 163, 165, 170, 175, 185
 geneeskundig staatsbestuur 52, 56
 geneeskundige raad 56, 59, 60

- Geneeskundige Vereeniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen in Nederland en zijne Koloniën 73, 76, 199, 200
- geneeskundige zorg 37, 52, 53, 58-60, 65, 68-72, 81, 138, 140, 191, 195, 219 *S* 104, 109, 123 *I* 147 *R* 140 *A* 160, 161, 163
- geneesmiddelen 37, 49, 53, 56-59, 63, 65, 67, 138, 202 *S* 104, 107, 108, 117, 124 *R* 139 *A* 161, 162, 164, 173, 182
- gereformeerde wijkverpleging, Schiedam 116
- Gerritsen, C.V. 154, 162-165, 175, 183
- gezondheidscommissie 60
Schiedam 105, 110
- Gezondheidswet 60, 80, 87
- 't Gild, Grouw 137, 138, 143
- 's Gravenhage 61, 94, 191, 204
- Groen van Prinsterer, G. 33, 37
- Groene Kruis 78, 79, 196, 197
Limburg 79
Roordahuizum 141, 142
Schiedam 116
- Groningen (provincie) 77, 206
- Groningen (stad) 65
- Groot-Brittannië 222
- Grouw 129, 130, 138, 140, 141, 142
- Haarlem 65, 184, 205, 212
- Harmsen, A. 164
- heelmeester 48-53
- Heemskerk, Th. 37
- Heerenveen 129
- Heijermans, L. 72, 167, 170, 171, 179, 180, 186, 193, 194, 196, 199, 211, 220
- heilgymnast 22, 61-63, 190, 204 *S* 108
- heilgymnastische zorg *S* 125
- hervormde diaconie 33
Amsterdam 160, 177
Roordahuizum 132, 133, 135, 139-141, 145, 147, 148
Schiedam 98, 100, 104, 106, 123
- Herwerden, C.H. van 193
- Heye, J.P. 159, 174
- Hilversum 194
- Hoeneveld, H. 143
- Hoeven, H.C. van der 203, 204, 213
- Hollandsche Veld 201
- Hoog-Blaricum, sanatorium 180
- Hoog-Laren, sanatorium 180
- Horst, J.J. van der 113
- Houwaart, E.S. 52
- huisarts 23, 57, 61-63, 66, 67, 71, 79, 82, 83, 145, 190, 191, 193, 194, 200-202, 206, 207, 209, 216, 219, 220 *S* 108, 111, 114, 116, 125-127
I 148 *A* 165, 166, 168, 170, 173, 185
- hulp in de huishouding 78, 79, 83, 210
R 133, 142, 148 *A* 167, 180, 181
- hygiënisten 52, 57, 59, 105, 160
- Idaard 129
- industrialisatie 28, 29, 34
- inkomenssolidariteit 20, 24, 85, 215, 217-221
- inkomensverdeling 17, 18, 24, 86, 88, 90, 190, 192, 208, 209, 215, 219
S 97, 103 *I* 130, 148 *R* 130
A 152, 177
- Instituut voor Fysische Therapie, Amsterdam 172, 173
- intermediair 15, 22-24, 48, 51, 62, 83, 85
- Invaliditeitswet 39, 40, 42
- Jacobs, A. 165
- Janssen-ziekenhuis, P.W. 177, 179
- Josephus Jitta, N.M. 163-167, 176, 177
- kansolidariteit 19, 24, 86, 215, 217, 219
- kerkvoogdij, Roordahuizum 131-133, 135, 137, 140, 141, 144, 145, 148
- kerkvoogdijen, Idaarderadeel 131, 142
- Klijnsma, M.H. 134
- Koene, A.P.M. 105, 107
- Koninklijk Nationaal Steuncomité (KNS) 39, 42
- Krijger, C. 108
- Krimpenerwaard 197
- Kroon 68, 82, 90
- Kroon, A.J. 140

- kruisvereniging 48, 78-80, 197, 206
 S 116, 122, 126 I 142, 144, 146,
 148, 149 R 142, 144
- kunst- en hulpmiddelen 53, 65, 67, 204
 S 117, 125 R 139-141, 148
 A 162
- Kuyper, A. 69
- kwaliteit van zorg 18, 19, 22-24, 49,
 50, 52, 54, 76, 81, 85, 86, 195, 209,
 210, 215, 217 S 123 A 170, 181,
 186
- Landelijke Contactcommissie van
 Onderling Beheerde Ziekenfondsen
 120, 213
- Landelijke Federatie ter Behartiging van
 het Ziekenfondswezen (Federatie)
 70, 109, 120, 145, 200, 202-204,
 212, 213, 220
- Leeuwarden 65, 129, 130, 133, 138,
 141, 144, 145
- Leiden 64, 104, 111
- Liberale Unie 91
 Amsterdam 154, 163
- Liefdadigheid naar Vermogen, Amster-
 dam 154, 155
- Limburg 59, 147
- Lis, C. 28
- Londen 152
- maatschappelijk ziekenhuiswerk 73
 A 180
- Maatschappij tot Nut van 't Algemeen
 64
- Maatschappijziekenfonds 70, 71, 83, 87,
 145, 201, 202, 205, 207, 216 S 109
 A 185
- Maatschappijziekenfonds Friesland Noord
 145
- medische armenzorg 15-17, 24, 31-35,
 43, 45, 47, 50-55, 58, 59, 64, 66-68,
 81, 82, 83, 85, 86, 88, 89, 189, 191,
 201, 205, 208, 214-217, 219-221
 S 98, 100, 105, 106, 108, 117, 118,
 123, 124, 126 I 139 R 139, 145,
 147 A 159, 160, 162, 163, 168
- bereik 31, 32, 37, 47, 54, 66, 81, 86,
 88, 191 S 118, 125 I 147 R 140
 A 159, 162, 184, 186
- financiering 32, 54, 87, 88
- honorarium 50, 53, 54, 67, 85
- kwaliteit van zorg 35, 54
- regulering 32, 37, 68, 87, 88, 215,
 219
- reorganisatie 55 S 106, 108, 112,
 124 A 159, 162-165, 171, 175, 186
- uitgaven 35, 53, 55, 85, 89 S 108,
 118-120 R 139 A 160, 171, 182
- verstrekkingen 16, 31, 35, 37, 66, 85,
 86, 191, 215, 217, 218 S 107, 116,
 124, 125 R 139 A 161, 166, 171,
 186
- medische beroepen 22, 25, 47, 48, 51,
 56, 61, 62, 81, 88, 138, 191,
 202-204, 217 S 123, 125 I 139
 A 185
- medische keuring 54, 66, 67 S 104 I
 139 A 163
- medische oppositie 52
- meergegoeden 29, 49-51, 56, 57, 63,
 73, 78, 81, 87, 93, 190, 191, 203,
 212, 214, 215 S 107, 111 A 152,
 174
- Menno Huizinga, J. 59, 107, 163-166,
 171
- middenstandsziektekostenverzekering
 205
- Minister van Binnenlandse Zaken 60, 68
- Minister van Sociale Zaken 213
- Ministerie van Binnenlandse Zaken 61,
 211
- Ministerie van Sociale Zaken 137, 211
- minvermogenden 17-20, 24, 25, 32, 33,
 44, 47-52, 54, 55, 57, 61, 63, 65, 71,
 74, 75, 76, 78, 81-83, 85, 86, 88,
 138, 141, 190-192, 194-196, 199,
 200, 203, 205, 208-212, 214, 215,
 217-219 S 97, 104, 107, 108, 111,
 112, 114, 119, 121-123, 125, 126 I
 147 A 152, 163, 165-167, 173,
 175, 177, 179-184, 186
- motief van sociale beheersing 29, 30
- motief van sociale emancipatie 30
- motief van sociale rechtvaardigheid 30,
 44, 45, 87

- motieven voor sociale zorg 27, 28, 30,
 31, 44, 86, 87, 215, 219
 Muller, H. 154
 Muntendam, P. 201
 Nationaal Socialistische Beweging (NSB)
 Amsterdam 158, 159
 National Health Insurance (NHI) 221,
 222
 Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis
 207
Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde
 (NTvG) 68
 Nederlandsch Verbond van Vakvereeni-
 gingen (NVV) 38, 40, 200, 203
 Nederlandsche Maatschappij tot bevor-
 dering der Geneeskunst (NMG) 47,
 52, 53, 55, 56, 58-62, 64, 66-72, 76,
 77, 82, 87, 88, 145, 147, 185, 186,
 193-195, 200-203, 205, 207,
 210-212, 216, 217, 219, 220
 afdeling Amsterdam 159, 163-165,
 168, 175, 186
 afdeling Oude IJssel 67
 afdeling Schiedam en omstreken
 104-107, 109, 110, 114, 125, 126
 afdeling Utrecht 59
 bemiddelingscommissie 62
 Centrale Commissie voor Beroepsbe-
 langens (CCB) 62, 79, 194, 195, 209
 Centrale Organisatie ter behartiging
 van het Ziekenfondswezen (CO) 70,
 71, 109
 Gewestelijke Raad 62
 Huisartsenorganisatie 71, 195
 informatiebureau 62
 Specialistenorganisatie 71, 200
 Nederlandsche Maatschappij tot Bevor-
 dering der Pharmacie (NMP) 47, 63,
 71, 110, 186
 afdeling Amsterdam 165, 170
 Nederlandsche Maatschappij tot Bevor-
 dering der Tandheelkunde (NMT)
 1743
 Nederlandsche Vereeniging tegen Val-
 lende Ziekten 174
 Nederlandsche Vereeniging van School-
 artsen 72
 Nederlandsche Vereeniging voor Armen-
 zorg en Weldadigheid 154, 211
 Nederlandsche Vereeniging voor
 Gemeentelijke Geneeskundige Ver-
 zorging 72, 186, 193, 194, 195, 217
 Nederlandse Vereniging van Werkgevers
 38
 New York 23
 Nieuwer-Amstel 152
 Nolet, E.J.M. 112-114
 Noletstichting, Schiedam 116, 121, 122
 Noord-Brabant 59, 79
 Noord-Holland 78
 Nut en Voorzorg, ziekenfonds Schiedam
 109, 120
 Nutsziekenfonds 77
 Ockerse, F.U. 62
 Onderling Beheerd Ziekenfonds
 Schiedam (OBZ) 120, 122
 onderling ziekenfonds 31, 50, 70, 83,
 138, 145, 201-203, 205, 212 S 105,
 109, 110, 114, 119, 120, 123,
 125-127 A 167-170, 173, 185
 Onderlinge Nationale R.K. Vereeniging
 tegen de Kosten van Ziekenhuisver-
 pleging en Operatie 207
 Ongevalwet 38-40
 onvermogens 17-20, 24, 25, 31, 33,
 34, 47-51, 54, 57, 63-65, 71, 74-76,
 78, 81, 82, 83, 85, 86, 88, 89, 138,
 141, 190-196, 199, 209, 211, 214,
 215, 217, 218, 219 S 104, 106,
 107, 110, 111, 114, 117, 119,
 121-126 I 147 R 139, 142
 A 152, 153, 163, 166, 173, 175,
 179, 182, 184, 186
 Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLV-
 gasthuis), Amsterdam 174, 176, 178
 openbare gezondheidszorg 31, 41, 91,
 92
 overheid 15, 21, 25, 32, 33, 35, 37, 38,
 40, 41, 43, 44, 52, 56, 59, 62, 70,
 77, 78, 79, 81, 87, 88, 91, 144, 195-
 197, 199, 211, 216, 218
 parkherstellingsoord 198, 205 A 179
 particulier initiatief 45, 77

- in de gezondheidszorg 34, 41, 43, 44, 61, 62, 64, 65, 77-80, 83, 87, 89, 195, 196, 197, 199, 210, 216, 217, 219 *S* 115, 116, 124, 126 *I* 141 *A* 167, 180-182, 186
- in de sociale zorg 35, 36, 43
- particuliere praktijk 47-51, 53, 54, 56, 58, 59, 66, 67, 69, 75, 81, 85, 86, 138, 190, 201, 206, 208, 209, 214, 215, 220 *S* 106, 108, 123, 124 *I* 147 *R* 140 *A* 159, 161-164, 171, 185
- patiëntenvereniging 23
- Perry, J. 94
- Pijnappel, M.W. 76
- plattelandsheelmeeester 49
- polikliniek 54, 61, 63, 73, 107 *S* 114 *A* 161, 166, 168, 172-174
- pressiegroep 20, 21, 30, 83
- preventieve gezondheidszorg 17, 171, 191, 197
- prijs van medische diensten 17, 18, 48, 50, 56, 59, 63, 81, 86, 202
- producent van medische diensten 15, 19, 22, 24, 25, 47, 48, 51, 57, 77, 85, 86
- produktdifferentiatie 19, 24, 81, 85, 86, 215
- professionele autonomie 22, 64, 71, 82, 86, 124, 217, 220
- Provinciale Bond van Vrijzinnigen, Friesland 132
- Provinciale Friesche Vereeniging Het Groene Kruis 142, 144
- provinciale overheid 38, 56, 58, 59, 68, 78, 82, 141, 197, 210
- Provinciale Staten 60, 141
- Psychiatrisch Neurologische Kliniek, Amsterdam 177
- Quarantaine-inrichting Zeeburg, Amsterdam 171, 177, 178
- Querido, A. 174
- Raad van Arbeid 39, 40
- radicaal-geneeskundige 59, 71, 163
- Rauwerd 139, 140
- Rauwerderhem 129
- reguliere gezondheidszorg 15, 17, 18, 22, 47, 48, 81, 190
- rijksoverheid 22, 35, 41-45, 47, 53, 54, 56-60, 76, 77, 80, 82, 83, 87, 89, 92-94, 103, 120, 132, 136, 137, 142, 157-159, 180, 197, 200, 203, 210, 215, 216, 219, 220
- Rijksverzekeringsbank 38, 114, 117
- Ris, D. 108, 111
- risico 18-20, 23-25, 85, 86, 88, 205, 216-218, 221 *S* 124 *A* 167, 182, 184
- Rodrigues de Miranda, S. 158
- Roëll, C.C. 55
- Romme, C.P.M. 157
- rooms-katholiek armbestuur, Roordahuizum 133
- Rooms-Katholiek Werkliedenverbond (RKWV) 203
- Rooms-Katholieke Staatspartij (RKSP) 193
- Rooms-Katholieke Vereeniging voor Ziekenverpleging, Schiedam 116, 122
- Rooms-Katholieke Vereeniging voor Zuigelingenbescherming, Amsterdam 180
- Rooy, P. de 159
- Rotterdam 61, 65, 95-97, 99, 103, 111, 122, 172, 191, 204, 213
- Sajet, B.H. 186
- sanatorium 78, 80, 120, 179, 198, 205
- sanatoriumverpleging 40, 200 *I* 144 *R* 142 *A* 180
- Schiedam, liberale kiesvereniging 97
- Schiedamse Huisartsenvereniging 125
- Schmitz, H. 97
- schoolarts 66, 67 *S* 116 *I* 140 *A* 165, 166, 171
- schoolgezondheidszorg 66, 67, 79 *S* 107, 116, 117 *I* 140, 144 *A* 165
- schooltandheekkundige zorg *S* 117, 124 *A* 172, 182
- Schukkinck Kool, A. 167, 193, 211
- Schuyt, C.J.M. 30
- Slingenberg, M. 212

- Smit, W.B. 16
- sociaal risico 35, 39, 41, 42, 44, 88
- Sociaal-Democratische Arbeiderspartij (SDAP) 36, 37, 39, 92, 133, 193, 200
- Amsterdam 155-158
- Idaarderadeel 133-135
- Schiedam 97, 101, 103, 124
- sociaal-geneeskundige 59, 60, 71, 72, 82, 171, 186, 193-195, 220
- sociale politiek 15, 24, 25, 27, 28, 47, 77, 85, 86, 88, 90, 147, 212, 215, 219, 221
- sociale verzekering 27, 29-31, 34, 36-38, 40-42, 44, 45, 69, 87, 92
- financiering 38, 39, 41
- regulering 45, 221
- uitgaven 39
- uitvoering 38, 39, 41
- verplicht 29, 30, 35, 38, 44, 192
- vrijwillig 29-31, 35, 44, 45, 87, 88, 137
- sociale zorg 15, 17, 25, 27, 28, 30, 34, 36, 40, 42-44, 64, 77, 78, 85, 89, 91, 92, 154, 192 S 98, 100, 102, 117 I 136 R 133 A 155, 156, 158, 186
- bereik 27, 28, 45
- financiering 27, 40, 43
- regulering 27, 43, 45
- uitgaven 29, 43, 44, 94
- uitvoering 27, 40, 43
- Socialistische Partij, Schiedam 101
- solidariteit tussen gezonden en zieken 20, 24, 215, 217-219
- Soly, H. 28
- somatische gezondheidszorg 17
- Spaans, A. 140
- specialist 23, 61-63, 71, 73, 79, 82, 126, 145, 190, 191, 194, 195, 201, 203, 204, 206, 207, 216, 217 S 108, 111, 114, 122, 125 A 162, 168-170, 172, 173, 183, 185
- specialistische zorg 63, 65, 71, 190, 201, 206, 207, 216 S 109, 114 I 148 A 162, 168, 172, 173
- St. Bonifatius-hospitaal, Leeuwarden 141
- St. Franciscusgasthuis, Rotterdam 122
- St. Jacobs Gasthuis, Schiedam 98
- staatsapotheek 59, 71, 78
- Staatscommissie voor den Landbouw 60, 68
- Staatstoezicht op de Volksgezondheid 37, 38, 55-58, 60, 68, 76, 80, 82, 87, 195, 209, 216
- Stads-ziekenhuis, Leeuwarden 141
- Steuncomité
- Amsterdam 155
- Idaarderadeel 134
- Schiedam 101, 102
- Steunregeling 40, 42-44, 94, 221 S 102 I 135, 136 A 157-159
- Stichting De Beide Gasthuizen, Amsterdam 178
- Stichting Ziekenhuiscontrole voor de Provincie Friesland 146
- Stuurman, S. 36
- subsidie 45, 77, 80
- in de gezondheidszorg 43, 44, 50, 58-60, 74, 77, 78, 80, 87, 89, 196, 198, 199, 207, 210 S 112, 114-116, 121, 122, 124 I 140-144, 146, 148 A 167, 173, 179-182
- in de sociale zorg 33, 39, 41, 43 S 98 I 132, 137, 138 R 133
- subsidiërende solidariteit 19, 20, 24, 81, 86, 88, 89, 215, 217-221
- Swaan, A. de 28
- Sybrandy, B. 140
- Tak, P.L. 92
- Talma, A.S. 39, 70, 77
- tandheelkundig beroep 204
- tandheelkundige 61, 63, 217 S 125 A 172, 174
- tandheelkundige kliniek, Schiedam 119
- tandheelkundige zorg 204 S 109, 119 I 138 A 162, 171, 173
- tandtechnieker 63 A 173
- tarieven 49, 50, 56, 61, 63, 86
- inkomensafhankelijk 48, 49, 53, 75, 81, 85, 107, 138, 219

- Te Helpen, ziekenfonds Schiedam 109, 120
- Tellegen, J.W.C. 169, 170
- Tempel, J. van den 213
- Tesselschadeziekenhuis, Amsterdam 177-179, 183
- Thorbecke, J.R. 32, 33, 52, 55, 56, 59
Tijdschrift voor Armenzorg en Weldadigheid 154
Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 72, 213
- Treub, M.W.F. 154
- Troelstra, P.J. 133
- tuberculosebestrijding 43, 78-80, 83, 191, 197, 210 R 142 A 167, 180
- Tuntler, J.H. 146
- uitgaven aan gezondheidszorg 15, 18, 24, 25, 47, 80, 85, 86, 90, 209
- Unificatiecommissie 203
- Unificatierapport 203
- Utingeradeel 129
- Utrecht (provincie) 207
- vaccinatie 65-67 S 104, 117 I 139 R 139, 140
- Vaillant, C.J. 106, 107
- vakbeweging 23, 25, 30, 36, 39, 40, 45, 47, 200, 203, 204, 212 S 99, 100, 103 I 135 A 153
- Veegens, J.D. 69
- Verdoorn, J.A. 160
- Vereenigde Schiedamsche Ziekenfondsen 109, 120, 125, 126
- Vereeniging Huisverzorging, Amsterdam 181
- Vereeniging tegen Bedelarij, Schiedam 98, 100, 115
- Vereeniging tot Behartiging van Pharmaceutische Handelsbelangen 63, 202
- Vereeniging tot Bescherming van Zui- gelingen, Schiedam 115, 116
- Vereeniging van Administratieve (Eco- nomische) Hoofden van Ziekenin- richtingen in Nederland 73
- Vereeniging van Amsterdamsche Ge- meentegeneeskundigen 166, 167
- Vereeniging van Armbesturen, Amster- dam 155
- Vereeniging van Armbesturen, Schiedam 100
- Vereeniging van Katholieke Ziekenhui- zen 73
- Vereeniging van Nederlandsche Ge- meenten (VNG) 209
afdeling Friesland (VNG Friesland) 141, 145, 146
- Vereeniging van Ziekenfondsgeneesheren (VVZ), Amsterdam 168-170, 185
- Vereeniging van Ziekenhuizen in Nederland 73
- Vereeniging Ziekenhuisverpleging voor Roordahuizum en Omstreken 143
- Vereenigde Staten 16, 22
- vereniging voor ziekenhuisverpleging 15, 24, 77, 189, 190, 205-208, 211, 212, 214, 219 I 143-145, 147-149 R 142, 144-146
premies 206, 207, 218, 219 I 143, 149 R 144
- Vereenigingsfonds 221
- verloskundige zorg 37, 65, 83, 191 S 107, 117, 120, 125 A 163, 166
- verpleegdagen 74, 198, 206, 207, 210 S 112, 115, 121 I 146, 148 R 146 A 162, 176, 177, 183
- verpleegden 72-76, 198, 207, 210, 218 S 110-112, 120-122 I 144, 146 R 141, 144, 146 A 162, 175-177, 179, 183, 187
- verpleegster 22, 72, 183
- Verplegingsbesluit 183
- versterkende voeding 65 S 116, 118, 119 R 139 A 166
- verwijsbrief 63, 207 A 168
- verzekering tegen ziekenhuisverpleging 77, 205, 207, 211, 212, 218 S 121-123, 126, 127 R 142 A 183, 184, 187
- Verzekeringsbelang, Amsterdam 168
- Victoria 162
- Vlaardingens 96
- Vliegen, W.H. 155
- Volksapotheek, Amsterdam 170

- volksverzekering 86, 195, 215
Vox Medicorum 64, 67, 79
 vraag naar medische diensten 15, 48, 78, 80
 Vrankrijker, A.C.J. de 29
 vrije artsenukeuze 109, 124, 194, 204
 in de armenpraktijk 193, 194 S 108, 117, 119, 124 R 139
 in de ziekenfondspraktijk 56, 69-71, 201, 204, 209, 216 S 105, 109, 110, 125 A 161, 185
 Vrijheidsbond 92
 Idaarderadeel 134
 Schiedam 101, 103
 Vrijzinnig Democratische Bond (VDB)
 91, 92
 Amsterdam 156
 Friesland 134
 Idaarderadeel 134
 Schiedam 101, 103
 vroedmeester 48, 49, 52
 vroedvrouw 22, 48, 49, 58, 61, 65, 190 S 107, 117
 Wagenaar, M. 151
 Warga 129, 130, 134, 138-140, 142, 143, 148
 Warstiens 129
 Wartena 129, 142, 143, 148
 Wassenaar 93
 Waterschoot van der Gracht, W.S.J. van 164
 welvaart 15, 18, 48-50, 81, 85, 97, 138, 190, 195, 215
 werkgevers 23, 30, 38-41, 47, 200, 203, 212, 220 S 99 A 155, 184
 werkloosheid 27, 28, 35, 39, 41, 42, 44, 88, 94, 192, 208, 209 S 96, 97, 99-102, 105, 117, 118, 120, 125 I 130, 132, 134-137 A 158, 167
 werkloosheidsverzekering 41, 44
 Werkloosheidsverzekeringsoodwet 39
 werklozen 28, 42, 92, 192-194, 207, 208 S 99, 102, 103, 118-120 I 135-137, 145 R 145 A 155, 157-159, 167, 172, 181, 182, 185
 werklozenzorg 42 S 102 I 135-137, 148 A 155, 158
 werknemers 38, 39, 41, 69, 220 S 99 A 155
 werkverschaffing 27, 42 S 99, 100 I 132, 135-137 A 158
 Wet op de besmettelijke ziekten (Besmettelijke Ziektenwet) 57, 58, 76, 87, 140, 141
 Wet op de lijkbezorging (Begraveniswet) 57, 58, 87
 Wet regelende de uitoefening der geneeskunst 56
 Wet toegang ziektekostenverzekering 221
 Wibaut, F.M. 155, 177
 wijkverpleegster 76, 78, 79, 190, 191, 196, 197 S 115 I 142, 148 R - 142 A 163-165, 171
 wijkverpleging 40, 47, 76, 78, 79, 83, 191, 200, 206, 210, 220 S 115, 116, 126 I 148 R 140, 142, 148 A 164, 165, 167, 174, 180, 181
 Wilhelminagasthuis, Amsterdam 174, 175, 178, 179
 Wirdum 139, 140, 142
 Wit-Gele Kruis 79, 197, 207
 Schiedam 116, 121-123
 Witte Kruis 78, 79, 196
 Wolf, H.R. 211
 Wortman, J.L.C. 76, 166, 176, 177, 199
 Zanden, J.L. van 130
 Zeeland 59
 Zeeuwse Vereniging van Genees- en Heelkundigen 53
 Zeist 68
 ziekenfondsbode 62 A 169
 ziekenfondscultuur 88, 200, 205, 208, 217, 219 S 117, 119, 123-125 A 181, 184
 ziekenfondsen 15-17, 23, 24, 31, 32, 35, 45, 47, 48, 50-52, 54-56, 58, 61-64, 66, 68-71, 77, 78, 81-83, 85-89, 145, 147, 189, 196, 200-209, 212-214, 216-222 S 104-106, 108-110, 118-120, 123-126 A 159, 161, 162, 166-170, 172, 173, 182-185
 bereik 31, 32, 81, 87, 88 S 104, 123 A 159, 162

- financiering 32, 40, 77, 87
 honorarium 50, 56, 71, 85, 201, 204,
 205, 214, 216, 217 S 109, 110
 A 168-170, 173, 185
 premies 50, 55, 56, 77, 85, 86, 88,
 201, 202, 204, 208, 214, 215, 217,
 220, 221 S 109, 110, 119 A 161,
 167-170, 173, 181-183
 regulering 32, 40, 41, 69, 70, 87, 88,
 200, 203, 212, 213, 215, 216, 221
 verstrekkingen 40, 69, 70, 77, 83, 85,
 86, 88, 200, 203, 204, 212, 214, 215,
 217, 218, 219, 221 S 107-110, 119,
 120, 125 I 138 A 162, 166, 168,
 170, 173, 185
 welstandsgrens 56, 69, 70, 205, 208,
 214 A 169, 182
 Ziekenfondsenbesluit 16, 41, 183, 184,
 190, 209, 213, 220
 Ziekenfondsgrens 214, 221
 ziekenfondspraktijk 51, 53, 54, 58, 66,
 67, 81, 86, 88, 190, 194, 205, 209
 A 162-164, 171, 184
 ziekenfondsstrijd 63, 145, 185, 201, 202
 S 110, 120, 125 A 169, 170
 ziekenfondsverzekerden 50, 56, 68, 69,
 83, 85, 88, 145, 194, 200, 201, 203,
 204, 208, 209, 214, 220, 221
 S 105, 109, 119, 120 A 165, 168,
 169, 172, 173, 182, 183, 186
 ziekenfondsverzekering 16, 31, 69, 86,
 152, 200, 205, 215, 217, 220
 verplicht 32, 41, 44, 69, 86-88, 200,
 212, 213, 215, 216, 219-221
 vrijwillig 32, 40, 41, 70, 86, 88, 214,
 215, 217, 221
 Ziekenfondswet 40
 ziekenhuis 21, 22, 31, 54, 61, 65,
 72-74, 76, 77, 83, 190, 198-200,
 203, 206-208, 210, 211 S 126
 A 174-179, 183, 187
 academisch 74, 87 A 174, 176, 177,
 179
 fabrieks- 76
 gemeentelijk 65, 74-76 A 174,
 176-180, 183, 187
 particulier 74-76, 83, 198, 199, 210
 S 113, 114, 116, 120-122, 125, 126
 A 162, 174-177, 179, 183, 184, 187
 ziekenhuisbedden 74, 191, 198, 199
 S 115, 122 A 174-177, 183
 ziekenhuisverpleging 16, 40, 47, 72,
 74-77, 83, 174, 190, 191, 197-200,
 203-206, 210, 214, 218, 219 S 113,
 114, 120, 126 I 141 R 140, 144,
 148 A 174-176, 179, 184, 187
 uitgaven 73-77, 83, 89, 146, 197,
 198, 205-208, 210, 211, 218, 219
 S 111-114, 120-122 I 142, 146,
 148 R 141, 146, 148 A 174-179,
 183, 184, 187
 ziekenhuiswezen 21, 61, 65, 72, 83,
 198, 199, 211, 217 A 166, 174, 187
 Ziekeninrichting aan de Prinsengracht,
 Amsterdam 174
 ziekentransport 197, 206 I 148
 R 142 A 165
 Ziekenzorg, ziekenfonds Amsterdam 77,
 161, 170, 185, 202-204, 213
 Ziekenzorg, ziekenfonds Schiedam 105,
 126
 Ziektewet 40, 41, 69, 70, 77, 203
 Zuid-Holland 104, 107
 zuigelingen­zorg 43, 47, 78-80, 83, 191,
 197, 210 S 116 I 144
 A 165-167, 180

Curriculum vitae

Henk F. van der Velden (1963) studeerde Maatschappijgeschiedenis aan de Erasmus-universiteit Rotterdam, met als hoofdvak geschiedenis van industriële samenlevingen en als afstudeervariant Beleid en Bestuur. Tijdens zijn studie werkte hij als onderzoeksassistent bij het Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek te Den Haag. Na het behalen van het doctoraal examen (1988) werkte hij als assistent in opleiding bij het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmusuniversiteit, alwaar het onderhavige onderzoek werd uitgevoerd. Momenteel werkt hij als wetenschappelijk docent bij het iBMG. Hij publiceerde voornamelijk over de geschiedenis van de sociale zorg en de organisatie van de gezondheidszorg in deze eeuw.

