

Het effect van de invoering van de Ongevallenwet 1901 op de gezondheidszorg*

D. Rigter

De Ongevallenwet die in 1901 werd aangenomen, is ook honderd jaar nadien onderwerp van studie.¹ Met deze Wet werd een begin gemaakt met de opbouw van het Nederlandse socialezekerheidsstelsel. De politieke en maatschappelijke discussie over de inhoud en de vorm van het stelsel die in de tien jaar voorafgaande aan de totstandkoming ervan was gevoerd, zou niet meer verstommen. De beslissing om te beginnen met de verplichte ongevallenverzekering en de uitvoeringsvorm die gekozen werd, bemoeilijkten de invoering van de andere sociale verzekeringswetten, vooral die van de Ziektewet.

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de genees- en heelkundige vergoeding van de behandeling van ongevalspatiënten die onderdeel was van de Ongevallenwet, OW. Onderzocht wordt welk effect dit had op de beschikbaarheid en de organisatie van zorg. Daarnaast wordt duidelijk gemaakt welke rol artsen in de discussies rond de uitvoering van dit onderdeel van de Wet speelden.

De OW kwam tot stand in een periode waarin de rijksoverheid meer oog had voor de bescherming van arbeiders en hun gezondheid. Voorzieningen op dit terrein waren tot dan toe voornamelijk een zaak van het particuliere initiatief en de lokale overheden. De opvatting dat de bestaande voorzieningen niet voldeden, was een stimulans voor bemoeienis door het rijk. De nieuwe rijksregelingen vervingen deels de oude, vulden ze deels aan of functioneerden ernaast. Het geheel werd hierdoor gelaagder en zowel voor tijdgenoten als voor diegenen die deze voorzieningen bestuderen minder inzichtelijk.

Door de OW kreeg de rijksoverheid een richtinggevende en toezichhoudende rol in de verhouding tussen werkgever en werknemer, tussen arts en patiënt en tussen arts en werkgevers. De overheidsbureaucratie stond nog in de kinderschoenen. Het uitvoeringsapparaat moest van de grond af worden opgebouwd en maakte gebruik van de bestaande infrastructuur. De OW zorgde voor een verbetering van de Nederlandse gezondheidszorg. De uitvoering ervan bracht echter ook problemen met zich mee. De bewegingsruimte van betrokkenen om problemen op te lossen was, onder andere door de veelheid van belangen waarmee rekening

moest worden gehouden, beperkt. Een aantal kwesties als de onafhankelijkheid van de behandelende arts, kostenbeheersing, de relatie tussen de OW en andere sociale wetten en voorzieningen en de rol van de bedrijfsarts was decennialang onderwerp van politiek en maatschappelijk debat.

1 De achtergronden

Het verlenen van materiële en immateriële hulp was tot aan de invoering van de socialezekerheidswetten een plaatselijke aangelegenheid. Familie, vrienden of de buurt zorgden voor hulp bij ziekte en bij verlies van inkomsten. Daarnaast kon een beroep op kerkelijke en particuliere hulpverleningsinstanties of op de lokale overheid worden gedaan. Werkgevers konden, al dan niet door zich te verzekeren, zorgen voor hun arbeiders, en werknemers organiseerden onderlinge hulp.²

In overeenstemming met het algemene beeld dat de Nederlandse economie tot aan het laatste kwart van de negentiende eeuw vertoonde, hadden ook deze arrangementen een lokaal karakter.³ De rijksoverheid hield toezicht op de lagere overheden en garandeerde via het Burgerlijk Wetboek een bepaalde mate van rechtsgelijkheid. Werd de openbare orde op nationaal niveau bedreigd, bijvoorbeeld bij het uitbreken van besmettelijke ziekten of door migratie en landloperij, dan greep de rijksoverheid in.

Het Stoombesluit uit 1824 is een voorbeeld van een rijksregeling die de veiligheid van burgers moest waarborgen. De inspecteurs die de controle uitoefenden, kregen door de bezoeken die ze aflegden een beeld van de gang van zaken in bedrijven. Op grond van hun ervaringen pleitten zij voor een betere arbeidersbescherming. De liberalen die het voor het grootste deel van de tweede helft van de negentiende eeuw in Nederland voor het zeggen hadden, waren terughoudend bij het ingrijpen in het economisch leven. Het toezicht op de naleving van de Kinderwet van Van Houten uit 1874, die een aantal vormen van kinderarbeid verbood, was onvoldoende. De parlementaire enquête van 1886 naar de werking van die wet en naar de toestand in de fabrieken en werkplaatsen, was volgens de sociaal-liberaal H. Goeman Borgesius een onderzoek naar misstanden die de harmonieuze samenleving verstoorden. De Arbeidswet van 1889 was een antwoord op de in de enquête geconstateerde misbruiken. De Arbeidsinspectie werd opgericht om naleving van de wet te controleren. Een poging om het toezicht op de fabrieksarbeid over te laten aan de geneeskundige inspectie, mislukte omdat een te grote invloed van medici werd gevreesd.⁴ De Veiligheidswet van 1895 bracht regelgeving voor de veiligheid in bedrijven van meer dan tien werknemers.

Naarmate de bemoeienis van de rijksoverheid groter werd, ontstond er ook behoefte aan ambtelijke ondersteuning voor het beleidsvormende werk. Wetgeving was voornamelijk een taak van de ministers van Justitie, Binnenlandse Zaken en Financiën en van het parlement. De in de jaren tachtig ingestelde staatscommissies kregen niet alleen de opdracht de sociale kwestie, waaronder de gezondheidstoestand van arbeiders, te onderzoeken maar ook om wetsvoorstellen te doen. De roep om deskundigheid en om continuïteit bij de wetsvoorbereiding werd steeds luider. De in brede kring levende angst voor een toename van de

rijksambtenarij en vooral de stijging van de kosten die daarmee gepaard ging, kon daarbij echter niet genegeerd worden. De uitbreiding van de bureaucratie op rijksniveau vertoonde daardoor in deze periode geen ononderbroken opgaande lijn. In 1879 werd bijvoorbeeld de afdeling Armwezen van het departement van Binnenlandse Zaken opgeheven. In 1893 werd de afdeling Arbeid en Fabriekswezen bij het in 1877 ontstane departement van Waterstaat, Handel en Nijverheid in het leven geroepen.⁵ In 1899 pleitte de toenmalige sociaal-liberale minister C. Lely voor een afsplitsing van de afdeling Arbeid en de oprichting van een afzonderlijk departement. De ministerraad vond de tijd echter niet rijp voor een dusdanige uitbreiding van het rijksoverheidsapparaat.⁶ Ook het plan uit 1901 van de antirevolutionair A. Kuyper voor de instelling van een dergelijk departement, waarvan hij dan zelf minister zou worden, kwam niet van de grond.⁷

In 1905 werd het departement van Landbouw, Nijverheid en Handel opgericht. De afdeling Arbeid werd daar ondergebracht. Minister Talma splitste de afdeling in 1908 in de afdelingen Arbeid en Arbeidersverzekering. In 1910 werd bij Binnenlandse Zaken de afdeling Volksgezondheid en Armwezen ingesteld.⁸ Deze werd in 1918, toen toch een afzonderlijk departement van Arbeid tot stand kwam, opgesplitst. Armwezen bleef bij Binnenlandse Zaken en Volksgezondheid ging naar Arbeid.⁹

De geschiedenis van deze departementsafdelingen toont niet alleen een toenemende rol van de rijksoverheid en een steeds grotere specialisatie en professionalisering, inclusief het risico van competentiestrijd tussen de afdelingen. Ze is tevens een afspiegeling van de algemeen maatschappelijke trend waarbij een steeds duidelijker onderscheid gemaakt werd tussen materiële en immateriële hulpverlening, intra- en extramurale zorg¹⁰ en vooral tussen wat genoemd werd valide en niet-valide armen. Onder valide armen verstond men arbeiders met een regelmatig inkomen die buiten hun schuld geheel of gedeeltelijk, tijdelijk dan wel permanent op ondersteuning waren aangewezen.¹¹ Bij de formulering van socialezekerheidswetten stond onder andere de vraag centraal of deze alleen voor arbeiders bedoeld waren of dat er volksverzekeringen moesten komen.¹² Was wetgeving alleen gerechtvaardigd als deze het algemeen belang diende of konden groepsbelangen voorrang krijgen? Net als over alle andere onderdelen van de sociale wetgeving waren hierover de meningen verdeeld, ook binnen de politieke partijen. Dit verminderde de slagvaardigheid van de wetgever.

De wetten die aan het begin van de twintigste eeuw tot stand kwamen, werden niet in een vacuüm geconcipteerd en geïmplementeerd, maar raakten bestaande voorzieningen en belangen. De politieke discussie ging over het afwegen van deze belangen tegen datgene wat als algemeen belang werd gezien. Inzicht in de maatschappelijke ontwikkelingen was bij het nemen van beslissingen vanzelfsprekend onmisbaar. Kennisvergaring en belangenbehartiging liepen onvermijdelijk door elkaar heen. Belangenorganisaties van werkgevers, werknemers en bijvoorbeeld artsen, onderkenden dat lobby bij de rijksoverheid noodzakelijk werd. Ook hierdoor was snelle wetgeving en invoering van door het parlement aangenomen wetten lastig.

Het grootste deel van de maatschappelijke hulpverlening, bestaande uit opvang en verheffing van mensen via armenzorg, onderwijs en gezondheidszorg, werd gefinancierd door de armenzorg.¹³ De liberalen probeerden sinds Thorbecke de armenzorg van staatswege te ordenen. Volgens Thorbecke waren bijvoorbeeld armenfondsen van diaconieën geen eigendom van de kerkelijke gemeente maar *het goed der armen, ten hunnen behoefte door de bestuurders volgens de reglementen te gebruiken*. Hij vond het daarnaast *hoog noodig* deze reglementen aan de heerschappij *eener algemeene wet te onderwerpen [...] en tevens eene werkzame magt van toezigt of oppervoogdij over alle kerkelijke en andere bijzondere armengestichten in te stellen*.¹⁴ Zijn voorstel voor een Armenwet waarin deze opvattingen tot uiting kwamen, leverde een storm van protest op. In de Armenwet van 1854 van de conservatief F.A. van Hall werd de positie van de kerkelijke en particuliere armenzorg bevestigd. Met het bestuur en beheer van de instellingen kon de overheid zich niet bemoeien. Alleen bij de verstrekking van subsidie moest de noodzaak ervan worden aangetoond.

Vermindering van de subsidie door gemeenten, provincies en rijk was een van de oogmerken van de wet. Achteraf gezien bleek dit een onmogelijke opgave, het bedrag aan subsidie nam alleen maar toe. In 1850 werd ongeveer de helft van de 3.411 armbesturen gesubsidieerd voor een totaal van f 1,7 miljoen. De armenzorguitgaven bedroegen rond 1900 f 18 miljoen. Tussen 1854 en 1907 steeg het bedrag aan subsidie aan bijvoorbeeld ziekenhuizen van rond de f 330.000,- naar f 1.6 miljoen.¹⁵

Critici van de Wet van 1854 stelden dat door gebrek aan samenwerking tussen de verschillende instellingen bedrog in de hand werd gewerkt. Bij welke instellingen de arme hulp kreeg en hoeveel hij daar ontving, kon niet gecontroleerd worden. Hulp die via de armenzorginstellingen werd verstrekt, leidde bovendien tot afhankelijkheid in plaats van structurele verbetering. Het verheffende karakter van de armenzorg zou bij wet vastgelegd moeten worden.

Vooral uit liberale hoek was er kritiek op het feit dat de overheid in toenemende mate de armenzorg betaalde, maar er geen directe invloed op had. Het verzet tegen iedere vorm van bemoeienis was vanuit de hoek van wat wel het taaie Nederlandse particularisme werd genoemd aan het einde van de negentiende eeuw niettemin onverminderd hevig.¹⁶ De discussie over al dan niet overheidsingrijpen werd met verve gevoerd. Uiteindelijk bracht in 1912 het confessionele kabinet-Heemskerk een nieuwe Armenwet tot stand. De vrijheid en zelfstandigheid van kerkelijke en particuliere instellingen werd hierin gegarandeerd en het subsidiariteitsbeginsel werd gehandhaafd. Samenwerking tussen de instellingen moest bevorderd worden door middel van de oprichting van Armenraden die de lokale instellingen moesten overkoepelen en zo fraude tegengaan. In de raden zaten afgevaardigden van lokale hulpverleningsinstellingen.

De medische armenzorg werd als enige vorm van zorg in de Armenwet omschreven. Zij was van grote betekenis. In de negentiende eeuw kreeg een vijfde tot een derde deel van de bevolking van een stad als Maastricht medische verzorging via de medische armenzorg.¹⁷ Ook vóór 1854 had vrijwel iedere gemeente een armendokter. In de grotere steden waren er gemeenteziekenhuizen waar ver-

pleging op kosten van het armbestuur werd geboden.¹⁸ De honoraria van artsen en andere hulpverleners, de kosten van intramurale behandeling en verpleging en die van genees- en hulpmiddelen werden grotendeels via de lokale armenzorg betaald.¹⁹ In 1920 constateerde de commissie-Koolen dat de medische armenzorg meer en meer als *sociaal-hygiënische zaak* werd gezien en niet meer als armenzorg.²⁰

De *patriarchale* relatie tussen patroon en arbeider kon een garantie zijn op steun in economisch slechte tijden of bij ziekte, ongeval of overlijden. De opheffing van de gilden en het losser worden van de arbeidsrelaties aan het einde van de negentiende eeuw maakten dat deze bestaansstrategie minder voorhanden was.²¹ De hoogte van de lonen was in veel gevallen ontoereikend om calamiteiten structureel te kunnen opvangen. Door migratie, bijvoorbeeld vanwege het zoeken naar werk, werden ook andere hulpverleningsverbanden doorbroken. Op verschillende manieren werd geprobeerd te voorkomen dat een beroep op de armenzorg moest worden gedaan. Particuliere organisaties die de moderne armenzorg voorstonden, zoals het Amsterdamse Liefdadigheid naar Vermogen en Hulp na Onderzoek, boden *selfhelp* onder andere door middel van kleine leningen. De rijksoverheid stimuleerde door de oprichting van de Rijkspostspaarbank het sparen. De in deze periode ontstane onderlinge organisaties van arbeiders boden hulp bij derving van inkomsten en bij kosten die gemaakt moesten worden als gevolg van ziekte en overlijden. Artsen namen het initiatief tot het oprichten van ziekenfondsen waarin zij meer invloed hadden op de vergoedingen die zij voor hun werkzaamheden ontvingen. De minvermogenden onderscheidden zich van de armen doordat ze de verzekeringspremie konden opbrengen die voor de verschillende voorzieningen gevraagd werd.²² Naar gelang de hoogte van de lonen wijzigde en in situaties van werkloosheid, ouderdom en dergelijke werd de grens tussen arm en minvermogend overschreden. In tijden van economische malaise bleven financiële bijdragen van de overheid via de armenzorg noodzakelijk.

De socialezekerheidswetten die de liberale regeringen in de jaren negentig voorbereidden, hadden mede tot doel de arbeiders los te maken uit de afhankelijkheid van de armenzorg.²³ Deze wetten betekenden verplichte verzekering tegen derving van inkomsten en tegen de kosten van ziekte en invaliditeit. De onderlinge voorzieningen en de al dan niet commerciële fondsen en verzekeringen die bestonden, waren volgens de onderzoeken die ernaar gedaan werden en die in de volgende paragraaf aan de orde zullen komen, onvolkomen en ontoereikend.²⁴ Dat de rijksoverheid een rechtsgrond had om verzekering tegen bijvoorbeeld bedrijfsongevallen verplicht te stellen, werd door velen onderschreven. De manier waarop het kabinet-Pierson aan deze verplichting vorm gaf, daarover ontstonden langdurige debatten.

2 De wordingsgeschiedenis van de Ongevallenwet

De sociale onrust in de jaren tachtig maakte van de sociale kwestie een urgent punt op de politieke agenda. Het eindrapport van de parlementaire enquête van

1886 raadde een wettelijk geregelde ongevallenverzekering aan. De in 1890 ingestelde staatscommissie-Rochussen onderzocht in een aantal afdelingen van de arbeidsinspectie de ongevals-, ziekte-, ouderdoms- en overlijdensvoorzieningen en deed tevens onderzoek naar de veiligheid en gezondheid van arbeiders in de werkplaatsen en fabrieken. Op basis van dit onderzoek moest wetgeving worden voorbereid. De troonrede van 1891 van het liberale kabinet-Van Tienhoven kondigde maatregelen op dit terrein aan. A.F. van Leijden bracht in opdracht van de regering in 1892 een rapport uit waarin een blauwdruk werd gegeven van de wijze waarop in Nederland de sociale wetgeving zou moeten worden aangepakt.²⁵ Van Leijden vond een wettelijk verplichte ziekteverzekering niet nodig. Arbeiders konden bij kortdurende ziekteperioden zelf maatregelen treffen door te sparen of zich bij een onderling ziekenfonds aan te sluiten, of ze waren via de werkgever voorzien van doorbetaling van loon of van lidmaatschap van een ondernemingsfonds. De ervaring in Duitsland leerde dat wettelijke verplichting zodanige eisen en controle met zich meebracht dat het voortbestaan van de fondsen in gevaar kwam.²⁶ De maatschappelijke voordelen van het bestaan van *vrije fondsen*²⁷ achtte Van Leijden groter dan de voordelen van een wettelijk verplichte verzekering. Liever niet optimaal functionerende organisaties dan geen organisaties.

Van Leijden was wel voorstander van een wettelijk verplichte invaliditeitsverzekering voor bepaalde bedrijven. Hierin zou niet alleen invaliditeit als gevolg van bedrijfsongevallen maar ook invaliditeit door ziekte en ouderdom moeten worden opgenomen. Hij stelde daarbij een Karenztijd of wachttijd van 26 weken voor. Deze periode zou door de bestaande, *vrije* ziekenkassen kunnen worden overbrugd waardoor de lasten voor de werkgevers niet te hoog zouden oplopen. De verzekeringsinstelling die de invaliditeitsverzekering zou gaan uitvoeren, moest wel de bevoegdheid krijgen gedurende deze periode de behandeling van de invaliditeit op zich te nemen door het kosteloos verstrekken van geneeskundige hulp en medicijnen *benevens zoo zij dit noodig acht opname in een gasthuis*. De verzekerde zou zich hieraan moeten onderwerpen *op straffe van verlies van zijne aanspraak op de schadeloosstelling die hij na 26 weken anders wellicht zou kunnen doen gelden*. Andere in deze 26 weken gemaakte kosten kwamen niet ten laste van de verzekeringsinstelling: *met de ondersteuning van het gezin heeft zij zich niet in te laten*.²⁸

Een aparte voorziening voor invaliditeit door ouderdom raadde Van Leijden af. Hij was voorstander van een vrijwillige ouderdomsverzekering en de instelling van een Rijksverzekeringsbank die arbeiders een zekere mogelijkheid tot sparen zou bieden.²⁹ In 1893 kreeg een aantal ambtenaren de opdracht een plan voor de instelling van een Rijksverzekeringsbank, RVB, uit te werken.³⁰ Eind 1893 werd het ontwerp van wet tot instelling van de RVB ingediend. Het wetsontwerp voor de vrijwillige ouderdomsverzekering is echter nooit aangenomen.³¹

De staatscommissie-Rochussen concludeerde in 1893 net als Van Leijden dat de meeste arbeiders een verzekering tegen verlies van inkomen bij ziekte hadden en waar mogelijk ook een ziektekostenvoorziening. *Waar gelegenheid bestaat, verzekert het meer welgestelde deel der bevolking zich [van] geneeskundigen bijstand; in de gemeenten waar die hulp overvloedig wordt aangeboden, beschouwt de arbeider het als*

*plichtmatig, zoo het slechts eenigermate kan, er gebruik van te maken, en die hulp zelve als weldaad.*³²

Bij KB van 29 september 1892 was een commissie van voorbereiding benoemd die onder andere de voorstellen van de staatscommissie voor een ongevallenverzekering zou gaan uitwerken. Deze commissie had dezelfde samenstelling als de commissie-Rochussen. Geen van de leden was arts.³³ De commissie raadpleegde wel een aantal artsen en andere betrokkenen bij ziekte- en ongevallenverzekeringen. Het eindrapport van de staatscommissie-Rochussen uit 1894 beval een wettelijk geregelde ongevallenverzekering aan. De uitwerking van dit advies in wetgeving werd aan de afdeling Arbeid van het ministerie van Waterstaat, Handel en Nijverheid in handen gegeven.³⁴ Het hoofd van deze afdeling, J.W.S.A. Versteeg, wordt gezien als de geestelijke vader van de Ongevallenwet.³⁵

Minister van Waterstaat, Handel en Nijverheid, Ph.W. van der Sleyden, van het conservatief-liberale kabinet-Röell, diende in februari 1897 een ontwerp van wet in voor een verplichte ongevalsverzekering.³⁶ Hierin werd genees- en heelkundige behandeling of vergoeding daarvan opgenomen. In het geval dat een verzekerde lid was van een fonds dat daarin voorzag, zou een vergoeding voor de premie van dat fonds worden verstrekt. De Rijksverzekeringsbank zou het uitvoeringsorgaan worden.³⁷ Na een wachttijd van drie weken zou ook geld voor levensonderhoud worden uitgedeeld. Het wetsvoorstel was een combinatie van allerlei eerder uitgebrachte adviezen: geen ziekteverzekering, wel een verplichte verzekering tegen ongevallen maar niet tegen andere vormen van invaliditeit. De wet zou uitgevoerd worden door de Rijksverzekeringsbank die oorspronkelijk bedacht was als instelling voor een vrijwillige ouderdomsverzekering. In de eerste periode na het ongeval kon een verzekerde geen aanspraak maken op een uitkering, maar kreeg hij wel de ziektekosten vergoed. De bestaande fondsen zouden zo wat betreft de inkomstenderving een rol kunnen blijven spelen in de verzekering tegen ongevallen.

Het ontwerp-Van der Sleyden werd door zijn opvolger Lely ingetrokken.³⁸ Zijn nieuwe voorstel kwam wat betreft de heel- en geneeskundige voorziening en de uitvoering overeen met dat van Van der Sleyden.³⁹ Tijdens de beraadslagingen in de Tweede Kamer in 1899 kwam ter sprake dat het ontwerp mede gebaseerd was op de verslagen van de arbeidsinspectie.⁴⁰

De genees- en heelkundige hulp zou in natura ofwel als rechtstreekse vergoeding van de Bank aan de zorgverleners, worden verstrekt.⁴¹ Hiermee kwam de controle op de behandeling uitsluitend in handen van de RVB. Dit om te zorgen dat werkgevers en werknemers het voorkomen van ongelukken niet zouden veronachtzamen.⁴² De bepalingen omtrent de verstrekking of vergoeding van genees- en heelkundige hulp van artikel 17⁴³ gingen vooraf aan de artikelen die de inkomstenderving regelden, net als bij de Duitse ongevallenwet. Dat de interpretatie van art. 17 problemen zou kunnen opleveren omdat de formulering ervan geen grenzen aangaf, iets wat veel later een *open einderegeling* zou gaan heten, kwam tijdens de behandeling van de wet aan de orde. De minister stelde het parlement gerust door toe te zeggen dat de RVB garant zou staan voor een afgewogen uitvoering. De verzekerde was bovendien verplicht er alles aan te doen

om zijn genezing te bevorderen.⁴⁴ De werknemers onderkenden het voordeel van de gratis geneeskundige behandeling.⁴⁵

Vanwege het belang van goede genees- en heelkundige hulp werd bij de uitvoering van de wet niet gekozen voor bedrijfsverenigingen. Deze hadden de voorkeur van onder anderen de antirevolutionaire voorman Kuyper die zich baseerde op de Duitse *Berufsgenossenschaften*, verenigingen van soortgelijke werkgevers die als onderlinge verzekeringslichamen werkten en die samenwerkten met vertegenwoordigers van werknemers.⁴⁶ De verwachting van minister Lely was dat, gezien de omvang van het Nederlandse bedrijfsleven, veelal kleine bedrijfsverenigingen zouden ontstaan die niet in staat zouden zijn adequate hulp te bieden. De kosten zouden voor hen een *drukkende last* worden.⁴⁷ Dit hadden de ervaringen in Duitsland en bij de Nederlandse ziekenkassen en -fondsen geleerd. De van en door de overheid gevorderde kwaliteit en continuïteit zouden dan niet kunnen worden gegarandeerd.

In een adres aan de Tweede Kamer gaf D.W. Stork van de Gebroeders Stork & Co, een van de grote werkgevers in Nederland die voor hun arbeiders een ondernemingsfonds hadden opgericht,⁴⁸ te kennen dat het wetsvoorstel prikkels tot het nemen van maatregelen tot spoedige genezing wegnam en het voortbestaan *bij een aantal grote ondernemingen bestaande, goed georganiseerde instellingen van voorzorg en onderlinge hulp ondermijnde*.⁴⁹ De kostenbesparing van het binnen het bedrijf houden van gedeeltelijk invalide werknemers werd door de wetgever onvoldoende onderkend. Stork en Kuyper bespraken de mogelijkheid om plaatselijke of *genossenschaftliche* risicoverenigingen alle zaken betreffende de geneeskundige behandeling en uitkering te laten afhandelen.⁵⁰

Het tijdens de Kamerbehandeling ingediende groot-amendement Kuyper trachtte enerzijds aan het door Lely voorgestelde systeem recht te doen door een aantal belangrijke voorwaarden te stellen aan werkgevers en verwoordde anderzijds de door Kuyper en Stork aangehangen organische samenwerkingsgedachte.⁵¹ Er was onder andere de mogelijkheid in opgenomen dat bij gedeeltelijke invaliditeit de werknemer kon blijven werken terwijl ook dan gratis geneeskundige behandeling gewaarborgd bleef. Ook andere werkgevers lieten weten moeite te hebben met de monopoliepositie van de RVB bij de uitvoering. Hierdoor zou simulatie bevorderd worden, het verantwoordelijkheidsbesef van de werkgevers verminderen en het zou leiden tot kostenverhoging van de genees- en heelkundige behandeling. Verschillende adressen gaven een schets van de bestaande voorzieningen en van deze informatie maakten verschillende Kamerleden in de latere discussie gretig gebruik.⁵²

De regering bleef van mening dat de bestaande voorzieningen het bezwaar hadden dat de arbeiders voor hun gezondheid in een afhankelijkheidspositie ten opzichte van de werkgever verkeerden en dat ze te weinig invloed op een juiste uitvoering hadden.⁵³ Controle op de behandeling en de vergoeding van de daarvoor gemaakte kosten waren daarom bij de RVB in de juiste handen. Naar aanleiding van de verschillende ingekomen adressen zegde de minister toe dat werkgevers die behoorlijke voorzieningen voor verpleging en behandeling van getroffen en hadden, ook op de vergoeding aanspraak zouden kunnen maken. Zo

zouden de bestaande instellingen voor onderlinge hulp bij grote ondernemingen geen gevaar hoeven te lopen.⁵⁴ De particuliere verzekeringsmaatschappijen en de organisaties die onderlinge verzekeringen aanboden, streden voor handhaving van hun positie, desnoods onder toezicht van de overheid.⁵⁵

Tegen de in het wetsvoorstel voorziene wachttijd van drie weken werd in de adressen geen bezwaar gemaakt, omdat de doorbetaling van het loon gedekt zou worden door de werkgever, een verzekering of een ziekenfonds. In het spraakgebruik werd niet altijd een onderscheid gemaakt tussen ziekenfondsen en ziekenkassen, bij beide konden verzekerden aanspraak maken op ziekingeld en/of vergoeding van ziektekosten.⁵⁶ Sommige Kamerleden vonden het echter niet terecht dat gedurende de eerste drie weken geen rente werd uitgekeerd maar wel vergoeding voor geneeskundige behandeling zou worden gegeven. Aan deze vergoeding zou nu juist geen behoefte bestaan omdat veel arbeiders bij een ziekenfonds waren aangesloten.⁵⁷ Lely liet weten dat in dat geval de premie voor dit lidmaatschap vergoed zou worden.⁵⁸ Dit zou het lidmaatschap van een ziekenfonds bevorderen. Verder zou bij het formuleren van de Algemene Maatregel van Bestuur, AMvB, bij artikel 17 overwogen kunnen worden of goed georganiseerde ziekenfondsen bij de uitvoering een grotere rol zouden kunnen krijgen. Er bestonden plaatselijk grote verschillen⁵⁹ in het aanbod van zorg en in de manier waarop *de werkmán gewoon is zich door middel van een wekelijksche bijdrage van bedoelde behandeling te verzekeren. [...] Het meest wenschelijk komt het voor dat de getroffenē met zijn goedvinden in een ziekenhuis worde opgenomen, indien ter plaatse zoodanige inrichting bestaat.*⁶⁰ Het was vanwege deze grote verschillen niet de bedoeling veel in de wet vast te leggen.

Bij de behandeling van de wet in de Tweede Kamer in het najaar van 1899 werd de keuze van de regering om het innen van de premies, het beheer van de opgebrachte gelden⁶¹ en het beslissen over en uitkeren van de rente uitsluitend aan de Rijksverzekeringsbank over te laten, bekritiseerd. Via de Raad van Toezicht op de RVB, de Plaatselijke Commissies die in naam van de RVB het toezicht op de genees- en heelkundige behandeling zouden kunnen uitoefenen⁶² en de Raden van Beroep⁶³ werd de invloed van de belanghebbenden, werkgevers en werknemers, vergroot. Ook werd er gediscussieerd over de vraag of de regering niet eerst een totaalplan voor de sociale wetgeving had moeten ontwerpen en over de volgorde van invoering van de sociale zekerheidswetten. Volgens Lely was het ontwerpen van *een schema van het geheel* onmogelijk. Het was goed dat toekomstige regeringen aan een dergelijk ontwerp niet gebonden waren. Het was de staatscommissie-Rochussen die in 1894 besloten had dat eerst een ongevalverzekering zou worden ontworpen en dat daarna naar de invaliditeits- en ouderdomsverzekering zou worden gekeken. Deze commissie had niet over een ziekteverzekering gesproken.

Uit een onderzoek van de inspecteurs van de arbeid in de jaren 1897 en 1898 was gebleken dat 39% van de arbeiders verzekerd was tegen ziekten en slechts 23% tegen ongevallen.⁶⁴ De regering had besloten om na de OW te komen met de ouderdoms- en invaliditeitsverzekering. De voorbereiding daarvan was in volle gang en het was onmogelijk om daarnaast ook nog de ziekteverzekering ter hand

te nemen.⁶⁵ Het door sommigen genoemde voordeel dat met een ziekteverzekeringwet tijdens de Karenztijd niet alleen geneeskundige behandeling maar ook een uitkering zou kunnen worden verstrekt, overtuigde Lely niet. De arbeider mocht in staat worden geacht in deze periode eigen maatregelen tegen inkomstenderving te treffen.

De Kamerleden J.H. de Waal Malefijt, ARP, en J.Th. de Visser, Christelijk-Historische Kiezersbond, namen in het debat ten opzichte van het belang van een ziekteverzekering tegenovergestelde posities in. De Waal Malefijt onderstreepte het voordeel dat plaatselijke organen, bijvoorbeeld ziekenfondsen, bij de uitvoering zouden kunnen bieden. De lichte ongevallen zouden voor rekening van deze organen kunnen komen. Dit zou de uitvoering van de OW vereenvoudigen. Het abonnementensysteem van de ziekenfondsen was volgens De Waal Malefijt goedkoper dan het declaratiestelsel dat bij de RVB zou worden ingevoerd. De besturen van de ziekenfondsen zouden de leden van de Raden van Beroep kunnen kiezen waardoor van onderop *een tot zelfhulp prikkelende organisatie* tot stand zou komen.⁶⁶ Volgens De Visser had de situatie in Duitsland aangetoond dat het bij de uitvoering betrekken van bestaande organisaties niet altijd gelukkig uitpakte.

De Nederlandse vakbeweging zat volgens De Visser niet op een ziekteverzekering te wachten. *Men vergete ook niet, dat indien er in het vereenigingsleven der werklieden één verzekering is geslaagd, dan het de ziekteverzekering is, die, zoo niet de grondslag, dan toch zeker een steunpunt van menigen arbeiderskring werd, dat ik niet gaarne zou willen missen.*⁶⁷ Hij wees erop dat de organisatie van de arbeid in Nederland niet zo vergevorderd was als in Duitsland, ten dele omdat de Nederlandse industrie van veel kleinere omvang was⁶⁸ en *ten deele op grond van het eigenaardige Hollandsch karakter en den religieusen zin van ons volk* waardoor de *zucht naar principieele groepeerings* bij de Nederlandse arbeiders dieper zat dan de wens om zich bedrijfsgewijs te organiseren. De Waal Malefijt zag niet in waarom ook deze *principieële* kassen niet een plaats in de uitvoering zouden kunnen hebben.

Zoals tijdens de beraadslagingen over de OW bleek, was er een veelheid en verscheidenheid aan initiatieven waarmee de wetgever bij het tot stand brengen van een verplichte verzekering te maken kreeg. Niet alleen waren de motieven die aan het ontstaan van maatschappelijke organisaties ten grondslag lagen verschillend: werd naar een evenwichtige afweging van belangen gestreefd, of werd er vanuit groepsbelangen of religieuze of ideologische achtergronden gedacht? Ook de aangeboden hulp kon bestaan uit verschillende elementen. Een aantal fondsen gaf een uitkering bij ongeval, ziekte, overlijden en een vergoeding van ziektekosten. Sommige organisaties hadden zich gespecialiseerd. Zo werden ziekenfondsen in het spraakgebruik meer en meer aangeduid als fondsen die zich vooral met de verzekering van ziektekosten bezighielden. De positie van artsen bij de ziekenfondsen was onderwerp van onderzoek. De bepalingen rond de vergoeding van geneeskundige verzorging en het mogelijk betrekken van de ziekenfondsen bij de uitvoering van de OW wekten de interesse van de artsen.

3 Artsen en de discussie over de Ongevallenwet

Minister Lely had tijdens de voorbereiding van de behandeling van zijn wetsvoorstel vastgesteld dat er veel belangstelling was voor de bepalingen rond genees- en heelkundige hulp in de OW. Een van de vragen die werden gesteld, was of de getroffenene wel goed verpleegd zou worden. De minister legde uit dat de verzekerden bij de keuze van een geneesheer zoveel mogelijk vrijheid zouden hebben, maar dat de RVB deskundige controle zou uitoefenen. De bepaling dat bij voorkeur behandeling in een ziekenhuis zou moeten plaatsvinden, had tot ongerustheid bij sommige Kamerleden geleid. Ter geruststelling liet de minister weten dat er geen sprake zou zijn van *gewelddadige verwijdering* van patiënten uit de woning. Weigering om zich te laten opnemen zou wel consequenties kunnen hebben voor de toekenning van vergoedingen. De genees- en heelkundige behandeling zou niet alleen de eerste drie weken worden vergoed, maar ook nog daarna.⁶⁹ Tijdens de behandeling van de OW in de Tweede Kamer was het artikel over de vergoeding van genees- en heelkundige behandeling niet meer aan de orde gekomen, omdat de minister had toegezegd dat de ondernemings- en andere ziekenfondsen bij de uitvoering een rol zouden krijgen.⁷⁰

De medische wereld was bij het ontwerpen van de wet nauwelijks betrokken geweest.⁷¹ Tijdens de Kamerbehandeling was naar aanleiding van een artikel van de arts C. van Tusschenbroek het probleem van het beroepsgeheim aangestipt en had een andere arts een adres ingediend. In die periode was de beroepsorganisatie van de artsen, de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, de NMG, door interne strubbelingen niet in staat op maatschappelijke ontwikkelingen te reageren.⁷² Dit terwijl de wet voor geneeskundigen volgens de arts J.W. Deknatel⁷³ van grote betekenis was. Dat bij de voorbereiding van de wet niet met artsen overlegd was, kwam volgens hem door de vrees voor de maatschappelijke invloed van de arts en de financiële consequenties die zijn adviezen met zich mee zouden brengen.⁷⁴

Deknatel meende dat het werk van geneeskundigen door de invoering van sociale wetten zou veranderen. De rol van de arts in de samenleving zou groter worden en de publieke belangstelling voor het werk van artsen zou toenemen. Het belang van deze wetgeving voor de hele samenleving maakte de medewerking van de medische stand onontbeerlijk. Het te strikt vasthouden aan de scheiding tussen behandelend en controlerend geneesheer en aan het beroepsgeheim zou het algemeen belang in de weg staan. Hij pleitte voor een grotere rol van de medicus bij de uitvoering. Dit zou onder andere door het aanstellen van een medisch adviseur bij de RVB en het betrekken van artsen bij de beroepsprocedure bereikt kunnen worden.

Deknatel zag het als een groot voordeel dat door het contact van de ongevals-patiënt met de arts chronische ziekten als kanker, tbc en zenuwziekten konden worden opgespoord. Hij was vol lof over de vrije artsenkeuze in het wetsvoorstel en over de controle die de RVB op de behandeling zou gaan uitoefenen.⁷⁵ Zou een medicus aan de voorbereiding van de wet hebben meegewerkt, dan zou er echter meer aandacht zijn geweest voor de profylaxe, het voorkomen van ongevallen en

ziekten. Er stond tot zijn verdriet evenmin iets in de wet omtrent de mogelijkheid dat de RVB geld zou bestemmen voor de oprichting van ziekenhuizen en eerste hulpposten. In een aantal artikelen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, NTVG, beschreef hij de ervaringen die medici in het buitenland met de sociale wetgeving hadden opgedaan.⁷⁶

Een initiatief van de afdeling Amsterdam van de NMG om de Maatschappij invloed te laten uitoefenen op de discussies over de OW juichte Deknatel toe. De afdeling Amsterdam had zich bij het bepalen van haar standpunt gebaseerd op een rapport dat over de houding van artsen ten opzichte van particuliere verzekeraars was uitgebracht.⁷⁷ Deknatel vond hun reactie op zaken als het beroepsgeheim en de honorering voorbarig. Veel zou immers na de invoering van de wet verder worden uitgewerkt. Het was daarom van groot belang dat artsen de minister over wetgeving en uitvoering zouden adviseren.⁷⁸

De socialistische krant Het Volk was minder enthousiast over de actie van de afdeling Amsterdam. Het voorstel, gedaan tijdens de NMG-jaarvergadering van juni 1900, om in een adres te laten weten dat de artsen alleen onder een aantal voorwaarden, onder andere over geheimhouding en de scheiding tussen behandeling en controle, bereid waren aan het lenigen van de nood van de arbeiders mee te werken, zag Het Volk als ondersteuning van de protesten van de werkgevers. *De industrieelen, die zo graag de wet verworpen zouden zien, zijn de familieleden en vrienden der doktoren.*⁷⁹

De NMG vroeg in een adres van 13 juli 1900 aan de minister om in het wetsontwerp voldoende waarborgen voor het beroepsgeheim te scheppen. C.F. Schreve, lid van het bestuur van de NMG, had zich in een preadvies over de OW mede naar aanleiding van het rapport van de afdeling Amsterdam negatief over de ziekenfondsen uitgelaten. Hij zag niets in een rol voor de fondsen als tussenpersoon, laat staan als controle-instituut. Als enig voordeel zag hij dat bij een uitvoering met behulp van de ziekenfondsen afgestapt zou kunnen worden van het geplande verrichtingenstelsel.⁸⁰ Het hoofdbestuur van de Maatschappij besloot zelf onderzoek naar de bestaande ziekenfondsen te doen. In het overleg van het bestuur met de minister liet de NMG weten dat zij tegenstander was van het gebruik maken van de bestaande ziekenfondsen bij de uitvoering van de bepaling over geneeskundige hulp.⁸¹

Het Volk meldde op 7 september dat de Vereeniging van Nederlandsche Werkgevers, de VNW, contact had opgenomen met de NMG met de vraag of de Maatschappij niet nogmaals een adres aan de Tweede Kamer zou kunnen sturen. Stork en H. Smissaert van de VNW hadden inderdaad begin september contact opgenomen met J. van Geuns, de secretaris van de NMG, om hem te verzoeken ook vanuit de medische wereld bezwaar te maken tegen de te korte observatietijd van drie weken. Het bestuur van de NMG had geen gelegenheid om over dit verzoek te beraadslagen, maar Van Geuns liet weten dat de bestuursleden persoonlijk van mening waren dat de termijn te kort was. A.F. de Savornin Lohman beriep zich tijdens de Kamerbehandeling van de wet op het standpunt van de NMG: drie weken was te kort om vast te stellen of een ongeval tot geheel of gedeeltelijke invaliditeit had geleid.⁸²

Het groot-amendement Kuyper, ingediend in 1899, was bedoeld om aan door werkgevers gevormde bedrijfsverenigingen een rol bij de uitvoering van de OW te geven.⁸³ Dit amendement was een bundeling van het verzet van de werkgevers tegen de uitvoering door de RVB. Het werd door de Kamer niet aangenomen. Nadat het eerste wetsvoorstel van Lely door de Eerste Kamer was verworpen, werd risico-overdracht toegestaan op basis van een amendement dat door De Savornin Lohman was ingediend. In het najaar van 1900 reageerde Deknatel op een adres van de VNW dat tegen de nieuwe OW was ingediend.⁸⁴ Het feit dat de werkgevers in het nieuwe voorstel hun eigen risico op zich konden nemen of dit ergens anders dan bij de RVB onder konden brengen, betekende volgens hem een verbetering van het wetsvoorstel. Er zou een sterke prikkel tot het voorkomen van ongevallen van uitgaan. De wens van de werkgevers om de wachttijd te verruimen naar dertien weken en ook de vergoeding van geneeskundige behandeling aan de werkgevers over te laten, stuitte op kritiek van Deknatel.

De RVB zou tijdens de wachttijd, die uiteindelijk van drie naar zes weken oftewel 42 dagen ging,⁸⁵ een tijdelijke uitkering⁸⁶ en een vergoeding voor genees- en heelkundige behandeling verstrekken.⁸⁷ De wetgever was er, zoals besproken, oorspronkelijk van uitgegaan dat de arbeiders gedurende die periode eigen voorzieningen zouden treffen. Van Leijden had een lange wachttijd aangeraden om concurrentie met de bestaande ziekengeldvoorzieningen te voorkomen. Om diezelfde reden had hij de invoering van een ziekewet minder urgent gevonden. Vanwege de sinds 1892 geconstateerde onvolkomenheden van de bestaande voorzieningen had Lely besloten meteen na het ongeval genees- en heelkundige behandeling te verstrekken dan wel te vergoeden. Hiermee vielen ook lichte, kleine ongevallen onder de OW, een teken dat de regering een goede verzorging in het belang van de werknemers beoogde.⁸⁸

Ook Deknatel vond dat de ervaringen in Duitsland hadden laten zien dat het overlaten van de geneeskundige behandeling aan plaatselijke instellingen, zoals ziekenfondsen, problemen gaf. De onafhankelijkheid van de arts kwam erdoor in gevaar. Een centrale rol van de RVB die daarbij wel gebruik zou kunnen maken van de bestaande instellingen en voorzieningen, genoot Deknatels voorkeur.⁸⁹ *Ongezochte en niet hinderlijke contrôle op den arbeid der behandelend geneeskundigen* zou tot kwaliteitsverbetering leiden.⁹⁰ Hoe beter de geneeskundige behandeling, hoe goedkoper de wet. De medewerking van de artsen zou een waarborg zijn voor een eerlijke toepassing. Een korte wachttijd zou de ongevalsneurose, een van de oorzaken van langdurige arbeidsongeschiktheid, in een vroeg stadium opsporen.

Tijdens de behandeling van het tweede ontwerp van Lely in oktober 1900 kwam de bepaling omtrent de vergoeding van genees- en heelkundige behandeling uitgebreid aan de orde. De kans bestond dat de AMvB voor de genees- en heelkundige behandeling door een volgende regering ontworpen zou worden. Er zouden namelijk een half jaar later verkiezingen zijn. Kuyper wilde daarom in de wet laten opnemen dat de werkgevers en de risicoverenigingen genees- en heelkundige behandeling zouden mogen organiseren.⁹¹ Als werkgevers hun arbeiders door middel van hun eigen voorzieningen zouden kunnen laten behandelen

dan hielden ze meer greep op de kosten.⁹² Bedrijfsgeneeskundige voorzieningen kwamen alleen de in dienst zijnde arbeiders ten goede. De meeste andere voorzieningen zoals die van de ziekenfondsen stonden ook ter beschikking van de rest van de bevolking. Het was daarom niet juist de werkgevers te laten meebetalen aan de instandhouding van deze voorzieningen.

SDAP-Kamerlid J.H.A. Schaper wees, refererend aan het artikel van Deknatel⁹³ in het NTvG, op het gevaar dat bij de in het nieuwe wetsvoorstel toegestane risico-overdracht de onafhankelijkheid van de arts in het geding zou komen. De kans bestond dat een arbeider *niet zelfstandig genoeg is* om zich te verweren als hij omwille van het belang van de werkgever te snel genezen zou worden verklaard. Hij begreep niet waarom de geneeskundige behandeling aan een vereniging of aan de werkgever overgelaten zou moeten worden. *Meent men dat de doctoren van de Bank ook niet behoorlijk voor verpleging zullen zorgen? Denkt men soms, dat dezen roekeloos zullen omspringen met de getroffen?*⁹⁴ Het Volk sprak naar aanleiding van de Kamerbesprekingen de angst uit dat de werkgevers door de aanstelling van fabrieksartsen met goedvinden van de RVB, de geneeskundige behandeling naar zich toe zouden trekken.⁹⁵ Ook het sociaal-liberale Kamerlid en de latere minister, J.D. Veegens, was bang dat door het toestaan van het dragen van eigen risico de kans op beïnvloeding van de arts door de werkgever was toegenomen. Een ander Kamerlid van werkgeverszijde meende dat de medici in het debat ten onrechte als onbetrouwbaar waren getypeerd.⁹⁶

Lely legde uit hoe hij het zich voorstelde. De behandeling zou op verschillende manieren kunnen gebeuren. De Rijksverzekeringsbank zou haar eigen artsen kunnen hebben, maar ook contracten met ziekenhuizen of ziekenfondsen kunnen aangaan. De werkgever zou met een ziekenhuis een contract kunnen sluiten, de RVB zou betalen en de Plaatselijke Commissie zou de controle kunnen uitoefenen. Een getroffen zou ervoor kunnen kiezen om zich door zijn eigen arts of door het ziekenfonds te laten behandelen. Ook dan zou de RVB de kosten vergoeden. In alle gevallen had de RVB de eindverantwoordelijkheid voor de controle op de behandeling. Lely wees Kuypers voorstel om werkgevers het recht te geven tijdens de wachttijd, zonder bemoeienis van de RVB, hun arbeiders te laten verplegen, resoluut van de hand.⁹⁷

In maart 1901 discussieerde het hoofdbestuur van de NMG over de nadere uitwerking van artikel 19, voorheen artikel 17. De hoofdvraag was: wie ging de arbeiders behandelen die een bedrijfsongeval kregen? Minister Lely zou volgens het bestuur een voorkeur hebben voor overeenkomsten met ziekenfondsen.⁹⁸ De RVB zou de vrijheid krijgen contracten te sluiten met bestaande ziekenfondsen, bijvoorbeeld met het Algemeen Ziekenfonds Amsterdam als het een *Unfall Station* zou oprichten. Het bestuur wilde niet dat ziekenfondsartsen een contract voor de OW zouden krijgen omdat dan de vrije artsenkeuze in het geding zou zijn.

NMG-bestuursleden Deknatel en A. Sikkel achtten de oprichting van een Rijksziekenfonds voor het hele land mogelijk. De bestaande ziekenfondsen waren volgens de NMG ongeschikt voor uitvoering van de OW. Met het oog op de gebreken van deze fondsen zou de overheid er vast toe overgaan zelf ziekenfondsen op te richten en daarom was het nu het geschikte moment voor een proef.

Artsen in dienst van rijksziekenfondsen waren ambtenaren en dat botste niet met de vrije artsenkeuze. Het bestuur was van mening dat de RVB geen contracten met andere ziekenfondsen zou moeten afsluiten.⁹⁹ Over de vrije artsenkeuze die in de AMvB geregeld was, bestond binnen het bestuur verschil van mening. Over de controle op de behandeling werd niet gesproken.¹⁰⁰

Het voornemen om, net als in het buitenland, sociale misstanden door middel van een wettelijk verplichte verzekering op te lossen, leidde in Nederland tot het ontwerp van een Ongevallenwet. Door een veelheid aan particuliere initiatieven werd in een deel van de oplossing van de problemen al voorzien. Kennis over de bestaande voorzieningen was dankzij allerlei rapporten aanwezig. Maatschappelijke organisaties maakten door middel van adressen aan de Tweede Kamer hun standpunten over de regeringsplannen kenbaar. Hoewel een van de betrokken partijen, de artsen, aanvankelijk weinig bemoeienis met de discussie hadden, speelden zij vanaf 1900 een duidelijke rol. De naderende invoering van de OW zette de artsenorganisatie NMG en haar afdelingen aan tot interne beraadslagingen en eigen onderzoeken. De OW was voor artsen aanleiding zich bezig te houden met de vraag hoe zij invulling gaven aan hun maatschappelijke verantwoordelijkheden. De Wet werd na veel strubbelingen aangenomen, maar omdat veel van de nadere uitwerking aan Algemene Maatregelen van Bestuur werd overgelaten, was het laatste woord over de uitvoering van de Wet en de rol en de positie van de artsen nog niet gesproken.

4 Voorwaarden en tarieven van de Rijksverzekeringsbank en de reacties daarop

De Rijksverzekeringsbank werd op 1 juni 1901 opgericht, maar het duurde tot februari 1903 voor met de uitvoering van de OW een begin kon worden gemaakt. Het bestuur werd door de minister benoemd. Voorzitter werd R. Macalester Loup, de overige bestuursleden waren H.P. Berdenis van Berlekom en H.W.E. Struve,¹⁰¹ die in 1904 werd opgevolgd door K.F. Koning. De Bank kon bij haar oprichting geen gebruik maken van binnen- of buitenlandse voorbeelden. *Ze moest zoekend en tastend haar weg vinden.*¹⁰² Op onderdelen kon de ervaring die elders was opgedaan wel worden gebruikt. De op 1 november 1902 benoemde medisch-adviseur Ph. Kooperberg begon zijn werk met het afleggen van werkbezoeken in Duitsland en Oostenrijk.¹⁰³ Zijn taken hielden onder andere in: de beoordeling van de ongevalsangiften vanuit medisch oogpunt, de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid van de getroffene, het geven van adviezen in beroepszaken, controle op de geneeskundige behandeling en de beoordeling van de declaraties van de geneeskundigen. Hij kreeg hierbij assistentie van de plaatsvervangend medisch-adviseur, de controlerend-geneeskundigen en het administratieve apparaat van de RVB.¹⁰⁴

In september 1901 had Stork met minister Kuyper, die inmiddels Lely was opgevolgd, zijn plan besproken om nog voor de invoering van de Ongevallenwet de werknemers die bij de bij het VNW aangesloten werkgevers werkzaam waren, te verzekeren van geneeskundige behandeling en rente. Op 1 mei 1902 ging de

Centrale Werkgevers Risico-bank, de CWRB, van start. Toen in 1903 de RVB met haar werk begon, waren er inclusief de CWRB negen risicoverenigingen actief. De RVB beoordeelde en betaalde de kosten voor geneeskundige behandeling en bracht deze aan de niet bij de RVB aangesloten werkgever of zijn risicovereniging in rekening.¹⁰⁵ De bij de Bank aangesloten werkgevers betaalden een premie aan de Bank.

Om de Wet zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de wensen van de praktijk, had Lely zoals we hebben gezien, besloten een groot deel van de uitwerking in AMvB's vast te leggen.¹⁰⁶ Op 14 juli 1902 stond de AMvB voor artikel 19, de genees- en heelkundige behandeling, in het Staatsblad. Artikel 1 luidde: *De Rijksverzekeringsbank verleent den door een ongeval getroffen verzekerde, de genees- en heelkundige behandeling ter zake van het ongeval [...] of zelve, of door tusschenkomst hetzij van den werkgever, in wiens dienst den getroffene het ongeval is overkomen, hetzij van de naamloze vennootschap of vereeniging, voor wier risico de getroffene volgens artikel 52 der Ongevallenwet 1901 mocht zijn verzekerd geweest, of zij geeft den verzekerde voor de behandeling, welke hij zich heeft verschaft, vergoeding.*¹⁰⁷ Artikel 14 van de AMvB vermeldde dat de Rijksverzekeringsbank controlerend geneeskundigen voor het toezicht kon inzetten. Bestaande fondsen en kassen werden in de AMvB niet genoemd. Zij kregen bij de uitvoering van de OW geen taak.¹⁰⁸

Behandeling van de getroffene moest geschieden door deskundigen die door de werknemer of de werkgever, met toestemming van de werknemer, waren gekozen of die door het bestuur van de Bank waren aangewezen.¹⁰⁹ Ze kon ook plaatsvinden in een *inrichting voor ziekenverpleging*. De RVB zou een register aanleggen van deskundigen die zich aan haar voorwaarden en tarieven zouden binden. De eis dat de deskundige bevoegd was tot het uitoefenen van de genees- en heelkunst werd niet met zoveel woorden gesteld.¹¹⁰ De leveranciers van genees-, heel- en verbandmiddelen zouden ook in een register worden opgenomen. Over hun eventuele inschrijving zou het advies van de hoofdinspecteur van de Volksgezondheid worden gevraagd. Vergoeding van door een niet-ingeschreven hulpverlener gemaakte kosten zou na beoordeling van de Bank plaatsvinden.

De RVB ontwierp aan de hand van de AMvB de voorwaarden en tarieven nodig voor de uitvoering van artikel 19. Het voorstel voor de tarieven werd aan verschillende artsen, verspreid over Nederland *van wie men mocht verwachten, dat zij in de landstreek, waar zij wonen, voldoende met de eischen en gebruiken hunner ambtgenooten bekend waren*, ter beoordeling toegezonden. Na van hen *eerdere nuttige wenken* ontvangen te hebben, werden de tarieven vastgelegd. Deze waren zo opgesteld dat ze niet ongelijkmatig in verschillende deelen des lands zouden uitwerken. Per regio golden verschillende tarieven.¹¹¹ De werkgevers hadden geen invloed op de hoogte van de tarieven of op de voorwaarden.

Rond 1900 waren er in Nederland ongeveer 2.000 artsen.¹¹² Een complete lijst van namen en adressen was noch bij het departement van Binnenlandse Zaken noch bij de Gezondheidsraad voorhanden. Zorgverleners werden via de Staatscourant en via niet-officiële bronnen opgeroepen zich bij de RVB in te schrijven.¹¹³ De afdeling Amsterdam van de NMG besloot op 10 januari 1903 dat haar leden zich niet bij de Bank mochten aansluiten.¹¹⁴ Een aantal artsen, waaronder Dekna-

tel, gaf op verzoek van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde hun reactie op de voorwaarden en tarieven van de Bank. Hierin viel te lezen dat het tarief niet de hoofdreden was waarom de afdeling Amsterdam zo'n vergaande maatregel had genomen. De RVB had volgens Amsterdam bij het maken van de voorwaarden geen rekening gehouden met de sociale positie, de collegiale verhoudingen en de beginselen van artsen. De verhouding tussen arts en patiënt zou worden verstoord omdat de arts die eerste hulp zou verlenen niet per se de eigen arts van de verzekerde zou zijn. Ook de verdere behandeling tot functioneel herstel zou door een ander dan de eigen arts kunnen worden verricht. De vrije artsenkeuze kwam in gevaar omdat in de toekomst verzekerden bij hun keuze van huisarts de vraag of de arts bij de RVB stond ingeschreven, zouden meewegen.

Een ander belangrijk bezwaar was voorwaarde 5 waarin stond dat de getroffenene zo mogelijk in een polikliniek behandeld moest worden. Hierdoor werd het recht van behandeling en het eigen oordeel van de arts ingeperkt.¹¹⁵ De afdeling Amsterdam meende dat de eerste hulp beter in ziekenhuizen zou kunnen plaatsvinden, zoals in Amsterdam reeds gebeurde. Met subsidie zou de RVB deze hulp kunnen stimuleren.

De meeste verzekerden waren aangesloten bij ziekenfondsen of kregen van de gemeente geneeskundige verzorging. De daarbij aangesloten artsen hadden de verplichting op zich genomen *kosteloos en toch zoo goed mogelijk te behandelen voor een van te voren vastgesteld honorarium*.¹¹⁶ Als een ongevalspatiënt door zijn ziekenfondsarts behandeld zou worden, zou een vergoeding krachtens de OW dubbelop zijn. De afdeling Amsterdam wenste daarom dat de geneeskundige behandeling vanwege de OW zich zou beperken tot die verzekerden die niet ook al via een ziekenfonds of de gemeente recht op zorg hadden. Grote verontwaardiging wekte de in voorwaarde 2 geformuleerde eis van een menslievende en zorgvuldige behandeling. Zou een verzekeringsmaatschappij dit tegen betaling eisen, dan zouden de rapen gaar zijn.¹¹⁷

De Amsterdamse artsen waren van mening dat ze door de voorwaarden van de RVB werden beknot in de uitoefening van hun vrije beroep en dat tegen een magere vergoeding. Artsen die in de buurt van een grote fabriek woonden, moesten rekening houden met verlies van tijd en rust. Menig gemeentearts *was op minder beperkende voorwaarden tegen een hoog en vast salaris aangesteld*.¹¹⁸

In de afdeling Den Haag werd *het onbegrensde eigendomsrecht van den geneesheer op zijn patiënt* niet zo sterk gevoeld. *De weigering van een consult met een hooggeleerde of met een specialist, het verbod om speciale behandeling in te roepen, nog zoo dikwijls aan patiënten gegeven, het verbod aan specialisten om patiënten te behandelen buiten medeweten van hun huismedicus vinden lang niet meer algemeene instemming*.¹¹⁹ De Haagse arts Baudet wees daarnaast op de consequentie van het werken met bindende besluiten, een belangrijk onderdeel van de aanstaande reorganisatie van de NMG. De autonomie van de afdelingen, in deze kwestie zo duidelijk naar voren komend, zou daardoor ingeperkt worden.¹²⁰

Baudet meende dat de NMG zou moeten voorkomen dat geneeskundigen voor een te laag tarief werkten, of dat nu was bij ziekenfondsen, gemeenten of de RVB. Met de wens van Amsterdam om ziekenfonds- en gemeenteverzekerden

niet onder artikel 19 te laten vallen, de dubbele betaling, was hij het uit een oogpunt van kostenbesparing eens. Met de door de RVB voorgestelde tarieven kon de afdeling Den Haag instemmen, al vond men het verschil dat bij sommige tarieven tussen Amsterdam, Rotterdam en Den Haag werd gemaakt *raadselachtig. De afstanden zijn hier even groot, de levensstandaard is niet lager*. Bezwaar was er tegen de controle op de behandeling maar uiteindelijk was er begrip voor het feit dat de Bank ervoor wilde waken dat de behandeling te uitgebreid zou zijn dan wel te lang zou duren. Ook simulatie en overdrijving door patiënten moest voorkomen worden.¹²¹ Baudet was van mening dat de medicus er was voor de maatschappij en niet omgekeerd en kon daarom instemmen met de veranderingen die de OW met zich meebracht.

Ook Deknatel beoordeelde in deze aflevering van het NTvG de voorwaarden vanuit het oogpunt van het algemeen belang. Hij wees er bovendien op dat over de AMvB van de regering Kuyper overleg met het hoofdbestuur van de NMG was geweest.¹²² Dat bij het ontwerpen van de financiële regeling geen rekening was gehouden met de vraag of de verzekerden bij een ziekenfonds of fabrieksfonds verzekerd waren, dan wel hulp via de gemeente kregen, vond Deknatel juist een pre. Hij had geen hoge pet op van die hulp. *Ongetwijfeld hebben de rapporten van de Amsterdamse commissie en van de commissiën uit de Maatschappij ook medegewerkt om de Regeering te noopen niet op deze bouwvallige grondvesten te bouwen, maar een regeling zoo te treffen, alsof dit alles niet bestond.*¹²³ Het was de bedoeling van de wetgever geweest om de geneeskundige verzorging gedurende de wachttijd over te laten aan de ziekenfondsen. Met de ziekenfondsen wier leden onder de OW vielen zouden afspraken worden gemaakt. Uit verschillende rapporten was echter gebleken dat de RVB met de bestaande, slecht functionerende ziekenfondsen niet zou kunnen samenwerken. *Het is [...] daarom juist [...], dat de Regeering zich [...] onthouden heeft van een poging geneeskundige behandeling te doen geschieden door bemiddeling der bestaande ziekenfondsen.*¹²⁴

Het ideaal van Deknatel was een Rijksziekenfonds met vrije artsenkeuze waarbij uiteindelijk ook de wettelijk te regelen ziekteverzekering zou kunnen aanknopen. Hij was voorstander van een abonnementstelsel. Volgens hem was het ongewenst dat de arts financieel belang bij een langdurige behandeling had. Gegevens om de honoraria te kunnen bepalen, ontbraken aanvankelijk tijdens het vaststellen van de RVB-tarieven en daarom werd voor een stelsel gekozen waarin een vergoeding per verrichting zou worden betaald. Inmiddels waren de gegevens, nodig voor een abonnementensysteem, wel beschikbaar en dus pleitte hij ervoor dat dit systeem alsnog zou worden ingevoerd. Het algemeen belang vroeg om *behoorlijk gehonoreerde zorg voor allen, die door welke omstandigheid dan ook ziek of invalide zijn.*¹²⁵

Deknatel was kritisch over het feit dat tussen de RVB en de NMG geen overleg was geweest over het tarief. Hij waarschuwde ook voor het gevaar dat artsen die hulp zouden gaan verlenen voor de risicomaatschappijen of de werkgevers die eigen risico op zich namen, dit tegen een te laag tarief zouden doen.¹²⁶ *Het mag niet gebeuren, dat de groot-industrie zich de geneeskundige hulp goedkoop ga verschaffen dan de Rijksverzekeringsbank, bij wie alle kleine werkgevers zich moeten aansluiten.*¹²⁷

Het ambtsgeheim was bij de uitvoering van de OW gewaarborgd en daarom vond Deknatel controle op de behandeling geen probleem. Voor het overige vond hij de voorgestelde regeling van de controle niet aantrekkelijk. Hij wenste meer invloed van artsen op regeringszaken. *De gelegenheid is thans voorbij om den waren districtsarts te creëren, die secretaris der gezondheidscommissie, controleerend-geneesheer der Rijksverzekeringsbank en gerechtelijk-geneeskundige had moeten zijn. Streven wij er nu naar, dat de controleerend geneeskundigen in de toekomst worden directeuren der plaatselijke afdelingen van het Rijksziekenfonds!*¹²⁸

In een brief aan het bestuur van de RVB maakte de afdeling Amsterdam in 1903 nogmaals duidelijk waar voor hen wat betreft de voorwaarden en tarieven de pijnpunten zaten. Waarom werd niet voorgeschreven dat na een ongeval de patiënt door zijn eigen arts verder behandeld zou worden? De briefschrijvers stelden verder dat een arts altijd naar functioneel herstel streefde en dat menslievend en zorgvuldig handelen voor iedere arts vanzelf sprak. Hij maakte zelf wel uit of behandeling in een polikliniek of andere inrichting noodzakelijk was. Het laatste in de brief genoemde grote bezwaar betrof de dubbele betaling van de verleende diensten. De overgrote meerderheid van de Amsterdamse verzekerden ontving via de gemeente of een ziekenfonds genees- en heilkundige behandeling en farmaceutische hulp en dus kon *nieuwe salariering van dezelfde diensten door de Rijksverzekeringsbank door ons niet worden aanvaard*. De dubbele betaling op *kosten der werkgevers resp. belastingschuldigen* werd sterk ontraden.¹²⁹ Het was mede hierdoor dat sommigen verwachtten dat de OW tot hoge kosten zou leiden.

De voorzitter van de RVB, Macalaster Loup, liet in een reactie op de brief van de afdeling Amsterdam weten dat het bestuur van de Bank zich ervan bewust was dat het voor de uitvoering van de OW cruciaal was dat de artsen eraan zouden meewerken. Ook sommige artsen waren daarvan blijkbaar overtuigd, gezien een in de brief geciteerd stuk uit het Medisch Weekblad. Artsen hadden in de jaren negentig voor sociale wetgeving gepleit en nu zouden ze zich volgens de schrijver van dit stuk niet aan de uitvoering van de OW mogen onttrekken.

Macalaster Loup wees erop dat het niet mogelijk was de voorwaarden aan te passen, voorwaarden waarover met het hoofdbestuur van de NMG was overlegd. Nadere uitleg was wel mogelijk. Niets in de voorwaarden zou volgens de voorzitter de collegiale verhoudingen kunnen verstoren noch inbreuk op de medische ethiek maken. De vrije artsenkeuze was niet in het geding. Menslievendheid en zorgvuldigheid bij de behandeling waren dan wel voor de meeste artsen vanzelfsprekend maar was dit voorschrift *voor alle geneeskundigen overbodig?* De voorwaarde voor de behandeling in een polikliniek of ziekenhuis was misschien wat te stellig. De arts was vrij in zijn keuze, maar het bestuur had een *vingerwijzing* willen geven. Wat de dubbele betaling betrof kon van de Bank niet gevraagd worden af te zien van haar wettelijke verplichtingen. De verwachting was dat ziekenfondsen en aanverwante instellingen zich in de toekomst aan de nieuwe situatie zouden aanpassen. *Of voor het oogenblik aan bedoeld gemoedsbezwaar ware tegemoet te komen, hetzij door het-niet-zenden van declaratiën aan de Bank, hetzij door het van deze ontvangen honorarium in de kas der ziekenfondsen te storten, of op andere wijze, moeten wij aan de geneeskundigen zelf ter beslissing overlaten.*¹³⁰

Na enig gesputter liet de afdeling Amsterdam weten tevreden te zijn met de toelichting van het bestuur van de RVB. Het was echter niet nodig geweest *ons eraan te herinneren dat welwillendheid en meegaandheid ten bate van het algemeen belang prijzenswaardige eigenschappen zijn*. Een juiste behartiging van de belangen van artsen *in wier handen [...] het welslagen der Ongevallenwet voor een goed deel rust* zou het algemeen belang niet schaden.¹³¹ Het besluit dat de leden zich niet mochten inschrijven bij de RVB werd ingetrokken.

Op 1 februari 1903 trad de OW in werking. Als een arbeider op zijn werk gewond raakte, was de onder de Wet vallende werkgever verplicht voor hulp te zorgen. De hulpverlening kon op de werkplek plaatsvinden of de werkgever kon de arbeider naar een arts of ziekenhuis brengen. Hierna werd de behandeling voortgezet of overgenomen door een bij de RVB ingeschreven arts. Arbeiders en werkgevers konden via bij de postkantoren aanwezige en door de RVB verstrekte registers te weten komen welke artsen zich bij de RVB hadden ingeschreven.¹³²

Uit een ingezonden brief in het NTvG bleek dat artsen eigen oplossingen voor het probleem van de dubbele betaling zochten. De briefschrijver had zich afgevraagd of hij na behandeling van ongevalspatiënten die lid waren van een ziekenfonds, wel recht had op vergoeding door de RVB. Hij werd immers al door het ziekenfonds betaald. Hij besloot het door de RVB uitgekeerde bedrag aan de patiënten te geven. Dezen betaalden de ziekenfondspremie. Bovendien liepen de arbeiders de kans dat zij via de hoogte van hun loon, dat de werkgever vanwege de kosten voor de OW laag hield, indirect meebetaalden aan het door de RVB uitgekeerde bedrag.¹³³ Bij het ondernemingsfonds van de Koninklijke Weefgoederenfabriek van Stork in Hengelo werd voor de dubbele betaling een andere oplossing gevonden. Op verzoek van het fondsbestuur hadden de artsen besloten om de helft van hun honorarium dat zij van de RVB ontvingen, in de kas van het ondersteuningsfonds te storten. Toen zij in 1912 vanwege het feit dat de behandeling van ongevallen ze veel werk kostte dit besluit terugdraaiden, werden alle betrokken geneesheren ontslagen.¹³⁴

De tarieven voor geneeskundige behandeling die de RVB hanteerde, lagen tussen de f 0,50 en f 50,- (zie bijlage op pag 129).¹³⁵ Een formele mogelijkheid tot beroep tegen de vergoeding die de Bank betaalde, bestond niet. Een plattelandsarts beklagde zich in het NTvG over de vergoeding die hij ontving voor de behandeling van een ongevalspatiënt. De behandeling had bestaan uit een eerste bezoek, f 0,75, gipsverband, f 2,50, afnemen daarvan, f 1,25 massages, f 12,50, en een verklaring, f 0,50; een totaal van f 17,25. Hij ontving van de RVB f 7,50.¹³⁶

De arts moest beoordelen of en wanneer de arbeider in staat was om te werken. Met het oog op beroepszaken was het essentieel dat zij bijhielden op grond waarvan ze bepaalde beslissingen namen. De grootste nieuwigheid was volgens controlerend-geneesheer D. Brocx voor veel artsen dat toezicht werd gehouden en kritiek op de behandeling werd gegeven.¹³⁷ Deze *vrijheidsberoving* zoals sommigen dat zagen was noodzakelijk, zo meenden de meeste artsen en ook het hoofdbestuur van de NMG. Ook onder artsen waren *wetenschappelijk-zwakke broeders* of konden kleine ethische of *moreele defecten* worden geconstateerd. Vooral in

het begin leidde de controle tot conflicten tussen behandelende en controlerende artsen.

Het verstrekken van inlichtingen over hun patiënten aan de RVB was voor artsen een teer punt. Ze waren echter niet verplicht zich bij de RVB als behandelend arts te laten inschrijven. Artsen die dat wel deden maakten volgens Brocx een vrije keuze en wisten van tevoren welke consequenties dit met zich meebracht. De plicht om eerste hulp te verlenen, het aangifte-formulier in te vullen en daarop de aard van het letsel te vermelden, gold voor alle artsen.

De medisch adviseur van de RVB beoordeelde de ongevalsangiften uit medisch oogpunt en adviseerde het bestuur over het al dan niet toekenen van ongevallenrente. De controlerend geneeskundigen hielden in hun dienstkringen toezicht op medische behandeling en rentetrekkingen. Aanvankelijk waren er zes, in 1906 elf dienstkringen. Vóór 1911 gingen controlerend geneeskundigen door tijdgebrek vaak af op de claimbeoordeling van behandelend artsen, waardoor de scheiding behandeling en controle niet strikt gehandhaafd werd.¹³⁸

Volledige scheiding van behandeling en controle was volgens Brocx niet mogelijk. De verhouding tussen behandelend en controlerend arts moest collegiaal zijn. *De geneeskundigen verliezen, dankzij de invoering der verzekeringswetten, zonder twijfel een deel van hun vrijheid, maar daar staat tegenover, niet alleen dat hunne materiele positie zich zal verbeteren, doch ook dat er zóó'n ruim perspectief wordt geopend voor het kunnen geven der beste behandeling, dat de creditzijde van het nieuwe, ook voor de geneeskundigen overwegend is.*¹³⁹

5 De effecten van de Ongevallenwet op de gezondheidszorg

Aan het einde van 1903 hadden de meeste artsen en andere zorgverleners, zoals apothekers en ziekenhuizen, zich bij de RVB ingeschreven. De verschillen van inzicht tussen de Bank en de medische wereld, vooral met de apothekers, waren niet van de baan, maar werden in goed overleg besproken en waar mogelijk opgelost.¹⁴⁰ Tot verdriet van menig huisarts grepen de controlerend-geneeskundigen van de Bank in als ze van mening waren dat het verwijzen naar een specialist, een opname in een ziekenhuis, het laten maken van röntgenfoto's en/of het doen instellen van *mechano-therapie* de behandeling van de patiënt ten goede zou komen en daardoor de duur van de arbeidsongeschiktheid verkort zou worden.¹⁴¹ Toch werd steeds gezocht naar de wijze *waarop in deze de beste gedragslijn kan worden gevolgd en dit wel onder geheel verschillende locale omstandigheden en andere factoren.*¹⁴² Het toezicht op de artsen was een zwaardere taak voor de controlerend geneeskundigen dan de controle op de getroffen zelf. *Niet dat de artsen lastiger zijn [...], maar de grootst mogelijke tact is noodig om niet in strijd te komen met de medische ethiek.*¹⁴³

In 1910 bleek *dat bijna alle jonge dokters zich doen inschrijven als ongevallendokters, omdat dit voor hen de eerste stap is naar het krijgen van een partikuliere praktijk.*¹⁴⁴ Het percentage in ziekenhuizen en dergelijke instellingen behandelde getroffensten steeg van 36 in 1903 naar 74 in 1911.¹⁴⁵

Tabel 2.1: Aantallen artsen en andere zorgverleners ingeschreven bij de RVB

Jaar	1903	1904	1913	1918	1927	1933	1939	1945
Artsen	1.872	1.934	2.440	2.625	3.515	4.238	4.941	5.312
Aantal apotheekhoudende artsen	815	855	996	1.017	1.169	1.295	1.440	1.585
Apothekers	433	513	567	568	581	664	741	777
Handelaren heel- of verbandmiddelen	87	99	173	183	181	211	239	161
Ziekenhuizen	154	162	208	231	238	241	247	302 (ziekenhuizen en andere inrichtingen)
Oogklinieken	8	9	10	10	10	10	9	
Krankzinnigengestichten			5	12	15	19	21	
Zenuwklieken	2		8	8	7	7	7	
Longklieken			5	12	9	8	8	
Medico-mechanische behandeling	17	17	29	30	25			
Uitzending verplegend personeel			107	115				
Sanatoria	2	2						
Ziekenverpleging	38	41						
Totaal aantal Nederlandse artsen	± 2.000		± 3.000		± 3.600	± 4.700	± 5.600	
Totaal aantal ziekenhuizen					261	241		

Bronnen: Jaarverslagen Rijksverzekeringsbank, J.F. Brust en Ph. Kooperberg, 'De toepassing der Ongevallenwet, van geneeskundige zijde beschouwd', in: L. Del Baere e.a., Tien jaren praktijk der Ongevallenwet: 1901 1 februari 1903 – 1 februari 1913, 78, P.H. van Eden, 'Enkele gegevens uit het verslag omtrent den staat der Rijksverzekeringsbank en hare werkzaamheden in het jaar 1918', 188, J. van Genabeek, 'Opbouw: de periode 1901-1920', 70.

Hoewel de reikwijdte van de OW beperkt was omdat niet alle bedrijven verzekeringsplichtig waren, zouden de bepalingen voor de genees- en heelkundige verzorging gevolgen hebben voor het hele Nederlandse zorgveld.¹⁴⁶ De rijksoverheid raakte in het laatste kwart van de negentiende eeuw betrokken bij de omvang en kwaliteit van de gezondheidszorg.¹⁴⁷ Bij het verplicht stellen van een sociale verzekering was het zaak dat de staat garant stond voor de consequenties die dat met zich meebracht. In het geval van de OW betekende dit dat de spreiding van medische voorzieningen over het hele land voldoende moest zijn. In de periode dat de OW werd ingevoerd, was er sprake van een artsenoverschot waardoor ook de plattelandsgemeenten gaandeweg voorzien werden.

Geneeskundigen konden verschillende functies vervullen en haalden hun inkomen uit diverse bronnen als gemeenten, armenzorginstellingen, ziekenfondsen, verzekeringsmaatschappijen en de particuliere praktijk.¹⁴⁸ Een duidelijke scheiding tussen huisarts en specialist was er niet. Alleen de hoogleraren vormden een scherp afgebakende categorie.

Lely had een voorkeur uitgesproken voor behandeling van ongevalslachtoffers in ziekenhuizen en het beleid van de RVB gaf daaraan inhoud.¹⁴⁹ Aan het einde van de negentiende eeuw was er een stichtingshausse aan ziekenhuizen geweest. Volgens de cijfers van de RVB waren er in 1903 154 en in 1913 208.¹⁵⁰ Ze werden opgericht door particulieren, vaak kleine ziekenhuizen, gemeenten en kerkelijke instellingen. Daarnaast waren er categorale instellingen die zich op een bepaalde groep van patiënten richtten, bijvoorbeeld kinderen, vrouwen of ooglijders, en die vaak door plaatselijke notabelen werden gesticht. Ook deze bij de RVB ingeschreven instellingen stegen in aantal. Een laatste categorie vormden de sanatoria voor bijvoorbeeld arme en minvermogende tuberculoselijders.¹⁵¹

Naast de ziekenhuizen werden de poliklinieken een nieuw verschijnsel. Hier kregen armen en minvermogenden gratis of voor een gering bedrag specialistische hulp. Een polikliniek kon verbonden zijn aan een ziekenhuis, maar ook zijn opgericht door vrij gevestigde specialisten. De poliklinieken bevonden zich meestal niet op het platteland. Bewoners van gebieden met een geringe artsendichtheid bezochten de poliklinieken in de steden.¹⁵² In deze periode lieten patiënten zich steeds vaker in de poliklinieken behandelen.¹⁵³ De ziekenhuizen en poliklinieken werden draaiende gehouden door gemeenten, particulieren en betalende patiënten maar vooral ook door artsen en verzorgenden die voor hun diensten geen of maar een kleine vergoeding ontvingen.¹⁵⁴

Het tarievenstelsel dat gemeenten, armenzorginstellingen en ziekenfondsen hanteerden, was gebaseerd op de premisse dat een arts daarnaast een particuliere praktijk had. Zonder dat zouden artsen onvoldoende inkomsten hebben.¹⁵⁵ De particuliere praktijk kon, afhankelijk van de gevraagde tarieven en het aantal patiënten, voldoende bestaanszekerheid verschaffen. Klachten over rekeningen konden patiënten bij de plaatselijke NMG-afdelingen indienen.¹⁵⁶ De tariefregeling van de RVB die jaarlijks werd bijgesteld, werd een houvast waarmee andere collectief vastgestelde tariefregelingen konden worden vergeleken.¹⁵⁷ De regelingen van de RVB konden een prijsopdrijvend effect hebben.

Het samengestelde inkomen van een arts in 1920 met 3000 patiënten, waarvoor hij via ziekenfondsen een abonnementstarief van *f* 5 per persoon jaarlijks ontving, met daarnaast een privé-praktijk, inkomsten uit keuringen en via de RVB, was voldoende voor ook nog een rijtuig en pensioen voor de oude dag.¹⁵⁸ De praktijk, ook bij de OW, wees volgens de arts H. Burger¹⁵⁹ uit dat *de zwakke broeders onder de geneeskundigen, niet bestand waren tegen de verleidingen der 'betaling per visite'*.¹⁶⁰ Door deze misstanden kwam het principe van de vrije artskenning in een kwaad daglicht te staan, iets waar Burger als mede-ondertekenaar van de brief van de afdeling Amsterdam uit 1903 al voor gewaarschuwd had. Deze vrije artskenning zorgde er bovendien voor dat de band tussen huisarts en familie verslaptte. *Wie door een ongeval is getroffen, komt er licht toe – uit dankbaarheid, ja uit beleefdheid –, zich ook verder te laten behandelen door den geneesheer, die toevallig eerste hulp heeft verleend*.¹⁶¹ Artsen die eerste hulp verleenden, zouden de patiënt zonder dralen moeten terugverwijzen naar diens huisarts. Het systeem van de betaling per verrichting maakte het voor de arts moeilijk om aan dit *oude en beproefde beginsel van medische ethica* te voldoen. De patiënt was ook niet bij deze ontwikkeling gebaat. In plaats van op een spoedige genezing was het streven van deze artsen gericht op *veelvuldige behandeling*.¹⁶²

Ook de dubbele betaling maakte het systeem van de RVB volgens Burger *irrationeel*. Een oplossing zou zijn dat de geneeskundige hulp de eerste dertien weken, de wachttijd was op dat moment zes weken, zou worden verstrekt door de krachtens de verwachte ziektewet ingestelde of erkende ziekenkas. Hierdoor zou de RVB van een hoop werk verlost worden dat ze in 1905 nog door de kleine ongevallen en de losse arbeiders te verrichten had.¹⁶³ De verschillende ziektewetvoorstellen die na de invoering van de OW werden ingediend, brachten keer op keer de pennen van artsen in beweging.

Burger reageerde in 1906 als door een horzel gebeten op het jaarverslag van de RVB over 1904. Dit bevatte in zijn ogen een *acte van beschuldiging* tegen de hele medische stand. De toelichting bij het jaarverslag gaf een opsomming van allerlei *mogelijke lafheden en bedriegerijen, waartoe zedelijk laag staande mensen tot eigen voordeel gemakkelijk komen*.¹⁶⁴ De Bank zou op ontoelaatbare wijze de schuld van de ondoelmatige uitvoering van de Wet in de schoenen van het hele artsencorps schuiven. Alsof het aan de artsen lag dat de ongevallenverzekering aan de ziekteverzekering vooraf was gegaan en het stelsel geen rekening hield met verzekeringen die patiënten al elders hadden lopen. De artsen hadden steeds gewezen op de nadelen van een verrichtingenstelsel. Buitengewoon merkwaardig was het bovendien dat de geneeskundigen de schuld kregen van simulatie en aggraving, het erger voorstellen van een kwaal, door verzekerden.

De Bank had volgens Burger reden genoeg om de hand in eigen boezem te steken. De geneeskundig controleurs waren zo met werk overladen dat er in meerderheid geen enkele controle op de geneeskundige behandeling plaatsvond. Daar waar wel werd gecontroleerd, was het meestal te laat om gepleegde misbruiken te kunnen vaststellen. De Bank zou moeten samenwerken met de controledienst van risicodragende maatschappijen door hen onmiddellijk van gebeurde ongevallen op de hoogte te stellen *zodat samenwerking van den controle-arts der*

*maatschappij met dien der bank kan worden verkregen.*¹⁶⁵ De foute manier waarop bij de OW de vrije artsenkeuze werd toegepast en het verrichtingenstelsel waren de werkelijke oorzaak van de kostenoverschrijdingen van de Bank. Dat de wetgever de RVB weinig tijd gegund had om zich op de uitvoering voor te bereiden en onvoldoende voorzien had wat er bij kwam kijken, kon de Bank niet verweten worden.¹⁶⁶

De verhouding tussen de RVB en de artsen verbeterde nadat afspraken waren gemaakt over de beoordeling door de afdelingen van de NMG van door artsen ingediende te hoge declaraties. Het contractstelsel van de artsen en de RVB betreffende de vergoedingen in het kader van de OW was een voorbeeld voor Centraal Beheer. Dit was het administratiekantoor van verschillende werkgeversrisicoverenigingen en bedrijfsverenigingen. Het contract dat deze organisatie in het kader van de Land- en Tuinbouwongevallenwet 1921 met de NMG sloot, was geënt op dat van de artsen en de RVB.¹⁶⁷ De bedrijfsverenigingen die deze Wet uitvoerden, konden zo gebruik maken van de ervaringen die de Bank had opgedaan.

Over deze en andere collectieve contracten werd onderhandeld door de afdelingen van de NMG.¹⁶⁸ De machtspositie van de NMG was door deze versnippering niet groot.¹⁶⁹ In 1925 werd voor de onderhandelingen over de voorwaarden en tarieven een commissie van advies ingesteld en in 1927 kreeg de Bank de bevoegdheid om bijvoorbeeld met een vereniging van geneeskundigen of apothekers een overeenkomst aan te gaan. In datzelfde jaar werd een scheidsgerecht ingesteld. De commissie van advies functioneerde tot 1936. Toen onderhandelde de Bank over een nieuw tarief met Centraal Beheer, de NMG en de Vereniging van Raden van Arbeid als uitvoerders van de Invaliditeitswet en mede-uitvoerders van de Ziektewet en werd de commissie vervangen door een Bemiddelingscommissie. Hierna verminderde de oppositie van artsen tegen de tijdens de crisisjaren verlaagde tarieven.¹⁷⁰

Het aantal controlerend-geneeskundigen bij de RVB en haar dienstkringen werd gaandeweg groter. Hierdoor kon de controle op de geneeskundige behandeling en het beoordelen van de noodzaak tot behandeling door specialisten of door ziekenhuisopname worden verbeterd. In 1910 werden 51 raadgevende artsen aangezocht die zouden kunnen bemiddelen bij geschillen tussen controlerende en behandelende artsen, maar daarvan is vrijwel geen gebruik gemaakt. De directe controle op de toestand van de getroffene door een bedrijfsongeval werd na 1911 algemener toegepast. *Over het algemeen verliep het medische werk in vrij geregelde banen. Dat de huisartsen zich zoo weinig tegen de uitbreiding van de directe contrôle verzetten, vond waarschijnlijk hierin zijn grond, dat er een ontwerp-Ziektewet ahangig was en dat de medici over het algemeen scheiding van contrôle en behandeling wenschten. Zij wilden vooral verschoond blijven van het afgeven van verklaringen van geschiktheid tot arbeid van hun patiënten en legden zich daarom gemakkelijker bij de directe contrôle door den controleerend-geneeskundige neer, omdat dit, zij het dan ook slechts gedeeltelijk, aan hun wenschen beantwoordde.*¹⁷¹

Meer toezicht op de behandeling kon een aantal blijvende letsels voorkomen. Ook de werkgevers zagen in dat een snelle hervatting van werk, ook als de arbei-

der niet helemaal valide was, de periode van arbeidsongeschiktheid verkortte. Werken was *van uitnemend belang voor een spoedige genezing*.¹⁷² Een tijdige en goede behandeling van kleine letsels voorkwam veel leed en verminderde de kosten. Vergoeding van geneeskundige behandeling geschiedde ongeacht de vraag of de patiënt geheel of gedeeltelijk in staat was om te werken.¹⁷³

Bij de oprichtingsvergadering van de Vereniging voor Ongevallengeneeskunde in 1908 betoonde Kooperberg in een rede hulde aan de arts die eerste hulp verleende en de patiënt doorverwees naar een specialist of ziekenhuis als hij zichzelf niet voldoende in staat achtte om te behandelen.¹⁷⁴ De eerste hulparts moest nauwkeurige aantekeningen maken van zijn bevindingen¹⁷⁵, een ongevalsformulier invullen en daarin een uitspraak doen over de aard van het letsel en de vermoedelijke duur van de arbeidsongeschiktheid. De behandelend arts moest zich ervan bewust zijn dat de meeste ongevalspatiënten beter in een ziekenhuis behandeld konden worden. *De meest zorgvuldige geneeskundige behandeling, waarneming, hulp van geoefend personeel is buiten ziekenhuizen niet ofslechts in onvoldoende mate te bereiken, afgezien nog van het feit, dat huiselijke omstandigheden in deze kringen de genezing zoo dikwerf tegenwerken*.¹⁷⁶ De weerzin bij het publiek tegen ziekenhuisbehandeling was volgens de medisch adviseur van de RVB *belangrijk afgenomen*. Voor een snel herstel moest er in veel gevallen in een vroeg stadium massage, orthopedische en *medico-mechanische* hulp worden aangeboden. Ook voor het invoeren van specialistische hulp hoefde de behandelend arts zich niet de schamen. *De ware humaniteit zetelt hier voor den arts vooral in een naar geweten vervullen van zijn plicht, hoe zwaar en ondankbaar deze zijn kan*.¹⁷⁷

De OW zorgde voor nauwkeuriger en langduriger therapie, want er werd vaker hulp gezocht en men bleef langer onder observatie, met een scherpere diagnose en prognose en een betere statistiek. De Wet veranderde de verhouding tussen arts en patiënt en verbeterde de positie van de arts.¹⁷⁸ De invoering van de Ongevallenwet leidde er aanvankelijk toe dat de positie van de huisarts ten opzichte van de chirurg verbeterde. Dat kwam doordat de huisarts meestal als eerste op de plaats van het ongeval aanwezig was en omdat *de behandeling thans een behoorlijke honoreering waarborgde*.¹⁷⁹ De ontwikkelingen in de chirurgie maakten zulke vorderingen dat de huisartsen op den duur niet meer konden voldoen aan eisen die aan de heilkundige behandeling werden gesteld. Er bleek bovendien een groot verschil tussen anatomisch en functioneel herstel. Daar waar men vroeger met het eerste tevreden was, werd nu het laatste van groter belang.

Het recht op schadeloosstelling bij een ongeluk in een bedrijf was zo oud als de weg naar Rome. Nieuw aan de Ongevallenwet was de verplichting van de werkgever tot verzekering. Arbeidsongeschikten vervielen als gevolg van de OW niet langer tot armoede en waren niet meer afhankelijk van liefdadigheid, dat was althans de bedoeling. Maatregelen op het gebied van hygiëne en geneeskundige verzorging waren beter te verwezenlijken met behulp van wettelijke verzekeringen.

Sociale verzekeringen moesten de financiële gevolgen van ongeval of ziekte opvangen, in het geval van de OW zowel medische kosten als derving van inkomsten, en in sommige gevallen ook zo goed mogelijke medische behandeling

geven doch de overtuiging, dat dergelijke wetten in beginsel dienen om aan de gemeenschap een rij van schadelijke gevolgen te ontnemen, heeft toch wel gedomineerd.¹⁸⁰ Het dienen van het individuele belang was een afgeleide van het bevorderen van het algemene belang. De verhouding tussen artsen en RVB en andere bij de uitvoering van de OW betrokkenen ontwikkelde zich in de praktijk en dit kwam de volksgezondheid ten goede.

6 Het tekort van de Rijksverzekeringsbank

De praktijk van de Ongevallenwet bracht de nodige problemen aan de oppervlakte. Naast de problemen rond de afstemming tussen de RVB en de artsen die bij de uitvoering van de OW betrokken waren en de kinderziekten die na de invoering om genezing vroegen, liep vooral het tekort van de RVB in het oog. Het bedroeg per 31 december 1908 ruim f 4 miljoen. Dit tekort had verschillende oorzaken. Enerzijds was de premiestelling lastig omdat er vooraf geen cijfermateriaal voorhanden was, anderzijds was het aantal ongevallen groter dan gedacht. Van tevoren werd geschat dat er zo'n veertig à vijftig ongevalsangiften per dag zouden worden gedaan, in werkelijkheid begon het met 100, oplopend tot 250 per dag.¹⁸¹

Ook de kosten waren hoger dan van tevoren gedacht. Geneeskundige hulp moest meteen na het ongeluk verleend worden, maar pas in een later stadium kon worden vastgesteld of het om een bedrijfsongeval ging. Uitstel van vergoeding door de Bank bracht het risico met zich mee dat artsen zouden weigeren hulp te verlenen.¹⁸² Daarom betaalde de Bank de door de artsen ingediende rekeningen, totdat vaststond of het niet om een ongeval ging dat onder de OW viel. Het aantal nota's van artsen dat door de RVB werd afgewezen was groot. In twijfelgevallen betaalde de RVB de nota's mits de arts zich aan de daarvoor ontwikkelde procedure had gehouden. Deze procedure betekende een grotere administratieve last voor de arts *maar die mag hij dan toch wel over hebben voor de verkrijging van betaling eener nota, waarop hij niet het minste wettelijke recht kan doen gelden.*¹⁸³ Deze extra kosten waren een van de gevolgen van het feit dat er niet tegelijk met de OW een Ziektewet, ZW, was ingevoerd.¹⁸⁴

Het waren vooral de kleine, kortdurende ongevallen die de uitvoering van de OW kostbaar maakten. Een reeks van administratieve handelingen moest hoe dan ook verricht worden, of een ongeluk nu kort of lang duurde. Het dragen van eigen risico door bedrijven en de risico-overdracht hadden tot gevolg dat de RVB minder premie binnenhaalde en dat de verzekerde bedrijven die bij de RVB waren aangesloten en wel premie betaalden vaak bedrijven met een hoog risico waren. Zoals in de discussies voorafgaande aan de invoering van de Wet al aan de orde was gekomen, waren het vooral de kleine werkgevers die zich bij de RVB aansloten.¹⁸⁵

Het rijk betaalde voor de helft de administratiekosten van de RVB, de andere helft werd door de verzekeringsplichtige bedrijven opgebracht, ook door de eigen-risicodragers en de bedrijven die hun risico elders hadden ondergebracht. De

vergoedingen, de declaraties voor geneeskundige behandeling en uitkeringen, die de RVB betaalde, werden gedekt door de premies en de doorberekening van de gemaakte kosten aan de eigen-risicodragende bedrijven of de risicoverenigingen.¹⁸⁶

Ministers als Kuyper en Veegens die met de problemen van de RVB geconfronteerd werden, hoopten dat met de invoering van de ziekwet een aantal van de uitvoeringsperikelen van de OW zouden kunnen worden opgelost.¹⁸⁷ Geen van de ZW-voorstellen bereikten echter het Staatsblad. Minister A.S. Talma was de eerste die dat wel zou lukken, hoewel ook zijn wet niet ten uitvoer zou worden gebracht. Voor Talma in staat was een ziekwetvoorstel in te dienen, moest hij eerst het nijpende probleem van het tekort van de RVB oplossen.

Bij de begrotingsbehandeling voor het jaar 1909 erkende Talma in de Eerste Kamer dat er zich gevallen voordeden waarbij geneeskundige behandeling onnodig werd gerekent.¹⁸⁸ Dit was een gevolg van de vrije artsenkeuze. Hij zegde toe dat als door het toenemende aantal rentetrekkers het aantal controlerend geneeskundigen onvoldoende zou blijken te zijn, er meer zouden worden aangesteld. In verband met de aanstaande ziekwet zouden dit tijdelijke aanstellingen zijn. Geneeskundige behandeling en het toezicht daarop was volgens de minister een van de moeilijkste vraagstukken bij de uitvoering van de OW. Een grondige reorganisatie moest wachten op de invoering van de ziekwet.¹⁸⁹ Talma gaf toe dat de risico-overdracht een nadelige invloed op de financiën van de Bank had, maar het algemeen belang werd er niet door geschaad en de ongevallenverzekering was er in haar totaliteit niet kostbaarder door geworden.¹⁹⁰ Hij meende dat het overdragen van risico niet in het nadeel van werklieden was.

Hoewel Talma beweerde voorstander van risico-overdracht te zijn, kon de minister die niet bevorderen door de premies van de RVB zodanig te verhogen dat werkgevers om die reden voor risico-overdracht zouden kiezen. Hierdoor zou de concurrentiepositie van de RVB verslechteren en zou de Bank nog meer inkomsten mislopen. Het tekort van de RVB kwam ten laste van de staat op grond van overwegingen die door zijn ambtsvoorganger Veegens al uiteengezet waren. De oorzaken van de tekorten zouden worden weggenomen en nieuwe zouden wel door premieverhogingen worden opgevangen. Toekomstige tekorten zouden niet ten nadele van de staat komen, evenmin als eventuele overschotten aan de staatskas zouden toevallen.¹⁹¹

Het bestuur van de RVB vermoedde dat werkgevers probeerden de arbeiders zo snel mogelijk weer aan het werk te krijgen, ook als de gevolgen van het ongeluk nog niet verholpen waren. In 1906 was het aantal arbeiders dat na zes weken weer aan het werk was, bij eigen-risico-ondernemers 38% hoger dan bij de RVB. Stringentere controle bevestigde in 1908 het vermoeden van het bestuur. Strenger optreden door de RVB resulteerde in een halvering van het aantal gevallen dat na zes weken aan het werk was. Ter verbetering van de controle waren meer controlerend geneeskundigen nodig.¹⁹² Gedurende de eerste zes weken bestond er geen recht op beroep en dus konden de arbeiders zelf misbruik niet tegengaan. Onderzoek van het Nederlandsch Verbond van Vakverenigingen, het NVV, maakte duidelijk dat de arbeiders, bijvoorbeeld uit angst voor verlies van hun

baan, geen prijs stelden op een onderzoek naar misstanden bij de uitvoering van de OW.¹⁹³ Deze NVV-enquête was in 1911 voor de SDAP aanleiding om risico-overdracht af te wijzen.¹⁹⁴ Duidelijk was volgens de partij dat de OW de eerste diep in het gezinsleven en de economische toestand van de arbeiders ingrijpende socialezekerheidswet was die hen behoedde voor een zodanig verlies aan inkomen dat zij niet in *hetzelfde milieu konden blijven leven*.¹⁹⁵ Afhankelijkheid van de armenzorg moest zoveel mogelijk worden vermeden.

In een rapport van de Bond van Vrije Liberalen over de uitvoering van de OW, waaraan ook Deknatel een bijdrage leverde, werden de voordelen van risico-overdracht breed uitgemeten en de nadelen ervan weerlegd. In de pers was in 1907 veel te doen geweest over ongevalsverzwijging door werkgevers. Zoals Veegens in 1899 bij de behandeling van het amendement Lohman, dat als basis diende voor het toestaan van risico-overdracht, had voorspeld zou de werkgever er belang bij hebben ongevallen niet te melden.¹⁹⁶

Onderzoek naar gevallen van ongevalsverzwijging wees volgens het rapport uit dat een groot aantal getroffen arbeiders van de werkgever geneeskundige behandeling en doorbetaling van loon had gekregen. De werkgevers was het erom te doen door een snelle en effectieve behandeling van kleine ongevallen in speciaal daarvoor bij het bedrijf ingerichte behandelkamers het aantal aangiften zoveel mogelijk te beperken. Hiermee was ook de arbeider gediend. Het was tevens in het belang van de werkgever als hierdoor zwaardere gevolgen werden voorkomen. De werkgever moest ervan doordrongen raken dat het naleven van de Wet voordelen had boven de snelle directe hulp bij lichte ongevallen en ongevalsverzwijging. Decentralisatie, het betrekken van de belanghebbenden bij de uitvoering en de geografische spreiding van de uitvoeringsorganisatie, zou volgens het rapport in deze de oplossing zijn.¹⁹⁷

Risico-overdracht prikkelde de werkgevers tot verbetering van eigen deskundige hulp, terwijl de bij de RVB aangesloten werkgevers deze aansporing niet hadden en het gemakkelijk vonden om de kosten van genees- en heelkundige behandeling door de Bank te laten betalen. Volgens cijfers van de minister bleek het percentage arbeiders waarvoor alleen schadeloosstelling voor geneeskundige behandeling werd uitgekeerd bij een aantal werkgevers dat het risico had overgedragen 2,5 te zijn en bij de RVB aangesloten werkgevers 17,5. Mede hierdoor was uitvoering door de RVB duurder. Een reden voor ongevalsverzwijging kon volgens het rapport ook zijn: vrees van de arbeider voor geneeskundige behandeling.¹⁹⁸

De beschuldiging van ongevalsverzwijging als reden voor het goedkoper werken van de Risico-bank was niet geheel uit de lucht gegrepen; het aantal ongevallen bij de eigen-risicoverenigingen was in 1907 25% lager dan bij de RVB.¹⁹⁹ Dit gebeurde echter niet om arbeiders te benadelen. De grens tussen ongevallen die wel en niet aangegeven moesten worden, was nogal vaag.²⁰⁰ In een gidsje voor werklieden uit 1903 werd uitgelegd dat er sprake was van een ongeval als er reden was om de hulp van een dokter in te roepen. De werkgever had volgens de auteur gelijk dat niet voor *het eerste het beste wissewasje* een dokter geroepen werd. *Laten de werklieden hén tot schande maken, die luide de verwachting uitspreken, dat de*

*arbeiders verregaande misbruik zullen maken van de voor hen gunstige bepalingen der Ongevallenwet.*²⁰¹ Dat het er de RVB niet om ging *dat van elk onbeduidend ongeval, eene schram, krab, ontvelling, aangifte zou zijn te doen, ingeval de getroffene geschikt tot werken is gebleven en, naar het zich aanvankelijk laat aanzien, geen verdere medische hulp van noode heeft,* bleek uit een in 1907 verzonden circulaire.²⁰²

De behandeling van Talma's departementsbegroting voor 1910 moest, tot chagrijn van de Tweede Kamer, een aantal maanden worden uitgesteld omdat de minister zijn voorstel tot dekking van het tekort van de RVB nog niet klaar had. Talma erkende dat de uitvoering van de ongevallenverzekering veel te wensen over liet. De schuld daarvan lag in de tekortkomingen van de Wet. Het zou ongeacht de samenstelling van het bestuur zijn misgelopen en de Raad van Toezicht trof evenmin blaam. *Wat betreft de vraag, welke plannen de ondergeteekende heeft ten aanzien van een ingrijpen in de wijze van uitvoering der wet, zal het wel overbodig zijn er op te wijzen, dat het bestuur niet onder de bevelen van de Regering staat maar zelfstandig de verzekering uitvoert. Voor de wijze, waarop het bestuur zijn taak uitvoert, is ondergeteekende verantwoordelijk, maar daaruit volgt niet, dat er op ondergeschikte punten altijd overeenstemming behoeft te bestaan tusschen het bestuur en ondergeteekende.*²⁰³ Door de creatie van de RVB had de regering de uitvoering op afstand geplaatst. Overleg van betrokkenen over de uitvoering moest rechtstreeks met de Bank plaatsvinden, direct contact met de minister en het departement hadden niet veel effect. Formeel hadden de minister en zijn departement geen directe invloed op de uitvoering. Op gezette tijden zouden ministers zich hierachter verschuilen.²⁰⁴

In de Tweede Kamer was de liberaal H. Goeman Borgesius niet overtuigd van de effectiviteit van de maatregelen om het tekort van de RVB terug te dringen. Hij vroeg de minister naar het onderzoek dat hij naar buitenlandse stelsels had laten doen.²⁰⁵ Kon Talma niet beter een aantal zaken overdragen aan de minister van Waterstaat? Talma gaf toe dat het departement overladen was met werk dat de herziening van de OW en de problemen bij de RVB met zich meebracht. Dit vertraagde het uitwerken van nieuwe plannen. Bij zijn aantreden moest hij veel doen om de tekorten van de RVB terug te dringen. Hij had de afdeling Arbeidersverzekering opgericht en uitgebreid en daar werd hard gewerkt.²⁰⁶ Hij zei dat hij ondanks de problemen nog steeds voorstander was van risico-overdracht. Volgens hem was het probleem van ongevalsverzwijging niet groot. Uit onderzoek bij de werf De Schelde was gebleken dat daar niets aan de hand was.²⁰⁷

Talma wierp Goeman Borgesius voor de voeten dat deze zijn functie als directeur van de invloedrijke Eerste Nederlandsche Verzekeringsmaatschappij op het leven, tegen invaliditeit en ongelukken niet goed van zijn Kamerlidmaatschap scheidde. Het was Goeman geweest die het Talma onmogelijk gemaakt had met het wijzigingsvoorstel voor de OW uit 1908 door te gaan. Dat ontwerp was niet ingediend omdat twee erbij betrokken adviseurs niet *onbaatzuchtig* zouden zijn. Dit verwijt bleek echter ten onrechte te zijn gemaakt. *Door een misverstand is dus een bijna gereed ontwerp in de archieven gebleven.*²⁰⁸

Volgens de NRC was het liberale Kamerlid M.W.F. Treub tijdens de Kamerbehandeling onbillijk in zijn kritiek op de risico-overdracht en kwam zijn *averechtse*

opvatting van de begrippen solidariteit en verzekering neer op een *demoraliserende bevoorrechtiging der slechte werkgevers ten laste der goede, op een overbelasting der eerlijken en consciëntieusen ten bate der minder scrupuleusen*.²⁰⁹ Talma's opmerking dat hij het voordeel van de vermindering van het aantal ongevallen als gevolg van risico-overdracht afwoog tegen het nadeel van ongevalsverzwijging vond de krant een enigszins onvoorzichtige uitspraak. De omvang van het probleem van de ongevalsverzwijging was nog niet voldoende duidelijk. Ook onder Kamerleden bestond er volgens de krant verschil van inzicht over de verdiensten van de Centrale Werkgevers Risico-bank.

Talma besloot de uitvoering van de Invaliditeitswet en de Ziektewet op te dragen aan de Raden van Arbeid. Deze waren regionaal opgezet en zowel het algemeen belang als dat van werkgevers en werknemers waren erin vertegenwoordigd. Deze decentralisatie moest de uitvoering niet alleen in ruimtelijke zin dichterbij de belanghebbenden brengen, maar zou ook onderlinge controle gemakkelijker maken. De uitvoering van de OW zou in handen blijven van de RVB en van de werkgevers en hun verenigingen.

Bij de OW waren de werkgevers verzekeringsplichtig. Bij de Ziektewet zouden de arbeiders verplicht verzekerd zijn. Hierdoor werd de overbrenging van de kleine ongevallen naar de ZW bemoeilijkt. Daarnaast waren in de OW 1901 weliswaar niet alle werkgevers verplicht verzekerd, maar vielen de losse arbeiders van werkgevers die verplicht verzekerd waren wel onder de OW, terwijl zij niet onder de ZW verzekerd zouden zijn. Dit zou namelijk bij een verzekeringsplicht voor arbeiders praktisch niet uitvoerbaar zijn; alleen van vaste arbeiders kon gemakkelijk gecontroleerd worden of ze zich hadden verzekerd.

Talma's scheiding van ziekengeld- en ziektekostenverzekering compliceerde de overbrenging van de kleine ongevallen nog meer. Hij stelde voor om de kleine ongevallen, die meer dan 90% van de ongevalsangiften uitmaakten,²¹⁰ op te nemen in de ZW. De uitkering waarop verzekerden na een ongeval recht hadden, zou dan door de Raden van Arbeid, RvA, en niet langer door de RVB worden afgehandeld. De RVB bleef echter vanaf het tijdstip van het ongeval belast met het verlenen van geneeskundige hulp *onverschillig of de Bank te doen had met een getroffene, die wel dan niet onder de ziekteverzekering viel*.²¹¹ De expertise van de geneeskundige dienst van de Bank zou volgens Talma ervoor zorgen dat de geneeskundige behandeling vanaf het begin gericht zou zijn op herstel van de getroffen. ²¹² De NRC schreef in oktober 1910 dat er voor de RVB in dat geval nauwelijks sprake was van een verlichting van werkzaamheden. De krant begreep Talma's dilemma. Als de geneeskundige behandeling ook naar de ziekenkassen van de RvA zou overgaan, dan zouden zij moeten nagaan of het om arbeidsongeschiktheid door ziekte of ongeval ging. Immers alleen in dat laatste geval bestond er door de scheiding van ziekengeld en ziektekosten die Talma in de ZW voorzien had, recht op geneeskundige behandeling. De krant onderstreepte het belang van de bepaling rond geneeskundige verzorging van de OW.²¹³

Dat bij de OW de werkgevers de hele premie betaalden en bij de ZW de arbeiders de helft van de premie zouden moeten opbrengen, maakte de plannen tot overheveling van de kleine ongevallen naar de ZW niet populair. Het Volk

zag in dat een decentralisatie van de OW voor de hand lag. *Indien wijziging nodig is in de organisatie der ongevallenverzekering, dan valt daarover te spreken. Indien zij moet worden ondergebracht bij de ziekteverzekering, en dientengevolge de risico-overdracht zou verdwijnen, dan kan dat een uitstekende maatregel zijn.* De krant was echter mordicus tegen het voorstel dat de premie voor de ZW voor de helft door de arbeiders zou moeten worden opgebracht. *Wij willen niet een gebrekkige ziekteverzekering betalen, met de rechten, bij de Ongevallenwet verkregen!*²¹⁴ Ook de Rooms-Katholieke Werkliedenverenigingen van het aartsbisdom Utrecht waren tegen een samenvoeging van ziekte- en ongevallenwet. Ongevallen moesten voor rekening van de werkgever blijven en niet ten laste van de ziekenkassen komen.

Hoewel de ZW van Talma geen verplichte verzekering tegen ziektekosten regelde, wilde de minister door middel van verschillende artikelen in de Wet de kwaliteit van de bestaande ziekenfondsen verbeteren, het lidmaatschap ervan bevorderen en vooral op het platteland de oprichting van ziekenfondsen stimuleren. Subsidiëring was daarbij volgens hem toegestaan *in het midden gelaten de vraag wie subsidieëren moet: Staat, Provincie of (en) Gemeente.*²¹⁵ In artikel 92 van de ZW waren bepalingen omtrent de erkenning van ziekenfondsen opgenomen. Hierin was vastgelegd dat neutrale en socialistische ziekenfondsen mochten blijven bestaan maar dat confessionele zouden moeten verdwijnen.

Dit riep tegenstand van de R.K. Werkliedenverenigingen op. *De werklieden worden dus zijdelings gedwongen toe te treden tot neutrale ziekenfondsen, want confessionele worden niet erkend, en het gewone tarief van dokter en apotheker kunnen zij (...) niet betalen.*²¹⁶

In een adres van de NMG werd ook op de nadelen van dit artikel gewezen. *Het bij art. 92b van het ontwerp Ziektewet bepaalde kan in hoge mate bedenkelijk worden voor den arbeider. Door dit artikel toch kan de politieke en godsdienstige strijd in de erkende ziekenfondsen worden gebracht en zullen deze als wapenen in dien strijd gebruikt worden, ten nadeele van de geneeskundige verzorging. Immers het erkende ziekenfonds kan dan bij de statuten bepalen dat personen van een bepaalde politieke richting of van een bepaald kerkgenootschap niet worden toegelaten.*²¹⁷ Een arbeider zou kunnen worden uitgesloten zonder dat hij een alternatief had als in zijn gemeente geen ander erkend ziekenfonds aanwezig was, iets wat op het platteland niet ondenkbaar was.

De NMG had in verband met de aanstaande invoering van de ZW een eigen erkenningsregeling voor ziekenfondsen opgesteld. Controlerend-geneeskundige van de RVB, E.J. Buning, maakte bezwaar tegen de beperktheid van die regeling; vooral wat de dekking voor ziekenhuisverpleging betrof. De OW had volgens hem aangetoond dat niet alleen artsen, maar ook het algemeen belang gediend waren met het bij wet regelen van een verzekering voor geneeskundige behandeling.²¹⁸

Vooral de grote werkgevers maakten bezwaar tegen het feit dat door de overbrenging van de kleine ongevallen naar de ZW de betekenis van de risico-overdrachtverenigingen zou verminderen. Hierdoor werd het draagvlak voor een spoedige invoering van de ZW niet vergroot.²¹⁹ Talma's ZW werd in 1913 aangenomen, maar de decentralisatie van de ongevallenverzekering werd eruit weggelaten omdat ook in de Tweede Kamer daartegen bezwaren waren geuit.²²⁰ Zijn

voorstel tot wijziging van de OW waarin de decentralisatie wél voorkwam, werd niet meer in behandeling genomen.²²¹

Talma stelde naar de effecten van risico-overdracht een onderzoekscommissie in, waarvan hij zelf voorzitter werd.²²² In haar rapport dat in 1917 verscheen werd vastgesteld dat, ongeacht of er sprake was van risico-overdracht, sommige werkgevers op arbeiders pressie uitoefenden om sneller dan wenselijk aan het werk te gaan. De risico-overdracht prikkelde werkgevers tot het nemen van veiligheidsmaatregelen en het instellen van eerste-hulpdiensten. Nog niet helemaal arbeidsgeschikten kregen pas na aandrang van de RVB of de risicovereniging toestemming van de werkgever om al dan niet aangepast werk te verrichten. De werkgevers die het risico zelf droegen of elders hadden ondergebracht, pasten bij het aannemen van werknemers geen strengere selectie toe. Ongevalseverzwijging kwam voor maar dat had vaker te maken met onduidelijkheid over de regels dan met onwil. *Daar waar een eerste-hulp-dienst bestaat (...) is meer neiging tot ongevalsverzwijging in verband met de neiging tot het verlenen van ook verdere behandeling door dien dienst.*²²³ Ook hier speelde risico-overdracht een ondergeschikte rol. Bij de keuze van een geneesheer werd wel dwang uitgeoefend. Centraal Beheer stimuleerde werkgevers om goede eerste hulpartsen in te zetten. Beperking van de vrije artsenkeuze kwam vrijwel alleen voor bij de eerste hulp en de RVB beschouwde dit als een zaak tussen werkgever en werknemers. Als arbeiders gedwongen werden tot verdere behandeling door een bepaalde dokter, dan maakte de RVB hieraan een einde.

De commissie concludeerde dat de vrije artsenkeuze bij de OW geen goede uitwerking kende.²²⁴ De arts J.A. Korteweg had de commissie laten weten dat er een groot verschil was tussen stad en platteland. *Op het land is er feitelijk geen vrije artsenkeuze, omdat er in den regel maar één dokter ter plaatse is. Die dokter verleent ook in zijne gewone praktijk heelkundige hulp en heeft aldus daarin oefening. In de steden staan de zaken geheel anders. Daar is de behandelende geneeskundige meestal fondsdokter en door zijn vele fondswerk is hij niet zelden minder geschikt voor chirurgisch werk.*²²⁵ Het heelkundig gedeelte van zijn fondspraktijk werd meestal door heelkundige poliklinieken verricht. De RVB zou daarom het recht moeten hebben heelkundig niet-vaardige artsen uit te sluiten. De controlerend-geneeskundigen die de commissie had gehoord zagen het nadeel van vrije artsenkeuze, maar waren van mening dat door de verbetering van de controle de bezwaren verminderd waren.

De medische controle bij risico-overdrachtorganisaties vulde die van de RVB aan. Er was sprake van een nauwe samenwerking tussen de Centrale Werkgevers Risico-bank en de RVB. De eindconclusie van de commissie was dat de mogelijkheid van risico-overdracht gehandhaafd kon blijven. Winstbeogende organisaties hadden echter bij de uitvoering van een sociale wet geen plaats.²²⁶

Het percentage werkgevers dat bij de RVB verzekerd was, berekend op basis van het verzekerd loon, lag in de periode 1903-1932 gemiddeld tussen de 30 en 40. Bij andere risicoverzekeraars, commerciële en onderlinge als de CWRB wier aandeel in deze periode steeg van 17 naar 49%, was ongeveer de helft van het verzekerd loon ondergebracht. Ongeveer 13% van het verzekerd loon was van

werkgevers die zelf de kosten van ongevallen in hun bedrijven oprachten.²²⁷ Het percentage van de ongevallen voor rekening van de CWRB steeg van 16 in 1903 naar 39 in 1932.²²⁸

Korteweg was tegenstander van de rol van de RVB bij de medische behandeling. Medische behandeling en het verstrekken van een uitkering in één hand stond volgens hem een snelle arbeidshervatting in de weg. Werknemers noch werkgevers werden gestimuleerd om de arbeider weer aan het werk te krijgen. Bij eigen-ricodragers was deze stimulans er wel. De fabrieksarts waarborgde zo min mogelijk simulatie, aggraviatie en trauma-neurose en bespoedigde het herstel. Volgens medisch adviseur van de RVB Kooperberg gebruikte Korteweg zijn verzamelde cijfermateriaal in de discussie op een onjuiste manier en stimuleerde de RVB juist wel werkhervatting. Minister Treub, onder wie de OW in die periode ressorteerde, liet zich door Kooperberg en niet door Korteweg overtuigen en wijzigde niets aan de rol van de RVB.²²⁹

Risico-overdracht had als nadeel dat het de uitvoering van de OW door de RVB relatief kostbaar maakte. Na vele jaren van discussie bestond er consensus dat de voordelen ervan, over het geheel genomen, opwogen tegen de nadelen. Alle betrokkenen onderkenden de gunstige effecten van de OW op de gezondheid van arbeiders. De uitvoering van de verplichte ongevallenverzekering bleek echter door het ontbreken van een verplichte ziekteverzekering inefficiënt. De specifieke kenmerken van de OW 1901 bemoeilijkten de overbrenging van de kleine ongevallen naar de ZW. De in de ZW door Talma aangebrachte scheiding van ziekengeld en ziektekosten betekende een extra complicerende factor. Een ingewikkeld complex van factoren maakte dat de verplichte verzekering van ziektekosten lange tijd onmogelijk bleef.

7 De OW onder Aalberse

Een van de wapenfeiten van het in 1918 ingestelde Ministerie van Arbeid waarover de katholieke minister P.J.M. Aalberse de scepter zwaaide, was het realiseren van de wijziging van de OW. Het eerste wijzigingsontwerp was op 2 juni 1911 door Talma bij de Tweede Kamer ingediend, maar zoals vermeld, niet in behandeling genomen.²³⁰ De OW van 1921 betekende een aanzienlijke uitbreiding van het aantal verzekeringsplichtige bedrijven en een decentralisatie van de uitvoering naar de Raden van Arbeid.²³¹ Overheveling van taken van de RVB naar de in 1919 opgerichte RvA moest de uitvoering slagvaardiger maken omdat de Raden letterlijk en figuurlijk dichterbij de bedrijven stonden.²³² Ze waren voor werkgevers gemakkelijker te bereiken en door de vertegenwoordiging van werkgevers en arbeiders in de Raden konden praktische problemen sneller op tafel komen.

Tijdens de behandeling in de Tweede Kamer van de herziening van de OW werd aan Aalberse gevraagd of hij van plan was ook de medische taken van de RVB te decentraliseren. Een bezwaar tegen de overbrenging van de medische aspecten van de OW naar de regionale RvA zou zijn dat *de rechtszekerheid en de rechtsbesteding voor de getroffen en in gevaar worden gebracht omdat plaatselijke*

*omstandigheden en persoonlijke invloed daarbij een rol kunnen spelen.*²³³ De minister antwoordde dat hij zijn handen vrij wilde houden. Uiteindelijk zou deze decentralisatie niet doorgaan.²³⁴ De uitvoeringstaken betreffende de medische behandeling bleven tot 1967, de invoering van de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering, *primair een verantwoordelijkheid van de RVB.*²³⁵

Aan artikel 19 van de OW werd met de wijziging van 1921 een bepaling omtrent het verstrekken van kunstmiddelen toegevoegd.²³⁶ De term controlerend geneeskundige werd in de Wet opgenomen. *Aangezien zeer veel fabrieken, magazijnen, winkels, enz. in de laatste tijden controleerend-geneeskundigen aangesteld hebben, die echter een geheel andere taak hebben; die komen kijken of iemand, die zich als ziek opgeeft, ook werkelijk ziek is en of ook te lang door ziekte verzuimd wordt, kan deze titel tot misverstand aanleiding geven.*²³⁷

In een poging om iets te doen aan de kwestie van de ongevalsverzwijging werd artikel 61 over de aangifte van ongevallen gewijzigd. Ongevallen waarvoor geen geneeskundige hulp nodig was, hoefden niet meer te worden aangegeven. *Wordt na een ongeval de getroffen door een verbandmeester verbonden en is de behandeling met die eerste hulp geëindigd, dan behoeft van het ongeval geen aangifte te geschieden. Geneeskundige behandeling is dan immers niet noodig gebleken, terwijl de verleende hulp als niet verleend door iemand in het bezit van een artsdiploma en bevoegd om praktijk uit te oefenen, niet als geneeskundige hulp is te beschouwen.*²³⁸ Als na twee dagen alsnog hulp nodig bleek, moest wel aangifte worden gedaan ook *wanneer die verdere behandeling door den verbandmeester wordt verleend, omdat alsdan kan worden aangenomen, dat de gevolgen van het ongeval geneeskundige hulp noodig hebben gemaakt.*²³⁹

De Land- en Tuinbouwongevallenwet, L&TOW, die Aalberse in 1922 door het parlement kreeg, gaf dezelfde rechten als de OW 1921. Voor de medische dienst van de RVB betekende deze wet niet veel werk, omdat de meeste werkgevers via bedrijfsverenigingen verzekerd waren.²⁴⁰ De uitvoering was via deze bedrijfsverenigingen voornamelijk in handen van de belanghebbenden. Centraal Beheer, CB, was het administratiekantoor van een aantal van hen.²⁴¹ Vanwege de invoering van de L&TOW nam CB *de meest vooraanstaande autoriteit op het gebied der ongevallengeneeskunde* in dienst, J.A. Korteweg. CB sloot een overeenkomst met de NMG waarin de samenwerking met de behandelende artsen werd geregeld en *waarin volkomen gelijkstelling was verkregen voor de bij Centraal Beheer aangesloten organisaties met de Rijksverzekeringsbank.*²⁴² Aanvankelijk werd daarbij vastgehouden aan het tarief dat de RVB hanteerde, maar de grote verschillen tussen de industriecentra en het platteland maakten een aparte regeling voor vergoeding van geneeskundige behandeling noodzakelijk. Deze regeling trad in 1929 in werking.²⁴³

Revalidatie en reïntegratie waren belangrijke elementen in de uitvoering van de ongevallenwetten.²⁴⁴ Een aantal sectoren van het medische bedrijf kon zich als gevolg van de invoering van de Wet verder ontwikkelen. Ongevallengeneeskunde en de ontwikkeling van arbeidstherapie hadden baat bij de grotere aandacht en middelen die dankzij de Wet gegenereerd werden. De verzekeringsgeneeskunde kent haar oorsprong in de invoering van de OW 1901.²⁴⁵ De verzekeringsgenees-

kundige moest letten op de belangen van de patiënt en goede contacten onderhouden met de behandelende geneeskundigen.²⁴⁶ Het oordeel van de controlerend geneeskundige bij de beslissing of bijvoorbeeld intensieve behandeling of specialistische hulp moest worden ingezet, was doorslaggevend.

Doelmatige geneeskundige behandeling en zorg bij dreigende invaliditeit of ziekte was onontbeerlijk voor een goede sociale verzekering. Geneeskundige controle van de ongevalspatiënten moest dienstbaar zijn aan het belang van de geneeskundige behandeling.²⁴⁷ De controle was het meest gebaat bij een overzichtelijke uitvoering en het bestuur van de RVB vroeg zich tijdens de niet aflatende discussie over de reorganisatie van de uitvoering van de socialezekerheidswetten daarom af of het toelaten van bedrijfsverenigingen bij de uitvoering wel een goed idee was.²⁴⁸

Het al eerder aan de orde gestelde probleem van de kleine ongevallen trachtte Aalberse in 1925 op te lossen door het samenvoegen van de ongevallen- en ziektewetgeving. De Hooge Raad van Arbeid, een door Aalberse in 1919 in het leven geroepen overlegorgaan, had in het kader van de plannen voor een reorganisatie van de sociale verzekering geadviseerd de kleine ongevallen ten laste van de ziekenfondsen te brengen. De hogere uitgaven die dit voor de ziekenfondsen met zich mee zou brengen zouden gedekt moeten worden door een subsidie van de RVB. Subsidiëring van de ziekenfondsen door rijk, provincie, gemeente en RVB zou *ontlasting van armenzorg* betekenen omdat het vaak gebeurde dat ziekenfondspatiënten zich tot de gemeenten wendden om *kosteloze of goedkoopere opname*.²⁴⁹ De premie voor de ziektekostenverzekering zou door de arbeiders worden betaald, de premie voor de ziekteverzekering door de werkgevers.

In het wetsvoorstel ziekte- en ongevallenwet van Aalberse werd vastgelegd dat de verzekerde die een ongeval op het werk kreeg, recht had op genees- en heelkundige behandeling. De kosten hiervan zouden ten laste van de risicodragers, de bedrijfsverenigingen of de RVB, zijn. Het toezicht op de doeltreffendheid van de behandeling zou bij AMvB worden geregeld.²⁵⁰ De verwachting was dat in de meeste gevallen de vergoeding voor geneeskundige kosten zou geschieden door de bedrijfsverenigingen, omdat de meeste werkgevers hierbij aangesloten zouden zijn. De verzekerden moesten controle door deze verenigingen als onpartijdig kunnen beschouwen. Daarom moest daarvoor een apart orgaan worden opgezet. De bij de RVB aanwezige rijke ervaring zou overgaan in een Medische Rijksdienst waarin ook overige medische diensten die *vanwege de Staat of van den Staat afhankelijke openbare administraties zijn ingesteld* zouden worden ondergebracht.²⁵¹ Aanwijzingen van bevoegde ambtenaren van deze Medische Rijksdienst, bijvoorbeeld over de noodzaak van ziekenhuisopname, zouden moeten worden opgevolgd ongeacht of de kosten voor rekening van de RVB of van de bedrijfsvereniging kwamen.²⁵² De NMG was vanwege de aan verzekerde opgelegde verplichting tot het ondergaan van geneeskundig onderzoek voorstander van de instelling van een dergelijke Rijksdienst. Hiermee zou onder andere een onpartijdige en snelle geneeskundige arbitrage bij een verschil van mening tussen behandelend en controlerend arts beter te regelen zijn.²⁵³

De Raad van State, RvS, had in 1924 ingestemd met de samenvoeging van de ZW en de OW omdat die een vereenvoudiging van de administratie en een bezuiniging zou opleveren ondanks *dat de theoretische saamhoorigheid van ziekte en invaliditeit, [...] eerder een aaneenkoppeling van ziekte en invaliditeitsverzekering zou verlangen*. De RvS maakte echter bezwaar tegen het feit dat het wetsvoorstel Ziekte- en Ongevallenwet was ingediend, *afgescheiden van de ontwerpen, waarmede dit ten nauwste samenhangt*. Beoordeling ervan was niet mogelijk *zonder gelijktijdige overlegging der andere in het plan begrepen voorstellen van wet*. Genoemd werden de Ziekenfondswet en de regeling van de geneeskundige controle. De Raad adviseerde het wetsvoorstel pas in te dienen als tegelijkertijd de wetsvoorstellen klaar waren *die met het ingediende voorstel samenhangen en ook dan slechts, nadat met de gemaakte opmerkingen rekening zal zijn gehouden*.²⁵⁴ De bezwaren van de RvS werden door Aalberse deels weerlegd en deels door middel van wijzigingen weggenomen en daarna werd het ontwerp toch aan de Kamer aangeboden.²⁵⁵ Daar zou het niet meer worden behandeld. De volgende minister van Sociale Zaken, J.R. Slotemaker de Bruïne, was tegen de samenvoeging van ziekte- en ongevallenwet zoals voorgesteld door Aalberse.²⁵⁶ De Ziektewet zoals die in 1930 werd ingevoerd, komt elders uitgebreid aan bod.

De kleine ongevallen bleven na de invoering van de ZW in 1930 onder de OW. Het idee dat daaraan iets moest veranderen, bleef echter leven. De commissie Van Rhijn die tijdens de Tweede Wereldoorlog plannen maakte voor de sociale zekerheid na de bevrijding stelde de kwestie ook aan de orde. *De wenschelijkheid van gelijkstelling van de zgn. 'kleine ongevallen', die slechts tijdelijke arbeidsongeschiktheid veroorzaken, met ziekte en compensatie hiervan op denzelfden voet als volgens de algemeene ziekteverzekering is bij vroegere reorganisatie-pogingen zóó uitvoerig en dikwijls betoogd, en de voordeelen, uit een zoodanige vereenvoudiging voortspruitend, liggen zóózeer voor de hand, dat de Commissie zich van verdere motiveering hiervan meent te mogen onthouden*.²⁵⁷

De commissie vond de uitvoering van de ZW chaotisch. Het gebrek aan efficiëntie was buitengewoon groot. Vele bedrijfsverenigingen, Raden van Arbeid en particuliere werkgevers maakten gebruik van controlerende artsen. *Een zeer groot aantal artsen leggen vaak op grooten afstand van hun woning controlebezoeken af, zoodat in één straat in een stad dagelijks verscheidene artsen uit alle deelen der stad bezoeken afleggen*. Soms was er sprake van centralisatie zoals bij de controle door Centraal Beheer. Daar was *een controleerende dienst* ontstaan, die zo nodig de arbeider die zich ziek meldde, uitgebreid onderzocht en die als dat nodig was zelfs voor *opname in een inrichting* zorgde. Deze diensten waren echter niet onafhankelijk van de uitkeringsinstanties en zij waren niet in een *algemeen sociaal-medisch verband* opgenomen. Ook de controle die krachtens de ongevallenwetten plaatsvond, stond op zichzelf. Alle voorzieningen vanwege de werknemersverzekeringen zouden overbodig worden *als regelingen op een algemeene basis tot stand worden gebracht*.²⁵⁸ *Wanneer volledige medische verzorging en verpleging voor nagenoeg ieder een deel uitmaakt van het socialezekerheidsstelsel, dan spreekt het vanzelf, dat afzonderlijke regelingen op dit gebied ten behoeve van speciale bevolkingsgroepen geen reden van bestaan meer hebben*.²⁵⁹ Het in elkaar schuiven van de ZW, de IW en de OW

waarbij de eerste twee aangepast zouden worden aan het vergoedingenniveau van de OW, hoefde niet meer te kosten want er zou een einde aan de dubbele betaling komen.²⁶⁰

Ook het NVV was voorstander van de instelling van een orgaan dat de medische verzorging moest waarborgen. Bij de bespreking van het voorstel van minister Slingenberg tot wijziging van de OW 1921²⁶¹ maakte een bestuurslid van het NVV de opmerking dat de RVB de OW al 35 jaar zonder problemen uitvoerde. De werkgevers zouden van mening zijn dat de vakcentrales teveel invloed op de RVB hadden.²⁶² Het NVV beoordeelde de geneeskundige behandeling krachtens de OW als goed.²⁶³ Het ineenschuiven van de kleine ongeval- en de ziekteverzekering kon alleen als er een onafhankelijk medisch orgaan zou worden opgericht.²⁶⁴ Vakbondsman E. Kupers had in een aparte nota bij het verslag van de commissie-Koolen, dat elders aan de orde komt, een lans gebroken voor lokale en districtsoverheidsfondsen in plaats van het versnipperde en verzuilde ziekenfondsbestel.²⁶⁵

Verskillende voorstellen waren gedaan om iets aan de versnippering en de overlap van voorzieningen te doen.²⁶⁶ Naar aanleiding van het ontwerp-ziekenverzorgingswet van Aalberse brak de arts L. Heijermans in 1920 een lans voor de stichting van grote districtsfondsen en het bevorderen van gemeentelijke ziekenfondsen om zo de nadelen van het bestaande ziekenfondsstelsel te omzeilen.²⁶⁷

In 1921 hield P.H. van Eden, de opvolger van Kooperberg als medisch adviseur van de RVB, een referaat op het Congres voor sociale verzekering dat door de Vereniging van Raden van Arbeid was georganiseerd. Medici moesten, zo zei hij, de volksgezondheid bevorderen. *Woningverbetering, gezondheidsmaatregelen in de werkplaats, [...] moederschapszorg, kinderverzorging en schooltoezicht, toezicht op voedingsmiddelen, zorg voor goed drinkwater, baden, reinheid, bestrijding van de drie belangrijkste volksziekten: tuberculose, alcoholisme en geslachtsziekten, ook der overige besmettelijke ziekten, dat alles, tot de afdeling Volksgezondheid behorende, moet evenwel in een zeker verband met de sociale verzekering blijven.*²⁶⁸ Hij wees erop dat de Hinderwet, de Veiligheidswet en de Arbeidswet gedeeltelijk onder Volksgezondheid en gedeeltelijk onder de Arbeidsinspectie vielen. Alleen bij werkloosheids- en bij ouderdomsvoorzieningen was er geen of in mindere mate een relatie met medische verzorging.

De geneeskundige uitvoering krachtens de Nederlandse OW stond in vergelijking met het buitenland *aan de spits en wordt ons over de grenzen veelvuldig benijd*. De ZW stelde andere eisen dan de OW. *Tot op zekere hoogte staan de beide wetten tot elkaar als de huisarts tot den specialist, vooral in hunne verhouding tegenover den patiënt. [...] Intusschen wordt aan de eigenaardige positie van den huisarts niet langer meer door iedereen dezelfde waarde gehecht en de nieuwere stroomingen met hun niveleerenden invloed hebben zich ook hierbij duchtig doen gelden. Het sterkst wordt dit wel uitgesproken door de voorstanders van een stelsel, waarbij de geheele ziekenbehandeling een tak van staatszorg en de arts staatsambtenaar zou worden. Door de Ned. Mij. t. Bevord. der Geneesk. zijn eischen gesteld, waaraan de ziekteverzekering zal moeten voldoen om op de medewerking harer leden te mogen rekenen. Deze eischen hebben een tweeledig doel: handhaving van een behoorlijke positie voor den arts en zorg voor*

*voldoende behandeling der verzekerden. Van Eden verwachtte dat artsen door de uitbreiding van de sociale verzekering steeds minder met particuliere patiënten te maken zouden krijgen en velen van hen op den duur uitsluitend [...] moeten bestaan van de belooning voor diensten, bij de uitvoering der sociale verzekering bewezen.*²⁶⁹

Van Eden constateerde dat op het ministerie het *geneeskundig element* afwezig was. Noch de directeur-generaal van Volksgezondheid noch die van Arbeidersverzekering was arts. Alleen het hoofd van het adviserende lichaam, de Gezondheidsraad, was dat. *De medische adviseurs van arbeidsinspectie en R.V.B. staan evenals de geneeskundige leden der Verzekeringsraden reeds op vrij verren afstand van het centrum.*²⁷⁰ Hij vroeg zich af of alle met sociale verzekeringen verband houdende medische diensten en die van de arbeidsinspectie niet zouden kunnen worden samengevoegd en verzelfstandigd in een algemene medische dienst. Een algemene medische dienst zou aan het departement voorlichting kunnen geven over medische zaken. Zowel de kwestie van de medische dienst, als de dubbele betaling en de afstemming van de verschillende socialezekerheidswetten zouden ook lang na de Tweede Wereldoorlog de gemoederen bezighouden.²⁷¹

In 1960 bracht de Sociale Verzekeringsraad advies uit over de plannen voor de nieuwe arbeidsongeschiktheidsverzekering. Het onderbrengen van de aanspraak op geneeskundige behandeling bij een algemene arbeidsongeschiktheidsverzekering zou betekenen dat het terrein van de verzekering van geneeskundige zorg betreden werd. De ziektekostenverzekering werd echter, volgens het SVr-advies, *als een afzonderlijke en zelfstandige tak van sociale verzekering beschouwd.*²⁷² De geneeskundige hulp zou bij de nieuwe arbeidsongeschiktheidsverzekering op een andere manier geregeld moeten worden. Wel zouden bijzondere geneeskundige hulp en revalidatie in de verzekering moeten worden verzekerd, maar de SVr omschreef niet duidelijk wat dat was. De SVr deed wel voorstellen voor arbitrage bij verschil van inzicht tussen de controlerend en de behandelend arts. Het hoofdbestuur van de KNMG verwierp in 1961 iedere vorm van arbitrage en was tegen toezicht op de behandeling, omdat dan teveel macht aan het uitvoeringsorgaan zou worden gegeven.²⁷³ In de WAO die in 1967 werd ingevoerd, regelden de artikelen 60-63 aanvullende medische voorzieningen naast die welke door de ziekenfondsverzekering werden gewaarborgd. Het ging vooral om kosten voor revalidatie.²⁷⁴

8 De Fabrieksartsenwetswijziging 1928

De problemen met de kleine ongevallen en de dubbele betaling die samenhangen met het op elkaar afstemmen van de verschillende socialezekerheidswetten, konden voor de Tweede Wereldoorlog niet worden opgelost. De vergoeding van medische behandeling en de vrije artsenkeuze waren onderdelen van de Wet die de arbeiders ten goede moest komen en hun positie versterken. Het SDAP-Kamerlid Schaper had daarbij voorzien dat daar waar de vakbeweging niet sterk was, de controle op de ongevalsverzwijging door werkgevers tekort zou schieten.²⁷⁵ De werkgevers hadden bij de verzorging van de door ongevallen getroffen werkne-

mers een grotere rol dan de wetgever bedoeld had, mede omdat de RVB niet op haar taak berekend was.²⁷⁶

Door middel van een wetswijziging had Aalberse getracht iets te doen aan het probleem van de ongevalsverzwijging. Ongevallen waarvoor geen geneeskundige hulp nodig was, hoefden niet meer te worden aangegeven. Het verzwijgen van ongevallen die na het verlenen van eerste hulp door de verbandkamers van ondernemingen verder werden behandeld, en waarbij de uitkering door de werkgever werd betaald, was in strijd met de Wet. Het niet aangeven van ongevallen die alleen door de verbandkamers van ondernemingen waren behandeld, was ook niet toegestaan. Het was bovendien de vraag of in het eerste geval de vrije artskenkeuze wel werd gerespecteerd. De in december 1926 ingestelde staatcommissie-Nolens kreeg de opdracht deze zaken te onderzoeken. De pers had in datzelfde jaar kritiek geleverd op het functioneren van de Limburgse mijnartsen en in de Tweede Kamer waren naar aanleiding daarvan vragen gesteld.²⁷⁷ Ondernemingen hadden steeds vaker artsen in dienst. Volgens de commissie-Nolens was dit weliswaar *niet gericht op benadeeling van de rechten der verzekerde arbeiders*, maar het was niet de bedoeling van de OW.²⁷⁸

In de pers was er veel aandacht voor de fabrieksartsenkwestie. De NRC meende dat de vrije artskenkeuze en de scheiding tussen behandeling en controle soms om praktische redenen werden omzeild. De krant schreef dat de werkgevers de installatie van de commissie-Nolens aangrepen om te pleiten voor een algemene herziening van de OW. Zij wilden uitvoering van de Wet door bedrijfsverenigingen en andere uit de maatschappij opgekomen of andere daarvoor met bekwamen spoed in het leven te roepen organen.²⁷⁹ Er bestond bezwaar tegen de samenstelling van de commissie-Nolens vanwege het feit dat geen van de ongeveer vijftig werkgevers die een fabrieksarts in dienst hadden er zitting in had. Er zat ook geen vertegenwoordiger van de algemene vakbeweging, van Centraal Beheer of van de gewone fabrieksartsen in de commissie. De gewone fabrieksarts was *de huisarts, die naast zijn particuliere (en fonds)praktijk een grootere of kleinere fabriekspraktijk heeft en daarbij keurt, controleert en ongevallen behandelt*. Ook een aantal controlerend artsen, zowel die van de RVB als de vele anderen in *ambtelijk, half-ambtelijk en particulier verband*, was teleurgesteld omdat geen van hen in de commissie zat. Er was volgens de NRC sprake van een oververtegenwoordiging van betrokkenen bij de Limburgse mijnen.

De fabrieksartsen waren de insinuaties als zouden zij *arbeiders in loondienst van de industriëlen zijn* beu. De positie van de vertegenwoordiger van de NMG, Koch, was volgens de krant lastig omdat hij onvoldoende voorbereid en onjuist geïnformeerd leek, getuige het adres van het hoofdbestuur *tegen de verkrachting van de ongevallenwet in de mijnstreek, met name door aanranding van het recht op de vrije artskenkeuze*.

In dezelfde krant werd een half jaar later een artikel van D. Brocx in het NTvG over het rapport van de commissie-Nolens besproken. Brocx was controlerend geneeskundige bij de RVB en vertrouwensman van de NMG. Hij had volgens de NRC gezegd omdat hij als controlerend geneeskundige veel met fabrieksartsen te maken had en omdat hij deel uitmaakte van de commissie-Sikkel *tot vereenvou-*

*diging en ineenvoeging van de geneeskundige rijksdiensten en daar blijk had gegeven van een open oog voor de billijke wenschen en verlangens der practiseerende geneeskundigen.*²⁸⁰

Hoewel het in bedrijven met een fabrieksarts vaker voorkwam dat arbeidsongeschikten bleven doorwerken, constateerde Brocx op grond van zijn eigen cijfers dat bij behandeling door de huisarts in 20% van de gevallen ook werd doorgewerkt. De toegevoegde waarde van de fabrieksarts was vooral de verlening van eerste hulp. Bij verdere behandeling door de fabrieksarts kwam de scheiding tussen behandeling en controle in gevaar. Fabrieksartsen moesten er bovendien voor waken *bij intuïtie* de belangen van de werkgever boven die van de arbeidsongeschikte te stellen. Ook de controlerend geneeskundigen bij de RVB *maken een tijd van te groote goedheid en te straffe strengheid door, en de middenweg is moeilijk te vinden.*

Het was van groot belang dat de fabrieksarts met de huisarts overleg pleegde. Alleen als beiden met elkaars positie rekening hielden, kon de nieuwe Wet slagen. *Doch indien er drang wordt uitgeoefend [...], indien automobielen worden uitgestuurd om de patiënten te brengen naar den fabrieksarts, indien spoorwegkaartjes vergoed worden om menschen toch maar naar de verbandkamers te halen [...] dan blijft tweespalt bestaan.* De vrije artsenkeuze diende regel te zijn en te blijven. Werkgevers en geneeskundigen moesten samenwerken in het belang van de getroffen. Brocx schreef dat hij het onjuist vond dat fabrieksartsen ook nog andere werkzaamheden verrichtten. De fabrieksarts moest zich realiseren dat de door de commissie voorgestelde regeling betekende dat andere artsen ermee instemden dat hij hun ongevallenpraktijk overnam.

De katholieke krant Het Centrum meende dat de arbeiders tegen een goed geoutilleerde medische dienst bij hun onderneming toch moeilijk bezwaar konden hebben. De krant verwees naar *den bekenden schitterend ingerichten medischen dienst van de Maatschappij 'De Schelde'*.²⁸¹ Bij een niet nader genoemde grote fabriek in Twente werden volgens Het Centrum in 1927 7.020 werklieden in totaal 21.000 keer behandeld, terwijl het aantal ongevallen slechts 244 bedroeg.

De arbeiders vertrouwden helaas de goede zorgen van hun bazen niet omdat de werkgever dit alleen uit eigen belang zou doen. De werkgevers wantrouwden de keuze van de arts door de arbeiders. De artsen rekten volgens hen de behandeling uit eigenbelang en stelden gemakkelijk arbeidsongeschiktheid vast omdat dit klanten trok. Het ontbrak de huisarts bovendien aan specialistische kennis.

Volgens de krant hadden beide partijen voor een deel gelijk. Een erkenningsregeling door de RVB moest hier zekerheid bieden. De arbeider kon met klachten over de medische behandeling bij de Bank terecht. In de Wet werd het uitoefenen van dwang bij de keuze van de arts uitgesloten. Vanwege de controle en de rechtszekerheid bracht de sociale verzekering onvermijdelijk allerlei administratieve lasten met zich mee, maar de krant waarschuwde voor de *onnoodigen paperassenrommel* die vereist was om van ongevalsangifte af te zijn.²⁸²

In Zuid-Limburg verwachtte men veel protest tegen het voorstel van de commissie-Nolens om fabrieksartsen meer bewegingsruimte toe te staan. Hierdoor zou volgens de critici door het bedrijf te veel ingegrepen worden in het leven van

de arbeiders en zou hun vrijheid worden ingeperkt. De vrije artsenkeuze waarvoor de arbeiders strijd hadden geleverd, zou in gevaar komen.²⁸³ In de Tweede Kamer werd hierop ook gewezen en daarom werd voorgesteld de benoeming van de arts door de RVB te laten geschieden. Dit voorstel werd verworpen en vervangen door de bepaling dat bij de benoeming van de arts goedkeuring van de RVB vereist was. De wijziging van de OW 1921 verscheen in mei 1928 in het Staatsblad. Deze aanpassing hield in dat de beoordeling en uitkering van de rente en de geneeskundige behandeling in bepaalde gevallen en onder bepaalde voorwaarden aan erkende fabrieksartsen kon worden overgelaten.²⁸⁴ Aangifte van het ongeval bij de RVB was niet nodig als de arbeidsongeschiktheid van korte duur was en medische behandeling door de fabrieksarts plaatsvond. De arbeiders konden bij de RVB bezwaar maken tegen vermeende inperking van de vrije artsenkeuze.²⁸⁵ De uitvoering van de gewijzigde Wet gaf geen problemen. Het werk van de RVB werd erdoor verlicht.²⁸⁶

9 Conclusies

Met het bij wet regelen van verplichte sociale verzekeringen nam de rijksoverheid de verantwoording op zich voor een goede uitvoering en voor rechtsgelijkheid voor de verzekerden. Bij de Ongevallenwet hield dit in dat de staat na een ongeval bij een verzekeringsplichtig bedrijf goede geneeskundige verzorging moest waarborgen. Het instrument hiervoor was de Rijksverzekeringsbank, die gebruik maakte van de bestaande infrastructuur. De RVB beïnvloedde het medisch bedrijf door het principe van de vrije artsenkeuze van de ongevalspatiënten te handhaven, door middel van het systeem van vrijwillige aanmelding van hulpverleners bij de RVB, die zich daarmee verplichtten te werken onder de door de Bank gestelde voorwaarden en tarieven, en door de controle op de behandeling met behulp van controlerend geneeskundigen.

De bemoeienis van de RVB met het zorgveld betekende dat er een duidelijker beeld van het aantal zorgverleners en van de kwaliteit van zorg kwam. De zelfstandige positie van de Bank ten opzichte van het departement van Arbeid en het toestaan van verschillende vormen van uitvoering bemoeilijkten echter de onderlinge afstemming van de verscheidene sociale verzekeringswetten. Dit gold ook voor de uitvoeringsorganisatie. RVB, risicoverenigingen, Raden van Arbeid en bedrijfsverenigingen waren in grote mate autonoom in hun wijze van uitvoering. Dit leidde tot versnippering en tot een uitvoeringsorganisatie die chaotisch was en werd genoemd. Zo lukte het niet een medische dienst voor alle sociale zekerheids- en volksgezondheidswetten tot stand te brengen. Ook andere inefficiënte kanten van de Ongevallenwet werden niet aangepakt. Van het in elkaar schuiven van de Ongevallenwet en de Ziektewet is het nooit gekomen. De kleine ongevallen bleven onder de Ongevallenwet. Het duurde tot de komst van de WAO in 1967 tot de dubbele betaling van de baan was. De Fabrieksartsenwetswijziging 1928 bevestigde de grotere rol van de werkgevers bij de geneeskundige behandeling van bedrijfsongevallen.

In de eerste jaren van de Ongevallenwet werd er werkenderwijs ervaring met de sociale verzekering opgedaan. Het op elkaar afstemmen van bestaande en nieuwe belangen verliep niet zonder slag of stoot. Bij de discussies over de uitvoering van de Wet speelden de artsen een prominente rol. Daarbij werd duidelijk hoe hun posities onderling verschilden.

Na verloop van tijd ontstond er consensus over de goede effecten van de invoering van de OW op het *complex volksgezondheid*. Arbeiders die krachtens de Ongevallenwet verzekerd waren, konden rekenen op goede hulpverlening en waren niet langer afhankelijk van de medische armenzorg. Er kwam standaardisering van bijvoorbeeld tarifiering en behandelmethoden. Er was een kwalitatieve en kwantitatieve verbetering van de zorg, onder andere omdat de RVB aanstuurde op specialistische hulp en ziekenhuisbehandeling. Het inkomen van individuele artsen werd door mee te werken aan de uitvoering hoger. De risico-overdracht die was toegestaan maakte de betrokkenen alert op een efficiënte uitvoering. Werkgevers raakten overtuigd van het nut van preventie en goede medische begeleiding op de werkvloer. De ziekenfondsen werden, ondanks de uitspraken van minister Lely, niet bij de uitvoering betrokken. De Ongevallenwet was door het feit dat de werkgevers de premies betaalden en vanwege de vergoeding van medische behandeling bij de arbeiders populairder dan de Invaliditeits- en Ziektewet. Bij deze laatste wetten was de rol van de belanghebbenden bij de uitvoering via de Raden van Arbeid en de Bedrijfsverenigingen groter.

Armenzorg, sociale zekerheid en volksgezondheid werden in de twintigste eeuw steeds meer aparte beleidsterreinen, terwijl ze in de praktijk met elkaar verweven waren en elkaar soms overlaptten. De grotere rol van de rijksoverheid bracht meer rechtsgelijkheid maar ook een ingewikkelder bureaucratisch apparaat. Tegelijkertijd werden maatschappelijke organisaties bij de uitvoering betrokken. Dit kwam de overzichtelijkheid niet ten goede. Sommige inefficiënties van het systeem zijn tot op de dag van vandaag niet verholpen.

Tabel 2.2: Overzicht gegevens Ongevallenwetten 1901 en 1921 in de periode 1903-1955

Jaar	Beroeps- bevolking	Aantal verze- kerden	Aantal onge- vallen	Aantal decla- raties	Kosten heel en genees- kundige behan- deling	Totale kosten	Perc. binnen 3 dagen beter, alleen vergoeding genees- kundige behandeling	Perc. binnen 43 dagen beter
1903	1.965.000		38.194	38.900	277.395	1.358.000	6,3	86
1904	2.027.000	508.000	49.542	81.028	494.098	2.324.000	7,3	
1905			55.523	103.453	556.246	3.059.000	8,4	
1906	2.151.000	558.000	64.636	125.200	621.000	3.705.000	10,4	
1907			69.330	135.828	662.246	4.277.000	11,3	
1908	2.213.000	586.000	65.501	133.197	607.000	4.307.000	12,5	
1909			64.638	132.174	619.000	4.409.000	12,6	
1910	2.287.000	631.000	66.086	130.118	659.000	4.490.000	13,9	
1911			71.731	138.896	721.000	4.883.000	15,6	
1912	2.374.000	702.000	79.885	147.759	760.000	5.374.000	18,5	88
1913			86.617		911.000	5.911.000	20,2	
1914	2.460.000	663.000	78.886		820.000	6.040.000	18,7	
1915			78.523		825.000	6.132.000	18,5	
1916	2.547.000	777.000	87.529		834.000	6.578.000	21,7	
1917			83.416		1.686.000	7.341.000	20,3	
1918	2.634.000	751.000	80.838	132.863	1.152.000	8.322.000	18,7	93
1919			91.495		1.313.000	9.776.000	21,7	
1920	2.721.000	974.000	104.657		1.850.000	12.708.000	27,3	
1921			100.418		2.318.000	17.140.000	27,6	
1922	2.811.000	1.094.000	94.833		2.118.000	17.000.000	26,2	
1923			93.356		1.924.000	16.267.000	25,3	
1924	2.901.000	1.144.000	107.572		2.194.000	16.351.000	28,7	
1925			119.694		2.265.000	16.501.000	32,5	
1926	2.991.000	1.228.000	130.092	212.509	2.539.000	17.573.000	34,7	

1927			142.313	238.758	2.737.000	18.767.000	37,1	93
1928	3.018.000		167.078		2.983.000	19.954.000	43,0	
1929			185.416	312.043	3.340.000	21.766.000	48,1	
1930	3.171.000	1.422.000	189.934	341.462	3.615.000	22.497.000	47,5	
1931			170.879		3.108.000	21.903.000	41,4	
1932	3.253.000	1.188.000	142.568	261.180	2.530.000	18.271.000	34,8	
1933				243.237	2.113.000	15.200.000	38,5	
1934	3.335.000	1.205.000			2.260.000	15.868.000	41,6	94
1935					1.908.000	15.056.000	42,9	
1936	3.417.000	1.184.000		241.887	1.807.000	13.686.000	45,8	
1937				273.657	2.143.000	12.701.000	54,4	95
1938	3.499.000	1.328.000			2.683.000	14.363.000	63,7	
1939		1.384.000	227.626	359.120	2.327.000	16.211.000	68,4	
1940	3.581.000	1.365.000	246.518	366.687	2.502.000	16.963.000	66,8	
1941					3.914.000	20.674.000	81,8	94
1942				600.000	3.700.000	26.861.000		
1943			392.877	640.684	3.700.000	30.900.000		
1944			276.574	479.559				
1945			156.471	232.000	4.800.000	52.100.000		
1946			320.284					
1947			342.163					
1948			374.642					
1949			375.999					
1950			389.943	578.029				
1951			396.055	658.782	7.200.000	48.000.000		
1952					8.200.000	49.000.000		
1953								
1954				728.394	9.100.000	56.000.000		
1955			385.622	762.801				

Bronnen: Jaarverslagen Rijksverzekeringsbank, L. Del Baere, e.a., Tien jaren praktijk der Ongevallenwet 1901: 1 februari 1903 – 1 februari 1913, J.P.C. van der Burgh e.a., Rijksverzekeringsbank 1901-1941), L.P. v.d. Does, De economische beteekenis der sociale verzekering, 'Centraal Beheer' van 1909 tot 1934, P.H. van Eden, 'Enkele gegevens omtrent den staat der Rijksverzekeringsbank en hare werkzaamheden

in het jaar 1918', 188–190, M. Hoogenboom, *Standenstrijd en zekerheid. Een geschiedenis van oude orde en sociale zorg in Nederland*, 355, M.J.D. Merens, 'De Bank-administratie in historisch overzicht', in: L. Del Baere e.a., *Tien jaren praktijk der Ongevallenwet 1901: 1 februari 1903 – 1 februari 1913*, 222, *Rapport der commissie uit den Bond van Vrije Liberalen omtrent de vraag, hoe mede met het oog op de uitbreiding van wettelijke voorzieningen in sociale nooden, onze wettelijke ongevallenverzekering moet worden verbeterd*, Bijlagen bij Deel I en II, van het Rapport van de Commissie, ingesteld bij Beschikking van den Minister van Sociale Zaken van 26 maart 1943, met de opdracht algemeene richtlijnen vast te stellen voor de toekomstige ontwikkeling der sociale verzekering in Nederland, 7–8, <http://www.volkstellingen.nl/nl/volkstelling/jaartellingdeelview/VT197113/>

Bijlage: Tabel 2.3: Tarieven van de Rijksverzekeringsbank anno 1902

	Verrichtingen	Prijzen
	I Algemeene bepalingen.	
	A. Visites, enz.	<i>f</i> 0,75/1,-*
1	Voor het eerste bezoek aan den getroffene	0,60/0,75*
2	Voor elk volgend bezoek tijdens dezelfde behandeling	0,60/0,75*
3	Voor het eerste bezoek ten huize van den geneeskundige	0,60/0,75*
4	Voor elk volgend bezoek ten huize van de geneeskundige, tijdens dezelfde behandeling (In de prijzen onder 1-4 vermeld zijn begrepen het onderzoek, het vaststellen der diagnose en het voorschrijven van genees-, heelen verbandmiddelen).	0,50/0,60*
5	Voor gevallen van samenspreking met een consulent kunnen de prijzen onder 1-4 genoemd, onder nadere goedkeuring van het bestuur der Bank verhoogd worden.	
6	Voor adsistentie bij operatiën enz. aan iedere geneeskundige: die met de algehele narcose is belast	
	het eerste uur	5,-
	ieder volgend uur	2,50
	die op andere wijze den operateur assisteert, voor ieder uur	2,50
7	Voor bezoeken, samensprekingen en adsistentie bij nacht (van 10 uur des avonds tot 8 uur des ochtends) kunnen dubbele prijzen worden berekend	
8	Voor tijdverlies wegens het gaan naar en het terugkeeren van den getroffene, zoomede voor vervoermiddelen, daartoe gebezigd in eigen woonplaats, of tot een kilometer buiten de grens, wordt geene vergoeding verstrekt, tenzij dit, voornamelijk voor uitgestrekte plattelandsgemeenten, met het bestuur der Bank wordt overeengekomen.	
	Duurt het bezoek echter wegens den aard van het ongeval langer dan een uur, dan wordt voor elk begonnen halfuur daarna vergoed	1,50
9	Bevindt zich de getroffene buiten de woonplaats van den geneeskundige en wel verder dan een kilometer van de grens, dan ontvangt de geneeskundige behalve schadeloosstelling voor de kosten van vervoer, en behalve eventuele vergoeding volgens het tweede lid van 8, nog vergoeding voor tijdverlies voor den tijd dien hij voor het heen en weer gaan noodig had en wel voor elk begonnen half uur.	1,-
	NB De schadeloosstelling, wegens voor het reizen gemaakte onkosten, wordt naar plaatselijke prijzen vergoed. Bij reizen, bij spoor of boot kan 1ste klasse worden berekend.	

* Voor de gemeenten Amsterdam en Rotterdam

	Verrichtingen	Prijzen
10	Bezoekt de geneeskundige meerdere buiten zijne woonplaats wonende zieken op denzelfden tocht, dan behooren de vergoedingen voor vervoermiddelen en tijdverlies billijk over de verschillende bezoeken te worden verdeeld.	
	B. Verschillende handelingen van algemeenen aard.	
11	Het afgeven van eene korte geneeskundige verklaring	0,50
12	Het afgeven van een uitvoerig, wetenschappelijk-practisch rapport	5,-
13	Pogingen tot het opwekken der levensgeesten, indien deze pogingen langer dan een half uur duurden (de nabehandeling hieronder niet begrepen)	3,-
14	Plaatselijke narcose	0,5 tot 1,-
15	Algemeene narcose	
	het eerste half uur (als 6)	5,-
	elk volgend uur (als 6)	2,50
16	Massage	0,50 tot 1,50
17	Behandeling met elektrische toestellen	0,50 tot 1,50
18	Onderhuidsche, urethrale en vaginale inspuitingen	0,5 tot 1,-
19	Radioscopie	2,50
20	Verstrekken van een radiogram, naar grootte	2,50 tot 10,-
	II Bijzondere verrichtingen.	
21	Opening van een oppervlakkig abces of verwijding eener wond	1,-
22	Verzorging van eene huidwond	1,- tot 2,50
23	Verzorging van eene diepere wond, waarbij pees- of zenuwnaad	2,50 tot 10,-
24	Verzorging van een lichaamsholte perforerende wond	2,50 tot 10,-
25	Verzorging van eene brandwond	1,- tot 10,-
	NB In de gevallen 22 tot 25 wordt voor latere verbandwisselingen enz. telkens de helft van het eerste bedrag in rekening gebracht.	
26	Aanleggen van een groot immobiliseerend of van een rekverband, telkens	2,50 tot 10,-
27	Onderbinden van een groot bloedvat als zelfstandige kunstbewerking	5,- tot 20,-
28	Verwijderen langs niet-bloedigen weg van vreemde lichamen uit de natuurlijke openingen	1,- tot 2,50
29	Verwijderen langs bloedigen weg van in of onder de huid en de diepere weefsels gedrongen vreemde lichamen	1,- tot 5,-
30	Ontlasten van vloeistoffen uit lichaamsholten door middel van punctie	5,-

	Verrichtingen	Prijzen
31	Reponeeren langs niet bloedigen weg en eerste verbandleggen bij ontwrichtingen van:	
	de onderkaak	2,50
	den boven- en voorarm, het onderbeen, het voet- en handgewricht	5,-
	het bovenbeen	5,- tot 10,-
	een of meer vingers of teenen	2,-
	de wervelkolom	5,- tot 10,-
	NB Voor het reponeeren en verbinden van verouderde ontwrichtingen worden de bedragen verdubbeld.	
32	Zetten en eerste verbandleggen bij beenbreken van:	
	een of meer vingers of teenen	2,50
	sleutelbeen, een of meer ribben	2,50 tot 5,-
	onderkaaksbeen of schouderblad	3,-
	bekkenbeen, beenderen van hand- of voetwortel, van middenhand of middenvoet	5,- tot 10,-
	bovenarm, voorarm of onderbeen	7,50
	dijbeen, hals van het dijbeen	7,50 tot 15,-
	knieschijf	5,-
	knieschijf-naad	10,-
	gewrichts-fractuur (been-naad)	15,- tot 20,-
	fractuur van de wervelkolom	10,- tot 20,-
	NB Voor het zetten en verbinden van gebroken beenderen met doorboring van de weeke deelen, kan het bedrag eene verhooging ondergaan.	
33	Amputeeren en exarticuleeren van ledematen, als:	
	een of meer vingers of teenen of deelen daarvan	5-
	voet of hand, geheel of ten deele	10,-
	onderarm of onderbeen	15,-
	bovenarm	20,-
	dijbeen	25,-
34	Resectie eener rib	10,-
35	Opening der schedelholte	25,-

	Verrichtingen	Prijzen
36	Gewelddadig strekken bij verkromming van een der ledematen of het opnieuw breken eener slecht geheelde beenbreuk, met verband	15,- tot 20,-
37	Opening van een gewricht om een vreemd lichaam te verwijderen	10,-
38	Openbeitelen van een der beenderen	5,- tot 10,-
39	Osteotomie	10,-
40	Plastische kunstbewerking der weeke deelen	5,- tot 15,-
41	Trekken van tand, kies of wortel: ten huize van den deskundige	1,-
	ter plaatse waar de getroffene zich bevindt	1,50
	NB Moeten in dezelfde zitting meerdere tanden, kiezen of wortels worden verwijderd, dan wordt voor de tweede en de volgende telkens de helft vergoed.	
42	Openen van een abces in de mondholte en dergelijke eenvoudige operaties in den mond	1,-
43	Groote bloedige operatie in den mond	10,- tot 20,-
44	Amputatie der tong	25,-
45	Opening van het strottenhoofd of de trachea	10,-
46	Empyeem-operatie door insnijding	5,-
47	Empyeem-operatie door insnijding, gepaard aan ribresectie	10,-
48	Inbrengen van maag- of slokdarmsonde, met of zonder uitspoelen der maag	1,-
49	Kunstbewerkingen aan de inwendige organen der buikholte	25,- tot 50,-
50	Reponeren eener bewegelijke breuk en aanleggen van een breukband	2,-
51	Taxis eener ingeklemde breuk	2,-
52	Herniotomie	15,-
53	Herniotomie gevolgd door radicaal operatie	25,-
54	Radicaal-operatie eener niet-beklemde breuk	20,-
55	Inbrengen van bougie's of catheters in urethra en blaas met of zonder inspuiten of uitspoelen der blaas	0,50 tot 2,-
56	Cystoscopie als zelfstandige kunstbewerking	5,-
57	Eenzijdige castratie	10,-
58	Dubbelzijdige castratie	15,-

	Verrichtingen	Prijzen
59	Amputatie penis	10,-
60	Gescheurde wonden aan de uitwendige vrouwelijke geslachtsdeelen (tamponeren, hechten, enz.)	1,- tot 10,-
61	Hulp bij ontijdige of vroegtijdige bevalling, na of door uitwendig geweld ontstaan	5,- tot 10,-
62	Reponeren van een na uitwendig geweld omgekeerde of uitgezakte baarmoeder, zoo noodig met aanleggen van een pessarium	2,50 tot 5,-
	III Verrichtingen van oogheekundige aard.	
63	Onderzoek van het gezichtsvermogen en het kleurenzien (met voorschrijven van bril enz.)	2,50
64	Hechting van verscheurde oogleden, plastische kunstbewerking, iridectomie en afknippen van prolapsus iridis, hechting van het hoornvlies	10,-
65	Operatie van traumatische cataract, verwijderen van vreemde lichamen uit het binnenste van het oog, verwijdering van den oogbal	25,-
66	Verwijdering van vreemde lichamen van de oppervlakte van het oog en de bindvliesen	1,-
67	Uitzoeken en inzetten van een kunst oog	1,-
	IV Verrichtingen van keel-, neus en oogheekundigen aard.	
68	Katheteriseeren der Eustachiaansche buis met luchtinblazing of inspuiting of luchtinblazing volgens Politzer	1,-
69	Tamponeren van den neus van voren	1,-
70	Tamponeren van den neus van voren en van achteren volgens Belloc	2,50
71	Behandeling van den inwendigen neus, de neus-keelholte, larynx of pharynx met geneesmiddelen	1,-
72	Behandeling van den inwendigen neus of van den larynx met den galvanocauter	2,50
73	Kleine operatiën aan het middenoor van uit den gehoorgang	2,50
74	Andere behandeling in den gehoorgang of aan het trommelvlies	1,-
75	Openbeitelen van den processus mastoïdeus	20,-
76	Groote strottenhoofd-operatiën	25,- tot 50,-
77	Verwijdering van een vreemd lichaam uit gehoorgang, neus of larynx: langs niet-bloedigen weg (als 28)	1,- tot 2,50
	langs bloedigen weg (als 29)	1,- tot 5,-
78	Insnijden van een abces in oor, neus of keel	1,50

Verrichtingen	Prijzen
V Slotbepalingen	
79	Verrichtingen, in dit tarief niet genoemd, worden in voorkomende omstandigheden naar gelijksoortige gevallen berekend.
80	Het tarief der verrichtingen onder B II, III en IV genoemd, wordt bij nacht (van 10 uur des avonds tot 8 uur des ochtends) voor bedragen tot en met <i>f</i> 2,50 verdubbeld; voor bedragen boven <i>f</i> 2,50 tot <i>f</i> 10,- met 2,50 verhoogd; terwijl bedragen van <i>f</i> 10,- en hooger onveranderd blijven.

Noten

- * met dank aan T. van Doorn en H. Hermans.
- 1 W.E.L. de Boer, E.S. Houwaart (red.), *Geschiedenis gewogen. Claimbeoordeling en arbeidsongeschiktheid in Nederland 1901-2005* (Delft 2006), M. van Bottenburg, *De SVB. Een actueel beeld van de Sociale Verzekeringsbank* (Zutphen 2001), A.Ph.C.M. Jaspers e.a. (red.), *'De gemeenschap is aansprakelijk...'* *Honderd jaar sociale verzekering 1901-2001* (Amsterdam 2001), M. van der Klein, *Ziek, zwak of zwanger. Vrouwen en arbeidsongeschiktheid in Nederlandse sociale verzekeringen, 1890-1940* (Amsterdam 2005). M. Hoogenboom noemt de Ongevallenwet geen "volwaardige" vorm van sociale zekerheid, omdat de wet de afhankelijkheidsrelatie tussen werklieden en patroons beschermde en een wijze van individuele gevalsbehandeling bevestigde die niet gebaseerd was op algemene en wettelijke regels. M. Hoogenboom, *Standenstrijd en zekerheid. Een geschiedenis van oude orde en sociale zorg in Nederland* (Amsterdam 2004) 132. Volgens Van Uden regelde de OW 1901 rechtszekerheid en geen bestaanszekerheid. C.W.A. van Uden, 'Talma', in: *Ziekenfondsvragen* (1960) 18.
- 2 J. van Genabeek, 'Voorgeschiedenis: de periode tot 1901', in: De Boer, Houwaart (red.), *Geschiedenis gewogen* 23-52.
- 3 Zie J.L. van Zanden, A. van Riel, *Nederland 1780-1914. Staat, instituties en economische ontwikkeling* (Amsterdam 2000). Zie voor een overzicht van lokale actoren onder andere: M.H.D. van Leeuwen, *Zoeken naar zekerheid, deel II. De eenheidsstaat. Onderlinges, armenzorg en commerciële verzekeraars 1800-1890* (Den Haag/Amsterdam 2000), L.F. van Loo, 'Den arme gegeven...' *Een beschrijving van armoede, armenzorg en sociale zekerheid in Nederland, 1784-1965* (Amsterdam 1981), D.J. Wolfram, *Vrij van wat neerdrukt en beklemmt. Staat, gemeenschap, sociale politiek, 1870-1918* (Amsterdam 2003), E.S. Houwaart, *De hygiënist. Artsen, staat en volksgezondheid in Nederland 1840-1890* (Groningen 1991) 113-117, 139-141, 196, 200, H.C.M. Michielse, *Welzijn & discipline. Van tuchthuis tot psychotherapie* (Amsterdam 1989) 19, M. van der Klein, 'Werkgeversfondsen in Twente: ongevallen, zorgende macht en lokale kostwinnerspraktijken', in: *NEHA-Jaarboek 2000* 43-70, L. van der Valk, 'Zieken- en begrafenisfondsen in de negentiende eeuw: traditie en vernieuwing rond 1900', http://www.neha.nl/publications/1996/1996_10vandervalk.pdf.
- 4 Houwaart, *De hygiënist*, 289.
- 5 De afdeling Arbeid bestond uit een referendaris-afdelingschef, J.W.S.A. Versteeg, en twee adjunct-commiezen. In 1898 was Versteeg administrateur-afdelingschef, was er een commies en waren er vier adjunct-commiezen, twee eerste en twee tweede klerken. Voor het jaar daarop werden er nog een adjunct-commies en twee klerken verwacht. P.G. van IJsselmuiden, *Binnenlandse Zaken en het ontstaan van de moderne bureaucratie in Nederland 1813-1940* (Kampen 1988) 144.
- 6 Van IJsselmuiden, *Binnenlandse Zaken en het ontstaan van de moderne bureaucratie in Nederland 1813-1940*, 133.
- 7 W. Mazure, *De sociale wetgeving in de departementale indeling voor 1918* (scriptie; Rotterdam 1984) 9.

- 8 Tot 1910 had volksgezondheid geen eigen afdeling binnen het departement van Binnenlandse Zaken. F. van Dijk, 'Verzekerd van zorg', http://www.nationaalarchief.nl/images/3_11267.pdf, 13. E.J. Buning pleitte voor de oprichting van een ministerie van Volksgezondheid. E.S. Houwaart, 'Nieuwe structuren in de gezondheidszorg 1920-1940', in: H.W. Lintsen, M.C.S. Bakker, E. Homburg, D. van Lente, J.W. Schot, G.P.J. Verbong (red.), *Geschiedenis van de Techniek in Nederland. De wording van een moderne samenleving 1800-1890, II* (Zutphen 1993) 224.
- 9 In 1910 bedroeg het aantal ambtenaren bij de afdeling Arbeidersverzekering zes en in 1930 23, *Staatsalmanak* 1910 en 1930. Zie ook D.P. Rigter, E.A.M. van den Bosch, R.J. van der Veen, A.C. Hemerijck, *Tussen sociale wil en werkelijkheid. Een geschiedenis van het beleid van het ministerie van Sociale Zaken* (Den Haag 1995) en Onderzoeksgids Sociale Zekerheid 1890-1967, http://www.inghist.nl/Onderzoek/Projecten/Socialezekerheid/instellingen_en_personen/show/AfdelingArbeidersverzekering1901. Over de competentiestrijd tussen de departementen van Binnenlandse Zaken en de opvolger van Arbeid, Sociale Zaken, met betrekking tot de volksgezondheid zie onder andere H.R. Wolf, 'Een wissel op de toekomst. Mislukte ziekenhuiswetgeving', in: W.P. Blockmans, L.A. van der Valk (red.) *Van particuliere naar openbare zorg en terug?* (Amsterdam 1992) 199. De commissie-Koolen die in 1920 adviseerde over een regeling van de ziekenverzorging, raadde aan om dat deel van het toezicht op de Armenwet dat de medische armenzorg betrof onder de bevoegdheid van de minister van Arbeid te laten ressorteren. Bijlagen Tweede Kamer 1919-1920, Verslag van de Commissie voor de ziekenverzorging, 8.
- 10 Armenzorg, jeugdzorg, reclassering en gezondheidszorg in instellingen gingen zich steeds meer onderscheiden van hulpverlening aan mensen die zelfstandig woonden.
- 11 S. Stuurman, *Wacht op onze daden. Het liberalisme en de vernieuwing van de Nederlandse staat* (Amsterdam 1992), 296, Van der Klein, *Ziek, zwak of zwanger*, 50.
- 12 In een advies van de jurist H.B. Grevers dat van 'eminent belang' was voor de verdere ontwikkeling van het socialezekerheidsvraagstuk in Nederland werd gewaarschuwd voor het misbruiken van het adagium *gelijkheid voor de wet*. Wat ongelijk is, moest ook ongelijk behandeld worden. W. de Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901. De invloed van werkgevers en werknemers op de eerste sociale verzekeringswet in Nederland* (Deventer 1970) 17-18. Bij de discussie over de ouderdomsverzekering speelde de vraag of deze alleen voor loonarbeiders of ook voor andere Nederlanders verplicht zou moeten worden gesteld. Bij de Ongevallenwet waren de werkgevers verplicht verzekerd en betaalden zij bij een bedrijfsongeval voor de voorzieningen. Bij de ouderdomsvoorziening zou de premie (mede) door de verzekerden zelf moeten worden opgebracht. Kon dit wel van iedereen gevraagd worden en hoe moest dat praktisch geregeld worden? Bij loonarbeiders beschikte de overheid over de mogelijkheid om via de werkgevers aan de benodigde gegevens (leeftijd, woonadres, hoogte van het inkomen) te komen. Bij niet-loonarbeiders was dat lastiger. Om aan de benodigde gegevens van de mensen met een laag inkomen te komen was de inkomstenbelasting van 1893 minder geschikt omdat deze mensen meestal geen belasting betaalden. Ook de vraag of gezinsleden verplicht moesten worden meeverzekerd, bracht uitvoeringsproblemen met zich mee. Hierdoor werd

bijvoorbeeld de verhouding tussen het aantal goede en slechte risico's gewijzigd. Al deze kwesties speelden ook een rol bij de verplichte verzekering voor ziektekosten. E.B.F.F. Wittert van Hoogland, *De parlementaire geschiedenis der sociale verzekering 1890-1940, Deel I en II, I* (Haarlem 1940) 8-15, 130-135, Chr. Smit, *Omwille der billijkheid, De strijd over de invoering van de inkomstenbelasting in Nederland* (Amsterdam 2002) 251-270. Een partij als de Bond voor Vrije Liberalen was volgens M. Hoogenboom tegen de verbetering van het lot van de werklieden. Deze partij was bang voor de macht van het getal die de uitbreiding van het censuskiesrecht met zich meebracht. Hoogenboom, *Standenstrijd en zekerheid*, 150. Vergelijk P.G.C. van Schie, 'Nuchtere persoonlijkheden schuchter verenigd. Schets van de Bond van Vrije Liberalen 1906-1921', in: *Jaarboek 1997 Documentatiecentrum Nederlandse Politieke Partijen* (Groningen 1997) 91-116.

- 13 In 1899 waren er 7.500 en in 1938 8.817 instellingen voor liefdadigheid in Nederland. In totaal bedroegen de uitgaven van deze instellingen in 1938 ruim 134,5 miljoen gulden, waarvan ongeveer de helft ten laste kwam van burgerlijke instellingen, een kwart ten laste van gemeentebesturen, nog een kwart van kerkelijke en particuliere instellingen en een ondergeschikt deel ten laste van het Rijk en gemengde instellingen. Het bedrag besteed aan armenzorg per hoofd van de bevolking steeg tussen 1900 en 1940 van ongeveer drie naar ongeveer achttien gulden. In dezelfde periode steeg het bedrag besteed aan sociale zekerheid van twee naar 120 miljoen. Van der Does, *De economische betekenis der sociale verzekering* 151-152, 229, R. Ney, *De organisatie van het maatschappelijk werk* (Zutphen 1989) 21, *Sociale zekerheid. Rapport van de Commissie, ingesteld bij Beschikking van den Minister van Sociale Zaken van 26 maart 1943, met de opdracht algemeene richtlijnen vast te stellen voor de toekomstige ontwikkeling der sociale verzekering in Nederland. Deel I. Overzicht van de bestaande stelsels in Nederland en een aantal andere landen, benevens van de in sommige dezer landen uitgewerkte plannen tot herziening en uitbreiding der bestaande voorzieningen* (Den Haag 1945) 33. Over de Armenwet en de volksgezondheid zie *Sociale zekerheid. Rapport van de Commissie, ingesteld bij Beschikking van den Minister van Sociale Zaken van 26 maart 1943, met de opdracht algemeene richtlijnen vast te stellen voor de toekomstige ontwikkeling der sociale verzekering in Nederland. Deel III. De organisatie van Geneeskundige Voorzieningen en de Rehabilitatie van Gebrekkigen* (Den Haag 1945) 98-99, Wolf, 'Een wissel op de toekomst', 197, en P. Pennings, 'Zuilen en lokale subsidies in 45 gemeenten, 1880-1930', in: Blockmans, Van der Valk (red.), *Van particuliere naar openbare zorg en terug?*, 53-66. In 1953 dekten 'overige bijdragen' 32,7% van de kosten van de gezondheidszorg, in 1968 21% en in 1980 8,8%. J. van Gerwen, *Zoeken naar Zekerheid, deel IV. De welvaartsstaat. Volksverzekeringen, verzekeringsconcerns, financiële dienstverlening en institutionele beleggers 1945-2000* (Den Haag/Amsterdam 2000) 143, H. van der Velden, 'Groot of klein: de opbouw van het Nederlandse ziekenhuiswezen, 1890-1950', in: *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis (TvSG)* 4 (1999) 409-415.
- 14 Brief d.d. 12 december 1846 van J.R. Thorbecke aan A.S. van Nierop in: G.J. Hooykaas en F.J.P. Santegoeds, *De briefwisseling van J.R. Thorbecke. Deel V 1845-1853* (Den Haag 1996) 52-53, M.H.D. van Leeuwen, 'Armenzorg 1800-1912: erfenis van de republiek', in: J. van Gerwen, M.H.D. van Leeuwen (red.), *Studies over zekerheidsar-*

- rangementen. Risico's, risicobestrijding en verzekeringen in Nederland vanaf de Middeleeuwen* (Amsterdam/Den Haag 1998) 284-285.
- 15 Th.A. Wouters, *Van bedeling naar verheffing* (Tilburg 1968) 126-132.
- 16 N. Randeraad, D.J. Wolffram, 'De Nederlandse bestuurscultuur in historisch perspectief', in: F. Hendriks, Th. Toonen (red.), *Schikken en plooiën: de stroperige staat bij nader aanzien* (Assen 1998) 40.
- 17 Van Leeuwen, 'Armenzorg 1800-1912: erfenis van de republiek', 309 en M.H.D. van Leeuwen, 'Kerk, staat en burger. Armenzorg en moderne charitas, 1795-2001', in: Th. de Nijs, E. Beukers, *Geschiedenis van Holland 1795 tot 2000, Deel IIIb* (Hilversum 2003).
- 18 Van Loo, 'Den arme gegeven...' 96-97. Van Leeuwen, *Zoeken naar zekerheid, deel II*, 142-146 en 167-169.
- 19 A. Mooij, *De polsslag van de stad* (Amsterdam/Antwerpen 1999) 267, K.P. Companje, *Over artsen en verzekeraars. Een historische studie naar de factoren, die de relatie ziekenfondsen - artsen vanaf 1827 op landelijk en regionaal niveau hebben beïnvloed* (dissertatie; Utrecht 1997) 159, K.P. Companje, *Convergerende belangen. De belangenbehartiging van de zorgverzekeraars in historisch perspectief 1900-2000* (Zeist 2001) 108-110.
- 20 Bijlagen Tweede Kamer, 1919-1920, no 531 Regeling der Ziekenverzorging, Verslag van de Commissie voor de ziekenverzorging, 5.
- 21 Van Zanden, Van Riel, *Nederland 1780-1914*, 315 en Rigter, Van den Bosch, Van der Veen, Hemerijck, *Tussen sociale wil en werkelijkheid*, 6-10.
- 22 In de discussie die in de commissie-Koolen gevoerd werd over de vraag of bij de wet op de regeling van de ziekenverzorging een ondergrens moest worden gehanteerd, werd ingebracht dat het toelaten van *armen* bij de ziekenfondsen het principe van *selfhelp* dat aan deze fondsen ten grondslag lag, zou ondermijnen. Ook bestond er vrees voor een zodanige toeloop bij de fondsen dat deze daaraan ten onder zouden gaan. De meerderheid van de commissie vond dat niet alleen arbeiders maar ook de armen onder de wet zouden moeten vallen en dat dit een heilzame maatregel zou zijn. Het totaal aantal potentiële verzekerden schatte men op 4 miljoen. Bijlagen Tweede Kamer 1919-1920, no. 531 Regeling der Ziekenverzorging, Verslag van de Commissie voor de ziekenverzorging, 5-8.
- 23 Zie J. van Gerwen, *Zoeken naar Zekerheid, deel III. De ontluikende verzorgingsstaat. Overheid, vakbonden, werkgevers, ziekenfondsen en verzekeringsmaatschappijen, 1890-1945* (Den Haag/Amsterdam 2000) 122-183. In de eerste decennia van de twintigste eeuw werd de toegankelijkheid van de medische armenzorg steeds meer beperkt tot de onvermogenden. Minvermogenden moesten vaker eigen voorzieningen treffen. Midden jaren dertig was zo'n 40% van de bevolking lid van een ziekenfonds. De premie-inkomsten stegen van enkele miljoenen guldens per jaar naar ruim 27,5 miljoen in 1936. H. van der Velden, 'Zeker van zorg I (1890-1941)', in: Van Gerwen, Van Leeuwen (red.), *Studies over zekerheidsarrangementen*, 616 en H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in Nederland, 1850-1941. Medische armenzorg, ziekenfondsen en de verenigingen voor ziekenhuisverpleging op nationaal en lokaal niveau* (Schiedam, Roordahuizum en Amsterdam) (dissertatie; Rotterdam 1993) 191-197.

- 24 Zie onder andere Hoogenboom, *Standenstrijd en zekerheid*, 101.
- 25 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 36-37.
- 26 Dit argument bleef in de discussies over de Ziektewet aan de oppervlakte komen. Zie onder andere D. Rigter, 'Werkgevers, werknemers en de Ziektewet. De totstandkoming van de samenwerking tussen Posthuma en Kupers in 1920', <http://www.ecade.org/Bestanden%20voor%20P-Ksite/Proeve%20Posthuma-Kupers.pdf>, 23.
- 27 In 1873 waren bij de regering 372 kassen bekend met 558.814 aangeslotenen en een inkomen aan contributies van 1.844.060,30 gulden en een halve cent. C.W.A. van Uden, 'Het ziekenfonds. Van niets tot iets in bestuur en wetgeving', in: *Ziekendfondsragen (1957/58)* 93, noot 5.
- 28 C.W. de Vries, 'De voorbereiding der sociale wetgeving onder het ministerie Van Tienhoven-Tak van Poortvliet', in: *Sociale Voorzorg (1923)* 202-220.
- 29 Ibidem, 218-220.
- 30 Een van die ambtenaren was adjunct-commies van de afdeling Arbeid, Ph. Falkenburg.
- 31 De Vries, 'Voorbereiding tot de sociale wetgeving in Nederland', in: *Sociale Voorzorg (1923)* 286, Wittert van Hoogland, *De parlementaire geschiedenis der sociale verzekering I*, 8, 11, Hoogenboom, *Standenstrijd en zekerheid*, 108-III.
- 32 *Verslag van de Eerste Afdeling der Staats-Commissie van Arbeids-Enquête aangaande 'de verzekering of andere voorzorgen bij ongevallen, ziekte, overlijden of ouderdom van werklieden, voor zoover die maatregelen niet in verband staan met eenige bepaalde inrichting van Nijverheid' (Fondsen-Enquête)* (Den Haag 1893) 99. In zijn Memorie van Toelichting schrijft Talma dat hij de geneeskundige verzorging niet in de Ziektewet opnam omdat hij de uitmuntende wijze waarop de gemeenten zich met de gezondheidszorg bezighielden, niet wilde verstoren. Dit bevestigde hij later in een gesprek met Smeenk. Bijlagen Tweede Kamer 1909-1910, no, 302 Regeling der Arbeiders-ziekteverzekering, Memorie van Toelichting Ontwerp Radenwet, 4 en C. Smeenk, P. van Vliet jr., *Een held in volle wapenrusting. A.S. Talma en zijn arbeid* (Rotterdam 1917) 153.
- 33 J.W. Deknatel, 'Inleiding tot de studie van den werkkring der geneeskundigen bij de verplichte verzekering tegen ongevallen', in: *NTvG* 7 (1900) 282, De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 37, Wittert van Hoogland, *De parlementaire geschiedenis der sociale verzekering I*, 1-5. Ook bij de parlementaire enquête van 1886 naar onder andere de gezondheidstoestand van arbeiders in fabrieken was er geen arts lid van de commissie, iets waarvan H.J.A.M. Schaepman melding maakte. B. Wartena, *H. Goeman Borgesius (1847-1917). Vader van de verzorgingsstaat. Een halve eeuw liberale en sociale politiek in Nederland* (Amsterdam 2003) 173 en 177. De NMG besteedde in de jaren zestig van de negentiende eeuw aandacht aan de gezondheidstoestand van vrouwen en kinderen in fabrieken. H. Festen, 'Uit de geschiedenis van de maatschappij. De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901', in: *Medisch Contact* (1961) 306.
- 34 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 46.
- 35 Versteeg was jurist en had ervaring bij het ministerie van Justitie. Hij werd secretaris-generaal van het in 1905 opgerichte departement van Landbouw, Nijverheid en

- Handel. P.G. van IJsselmuiden, *Binnenlandse Zaken en het ontstaan van de moderne bureaucratie in Nederland 1813-1940*, 157, 176. De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 56. De totstandkoming van de wet en de wet zelf vertonen overeenkomsten met de Duitse ongevallenwet van 1884 en haar voorgeschiedenis. G.T.J. de Jongh, *De verzekering van werklieden tegen ongelukken in Duitschland* (Groningen 1887).
- 36 Over de ideologische en statistische onderbouwing van de noodzaak tot sociale wetgeving bij de sociaal-liberalen zie Stuurman, *Wacht op onze daden*, 296-318.
- 37 Een commissie waarin P.W.A. Cort van der Linden en M.W.F. Treub zitting hadden, concludeerde in 1895 dat de ongevallenverzekering bij voorkeur door onderlinge verzekering zou moeten worden geregeld. Particularisme en individualisme vierden volgens de commissie in Nederland echter hoogtij en dus beval zij uit praktische overwegingen aan dat de staat een Staatsverzekeringsbank zou oprichten die zo zou moeten worden georganiseerd *dat de vorming van beroepsverbanden en van lokale verzekeringsverbanden worde aangemoedigd*. Bij het opleggen van verzekeringsdwang was verzekering bij particuliere maatschappijen niet mogelijk omdat de controle moeilijk te regelen zou zijn, staatsgarantie niet zou kunnen worden gemist en winst oogmerk niet in overeenstemming met het algemeen belang was. In het eerste ontwerp Ongevallenwet uit 1897 werd in hoofdstuk 3 de uitvoering van de wet opgedragen aan een Rijksverzekeringsbank waarvan het bestuur door de Kroon werd benoemd en waarop een Raad van Toezicht controle zou uitoefenen. De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 55 en 62. In 1920 werd deze uitvoering geregeld in een Wet op de Rijksverzekeringsbank en vervielen artt. 13-18, 91-95 en 97 van de Ongevallenwet 1901. De RVB was naar Oostenrijks model ingericht, *'Centraal Beheer' van 1909 tot 1934* (Amsterdam 1934) 8.
- 38 Het was minister Lely die in 1892 Van Leijden op pad stuurde om de stand van zaken van de sociale wetgeving in het buitenland te onderzoeken. Hoewel er op het OW-voorstel van Van der Sleyden kritiek was gekomen, wekte de intrekking van het ontwerp-Van der Sleyden bevreemding omdat de hoofdtrekken ervan overeenkwamen met de ideeën van Lely. De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 74.
- 39 Er werd voortgebouwd op het werk dat Van der Sleyden had verricht. Wartena, *H. Goeman Borgesius (1847-1917)*, 281-284. De politieke lenigheid en het geduld van Lely hebben volgens Wolfram de Ongevallenwet tot stand gebracht. D.J. Wolfram, recensie van B. Wartena, *H. Goeman Borgesius (1847-1917). Vader van de verzorgingsstaat. Een halve eeuw liberale en sociale politiek in Nederland*, in: *Bijdragen en Mededelingen betreffende de Geschiedenis der Nederlanden (BMGN)* 4 (2005) 654.
- 40 Handelingen Tweede Kamer 1899-1900, 24 oktober 1899, 79.
- 41 G.M.J. Veldkamp, *Individualistische karaktertrekken in de Nederlandse sociale arbeidsverzekering* (dissertatie; Alphen aan den Rijn 1949) 101.
- 42 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 55-56.
- 43 Dit artikel werd tijdens de parlementaire behandeling in 1898-1899 gewijzigd in art. 20, werd 19 in 1901 en 14 in 1929. L. Leijdesdorff, *Ongevallenwet 1921* (Zwolle 1929/II) 47 e.v.
- 44 *Ibidem*, 47 e.v.

- 45 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 315.
- 46 Ibidem, 20-21, 82-83, J. van Genabeek, 'Opbouw: de periode 1901-1920', 57.
- 47 Bijlagen Tweede Kamer 1898-1899, 16, 1 Memorie van Antwoord, 11. De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 93. Een mooie schets van de praktijk is te lezen in M.J.D. Merens, 'De Bank-administratie in historisch overzicht', in: L. Del Baere e.a., *Tien jaren praktijk der Ongevallenwet 1901: 1 februari 1903 – 1 februari 1913* (Haarlem 1913) 219-224. Van Leijden twijfelde aan de financiële draagkracht van de Nederlandse bedrijfsverenigingen. De Vries, 'De voorbereiding der sociale wetgeving onder het ministerie Van Tienhoven-Tak van Poortvliet' 207. Tijdens de kamerbehandeling werd voor de cijfers verwezen naar de beroepentellingen, Bijlagen Tweede Kamer, 1897-1898, no. 182 4, Voorlopig Verslag, 34.
- 48 Hoogenboom stelt dat de stijging van het aantal bij een ondernemingskas aangesloten arbeiders (van 40.000 naar 100.000 tussen 1890 en 1911) het gevolg was van de poging van ondernemers om wettelijk ingrijpen te voorkomen. Hoogenboom, *Standenstrijd en zekerheid*, 105 en 384 noot 42.
- 49 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 97 e.v., 115, 160, 164, 185, 330 e.v., 367, 435, 439. Stork en Van Marken wilden ook op een andere manier dan via Kuypers invloed op de regering uitoefenen omdat ze hem vanwege de antithese niet vertrouwden. Kuypers en de grote werkgevers waren sowieso 'unlikely bedfellows' gezien Kuypers weerzin tegen de hoge heren. Voorbeelden van ondernemersfondsen in Van der Klein, 'Werkgeversfondsen in Twente: ongevallen, zorgende macht en lokale kostwinnerspraktijken', 43-70 en F.J.M. van de Ven, *Anton Jurgens Hzn 1867-1945. Europees ondernemer, bouweraan een wereldconcern* (Zwolle 2006) 65.
- 50 Zij bespraken dit samen met de ondernemer J.C. van Marken en H.P.C.L. de Kruijff, de latere directeur van de CWRB.
- 51 Zie voor het organisch denken onder liberalen E.H. Kossmann, 'Kenmerken van het Nederlands liberalisme', in: *Jaarboek 1992 Documentatiecentrum Nederlandse Politieke Partijen* (Groningen 1992) 227.
- 52 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 107 en noot 129 op deze pagina.
- 53 Ibidem, 131, 164, 200, 244, 343.
- 54 Bijlagen Tweede Kamer 1898-1899, no. 16, 6, Nota van Inlichtingen, 40, 44. De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 136-141.
- 55 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 203.
- 56 Ibidem, 102.
- 57 De Tweede Kamer was van mening dat de regering een onderzoek zou moeten doen naar de stand van zaken rond de Nederlandse ziekenfondsen. De enquête van de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen was volgens de Kamer mislukt omdat de fondsen geweigerd hadden mee te werken. Handelingen Tweede Kamer 1899-1900, 122. Bijlagen Tweede Kamer 1897-1898, no. 182, 6, Voorlopig Verslag, 41.
- 58 Door aanneming van een amendement van Kuypers werd in een tijdelijke uitkering na de tweede dag voorzien. Hierdoor werd art. 18 (21 98/99) overbodig, zie Wittert van Hoogland, *De parlementaire geschiedenis der sociale verzekering I*, 88-90 en

- De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, o.a. 107 noot 127. Bijlagen Tweede Kamer 1898-1899, no. 16, 1, Memorie van Antwoord, 11.
- 59 Minister A.F. de Savornin Lohman had met zijn Artsenwet (1892) iets aan de spreiding van artsen over het land proberen te doen en vooral het aantal artsen op het platteland proberen te vergroten. Over de Gezondheidswet, die tegelijkertijd met de Ongevallenwet speelde, kwam in de discussie binnen de NMG naar voren dat artsen de wet niet centralistisch genoeg vonden. Er werd teveel aan de gemeenten overgelaten terwijl in de Memorie van Toelichting van de wet juist het probleem van de onwillige gemeenten werd aangehaald als reden voor de noodzaak van de nieuwe wet. Er was echter begrip voor het feit dat minister Goeman Borgesius niet anders kon vanwege art. 144 van de Grondwet en de Gemeentewet. Zie onder andere P. Muntendam, 'Ontwerp woningwet en gezondheidswet', in: *NTvG* (1901) 223-224 en *Sociale Hygiëne* (1900) 118. De acties van de NMG hebben wellicht de stemming van de rijksoverheid ten opzichte van de NMG bepaald. M.J. van Lieburg, *In het belang van wetenschap en kunst. Een beknopte geschiedenis van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst 1849-1999* (Rotterdam 1999) 29. Zie ook Bijlagen Tweede Kamer 1891-1892, 2 132, Wijziging wet 25 december 1878 houdende regeling der voorwaarden tot verkrijging der bevoegdheid van arts, 1-2. Bijlagen Tweede Kamer 1891-1892, 2 132, Memorie van Toelichting. In zijn recensie van B. Wartena, *H. Goeman Borgesius (1847-1917). Een halve eeuw liberale en sociale politiek in Nederland*, (Amsterdam 2003) onderstreept D.J. Wolffram het decentrale karakter van de sociale wetten van het kabinet-Pierson. Hij schrijft in deze recensie dat hij in zijn boek, *Vrij van wat neerdrukt en beklemt*, de these verdedigt dat dit kabinet geen verdergaande staatsinmenging in de sociale verhoudingen voorstond. *BMGN* 4 (2005) 654. Interessant zou zijn om te onderzoeken of dit een bewuste keuze was of het gevolg van de weerbarstige praktijk waarmee de ministers te maken hadden.
- 60 Bijlagen Tweede Kamer 1897-1898, 182 3, Voorlopig Verslag, 17.
- 61 De RVB is een publiekrechtelijk lichaam. [...] als lichaam bezit de Bank een eigen vermogen, hetwelk geen deel uitmaakt van het vermogen van den Staat, terwijl daartegenover de Bank ook eigen verplichtingen, welke dus niet zijn verplichtingen van den Staat, heeft. H.W. Groeneveld, *De Ongevallenwet 1901. Bespreking van het stelsel dier wet, van hare begrippen en bijzondere voorschriften* (Amsterdam 1911) 101. Liberalen en confessionelen hebben angst voor vermogensvorming door de overheid: zie C. van Baalen, J. Ramakers (red.), *Het kabinet Drees III. Barsten in de brede basis* (Den Haag 2001) 494, vandaar wellicht dat het beheer van de door de sociale verzekeringspremies vergaarde vermogens werd overgelaten aan een op afstand geplaatste Rijkverzekeringsbank.
- 62 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 279, 283, 394 noot 81 en Handelingen Tweede Kamer 1900-1901, 11 oktober 1900, 87-91.
- 63 Kuyper realiseerde de Beroepswet in 1902. Hoogenboom, *Standenstrijd en zekerheid*, 134 en Wittert van Hoogland, *De parlementaire geschiedenis der sociale verzekering I*, 133.
- 64 Handelingen Tweede Kamer 1899-1900, 112. De invoering van de OW betekende een toename van 14 naar 25% van de beroepsbevolking die bij een bedrijfsongeval

aanspraak kon maken op medische zorg plus een *forse verbetering van de medische behandeling en de diagnostiek, mede doordat een intercollegiale controle tussen artsen werd ingevoerd*. Van Genabeek, 'Opbouw: de periode 1901-1920', 116. Met de wijziging van de Ongevallenwet in 1921 en met de invoering van onder andere de Land- en Tuinbouwongevallenwet waren steeds meer arbeiders op die manier tegen medische kosten verzekerd. Het percentage verplicht verzekerden ten opzichte van de beroepsbevolking vanwege OW 1901, OW 1921 en L&TOW 1922: 1920 37%, 1924 55%, 1930 58%, 1940 50%. Hoogenboom, *Standenstrijd en zekerheid*, 355, Van der Klein, *Ziek, zwak of zwanger*, 93, J. van Genabeek, 'Fabrieke- en bedrijfstakingfondsen', in: Van Gerwen, Van Leeuwen (red.), *Studies over zekerheidsarrangementen*, 357. Arbeiders die niet onder de OW vielen, verzekerden zich via andere vaak al langer bestaande mogelijkheden. Het bestuur van het NVV bijvoorbeeld besprak naar aanleiding van het voorstel tot wijziging van de OW, de mogelijkheid hun leden in een particuliere verzekering voor rekening van de werkgevers op te nemen als zij niet onder de voorziene uitbreiding van de verzekering zouden vallen. IISG, Archief NVV, inventarisnummer 2, 18 februari 1919, http://www.inghist.nl/Onderzoek/Projecten/Socialezekerheid/nadere_toegangen/html_bestanden/NedVerbondvanVakverenigingen19081940

Meer informatie over de regelingen voor arbeiders bij bedrijven zie onder andere de Nijverheidsstatistiek van Struve en Bekaar uit 1887-1889, <http://www.neha.nl/struve/> die voortkwam uit de parlementaire enquête van 1886. Hieruit bleek dat 75% van de arbeiders aangesloten was bij een van de vormen van sociale zorg. Hoogenboom, *Standenstrijd en zekerheid*, 102. Zie voor de geschiedenis van de dekking van ziektekosten onder andere K. Veraghtert, B. Widdershoven, *Twee eeuwen solidariteit. De Nederlandse, Belgische en Duitse ziekenfondsen tijdens de negentiende en twintigste eeuw* (Amsterdam/Zeist 2002). Zie ook M. Trappenburg, 'Solidariteit in de gezondheidszorg: een project tot volksopvoeding', <http://www.margotrappenburg.nl/publicaties/artikelen/Solidariteit%20in%20de%20gezondheidszorg.pdf> (2005).

De dekkinggraad van verzekering voor kosten van medische behandeling was aan het begin van de twintigste eeuw naar schatting 18% van de bevolking. Van Gerwen, *Zoeken naar Zekerheid, deel III*, 146. In Amsterdam was volgens de Nutsenquête in deze periode 48% van de bevolking bij een ziekenfonds aangesloten (arbeiders die via hun werkgever verzekerd waren niet meegerekend). W.L. Leclercq, *Geschiedenis van het Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam, 1847-1947* (Amsterdam 1947) 41. Aangezien niet alle arbeiders via hun werkgever vanwege de Ongevallenwet 1901 verzekerd waren, is het de vraag in welke mate de vergoeding van genees- en heelkundige behandeling met de bestaande voorzieningen overlapte. Er zullen in dat opzicht ook regionale verschillen zijn geweest. K. Horstman heeft het over een nieuwe markt die met de invoering van de OW werd gecreëerd. K. Horstman, 'Om het beheer van arbeidsongeschiktheid. Het politieke debat over de Ongevallenwet en het wel en wee van een medische markt', in: *TvSG* 4 (1999) 387.

65 Handelingen Tweede Kamer 1899-1900, 25 en 26 oktober 1899, III, 135.

66 Ibidem, 26 oktober 1899, 121.

67 Ibidem, 24 oktober 1899, 81.

- 68 Zie Van Zanden, Van Riel, *Nederland 1780-1914* en 'Discussiedossier Nederland 1780-1914', *BMGN* 3 (2002) 344-369.
- 69 Bijlagen Tweede Kamer 1898-1899, no. 16 I, Memorie van Antwoord.
- 70 Handelingen Tweede Kamer 1899-1900, 26 oktober, 153.
- 71 De Vries constateert dat, hoewel er aan het einde van de negentiende eeuw onder artsen aangesloten bij de NMG, grote belangstelling bestond voor de gevolgen van de snelle uitbreiding van fabrieken en voor het verband tussen arbeid en gezondheid, de consequenties van de invoering van de OW voor het werk en de zelfstandigheid van artsen pas in juli 1900 in het hoofdbestuur van de NMG besproken werden. De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 157 en 204. Tijdens de jaarlijkse congressen voor Openbare Gezondheidsregeling waar onder andere artsen en ambtenaren samenkwamen, werden wetten als de Gezondheidswet 1901 en de Armenwet 1912 voorbereid. Houwaart, *De hygiënist*, 294.
- 72 Van Lieburg, *In het belang van wetenschap en kunst*, 29. H. Festen, *125 jaar geneeskunde en maatschappij* (Utrecht 1974) 205-209.
- 73 Deknatel was secretaris-penningmeester van de afdeling Breda van de NMG en *een van de meest deskundige uit de leden van de Maatschappij*. Festen, 'Uit de geschiedenis van de maatschappij', 308.
- 74 Deknatel, 'Inleiding tot de studie van den werkring der geneeskundigen bij de verplichte verzekering tegen ongevallen', 285-286.
- 75 Door de invoering van de geneeskundige wetten werd de overheidsbemoeienis met de geneeskundige behandeling goeddeels afgeschaft. Tot 1900 was het Geneeskundig Staatstoezicht de instantie die de zorgpraktijk aan landelijke regels kon binden, na die tijd kreeg de NMG een grotere rol. Houwaart, *De hygiënist*, 243, 290-292. De RVB was geïnitieerd door de overheid maar had een zelfstandige positie. Wellicht vergulde dit de pil van de controle.
- 76 Deknatel, 'Inleiding tot de studie van den werkring der geneeskundigen bij de verplichte verzekering tegen ongevallen', 282 e.v. Zie *NTvG* (1900) 363, 397, 465 en 554.
- 77 Deknatel heeft het over het rapport dat door Vermast, Mijnlieff en Pinkhof was uitgebracht. In Amsterdam, zetel van het hoofdbestuur van de NMG, was ongeveer de helft van de bevolking verzekerd tegen ziektekosten, 83.000 daarvan bij het Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam, waar artsen een grote rol in het bestuur hadden. Leclercq, *Geschiedenis van het Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam, 1847-1947*, 41. Mensen als A.R. Cohen, J. van Geuns, D.H. Koetser, N. van Rijkberk en C.F. Schreve zaten zowel in het bestuur van het AZA als dat van de kring Amsterdam van de NMG. *Gedenkschrift bij het honderd-jarig bestaan van den Geneeskundigen Kring te Amsterdam* (Amsterdam 1948) 106-111. De verhouding tussen de afdeling Amsterdam en de rest van de NMG was aan het einde van de eeuw gespannen. De afdeling Amsterdam (voornamelijk professoren en aristocraten) maakte teveel de dienst uit en had te weinig oog voor de problemen van de gemiddelde arts. Van Lieburg, *In het belang van wetenschap en kunst*, 27.
- 78 J.W. Deknatel, 'Het voorstel E van de afdeling Amsterdam', in: *NTvG* (1900) 989 e.v. Festen zegt dat de afdeling Amsterdam reageerde op Deknatels artikelen over de OW en dat dit de eerste kennismaking van de artsen met de ophanden zijnde

- OW was. Festen, 'Uit de geschiedenis van de maatschappij', 308. Het rapport van de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen sprak in 1895 over meer dan 200 commerciële fondsen ter dekking van de financiële gevolgen van ziekte en verpleging. Hoogenboom, *Standenstrijd en zekerheid*, 101. Zie ook Wittert van Hoogland, *De parlementaire geschiedenis der sociale verzekering I*, 131.
- 79 *Het Volk*, d.d. 27 april 1900, geciteerd in De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 317.
- 80 NA, Archief NMG, inv.nr. 90, Dossier Ongevallenwet 1901. Met dank aan K.P. Companje.
- 81 Festen, 'Uit de geschiedenis van de maatschappij', 324.
- 82 *Het Volk*, d.d. 7 september 1900, geciteerd in De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 402, De Vries, *ibidem*, 401-402 en 423-424, Festen, 'Uit de geschiedenis van de maatschappij', 309. Bij de behandeling in het parlement van Kuypers voorstel om art. 19 uit te breiden door aan de plaatselijke commissies de beslissing over de genees- en heilkundige behandeling op te dragen, werd het standpunt van de artsen aangehaald. Schaper verzette zich heftig tegen Kuypers voorstel en beriep zich daarbij op een uitspraak van Deknatel dat dit de onafhankelijkheid van de behandelend arts en de benodigde rust en kalmte bij de behandeling in gevaar zou brengen.
- 83 Zie Groeneveld, *De Ongevallenwet 1901*, 17. Over de rol van Kuyper en zijn verhouding tot de werkgevers zie De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*.
- 84 J.W. Deknatel, 'Het wetsontwerp tot verplichte verzekering tegen ongevallen. Kritiek op het adres der Vereeniging van Nederlandsche Werkgevers', *NTvG* (1900) 533-536.
- 85 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 423-424.
- 86 Wittert van Hoogland, *De parlementaire geschiedenis der sociale verzekering 1890-1940 I*, 88-90 en De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, o.a. p. 107 noot 127. Bijlagen Tweede Kamer 1898-1899, 16 1, Memorie van Antwoord, 11.
- 87 Del Baere e.a., *Tien jaren praktijk der Ongevallenwet 1901: 1 februari 1903 – 1 februari 1913*, 2.
- 88 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 265.
- 89 Later veranderde Deknatel van mening.
- 90 Deknatel, 'Het wetsontwerp tot verplichte verzekering tegen ongevallen', 536.
- 91 Handelingen Tweede Kamer 1900-1901, 11 oktober 1900, 87-91.
- 92 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 160, 164, 185.
- 93 Deknatel, 'Het wetsontwerp tot verplichte verzekering tegen ongevallen', 533-536.
- 94 Handelingen Tweede Kamer 1900-1901, 11 oktober 1900, 90. Voor de sociaal-democraten was het van groot belang dat het niet de arts in dienst van de werkgever was die de ongevalsschade vaststelde. De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 379.
- 95 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 423 noot 199.
- 96 *Ibidem*, 432.
- 97 Handelingen Tweede Kamer 1900-1901, 11 oktober 1900, 88, 152-157. De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 435.

- 98 De minister van Binnenlandse Zaken verzocht in 1901 alle burgemeesters om informatie te geven over de in de gemeenten aanwezige ziekenfondsen. *De Verzekeringsbode* (1901) 63. Binnenlandse Zaken maakte vanaf 1861 jaaroverzichten van het aantal geneeskundigen. Houwaart, *De hygiënist*, 226.
- 99 NA, Archief NMG, inv.nr. 16, Notulen van de vergaderingen van het hoofdbestuur, 1901-1904. Vergadering 24 maart 1901. Met dank aan K.P. Companje.
- 100 Festen, 'Uit de geschiedenis van de maatschappij', 324-325 en 327. Festen noemt het opmerkelijk dat de artsen geen oog hadden voor de gevolgen die deze controle op de behandeling zou hebben op de vrijheid en onafhankelijkheid van de behandelende arts. Volgens hem had dat te maken met de stand van de medische wetenschap op dat moment. Bovendien werd met de ontwikkeling van vooral de ongevalleneeskunde 'de betekenis van de bank als zeer deskundige medische instantie' duidelijk en groeide de behoefte van de RVB om meer invloed op de behandeling uit te oefenen. Zie ook G.J. Stenberg, 'De Doktersquestie. Deel 1', *Sociale Voorzorg* (1921) 325-354 en Mooij, *De polsslag van de stad*, 284-287.
- 101 Dit is dezelfde Struve als van de Nijverheidsstatistiek van Struve en Bekaar uit 1887-1889. Hij was een van de eerste arbeidsinspecteurs. Mazure, *De sociale wetgeving in de departementale indeling voor 1918*, 8
- 102 V. Noest, 'De positie der Rijksverzekeringsbank', in: *Vijfentwintig jaren sociale verzekering* (Haarlem 1928) 235, Van der Burgh e.a., *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 186.
- 103 Van der Burgh e.a., *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 217.
- 104 De medisch-adviseur beschikte over een medische afdeling met een staf van ambtenaren-medicijnen (zeven in 1918) en het noodige administratief personeel (31 in 1918). G.O. Meulman, 'Het medisch kaderwerk der Bank', in: *Geneeskundig tijdschrift der Rijksverzekeringsbank* (1921) 113. De vraag of de ervaring met de in dezelfde tijd ingerichte medische dienst van de arbeidsinspectie een rol gespeeld heeft, is een nader onderzoek waard. Zie H. Leertouwer, *Het heil van de gezonden zij onze hoogste wet: de geschiedenis van de medische afdeling van de Arbeidsinspectie* (Rotterdam 2006).
- 105 Van der Burgh e.a., *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 243. Een verzekeringsmaatschappij die het eigen risico wilde verzekeren en die al in 1901 daarover een brochure uitgaf, werd geen succes. De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 454. Arbeiders hadden via de Plaatselijke Commissies en de Raden van Beroep enige invloed op de uitvoering van de wet. In de besturen van onderlinge ziekenfondsen zaten arbeidersbestuursleden; in de besturen van risicoverenigingen zaten alleen werkgevers. Bij de bedrijfsverenigingen van de latere Land- en Tuinbouwongevallenwet (1922) en de Ziektewet (1929) was wel sprake van arbeidersvertegenwoordiging. Volgens M. van der Klein kregen de werkgevers via deze bedrijfsverenigingen de 'zorgende macht' terug die ze bij de OW aan de RVB hadden moeten overdragen. Van der Klein, 'Werkgeversfondsen in Twente: ongevallen, zorgende macht en lokale kostwinnerspraktijken rond 1900', 70.
- 106 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 443. Ook Talma zou veel details aan de AMvB overlaten: *In de Memorie van Toelichting [Radenwet] ontbrak een verdere uiteenzetting van de taak der Raden op het terrein van de arbeid. Niet meer dan*

- een geringe aanwijzing werd er in gezet. J.M. Vellinga, *Talma's sociale arbeid* (Hoorn 1941) 149. AMvB's worden niet aan het parlement voorgelegd.
- 107 KB van 14 juli 1902, *Staatsblad* Nr. 153, gewijzigd bij KB van 18 maart 1909, Stbl. Nr. 76 en bij KB van 30 maart 1909, Stbl. Nr. 86.
- 108 Volgens C.W.A. van Uden deed de opvolger van Lely, Kuyper, alsof er geen ziekenfondsen bestonden en nam hij zo revanche op de Ongevallenwet 1901. De ziekenfondsen pasten volgens Van Uden ook niet in het ontwerp Ziektewet van Kuyper. Van Uden, 'Het ziekenfonds. Van niets tot iets in bestuur en wetgeving', in: *Ziekenfondsvragen* (1960) 58, 79, 81, 83, 106, 112. Kuypers opvolger Veegens meende echter dat de medewerking van de ziekenfondsen niet kon worden gemist. Wittert van Hoogland, *De parlementaire geschiedenis der sociale verzekering 1890-1940 I*, 135.
- 109 J.E. Millard, *Gids voor werklieden tot de Ongevallenwet en Beroepswet. Uiteenzetting van, en toelichting tot die wetten in vraag en antwoord* (Haarlem 1903) 48-51 wijst op de vrije artsenkeuze, de controle op de behandeling door de RVB en de plicht van de werknemer om mee te werken aan zijn herstel, onder andere als daarvoor ziekenhuisopname nodig was.
- 110 J. Menno Huizinga, 'Uitvoering der Ongevallenwet', in: *NTvG* (1902) 320-323.
- 111 Brust en Kooperberg, 'De toepassing der Ongevallenwet, van geneeskundige zijde beschouwd', 75.
- 112 Mooij, *De polsslag van de stad*, 279. Om precies te zijn: 2074 in 1893, 3030 in 1913, 3646 in 1923, 4789 in 1934 en 5651 in 1939. Het aantal specialisten steeg van 32 in 1883 naar 1121 in 1938. *Sociale zekerheid. Rapport van de Commissie, ingesteld bij Beschikking van den Minister van Sociale Zaken van 26 maart 1943, met de opdracht algemeene richtlijnen vast te stellen voor de toekomstige ontwikkeling der sociale verzekering in Nederland. Deel III. De organisatie van Geneeskundige Voorzieningen en de Rehabilitatie van Gebrekkigen*, 119.
- 113 Brust en Kooperberg, 'De toepassing der Ongevallenwet, van geneeskundige zijde beschouwd', 75.
- 114 'Bezwaren tegen de verbintenis der geneeskundigen aan de Rijksverzekeringsbank', in: *NTvG* (1903) 261-263
- 115 D.H. Koetser, 'De praktizeerende geneeskundigen en de voorwaarden der Rijksverzekeringsbank', in: *NTvG* (1903) 101. Behandeling in een polikliniek had voor de RVB als voordeel dat het goedkoop was (artsen ontvingen vaak geen vergoeding en de financiering geschiedde meestal via de Armenwet) maar vooral ook dat er betere medische hulp werd verleend. Mooij, *De polsslag van de stad*, 282-283.
- 116 D.H. Koetser, lid van de afdeling Amsterdam van de NMG en tussen 1898-1934 bestuurslid van het Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam (AZA), Koetser, 'De praktizeerende geneeskundigen en de voorwaarden der Rijksverzekeringsbank', 100.
- 117 De betrokkenheid van artsen bij verzekeringsmaatschappijen werd angstvallig in de gaten gehouden. Zie K. Horstman, *Verzekerd leven. Artsen en levensverzekeringsmaatschappijen 1880-1920* (Amsterdam 1996).
- 118 Koetser, 'De praktizeerende geneeskundigen en de voorwaarden der Rijksverzekeringsbank', 98-104.
- 119 H.Ph. Baudet, 'De voorwaarden der Rijksverzekeringsbank', in: *NTvG* (1903) 105.

- 120 Ibidem, 107.
- 121 Ibidem, 106.
- 122 Deknatel was als deskundige aanwezig in de vergadering van het hoofdbestuur van 24 maart 1901. H. Festen, 'Uit de geschiedenis van de maatschappij', 324.
- 123 Deknatel, 'De regeling van den Geneeskundigen Dienst ingevolge de Ongevallenwet 1901', 108.
- 124 Bijlage Deknatel in *Rapport der commissie uit den Bond van Vrije Liberalen omtrent de vraag, hoe mede met het oog op de uitbreiding van wettelijke voorzieningen in sociale nooden, onze wettelijke ongevallenverzekering moet worden verbeterd*, i-ii.
- 125 Deknatel, 'De regeling van den Geneeskundigen Dienst ingevolge de Ongevallenwet 1901', 109.
- 126 De specialisten waren over de tarieven van Centraal Beheer goed te spreken. 'Waar andere verzekeraars probeerden alleen de hoogst noodzakelijke hulp zo goedkoop mogelijk te krijgen, ging Centraal Beheer uit van de verzekerden zelf. Zij dienden een goede behandeling te krijgen en dat moest dan ook worden gehonoreerd.' Juch, *De medische specialisten in de Nederlandse gezondheidszorg*, 296-297. Over de afhankelijkheid van de specialisten van onder andere de RVB zie Juch, ibidem, 264.
- 127 Deknatel, 'De regeling van den Geneeskundigen Dienst ingevolge de Ongevallenwet 1901', 109.
- 128 Ibidem, 110.
- 129 'Bezwaren tegen de verbintenis der geneeskundigen aan de Rijksverzekeringsbank', 261-263.
- 130 'Brief d.d. 31 januari 1903 van het bestuur van de Rijksverzekeringsbank aan het bestuur van de Geneeskundige Kring, Amsterdam,' in: *NTvG* (1903) 371. Zie ook *Rapport der Commissie uit den Bond van Vrije Liberalen*, 162.
- 131 'Brief d.d. 13 februari 1903 van het bestuur van den Geneeskundigen Kring te Amsterdam aan het Bestuur der Rijksverzekeringsbank', 433.
- 132 Mutaties werden ook gepubliceerd in het *Geneeskundig tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*.
- 133 P. Maats, 'Ongevallenwet', in: *NTvG* (1903) 183-184.
- 134 Stenberg, 'De Doktersquestie. Deel 1', 353.
- 135 *Rijksverzekeringsbank. Tarief*. (Amsterdam 1902). Zie ook *Rijksverzekeringsbank. Voorwaarden waaronder en tarief waartegen etc.* (Amsterdam 1949).
- 136 'Bezoldiging van geneeskundige hulp door de Rijksverzekeringsbank', in: *NTvG* (1903) 1100.
- 137 D. Brocx, 'De medicus en de sociale verzekering', in: T.J. Verschuur (red.), *Tien jaren raden van arbeid* (Haarlem 1930) 215.
- 138 Van Genabeek, 'Opbouw: de periode 1901-1920', 73-74.
- 139 Brocx, 'De medicus en de sociale verzekering', 224.
- 140 Brust, Kooperberg, 'De toepassing der Ongevallenwet, van geneeskundige zijde beschouwd', 77-78.
- 141 J. van Lit, 'Het nut der directe controle en de noodzakelijkheid der medische afdeling bij de R.V.B.', in: *Geneeskundig tijdschrift der Rijksverzekeringsbank* (1921) 129.
- 142 G.O. Meulman, '25 jaren samenwerking tusschen behandelend-geneeskundigen en Bank-artsen', in: *Vijftwintig jaren sociale verzekering* (Haarlem 1928) 234.

- 143 Ibidem, 231.
- 144 *Het Volk*, d.d. 8 september 1910.
- 145 Brust en Kooperberg, 'De toepassing der Ongevallenwet, van geneeskundige zijde beschouwd', 81-82.
- 146 Het beleid van de RVB was een *krachtige stimulans voor het proces van sociale differentiatie binnen de medische beroepsgroep*. De RVB voer een neutrale koers en hield zo min mogelijk rekening met de deelbelangen van medische en andere organisaties. De bank speelde een cruciale rol in *de buitenwettelijke formalisering van de medische zorg*. De ziekenfondsen namen het beleid van de RVB over. Houwaart, 'Nieuwe structuren in de gezondheidszorg 1920-1940', 224.
- 147 Een voorbeeld hiervan is een kaart die in 1886 in de *Handelingen* verscheen waarop het aantal inwoners per geneeskundige werd afgebeeld. Hierop bleek duidelijk dat de verschillen per gemeente groot konden zijn. In het uiterste zuiden en oosten van Nederland waren helemaal geen geneeskundigen voorhanden. Juch, *De medische specialisten in de Nederlandse gezondheidszorg*, 24. In 1893 was er één arts op 2.250 inwoners, in 1939 was dit 1 op 1.544 en in 1941 1 op 1.309. Voor de spreiding van ziekenhuisbedden zie Van der Velden, 'Groot of klein: de opbouw van het Nederlandse ziekenhuiswezen, 1890-1950', 422. Het verschil in beschikbaarheid van geneeskundige zorg tussen stad en platteland verminderde maar bleef bestaan. *Sociale zekerheid. Rapport van de Commissie, ingesteld bij Beschikking van den Minister van Sociale Zaken van 26 maart 1943, met de opdracht algemeene richtlijnen vast te stellen voor de toekomstige ontwikkeling der sociale verzekering in Nederland. Deel III*, 119-121.
- 148 Juch, *De medische specialisten in de Nederlandse gezondheidszorg*, 121-122.
- 149 Het kostenaspect speelde bij de keuze voor ziekenhuisbehandeling volgens Horstman geen rol. Horstman, 'Om het beheer van arbeidsongeschiktheid', 396.
- 150 Aantal ziekenhuizen rond 1924: 261. Juch, *De medische specialisten in de Nederlandse gezondheidszorg*, 124. Het *Ontwerp-Rapport der Commissie tot onderzoek naar de mogelijkheid meer eenheid te brengen in het Ziekenfondswezen in ons land*, (z.p. z.j. verm. 1923) heeft het over 261 ziekeninrichtingen: 4 rijksziekeninrichtingen, 30 gemeenteziekeninrichtingen en 221 particuliere ziekeninrichtingen. In 1941 waren er 243 ziekenhuizen en 257 mannelijke en 6416 vrouwelijke gediplomeerd verpleegkundigen. *Sociale zekerheid. Rapport van de Commissie, ingesteld bij Beschikking van den Minister van Sociale Zaken van 26 maart 1943, met de opdracht algemeene richtlijnen vast te stellen voor de toekomstige ontwikkeling der sociale verzekering in Nederland. Deel III. De organisatie van Geneeskundige Voorzieningen en de Rehabilitatie van Gebrekkigen*, 119. Schatting uitgaven ziekenhuisverpleging 1910 ongeveer f 1,- per hoofd van de bevolking, 1915 f 1,41, 1922 f 4,48. Van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in Nederland*, 198. Dit betekent dat de uitgaven voor ziekenhuisverpleging stegen van rond f 6 miljoen in 1910 naar f 30 miljoen in 1920 (6,7 miljoen Nederlanders x f 4,48). In 1930 bedroegen de uitgaven f 38 miljoen. Van der Velden, 'Zeker van zorg I (1890-1941)', 617.
- 151 Juch, *De medische specialisten in de Nederlandse gezondheidszorg*, 122-131. Zie ook *Sociale zekerheid. Rapport van de Commissie, ingesteld bij Beschikking van den Minister van Sociale Zaken van 26 maart 1943, met de opdracht algemeene richtlijnen vast te*

- stellen voor de toekomstige ontwikkeling der sociale verzekering in Nederland. Deel III. De organisatie van Geneeskundige Voorzieningen en de Rehabilitatie van Gebrekkigen, 113-122, Houwaart, *De hygiënist*, 289-290.
- 152 Juch, *De medische specialisten in de Nederlandse gezondheidszorg*, 92.
- 153 Ibidem, 160.
- 154 In 1935 stelde de Nederlandsche Vereeniging voor Armenzorg en Weldadigheid een commissie in ter beantwoording van de vraag hoe de gemeentelijke lasten voor de medische armenzorg konden worden verlicht. Deze commissie constateerde dat er 550 plaatselijke organisaties voor ziekenhuisverpleging waren met twee miljoen verzekerden. *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* (Haarlem 1937) 10.
- 155 H. Burger, 'Het ontwerp-Ziekteverzekeringwet. III. De positie der geneeskundigen', in: *NTvG* (1905) 503.
- 156 Juch, *De medische specialisten in de Nederlandse gezondheidszorg*, 295, 299. Op de RVB-tarieven van 1922 was veel kritiek. In 1923 werd er in het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde veelvuldig geschreven over de tarieven en voorwaarden van de RVB. In de strijd tussen de huisartsen en de RVB werden de arbeiders opgeroepen zich aan de zijde van de artsen te scharen omdat ze een gemeenschappelijk belang hadden: goede geneeskundige verzorging. E.E. Sanders, H. Koch, 'Geneesheeren contra rijksverzekeringsbank', in: *NTvG* (1925) 2347. In 1925 verwierp de Algemene Vergadering van de NMG het voorstel voor nieuwe tarieven van de RVB. P. Muntendam, 'De strijd tussen de artsen en de Rijksverzekeringsbank, in: *NTvG* (1925) 2248.
- 157 Juch, *De medische specialisten in de Nederlandse gezondheidszorg*, 174, noot 28. Houwaart, 'Nieuwe structuren in de gezondheidszorg 1920-1940', 224.
- 158 'Handelingen van de buitengewone algemene ledenvergadering van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, d.d. 31 oktober 1920', in: *NTvG* (1920) 2801. Het inkomen van een specialist liep behoorlijk op naarmate men langer praktijk hield. Juch, *De medische specialisten in de Nederlandse gezondheidszorg*, 373. Volgens G. Brouwer, 'Het ontwerp van wet op de ziekenverzorging', in: *NTvG* (1920) 1841-1843 gaat het bij tweederde van de NMG-leden om een inkomen van of beneden de f 10.000 per jaar.
- 159 Lid van het bestuur van de NMG.
- 160 H. Burger, 'Het ontwerp-Ziekteverzekeringwet. IV. De ongevallenverzekering', in: *NTvG* (1905) 566.
- 161 Ibidem, 566.
- 162 Ibidem, 566. Het ontvangen van een uitkering hindert het genezingsproces, hervatting van werk is het enige en noodzakelijke geneesmiddel. *Rapport der Commissie uit den Bond van Vrije Liberalen*, 90-91. Over de trauma-neurose zie T. Kappelhof, 'Ongevallenwet had grote gevolgen voor medische stand', *NTMA* 105 (2001) 34-37.
- 163 Burger, 'Het ontwerp-Ziekteverzekeringwet. IV. De ongevallenverzekering', 567. Tijdens de behandeling van de Ongevallenwet was het probleem van de kleine on-

- gevallen al besproken. De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, o.a. 107 noot 127.
- 164 H. Burger, 'Het verslag der Rijksverzekeringsbank over 1904', in: *NTvG* (1906) 389.
- 165 Ibidem, 393.
- 166 Mr. H.P. Berdenis van Berlekom, 'De eerste Medisch-Adviseur (Dr. Ph. Kooperberg)', in: *Tijdschrift voor Ongevalleneeskunde* 2 (1917) 419-421.
- 167 Brocx, 'De medicus en de sociale verzekering', 217.
- 168 Juch, *De medische specialisten in de Nederlandse gezondheidszorg*, 291. Centraal Beheer keerde hogere bedragen uit dan de RVB. Juch, ibidem, 296. In 1922 waren de leden van de Specialistenorganisatie van de NMG ontevreden over de rol van hun organisatie bij het vaststellen van de RVB-tarieven. Ibidem, 309, 311 en 313.
- 169 Ibidem, 356. Zie ook Van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in Nederland, 1850-1941*, 38-40, 114 en 117 en Horstman, *Verzekerd leven*.
- 170 Berdenis van Berlekom, 'De eerste Medisch-Adviseur (Dr. Ph. Kooperberg)', 419-421.
- 171 Van der Burgh e.a., *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 198.
- 172 Ibidem, 194. D. Brocx, 'Ongevallenwet en geneeskunst', in: *Geneeskundig tijdschrift der Rijksverzekeringsbank* (1918) 11.
- 173 G.P. van Trooyen, 'Eenige artikelen uit de Ongevallenwet 1901', in: *NTvG* (1907) 542.
- 174 Rede Kooperberg op de oprichtingsvergadering van de Vereeniging tot beoefening der ongevalleneeskunde, in: *NTvG* (1908) 1709.
- 175 *De schriftelijke boekstaving van het ziekteverhaal gebeurde voor de invoering van de Ongevallenwet voornamelijk door specialisten en in academische ziekenhuizen. In de drukke artspraktijk schoot dit er meestal bij in. Dankzij de OW wordt er omvangrijk ervaringsmateriaal verzameld dat voor de geneeskundige statistiek rijke beloften inhoudt.* H. Burger, 'Ongevalleneeskunde en klassenstrijd', in: *NTvG* (1908) 501.
- 176 Rede Kooperberg op de oprichtingsvergadering van de Vereeniging tot beoefening der ongevalleneeskunde, 1710. R. Macalester Loup, 'De vrucht van tien jaren ongevallenverzekering', in: L. Del Baere e.a., *Tien jaren praktijk der Ongevallenwet 1901: 1 februari 1903 – 1 februari 1913*, 14.
- 177 Rede Kooperberg op de oprichtingsvergadering van de Vereeniging tot beoefening der ongevalleneeskunde, 1713. Zie ook de bespreking van het jaarverslag van de RVB over 1908 in de *NRC*, d.d 2 december 1909, ochtendeditie, 5.
- 178 Rede controlerend-geneeskundige E.J. Buning tijdens de Algemene vergadering van de Vereeniging tot beoefening der Ongevalleneeskunde, in: *NTvG* (1908) 2125-2126, 2138. Zie ook Macalester Loup, 'De vrucht van tien jaren ongevallenverzekering', 12.
- 179 P.H. van Eden, 'De beoefening der Ongevallen-geneeskunde', *Geneeskundig tijdschrift der Rijksverzekeringsbank* (1916) 5.
- 180 Brocx, 'De medicus en de sociale verzekering', 213.
- 181 Merens, 'De Bank-administratie in historisch overzicht' 222, Groeneveld, *De Ongevallenwet 1901*, 151.

- 182 Binnen de NMG was er discussie over de vraag of het abonnementensysteem zoals dit door de ziekenfondsen werd gehanteerd, er niet toe zou leiden dat artsen *veel moeite eischende patienten* zouden weigeren of verwaarlozen. G.J. Stemberg, 'De Doktersquestie. Deel 1', 341.
- 183 V. Gravestein, 'Over de betaling der behandeling van ongevallen, die niet onder de Ongevallenwet ressorteeren', *Geneeskundig tijdschrift der Rijksverzekeringsbank* (1920) 12.
- 184 Macalester Loup, 'De vrucht van tien jaren ongevallenverzekering', 7-8.
- 185 Dit was de reden waarom Kuyper bij de Invaliditeitswet geen particuliere maatschappijen bij de uitvoering wilde toestaan. Wittert van Hoogland, *De parlementaire geschiedenis der sociale verzekering I*, 128.
- 186 *Rapport der Commissie uit den Bond van Vrije Liberalen*, 42.
- 187 Kuyper was een van diegenen die al in een vroeg stadium gewaarschuwd had voor problemen die de invoering van een ongevallenverzekering zonder ziekteverzekering met zich mee zou brengen. De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 82. Had zijn besluit om de bestaande fondsen en kassen niet bij de uitvoering van de OW te betrekken (zie de AMvB betreffende art. 19) dit aspect van de uitvoering echter niet lastiger gemaakt?
- 188 Hoogenboom schrijft dat de ongevalsverzwijging voor Talma reden was de risico-overdracht bij de Ziektewet niet toe te staan. Ook het voornemen de kleine ongevallen naar de ZW over te brengen zou hierdoor zijn ingegeven. Volgens Hoogenboom organiseerde Talma hiermee de mogelijke ondergang van de CWRB en daarmee het verzet tegen zijn ZW. Hoogenboom, *Standenstrijd en zekerheid*, 156.
- 189 Memorie van Antwoord op het Voorlopig Verslag van de Eerste Kamer, hoofdstuk X begroting 1909, 7.
- 190 Zie ook *Rapport der Commissie uit den Bond van Vrije Liberalen*, 107.
- 191 Memorie van Antwoord op het Voorlopig Verslag van de Eerste Kamer, hoofdstuk X begroting 1909, 9.
- 192 Hoogenboom, *Standenstrijd en zekerheid*, 142.
- 193 Ibidem, 143.
- 194 P. Kerklaan, 'De lange houdbaarheid van de Ongevallenwet in Nederland 1901-1967', in: *Tijdschrift voor Sociale en Economische Geschiedenis (TSEG)* 4 (2006) 72. De enquête werd in november 1909 gehouden. *Het Volk*, d.d. 24 november 1909.
- 195 *Het Volk*, d.d. 2 augustus 1911
- 196 Wittert van Hoogland, *De parlementaire geschiedenis der sociale verzekering I*, 82.
- 197 *Rapport der Commissie uit den Bond van Vrije Liberalen*, 120-121, 'Centraal Beheer' van 1909 tot 1934, 224.
- 198 *Rapport der Commissie uit den Bond van Vrije Liberalen*, 119.
- 199 Hoogenboom, *Standenstrijd en zekerheid*, 140.
- 200 C.H. van Herwerden, 'Rapport der Commissie tot het instellen van een onderzoek naar de resultaten, waartoe de risico-overdracht bij de uitvoering der Ongevallenwet 1901 heeft geleid', in: *Tijdschrift voor Ongevallengeneeskunde* (1917) 427.
- 201 Millard, *Gids voor werklieden tot de Ongevallenwet en Beroepswet*, 40.
- 202 *Rapport der Commissie uit den Bond van Vrije Liberalen*, 120-121.

- 203 Bijlagen Tweede Kamer 1909-1910, 171, Aanvulling hoofdstuk X begroting (Dekking tekort Rijksverzekeringsbank), 29 nov. 1909, Memorie van toelichting. Zie Voorlopig Verslag ontwerp wet tot dekking tekort RVB, Gedrukte stukken 1907-1908, 206 en Zitting 1908-1909, 168/5, 2 en 241/5.
- 204 Zie over de discussie over de mate van onafhankelijkheid van de RVB ten opzichte van het departement H.W. Groeneveld, 'De taak van het Departement bij de uitvoering der sociale verzekering', in: *Tien jaren Raden van Arbeid*, 60-63, H.L. van Duyl, 'Vormen van uitvoering der sociale verzekering', in: *Vijftwintig jaren sociale verzekering* (Haarlem 1928) 61-89 en Noest, 'De positie der Rijksverzekeringsbank', 235-254.
- 205 NRC, 15 maart 1910.
- 206 Handelingen Tweede Kamer 1909-1910, 15 maart 1910, 1561.
- 207 *De Schelde in Vlissingen ging bijvoorbeeld pas serieus werk maken van de veiligheid nadat zij in 1907 eigen risicodragers was geworden*. Van der Valk, 'Werkgevers, Centrale Werkgevers Risico-Bank en de uitvoering van de Ongevallenwet (1900-1940)', 16. De directeur van De Schelde was een van de grote werkgevers die zich tegen de centralistische uitvoering van de OW had verzet.
- 208 NRC, 16 maart 1910.
- 209 NRC, 10 maart 1910.
- 210 'Centraal Beheer' van 1909 tot 1934, 245, Van Eden, 'Enkele gegevens omtrent den staat der Rijksverzekeringsbank en hare werkzaamheden in het jaar 1918', 188-190.
- 211 H.L. van Duyl, 'De Ongevallenwet 1901 op en nabij de helling', in: Del Baere e.a., *Tien jaren praktijk der Ongevallenwet 1901: 1 februari 1903 – 1 februari 1913*, 129, Wittert van Hoogland, *De parlementaire geschiedenis der sociale verzekering I*, 241-243 over de voorstellen van Talma omtrent de OW die niet in behandeling werden genomen.
- 212 Bijlagen Tweede Kamer 1911-1912, 56 6, Regeling der Arbeiders-ziekteverzekering, 88.
- 213 NRC, 8 oktober 1910, J.A.N. Patijn, *Ontwerp Arbeiders-Ziekteverzekering. Ontwerpen en Memorie van Toelichting* (Haarlem 1910/2) 7.
- 214 *Het Volk*, 6 september 1910.
- 215 Bijlagen Tweede Kamer 1911-1912, no. 56 6, Regeling der Arbeiders-ziekteverzekering, 95.
- 216 *Raden- en Ziektewet* (Hilversum 1910) 7.
- 217 Nationaal Archief, Afdeling Arbeidersverzekering, inv.nr. 6, Adres van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der geneeskunst betreffende het ontwerp Raden- en Ziektewet, d.d. 6 maart 1911.
- 218 E.J. Buning, 'Het standpunt der Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst ten opzichte van de ziekenfondsen', in: *Medische Revue* (1913) 421-428.
- 219 J. Schoonenberg, *Particulier initiatief in de arbeidersverzekering. Ontwikkeling van de positie der bijzondere uitvoeringsorganen in de wetgeving* (Amsterdam 1930) 46, Hoogenboom, *Standenstrijd en zekerheid*, 109-114, 152-162.

- 220 Van Duyl, 'De Ongevallenwet 1901 op en nabij de helling', 130 en Smeenk, Van Vliet jr., *Een held in volle wapenrusting*, 156. Zie ook P. Keulemans, *Het vraagstuk der sociale verzekeringswetgeving in 1923* (Amsterdam 1923) 17.
- 221 Wittert van Hoogland, *De parlementaire geschiedenis der sociale verzekering I*, 241-243. Tot 1908 geen wijziging van de OW, ondanks de vele woorden die er in de Tweede Kamer aan gewijd werden. Wel wijzigingen in de uitvoeringsbesluiten. Tussen 1908-1911 gedeeltelijke herzieningen (zie Leijdesdorff, *Ongevallenwet 1921*, 10) maar geen wijzigingen met betrekking tot de bepalingen rond de geneeskundige behandeling. Van Duyl, 'De Ongevallenwet 1901 op en nabij de helling', 111-132
- 222 Kerklaan, 'De lange houdbaarheid van de Ongevallenwet in Nederland 1901-1967', 73. Secretaris van de Commissie werd mr. H.W. Groeneveld. D.A.P.N. Koolen werd in 1916 Talma's opvolger. Schoonenberg, *Particulier initiatief in de arbeidersverzekering*, 67.
- 223 Van Herwerden, 'Rapport der Commissie tot het instellen van een onderzoek naar de resultaten, waartoe de risico-overdracht bij de uitvoering der Ongevallenwet 1901 heeft geleid', 428.
- 224 In de afdelingen van de NMG was er onenigheid over het standpunt van het bestuur dat de vrije artsenkeuze bij de OW tot problemen leidde. Volgens Korteweg zou het nog slechter met de uitvoering van de wet gaan als de vrije artsenkeuze er niet was. Stenberg wijst erop dat het in de discussie over de Ziektewet en over de erkenningsregeling van de NMG betreffende de ziekenfondsen om beperkte vrije artsenkeuze en patiëntenkeuze ging. *De geneesheer moet de vrijheid hebben een patient te weigeren*. Stenberg, 'De Doktersquestie. Deel I', 340-341 en 336.
- 225 Van Herwerden, 'Rapport der Commissie tot het instellen van een onderzoek naar de resultaten, waartoe de risico-overdracht bij de uitvoering der Ongevallenwet 1901 heeft geleid', 430.
- Brocx, 'Ongevallenwet en geneeskunst', 9.
- 226 Van Herwerden, 'Rapport der Commissie tot het instellen van een onderzoek naar de resultaten, waartoe de risico-overdracht bij de uitvoering der Ongevallenwet 1901 heeft geleid', 427-431.
- 227 Kerklaan, 'De lange houdbaarheid van de Ongevallenwet in Nederland 1901-1967', 70.
- 228 'Centraal Beheer' van 1909 tot 1934, 245.
- 229 De discussie bevorderde wel het analyseren van het door de bank verzamelde statistische materiaal. Van Genabeek, 'Opbouw. de periode 1901-1920', 88-91.
- 230 D.N. van Gelderen, 'Herziening der Ongevallenwet 1901', in: *Geneeskundig tijdschrift der Rijksverzekeringsbank* (1921) 323-332 en Van der Burgh e.a., *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 195-196.
- 231 Noest, 'De positie der Rijksverzekeringsbank', 241 en 243, J.J. Korndorffer, 'Het beleggingsvraagstuk', in: *Vijfentwintig jaren sociale verzekering* (Haarlem 1928) 183-187, J. Pothuis, 'De medewerking van de werknemers aan de uitvoering der verzekeringswetten in ons land', in: Verschuur (red.), *Tien jaren raden van arbeid*, 240-241 en Van der Burgh e.a., *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 153-183. Met deze wijziging veranderde ook de verhouding tussen het bestuur van de RVB en de Raad van Toezicht aangaande sommige onderdelen van het financiële beleid die

met de volksgezondheid te maken hadden. Het betrof hier vooral het vaststellen van de lijst van fondsen waarin de RVB belegde.

- 232 Noest, 'De positie der Rijksverzekeringsbank', 236.
 233 NRC, 10 maart 1921.
 234 In Van der Burgh e.a., *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 196, staat dat de decentralisatie die in 1923 werd doorgevoerd vrijwel aan den geneeskundigen dienst der Bank voorbijging. V. Gravestein schrijft in 1930 dat de medische taak in het kader van de OW alleen bij de RVB berust. Gravestein, 'De medische taak der Rijksverzekeringsbank', 296, Wittert van Hoogland, *De parlementaire geschiedenis der sociale verzekering I*, 404-407, J.C. Schröder, 'De herziening van de Ongevallenwet', in: *Sociale Voorzorg* (1921) 369-370, *De verdeling der werkzaamheden: Classificatie, toekenning rente, tijdelijke uitkeering, het Medische en Wiskundige gedeelte blijft bij de Rijksverzekeringsbank. Aan de Raden komt dus het aanvankelijke, lagere werk. Bij de verdeling wordt erkend, wat in Centraal Overleg is betoogd. En hebben we dus onzen zin gekregen*. Hoofdkantoor SVB, Archief van de Vereniging van Raden van Arbeid, Map Kort verslag 1921, Notulen van de bestuursvergadering, d.d. 21 juli 1921. Over de aanpak van de geneeskundige ambtenaren in dienst van de RvA die daar werkten in het kader van de Invaliditeitswet werd eveneens het bezwaar gemaakt dat de rechtsgelijkheid in het geding was omdat veel van het persoonlijk oordeel van deze artsen afhing. J.J. Wallien, 'Een leemte in de wet', in: *Geneeskundig tijdschrift der Rijksverzekeringsbank* (1924) 161.
 235 J. van Genabeek, 'Voortgang en verandering: de periode 1920-1966', in: De Boer, Houwaart (red.), *Geschiktheid gewogen*, 133.
 236 Leijdesdorff, *Ongevallenwet 1921*, 255, lijst kunstmiddelen.
 237 Van Gelderen, 'Herziening der Ongevallenwet 1901', 329.
 238 Ibidem, 331.
 239 Ibidem, 331.
 240 Van der Burgh e.a., *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 196. *Sociale zekerheid. Rapport van de Commissie, ingesteld bij Beschikking van den Minister van Sociale Zaken van 26 maart 1943, met de opdracht algemeene richtlijnen vast te stellen voor de toekomstige ontwikkeling der sociale verzekering in Nederland. Deel III. De organisatie van Geneeskundige Voorzieningen en de Rehabilitatie van Gebrekkigen*, 88. De Zeeongevallenwet kende dezelfde bepalingen als de L&TOW maar kende geen bepalingen voor geneeskundige behandeling. Ibidem, p. 89.
 241 De plannen voor een verplichte land- en tuinbouwongevallenverzekering hadden de oprichters van de Centrale Werkgevers Risico-Bank bewogen om (naar analogie met die organisatie) een Landbouw en Tuinbouw Onderlinge op te zetten. Samen met de CWRB vormden zij in 1909 Centraal Beheer. De resultaten van deze activiteiten beïnvloedden de discussie in het parlement over de uitvoeringsvorm die de land- en tuinbouwongevallenverzekering moest krijgen. Een onderzoek naar de werking van de vrijwillige verzekering onder leiding van P. Keulemans werd tot ergenis van CB door Talma niet gepubliceerd. 'Centraal Beheer' van 1909 tot 1934, 59, 216, 261.
 242 Ibidem, 278.

- 243 Ibidem, 265, 278 en 282 (overzicht aantallen ongevallen en aantal ongevallen waarvoor alleen geneeskundige behandeling verstrekt werd). J.A. Korteweg, 'Het stelsel der geneeskundige contrôle bij Centraal Beheer', in: *Geneeskundig tijdschrift der Rijksverzekeringsbank* (1923) 353-356. Van Eden vond het bij CB ingevoerde stelsel onjuist. P.H. van Eden, 'De Geneeskundige contrôle bij Centraal Beheer', in: *Geneeskundig tijdschrift der Rijksverzekeringsbank* (1923) 356-359 en J.A. Korteweg, 'De geneeskundige contrôle bij 'Centraal Beheer'', in: *Geneeskundig tijdschrift der Rijksverzekeringsbank* (1924) 10. W. Schuurmans Stekhoven gaf voorbeelden van belangenverstremgeling bij de geneeskundige controle bij de L&TOW. W. Schuurmans Stekhoven, 'Iets over de z.g. geneeskundige contrôle onder de land- en tuinbouwongevallenwet', in: *Geneeskundig tijdschrift der Rijksverzekeringsbank* 1924) 151.
- 244 *In de geneeskundige behandeling [krachtens de Ongevallenwet] bereikt de persoonlijkheid van de getroffen gedurende de renteperioden haar optimum. Dat laatste stadium in het persoonlijk contact is na de laatste wereldoorlog tot een hoog peil opgevoerd nu de Rijksverzekeringsbank met volle kracht en met toenemend succes zich heeft geworpen op de revalidatie in eigen revalidatiecentra.* Van Uden, 'Talma', 22.
- 245 Van Genabeek, 'Opbouw: de periode 1901-1920', 94-95, 105 e.v., Gravestein, 'De medische taak der Rijksverzekeringsbank', 296-308 en Brocx, 'De medicus en de sociale verzekering', 221.
- 246 J. Hefting, 'Het verband tussen contrôle, geneeskundige verzorging en ziekengelduitkeering bij de uitvoering der Ziektewet', in: Verschuur (red.), *Tien jaren raden van arbeid*, 207, 211-212.
- 247 Van Duyl, 'Vormen van uitvoering der sociale verzekering', 82-83.
- 248 Ibidem, 81.
- 249 *Ontwerp-Rapport der Commissie tot onderzoek naar de mogelijkheid meer eenheid te brengen in het Ziekenfondswezen in ons land*, 46. Zie over de discussie binnen de Hooge Raad over de Ziektewet, D. Rigter, 'Werkgevers, werknemers en de Ziektewet. De totstandkoming van de samenwerking tussen Posthuma en Kupers in 1920', <http://www.ecade.org/Bestanden%20voor%20P-Ksite/Proeve%20Posthuma-Kupers.pdf>. Zie over de overbrenging van de kleine ongevallen naar de ziekenfondsen ook de Nota van de Afdeling Arbeidersverzekering (Nota Groeneveld), d.d. 29 november 1922, *Jaarverslag over 1922*, Hooge Raad van Arbeid, pp. 18-19. Hierin wordt opgemerkt dat de ziekenfondsverzekering niet verplicht hoeft te worden gesteld.
- 250 P.W.J.H. Cort van der Linden, *Het ontwerp Ziekte- en Ongevallenwet 1925* (Den Haag 1925) art. 102.
- 251 Bijlagen Tweede Kamer 1924-1925, no. 297 3, Memorie van Toelichting, art. 102.
- 252 Bijlagen Tweede Kamer 1924-1925, no. 297 3, ibidem. Cort van der Linden, *Het ontwerp Ziekte- en Ongevallenwet 1925*, 44.
- 253 Bijlagen Tweede Kamer 1928-1929, no. 67 16, Adres NMG, 446.
- 254 NA, Archief Afdeling Arbeidersverzekering, inv.no. 11, Advies Raad van State, d.d. 30 december 1924.
- 255 Ibidem, brief d.d. 3 febr. 1925 van de minister van Arbeid, Handel en Nijverheid en de ministers van Financiën en Justitie.

- 256 Bijlagen Tweede Kamer 1928-1929, no. 67 I, Verslag van de Commissie van Voorbereiding.
- 257 *Sociale zekerheid. Rapport van de Commissie, ingesteld bij Beschikking van den Minister van Sociale Zaken van 26 maart 1943, met de opdracht algemeene richtlijnen vast te stellen voor de toekomstige ontwikkeling der sociale verzekering in Nederland. Deel II. Algemeene richtlijnen voor de toekomstige ontwikkeling der sociale verzekering in Nederland*, 95, Wittert van Hoogland, *De parlementaire geschiedenis der sociale verzekering I*, 129, 184 e.v. en 377.
- 258 *Sociale zekerheid. Rapport van de Commissie, ingesteld bij Beschikking van den Minister van Sociale Zaken van 26 maart 1943, met de opdracht algemeene richtlijnen vast te stellen voor de toekomstige ontwikkeling der sociale verzekering in Nederland. Deel III. De organisatie van Geneeskundige Voorzieningen en de Rehabilitatie van Gebrekkigen*, 139-140.
- 259 Ibidem, 98.
- 260 Ibidem, 119-120. Op p. 31 e.v., p. 59 e.v staat dat de scheiding tussen ziekenfondsen en armenzorgpraktijk moet vervallen. Op p. 102: de armenzorgpraktijk in de steden is beter dan de ziekenfondspraktijk, zie ook p. 100 e.v., p. 87 e.v., p. 141 e.v. Zie ook Veldkamp, *Individualistische karaktertrekken in de Nederlandse sociale arbeidsverzekering*.
- 261 Wittert van Hoogland, *De parlementaire geschiedenis der sociale verzekering 1890-1940 II*, 363-364, 373-374 (medische dienst), 381-382 (kleine ongevallen).
- 262 IISG, Archief NVV, inventarisnummer 7a, 31 augustus 1936, http://www.inghist.nl/Onderzoek/Projecten/Socialezekerheid/nadere_toegangen/html_bestanden/NedVerbondvanVakverenigingen19081940
- 263 *Sociale verzekering. Rapport uitgebracht door een Commissie uit N.V.V. en S.D.A.P.*, (z.p. 1938) 64.
- 264 Ibidem, 19.
- 265 D. Rigter, 'Werkgevers, werknemers en de Ziektewet. De totstandkoming van de samenwerking tussen Posthuma en Kupers in 1920', <http://www.ecade.org/Bestanden%20voor%20P-Ksite/Proeve%20Posthuma-Kupers.pdf>, p. 2.
- 266 Zie ook de instelling in 1921 van de commissie-Sikkel door Aalberse. Wittert van Hoogland, *De parlementaire geschiedenis der sociale verzekering I*, 436-437.
- 267 L. Heijermans, 'De ziekenverzorgingswet en de sociaal-geneeskundige verzorging', in: *Sociale Voorzorg* (1920) 786. Zie ook J. Harts, 'Het ontwerp van wet tot regeling der ziekenverzorging', in: *Sociale Voorzorg* (1920) 791-799.
- 268 P.H. van Eden, 'Medische zorg en voorzorg', in: *Congres voor sociale verzekering. Verzamelde referaten* (Amsterdam 1921) 91-92.
- 269 Ibidem, 91-92.
- 270 Ibidem, 91-92.
- 271 Zie onder andere L.P. v.d Does, E.B.F.F. Wittert van Hoogland (red.), *Medische controle van de sociale verzekeringsorganen* (Deventer 1944) en W.W. Kersten, *Klanken uit het verleden en heden der Sociale Verzekering* (Deventer 1948).
- 272 W.J. de Jager, 'Nota van het hoofdbestuur over een arbeidsongevallenverzekering', in: *Medisch Contact* (1961) 282-288.
- 273 Ibidem, 282-288.

- 274 J. Mannoury, *Hoofdtrekken van de sociale verzekering* (Alphen aan den Rijn 1967) 110
- 275 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 425.
- 276 Hoogenboom, *Standenstrijd en zekerheid*, 142.
- 277 Schoonenberg, *Particulier initiatief in de arbeidersverzekering*, 116.
- 278 Leijdesdorff, *Ongevallenwet 1921*, 154. Schoonenberg, *Particulier initiatief in de arbeidersverzekering*, 118. 'Centraal Beheer' van 1909 tot 1934, 223-224.
- 279 NRC, 21-12-1926, 'Het fabrieksartsenwezen. De samenstelling van een staatscommissie'
- 280 NRC, 28-06-1927, 'Het instituut fabrieksarts'. Brocx verwachtte dat als de arts een goede behandelaar was, zijn patiënten bij hem zouden komen en niet bij de fabrieksarts zouden blijven. D. Brocx, 'Fabrieksartsen en de nieuwe wet', in: *NTvG* (1929) 353. Een ander meende dat de wet tot een vermindering van de vrije artsenuitkeuze en een verlies van inkomen van de huisarts zou leiden. F.P.J. Doelman, 'Fabrieksartsen en de nieuwe wet', in: *NTvG* (1929) 351.
- 281 *Het Centrum*, 12, 13 en 14-03-1928, 'Fabrieksartsen en ongevallenverzekering'. Volgens de krant had Korteweg hierover geschreven.
- 282 Ongevalsverzwijging leidt niet tot een goedkopere uitvoering van de wet, een vermindering van de administratieve lasten wel. Deze stelling werd na de invoering van de wijziging van de OW 1921 met de bepalingen rond de fabrieksartsen bewezen. 'Centraal Beheer' van 1909 tot 1934, 224.
- 283 *Het Centrum*, 06-10-1927, 'Wijziging van de OW 1921 en de L en TOW 1922'
- 284 Wittert van Hoogland, *De parlementaire geschiedenis der sociale verzekering I*, 517-529, Schoonenberg, *Particulier initiatief in de arbeidersverzekering*, 120, 'Centraal Beheer' van 1909 tot 1934, 196-197.
- 285 Schoonenberg, *Particulier initiatief in de arbeidersverzekering*, 122.
- 286 Van Genabeek, Voortgang en verandering: de periode 1920-1966', 137-139. Volgens Van Genabeek werd tegen de overheveling van de beoordeling van de uitkering en de geneeskundige behandeling naar fabrieksartsen geen bezwaar gemaakt omdat de commissie-Nolens een goede vertegenwoordiging van artsen kende. Ibidem, 137, Van der Burgh e.a., *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 197.