

GENEESKUNDIGE ZORG VOOR INWONEND DIENSTPERSONEEL, 1890-1910

Op het snijvlak van wet, verzekering en zorgaanbod¹

Medical care for resident servants, 1890-1910. Legislation, insurance and care supply

Health care for resident servants was put on the political agenda by a group of social-democratic women who considered it part of their strategy for women's emancipation. This essay analyses the background and development of the legal regulation of health care provision for resident servants in The Netherlands between 1890 and 1910. This regulation – that was part of the Law on the Labour Contract – stipulated that this particular professional group should be guaranteed six weeks of full medical care, provided by the employer. Parliament had accepted the proposal in the expectation that the market would provide for insurance. Therefore, the regulation proved attractive for health care suppliers who raised their tariffs, as well as for private insurers who developed private health insurance as a new product.

Het debat over de vernieuwing van de verzekering voor medische zorg wordt in 2004 beheerst door discussies over marktwerking, publiekrechtelijke of privaatrechtelijke uitgangspunten, pakketsamenstelling en premieheffing. In het begin van de twintigste eeuw zijn deze discussies ook al gevoerd zoals bij de tamelijk onbekende regeling van geneeskundige zorg voor een bijzondere beroepsgroep, het inwonend dienstpersoneel, in de Wet op het Arbeidscontract. In deze wet uit 1907 was een artikel opgenomen, 1638ij, waarin deze beroepsgroep de garantie kreeg op zes weken volledige geneeskundige zorg bij ziekte of ongeval.

In dit artikel wordt ingegaan op de achtergrond en de ontwikkeling van deze regeling vanaf 1898. In deze tijd verkeerde de vorming van een landelijk beleid voor de ziekenfondsverzekering nog in de beginfase. De ziektekosten-

1. De auteur bedankt Prof.dr. E.S. Houwaart (VUmc), drs. B.E.M. Widdershoven (UT), drs. J.G. van der Velden (GGD NWN) en dr. A.C.M. Kappelhof (ING) voor hun lezing en commentaar.

verzekering bestond nog nauwelijks. De wettelijke invoering van volledige geneeskundige zorg was een nieuwe ontwikkeling, ingezet door regering en parlement. Dit initiatief zou verstrekkende gevolgen kunnen hebben voor de medische markt, hier gevormd door de betreffende zorgconsumenten, de artsen en de ziekenhuizen als belangrijkste zorgaanbieders en de financiers van deze zorg.² De vraag rijst: wat was de betekenis van artikel 1638ij van de Wet op het Arbeidscontract voor de sociale wetgeving en voor de medische markt in het algemeen?

Sociale wetgeving en zorgverzekering na 1900

Het politieke en maatschappelijke bestel werd in de periode 1890-1910 beheerst door de effecten van de discussies over de sociale problematiek uit de negentiende eeuw. Beïnvloed door de Duitse sociale wetgeving waren de politieke en maatschappelijke autoriteiten het er over eens dat verzekeringen tegen ziekte, ouderdom en invaliditeit noodzakelijk waren. Deze werden voor 1910 echter niet gerealiseerd: alle voorstellen voor ziekwet-, pensioen- en invaliditeitsverzekering bleven in het ontwerpstadium.

Het liberale kabinet Pierson-Goeman Borgesius was van mening dat een totale regeling van de sociale verzekeringen niet mogelijk was.³ Gesteund door de oplevende conjunctuur in de jaren 1900-1901 wist Goeman Borgesius (minister van Binnenlandse Zaken) wel maatschappelijk belangrijke wetten als de Leerplichtwet, de Gezondheidswet en de Woningwet door te voeren. Dit kabinet was ook verantwoordelijk voor de politieke en maatschappelijke acceptatie van de Ongevallenwet.

Nederland was in 1890 nog niet rijp voor een wettelijke regeling van de verzekering voor geneeskundige hulp en ziekgeld, zoals Bismarck in 1883 in Duitsland had gerealiseerd. Politici en werkgevers waren wel voorstanders van overheidsverantwoordelijkheid voor de verzekering van arbeiders tegen ongevallen, maar men verschilde over de mate waarin. Het debat over de Ongevallenwet werd beheerst door de spanning tussen een publiek- of een privaatrechtelijke uitvoering van de verzekering; beide opties hadden voor- en tegenstanders.⁴ Na felle discussies tussen de liberalen, de antirevolutionair Abraham Kuyper en werkgevers (verenigd in de Vereeniging van Nederland-

2. Zie voor een uitvoerige beschouwing van het gebruik van het marktmodel voor onderzoek naar de geschiedenis van de gezondheidszorg en sociale verzekering W. de Blécourt, F. Huisman en H. van der Velden, 'De medische markt in Nederland', in: *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis* 4 (1999) 376-381.

3. 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 UU, Twello 1997) 30.

sche Werkgevers, de vnw) wist Lely (minister van Waterstaat, Nijverheid en Handel) op 25 oktober 1900 een voor alle partijen aanvaardbaar compromis door de Tweede Kamer te loodsen.

De wet werd echter geblokkeerd door de Eerste Kamer. De uitvoering van de verzekering zou volledig aan de publiekrechtelijke Rijksverzekeringsbank (rvb) worden gegeven, tot grote woede van de meerderheid van de Kamerleden. Zij wilden, daarin gesteund door de werkgevers, meer ruimte voor het particulier initiatief. De werkgevers moesten de keus kunnen maken tussen overdracht van het risico aan de rvb, of het risico zelf dragen. Drie weken later kwam Lely de Eerste Kamer tegemoet met een compromisvoorstel. De uitvoering van de wet zou worden gedeeld door de staat en het particulier initiatief van de werkgevers. De werkgevers konden daarbij kiezen voor de rvb of voor de Centrale Werkgevers-Risicobank, in 1902 opgericht door de Vereniging van Nederlandsche Werkgevers, het latere Centraal Beheer.⁵ De Ongevallenwet werd in 1903 van kracht voor de verzekering van werknemers in de industrie tegen de gevolgen van bedrijfsongevallen. Zij gaf arbeiders in het industrieel bedrijf tegen verplichte premiebetaling door de werkgevers recht op volledige genees- en heelkundige behandeling van bij bedrijfsongevallen opgelopen letsel en op een loonschadevergoeding voor de duur van de arbeidsongeschiktheid.⁶ Deze doelgroep werd in 1921 uitgebreid tot vrijwel alle bedrijfssectoren.

De Ongevallenwet was van grote betekenis. De sociale verzekering met haar bureaucratie bleek met de publiekrechtelijke Wet in 1903 in Nederland haar entree te hebben gemaakt. De Wet vormde het begin van de directe overheidsbemoening met de verzekering van de gezondheidszorg, niet alleen door de verzekering, maar ook door middel van een uitvoeringsorgaan voor uitkeringen en bindende tarieven, die in de volgende decennia zouden gelden als richtlijnen voor de kostprijsberekening in alle sectoren van de zorg.

4. R.J.S. Schwitters, *De risico's van de arbeid. Het ontstaan van de Ongevallenwet in sociologisch perspectief* (dissertatie uu, Utrecht 1991) 275-276; J.M. Roebroek en M. Hertogh, 'De beschavende invloed des tijds'. *Twee eeuwen sociale politiek, verzorgingsstaat en sociale zekerheid in Nederland* (Den Haag 1998) 134-135; J. Bruggeman en A. Camijn, *Ondernemers verbonden. 100 jaar centrale ondernemingsorganisaties in Nederland* (Wormer 1999) 81-85.

5. M. Hertogh, 'Geene Wet, maar de Heer'. *De confessionele ordening van het Nederlandse sociale zekerheidsstelsel (1870-1975)* ('s-Gravenhage 1997) 104; W. Velema en J. Dreijklufft, *Sporen en stippelijntjes. De Avéro-Centraalbeheergroep in perspectief* (Naarden 1993) 55-58.

6. J.P.C. van der Burgh en H.L. van Duyl, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941. Gedenkboek opgedragen aan Dr. H.L. van Duyl oud-voorzitter van het bestuur der Rijksverzekeringsbank* (Haarlem 1941) 30-31; L.C. van Soeren, *50 jaren sociale verzekering. Uitgave van de Rijksverzekeringsbank bij haar gouden jubileum op 1 juni 1951* (Amsterdam 1951) 15.

Ongevallenwet, belangenbehartiging en ziekenfondsverzekering

Voor de beoordelingen en de uitkeringen als gevolg van de ingediende claims was niet alleen een administratief verzekeringstechnisch apparaat nodig, ook waren artsen en arbeidsdeskundigen noodzakelijk. De behoefte aan medische adviseurs en controleurs werd nog versterkt door de vraag naar deze artsen door de levensverzekeraars.⁷ De specialisaties van verzekeringsarts, ongevallenarts en sociaal-geneeskundige bestonden nog niet. Dat een arts voltijds in loondienst van de overheid of een onderneming werkte was ongebruikelijk. Bij de artsen, georganiseerd in de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG), groeide de behoefte aan betere behartiging van hun beroepsbelangen. Bij de totstandkoming van de Ongevallenwet waren ze niet betrokken geweest,⁸ maar op de vergaderingen van de NMG werden wel felle discussies gevoerd hoe zij op de Wet moesten reageren.⁹

De Wet regelde adequate behandeling van de verzekerden door de bij de RVB ingeschreven artsen en ziekenhuizen. De uitvoering daarvan werd gecontroleerd door artsen in dienst van de Bank en dat waren toch voornamelijk NMG-leden. De RVB stelde na onderhandelingen met het Hoofdbestuur van de NMG de tarieven vast voor de huisartsenhulp, de specialistenzorg en de ziekenhuisverpleging die bij ongevallen werden verstrekt. De NMG-leden echter lieten tijdens de Algemene NMG-vergaderingen keer op keer hun afkeuring over deze tarieven blijken. De artsen wilden dat de NMG hun belangen beter zou behartigen.

De behoefte aan verbetering van de NMG als beroepsorganisatie had, naast de druk die uitging van de Ongevallenwet en de levensverzekeringkwestie, nog andere redenen. Vanaf 1890 groeide de concurrentie tussen de huisartsen en de specialisten om erkenning en honoraria uit de ziekenfonds- en de particuliere praktijk.¹⁰ De NMG kreeg ook steeds meer last van de ziekenfondskwestie. Rond 1900 voorzagen ziekenfondsen (vooral voor de stedelijke bevolking) in een beperkte verzekering van de gezondheidszorg. Mensen van wie het inkomen te laag was om de particuliere tarieven van medische zorg te kunnen betalen sloten zich aan bij deze collectieve arrangementen, waaruit tegen betaling van nominale weekpremies huisartsenzorg, geneesmiddelen en beperkte specialistische zorg werd betaald.

7. K. Horstman, *Public bodies private lives. The historical construction of life insurance, health risks, and citizenship in the Netherlands 1880-1920* (Rotterdam 2001) 14-16 en 120-121.

8. A. Juch, *De medisch specialisten in de Nederlandse gezondheidszorg. Hun manifestatie en consolidatie 1890-1941* (dissertatie EUR, Rotterdam 1997) 174-175.

9. H.C. Sauer, *Geneeskundige verzorging van de minvermogene zieke in Nederland* (dissertatie Amsterdam 1935) 115-116.

10. Companje, *Over artsen en verzekeraars*, 47; Juch, *De medisch specialisten*, 164-165.

De NMG-afdelingen in de steden maakten zich al decennia lang druk over hun relatie met de ziekenfondsen, en dat klonk na 1890 ook op landelijk niveau door.¹¹ De relatie tussen artsen en ziekenfondsen kende een materiële en een ideologische component. Artsen waren voor hun praktijk en inkomen grotendeels afhankelijk van deze ziekenfondsarrangementen. Voor de meesten van hen leverde de particuliere praktijk, de *praxis aurea*, te weinig op om van te kunnen bestaan. Naast hun eigen materiële belangen hadden zij ook de belangen van hun patiënten op het oog, want goede ziekenfondsen maakten een betere geneeskundige zorg van de bevolking betaalbaar. De artsen richtten hun pijlen op twee soorten ziekenfondsen: de commerciële, winstbeogende fondsen en de onderling beheerde arbeidersziekenfondsen. De eerste werden beschouwd als uitbuiters van ‘de arme medici’. Tegen de onderlinge fondsen hadden de artsen vooral ideologische bezwaren. De besturen van deze door de NMG-medici als socialistisch beschouwde instellingen waren voorstander van doktoren in loondienst van het ziekenfonds. Dit was volledig in strijd met het principe van de zelfstandige praktijk en dat van de vrije artsenkeuze, twee belangrijke stokpaardjes van de NMG. Tot 1900 waren de artsen met hun belangenbehartiging in de ziekenfondskwestie vooral plaatselijk actief. Stedelijke artsen streefden naar bestuurlijke invloed op de ziekenfondsen. Zij deden dit door het oprichten en besturen van fondsen als het Amsterdamse AZA en het Rotterdamse RZR, maar ook door het opstellen van richtlijnen voor erkenning van de andere ziekenfondsen. Plattelandshuisartsen zorgden vaak voor arrangementen voor de eigen patiënten, de doktersbussen.

Voorstellen van het kabinet-Kuyper voor ziekte- en ziekenfondswetgeving versnelden vanaf 1901 de ontwikkeling van de landelijke belangenbehartiging.¹² Op de Algemene Vergadering van de NMG van 1902 werd daarom een Centrale Commissie voor Beroepsbelangen ingesteld.¹³ Deze Commissie zou zich bezighouden met de ziekenfondsproblemen, de Ongevallenwet en andere perikelen, zoals de gevolgen van de Wet op het Arbeidscontract.

De Wet op het Arbeidscontract

Het negentiende-eeuwse debat over de sociale kwestie had niet alleen betrekking op voorzieningen voor ziekteverzekering, invaliditeit en pensioen, maar ook op de regeling van arbeidswetgeving. De bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek over arbeidscontracten waren verouderd en dekten de nieuwe collectieve arbeidsovereenkomsten onvoldoende met afspraken over lonen, arbeids-

11. Companje, *Over artsen en verzekeraars*, 48.

12. *Ibidem*, 52.

13. H. Festen, *125 jaar geneeskunst en maatschappij. Geschiedenis van de Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst* (Utrecht 1974) 224.



Tekening van Louis Raemaekers van H.L. Drucker, vrijzinnig democraat, lid Tweede Kamer 1894-1917. Collectie IISG

tijden, arbeidsomstandigheden en een verzekering tegen ongelukken. Progressieve liberalen als de vrijzinnig democraat H.L. Drucker drongen vanaf 1890 aan op een wettelijke regeling. Ook de Vereniging van Nederlandsche Werkgevers was voorstander van een wet op de arbeidsovereenkomst.¹⁴ Deze politici en werkgevers waren van mening dat de relatief eenzijdige rechtsverhouding tussen patroon en werknemer moest worden vervangen door een gelijkwaardiger relatie.¹⁵ P.W.A. Cort van der Linden, minister van Justitie in het kabinet Pierson-Goeman Borgesius, verzocht daarom in 1898 Drucker een 'Ontwerp van wet tot regeling van de arbeidsovereenkomst' voor te bereiden.

De discussies over de regeling van het arbeidscontract werden niet alleen in Nederland gevoerd. Ook in België, Duitsland, Oostenrijk, Engeland en Frankrijk werden dergelijke politieke debatten gehouden.¹⁶ Drucker maakte voor zijn ontwerp dan ook dankbaar gebruik van Duitse en Franse voorbeelden. Hem stond één algemene regeling voor ogen voor allen 'die tegen loon gedurende zekeren tijd in dienst van anderen arbeid verrichten, onverschillig welke namen of titels in het verkeer aan de partijen of aan de dienstbetrekking worden gegeven'.¹⁷ Eenheid had praktische voordelen. Het was ondoenlijk om de verschillende categorieën arbeiders als boerenknechten, ambachtslieden, fabrieksarbeiders, kantoorbedienden, boekhouders, kunstenaars of winkeljuffrouwen met het oog op te verwachten juridische procedures gescheiden te omschrijven.

Toch werd in de debatten in de Eerste en Tweede Kamer gefulmineerd tegen deze 'doodende uniformiteit, omdat tusschen intellectueelen en physieken arbeid' geen onderscheid werd gemaakt.¹⁸ Het gaf voor sommige Kamer-

14. Bruggeman en Camijn, *Ondernemers verbonden*, 177.

15. A.E. Bles (ed.), *De Wet op de Arbeidsovereenkomst. Geschiedenis der Wet van den 13den juli 1907* (Staatsblad no. 193). *Verzameling van ontwerpen, gewisselde stukken, gevoerde beraadslagingen, enz. I-IV.* ('s-Gravenhage 1907) 1, 9.

16. *De Wet op de Arbeidsovereenkomst* 1, 48-49, 53-55, 64, 71, 94.

17. B. Hes, *Het Arbeidscontract* (Groningen 1909) 3.

18. Hes, *Het Arbeidscontract*, 4-5; *De Wet op het Abeidscontract* 1, 61, 155.

leden geen pas dat ‘de directeur der Nederlandsche Bank en een Rotterdamse bootwerker’ over een kam geschoren werden. Ondanks deze oppositie wist Drucker – daarbij gesteund door de minister van Justitie E.E. van Raalte – het algemene karakter van de Wet overeind te houden. Zijn ontwerp werd na pittige discussies in de Tweede Kamer op 10 juli 1907 aangenomen en als Wet op het Arbeidscontract op 1 februari 1909 van kracht.¹⁹

Als gevolg van deze Wet – gevormd door de artikelen 1637-1639 uit het Burgerlijk Wetboek – werd het afsluiten van collectieve arbeidsovereenkomsten mogelijk, naast de gebruikelijke individuele overeenkomsten.²⁰ De Wet bevatte bepalingen over het collectieve, privaatrechtelijke karakter van de arbeidsovereenkomst, het loon en de loonbetaling, verplichtingen van de werkgever voor zon- en feestdagen, arbeidsomstandigheden, de uitkering van ziekengeld, scholing van minderjarige arbeiders en de uitvoering van de Ongevalwet en de Veiligheidswet. De Wet op het Arbeidscontract werd opgezet voor de contractuele regeling van de verhouding tussen werkgevers en werknemers in alle bedrijfssectoren. Voor de groep der dienstbodes en inwonend dienstpersoneel had Drucker daar nog bijzondere bepalingen aan toegevoegd.

Inwonend dienstpersoneel, belangenbehartiging en politiek

Sociaal, historisch en juridisch waren er voldoende redenen om inwonend dienstpersoneel als bijzondere groep arbeiders te beschouwen. De belangenbehartiging van dienstbodes was sinds 1890 onderdeel van de politieke en maatschappelijke strijd ter verbetering van de arbeidsomstandigheden van vrouwen. Volgens de volkstelling van 1899 telde de beroepsgroep 189.585 leden; door grootte en maatschappelijke rol kon zij een machtsfactor van betekenis zijn.²¹ De belangenbehartiging voor vrouwelijk huishoudelijk personeel werd vanaf 1898 uitgevoerd door bonden als de Haagse dienstbodevereniging Allen voor Elkander en verenigingen in Rotterdam en Haarlem. Deze instellingen werkten vanaf 1902 samen in de Algemeene Nederlandsche Dienstboden Bond, de ANDB.²² De emancipatie van de dienstbodes werd gedragen door sociaal-democratische voorvrouwen als C. L. Huygens, A.S. Tydemaverschoor, H. van der Mey en W. Drucker, de halfzuster van H.L. Drucker. De

19. Hes, *Het Arbeidscontract*, xvi.

20. Bruggeman en Camijn, *Ondernemers verbonden*, 174; A.Ph. Jaspers, ‘Betekenis en functie van de arbeidsovereenkomst in haar maatschappelijke context’, in: *Sociaal Maandblad* 7/8 (1982) 533.

21. J. Poelstra, *Luiden van een andere beweging: huishoudelijke arbeid in Nederland (1840-1920)* (Amsterdam 1996) 171.

22. Henkes en Oosterhof, *Kaatje ben je boven? Leven en werken van Nederlandse dienstbodes 1900-1940* (Nijmegen 1985) 103-108.

verheffing van de beroepsgroep was voor hen een van de belangrijkste instrumenten en de invoering van de Wet op het Arbeidscontract paste daarom in hun strategie.²³ Zij kregen actieve steun van politici uit SDAP- en VDB-kringen als P.J. Troelstra, F.M. Wibaut, Van Raalte en Drucker zelf.

Er bestonden lokale, soms eeuwenoude regelingen voor meesters en dienstboden.²⁴ Van Groningen tot Brabant en Limburg regelden stedelijke en regionale verordeningen al vanaf de zestiende eeuw de rechten en plichten van dienstboden en de verhouding tot hun werkgever. Drucker constateerde daarom dat door de inwoning bij de werkgever tussen deze twee partijen eeuwenlang bijzondere 'zedelijke' verplichtingen bestonden. Het Burgerlijk Wetboek omschreef dienst- en werkboden als 'bij het gezin inwonende personen, die zich verbonden hebben tegen belooning huiselijke diensten te verrichten', met uitzondering van gouverneurs, gouvernantes, huisonderwijzers, secretarissen en rentmeesters.²⁵ Het recht voor deze beroepsgroep betekende voor conservatieve politici als de christelijk-historische A.F. de Savornin Lohman een spagaat tussen familierecht en arbeidsrecht. Voor hen was de dienstbode zowel deel van het gezin als een arbeider die zijn of haar diensten aan het hoofd van dit gezin verhuurde.²⁶ De leden van de Eerste en Tweede Kamer waren verdeeld over de bijzondere bepalingen in de Wet voor dit personeel. De Savornin Lohman meende dat een formele regeling van verbintenis en ontslag de emotionele relatie tussen werkgever en dienstbode eerder zou bemoeilijken dan bevorderen.²⁷ Sommige parlementariërs waren ervan overtuigd dat voor deze groep veel minder behoefte bestond aan een regeling van de arbeidsverhoudingen dan voor de gewone arbeiders.²⁸ Vaak viel zelfs niet uit te maken wie de economisch sterkere was: de dienstbode of de vrouw des huizes, als deze bode een dienstje had bij een lid van de middenklasse als 'de kleine winkelstand, kleine ambachtsbaasjes' en boerengezinnen. In een pleidooi op 29 juni 1907 maakte Eerste Kamerlid G.W. van der Feltz (VDB) duidelijk dat bijzondere bescherming van en regelingen voor inwonend dienstpersoneel arbeidsrechtelijk wel degelijk nodig waren: 'Zoowel aan de zijde van de werkgevers en -geefsters als aan de zijde van de dienstboden heerscht thans willekeur en misbruik, ten gevolge van een tijdelijke overmacht. Voorts geldt

23. *Ons Streven. Orgaan van den Alg. Ned. Dienstbodenbond onder de zinspreuk 'Allen voor elkander'* (1902) nr. 10, (1904) nr. 4; B. Henkes en H. Oosterhof, *Kaatje ben je boven?*, 59, 105; Poelstra, *Luiden van een andere beweging*, 194-195, 230. Zie ook op Internet: <http://www.iisg.nl/bwsa/bios/lensing.html> (13 mei 2004) en <http://www.iisg.nl/bwsa/bios/haver.html> (13 mei 2004).

24. *De Wet op het Arbeidscontract* I, 157, 185-203.

25. *Ibidem*, I, 186, 188.

26. Henkes en Oosterhof, *Kaatje ben je boven?*, 59.

27. *De Wet op het Arbeidscontract* I, 188-189, 202.

28. *Ibidem* I, 58-59, 200-201.

[...] een soort van gewoonterecht, waarvan de inhoud verre van vaststaat, en daardoor tot rechtsonzekerheid aanleiding geeft, die voor den huiselijke vrede dikwerf een zwaar hangijzer is'.²⁹

Na alle discussie werden in de Wet voor deze inwonende arbeiders twee bijzondere bepalingen opgenomen: de artikelen 1638v en 1638ij.³⁰ Artikel 1638v regelde de verplichting voor de werkgever om zijn dienstpersoneel in staat te stellen tot het vervullen van godsdienstplichten en vrije tijd te nemen; artikel 1638ij betref de plicht tot medische zorg: 'De werkgever is verplicht in geval van ziekte of ongeval van eenen bij hem inwonende arbeider, zolang de dienstbetrekking duurt doch uiterlijk tot een tijd van zes weken, voor diens behoorlijke verpleging en geneeskundige behandeling zorg te dragen voor zooverre daarin niet uit anderen hoofde is voorzien'.³¹

Zorgverzekering van inwonend dienstpersoneel in het politieke debat

Veel individuele politici als de christelijk-historischen A. van Dedem en De Savornin Lohman en de liberalen M. Tydeman en G. Zijlma hadden moeite met de regeling van de geneeskundige verzorging van een bepaalde beroeps-groep.³² Maar als geheel was de Tweede Kamer het erover eens dat wetgeving voor een landelijke regeling van de ziekteverzekering – de verzekering van ziekingeld én van geneeskundige zorg – hard nodig was. Het wetsvoorstel van Kuyper had in 1905 de behandeling door de Tweede Kamer niet gehaald, maar het volgende ontwerp van minister J.D. Veegens lag in 1906 al bij de Raad van State. De ziekteverzekeringswetgeving van Kuyper en Veegens was gebaseerd op het Duitse model, dat de uitkering van ziekingeld en de verstreking van zorg combineerde. Ook bij de behandelingen van de voorstellen van de Wet op het Arbeidscontract werd het artikel over het ziekingeld (1638c), gelijktijdig besproken met dat over geneeskundige hulp voor dienstpersoneel.³³

Van Dedem en De Savornin Lohman twijfelden aan de inzet van werkgevers voor geneeskundige hulp aan hun dienstpersoneel na invoering van artikel 1638ij. 'Ziekenverpleging is een daad van barmhartigheid, die toewijding, zelfopoffering en liefde vereist, doch die eigenschappen laten zich niet afdwingen en niet door de wet opleggen'.³⁴ Fatsoenlijke werkgevers hadden er altijd wel voor gezorgd dat hun personeel deugdelijke zorg kreeg. De Wet zou

29. *Ibidem* I, 203.

30. Hes, *Het Arbeidscontract*, 105.

31. *De Wet op het Arbeidscontract* 111, 322-323.

32. *Ibidem* 111, 335, 347.

33. *Ibidem*, 11, 458.

34. *Ibidem*, 11, 459.

voor de beroepsgroep alleen maar nadeel brengen, want een minder gegoede werkgever zou personeel met een zwakke gezondheid aan de dijk zetten, of tegen slechtere arbeidsvoorwaarden in dienst houden. Daarom werd in artikel 1638ij de mogelijkheid opgehouden dat de werkgever de kosten van ziekenhuisverpleging na vier weken op de zieke zou kunnen verhalen.³⁵ Volgens Van Dedem zou de Wet de kosten van medische zorg doen stijgen. Na aanvaarding zouden artsen particuliere tarieven gaan hanteren, terwijl zij voordien vaak uitgingen van ziekenfondstarieven. Artikel 1638ij leek zo een 'uitnoodiging [te] zijn aan den geneesheer om in het vervolg progressieve rekeningen te schrijven, naar gelang van den gegoedheid van den patroon en dit is toch wel wat al te kras, want het is de arbeider die ziek is' [...] 'en niet den patroon'.³⁶

G. Zijlma, vertegenwoordiger van de progressieve Liberale Unie, had andere bezwaren. Hij veronderstelde dat het inwonend dienstpersoneel volgens deze wet recht op betere medische zorg kreeg dan de meeste werkgevers voor zichzelf konden betalen.³⁷ De werkgever werd immers gedwongen tot het voorzien in ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, terwijl hij deze voor zichzelf niet kon betalen of verzekeren. Minvermogenden konden hiervoor een beroep doen op de Armenwet, maar patroons met kleine bedrijfsjes als kuipersbazen of schoenmakers niet. Artikel 1638ij zou volgens hem op den duur werken als een tweesnijdend zwaard: vooral op het platteland zouden boeren steeds minder inwonend dienstpersoneel nemen.

Volgens Van Dedem en Tydeman hoorden deze onderwerpen niet in een wet voor de regeling van arbeidsovereenkomsten.³⁸ De arbeidsovereenkomst was een privaatrechtelijk arrangement, terwijl de verzekering van ziekengeld en geneeskundige zorg tot het terrein van de sociale verzekeringswetgeving hoorde. Van Dedem verwachtte dat de arbeiders die door middel van arbeidsovereenkomsten goede regelingen getroffen hadden, massaal zouden protesteren als deze zouden worden vervangen door minder gunstige ziekteverzekeringswetgeving. Als er in arbeidsovereenkomsten minder Karenz-dagen, lagere werknemerspremies en hogere ziekengelduitkeringen werden afgesproken dan in een wet zouden worden vastgelegd, dan was grote sociale onrust gegarandeerd.

De antirevolutionair A.S. Talma maakte duidelijk dat de artikelen uit de Wet op het Arbeidscontract over ziekengeld en geneeskundige verzorging juist niets te maken hadden met de op stapel staande ziekteverzekeringswetgeving.³⁹ In Duitsland was deze wetgeving door Bismarck al in 1883 geregeld, terwijl de bepalingen uit het Duitse Burgerlijk Wetboek over de geneeskun-

35. A.N. Molenaar, *Arbeidsrecht. Tweede deel A; Arbeidsrecht* (Zwolle 1957) 103-104.

36. *De Wet op het Arbeidscontract* 11, 524-525.

37. *Ibidem* 11, 478.

38. *Ibidem* 11, 459-464.

39. *Ibidem* 11, 480-484.

dige verzorging van dienstbodes daar na 1890 waren aangepast. Bij de wettelijke ziekteverzekering was sprake van publiekrechtelijke verzekering van loontrekkenden met een inkomen beneden een loonstandaard. Het parlement was er verantwoordelijk voor de uitwerking van de regelgeving. Bij de Wet op het Arbeidscontract werd de persoonlijke band tussen werkgever en werknemer privaatrechtelijk geregeld, waarbij geschillen door rechtspraak en de kantonrechter geregeld dienden te worden. Ziekenfondsen zouden voor kleine en grote werkgevers mogelijkheden kunnen bieden om de risico's van ziekingeld en geneeskundige zorg te dekken. Talma werd in zijn redenering gesteund door De Savornin Lohman, Schaper, Goeman Borgesius, de ARP-er Th. van Heemskerk en de liberale arts C.J. Blooker.⁴⁰ H.L. Drucker, de samensteller van de Wet op het Arbeidscontract, veronderstelde dat ook de particuliere schadeverzekeringsmarkt zich al spoedig met de zaak zou bezighouden.⁴¹ De mogelijkheid dat verzekeraars en ziekenfondsen het risico voor de werkgever konden afdekken maakte het volgens de leden van de Tweede Kamer mogelijk om artikel 1638ij dwingend op te leggen. Alle andere bepalingen in de Wet op het Arbeidscontract, ook de bepalingen over ziekingeld, waren richtlijnen voor het opstellen van arbeidsovereenkomsten, maar dit artikel gold als verplichting voor alle dienstverbanden voor inwonend dienstpersoneel.⁴²

De Eerste en Tweede Kamerpolitici meenden dat zij met artikel 1638ij een redelijke regeling voor de geneeskundige zorg van inwonend dienstpersoneel hadden vastgesteld. Het personeel had recht op volledige zorg en genoot gedurende een termijn van zes weken ontslagbescherming. Voor de werkgever bleef de duur van de last en schade beperkt tot zes weken, met twee weken verhaalsrecht voor ziekenhuisverpleging. Bovendien zou, naar verwachting, de markt der ziekenfonds- en schadeverzekering mogelijkheden bieden om de schade te dekken.

Art.1638ij B.W.: behoorlijke verpleging en geneeskundige zorg

Artikel 1638ij voorzag voor het inwonend dienstpersoneel niet alleen in de lacune die de Ongevallenwet voor deze beroepsgroep openliet (de Ongevallenwet verzekerde alleen arbeiders in de industrie).⁴³ Het artikel regelde voor hen gedurende zes weken zelfs een uitgebreidere medische zorg dan gold voor de

40. *Ibidem* II, 488, 495-496, 498, 536 en III, 335-336, 348.

41. *Ibidem* II, 551 en III, 370.

42. *Ibidem* III, 330-334.

43. H.H. Boas, *De rechten der verzekerden krachtens de Ongevallenwet 1901* (dissertatie Amsterdam 1905) 78-80; 'Arbeidersverzekering. De dienstbodes en de Ongevallenwet', in: *Sociaal Weekblad* 50 (1906) 396-397.

rest van de bevolking. Geneeskundige zorg en behoorlijke verpleging betekende hier zorg door huisarts en specialist, tandarts, geneesmiddelen en ziekenhuisverpleging.⁴⁴ Na de termijn van zes weken was het dienstpersoneel zelf verantwoordelijk voor het verkrijgen van medische zorg. Met de regeling had de beroepsgroep aanspraak op wat in 1907 gold als vrijwel volledige geneeskundige zorg. Dit was uniek, omdat volledige geneeskundige verzorging voor de rest van de bevolking noch door wet, noch door verzekering geregeld was.

De ziekenfondsen boden beperkte pakketten met huisartsenzorg, geneesmiddelen en soms poliklinische specialistische hulp, maar altijd zonder ziekenhuisverpleging. Het laatste gold als zwaar medisch risico en werd in deze tijd nog niet of nauwelijks verzekerd. Personen met een voor de ziekenfondsgrenzen te hoog inkomen betaalden de particuliere tarieven van specialisten, ziekenhuis- en sanatoriumverpleging zelf. Ziekenfondsverzekerden of zij die voor hun medische zorg waren aangewezen op de gemeentelijke diensten voor geneeskundige armenzorg kregen ziekenhuisverpleging verstrekt op grond van de Armenwet.⁴⁵ Dat er op het platteland onvoldoende mogelijkheden voor ziekenhuisverpleging waren, stond voor de politici los van de wettelijke verplichtingen volgens artikel 1638ij. In 1906 werd volgens hen aan huiselijke ziekenverpleging de voorkeur gegeven boven ziekenhuiszorg. De sociaal-democraat K. ter Laan merkte daarop cynisch op dat in het Groningse Hogeland de boerenknechts dan in de stallen achter de koeien van hun ziektes moesten genezen, want daar was meestal hun slaapplek.⁴⁶

Drucker baseerde zich in zijn voorstel op verschillende bronnen: de verplichtingen van werkgevers tegenover huispersoneel die in 'de oude vaderlandsche rechten' werden erkend, de Duitse *Gesindeordnungen*, het Zwitserse Verbintenisrecht en het Duitse Burgerlijk Wetboek.⁴⁷ Uit deze laatste bron nam hij de termijn van zes weken en bepalingen betreffende de ziekenhuisverpleging over. Drucker hield rekening met de bestaande ziekenfondsverzekeringen door de formulering dat de werkgever tot het verstrekken van zorg verplicht was, voor zover daar niet door andere mogelijkheden in werd voorzien.⁴⁸ Dit bleek echter niet zo vanzelfsprekend. Omdat de dienstbode juridisch deel uitmaakte van het huisgezin van haar werkgever, werd deze door de fondsbesturen verantwoordelijk gesteld voor de verzekering tegen de kosten

44. *De Wet op het Arbeidscontract* III, 330-331.

45. 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 EUR, Rotterdam 1993) 16, 74-75.

46. *De Wet op het Arbeidscontract* III, 341.

47. *Ibidem* III, 322, 372.

48. Hes, *Het Arbeidscontract*, 107; *De Wet op het Arbeidscontract* III, 335, 347.

van geneeskundige zorg. De werkgever diende zijn personeel bij een fonds aan te melden. Veel ziekenfondsen stelden in 1901 de toelating van dienstbodes daarom afhankelijk van het inkomen van de werkgever, dat vrijwel altijd boven de welstandsgrenzen van de fondsen kwam. Andere ziekenfondsen lieten aanmelding van dienstpersoneel met premiebetaling door de werkgever wel toe. Het Algemeen Ziekenfonds Amsterdam schreef al sinds 1852 dienstbodes als gewone verzekerden in.⁴⁹ Onderlinge beheerde fondsen, als het Utrechtse Ziekenzorg en de Haagse Volharding, stelden geen welstandsgrenzen en lieten de kleine middenstand met dienstpersoneel uit principe toe. Een Haarlems fonds bood werkgevers een werknemersverzekering voor f 3,- per maand.⁵⁰ Van landelijke regelingen was geen sprake.

Drucker was ervan uitgegaan dat de regering-Kuyper of een daarop volgend kabinet de ziekteverzekering met ziekenfonds en ziekgeld wel landelijk zou regelen. Dat artikel 1638ij pas in september 1942 door de verplichte ziekenfondsverzekering volgens het Ziekenfondsenbesluit zou worden vervangen, kon hij in 1901 nog niet voorzien.⁵¹

De betekenis van artikel 1638ij voor het dienstpersoneel

De Wet op het Arbeidscontract betekende voor het inwonend dienstpersoneel theoretisch een verbetering van de arbeidsvoorwaarden.⁵² Er werden wettelijke gronden vastgesteld voor ontslag op staande voet of het verlaten van de dienst, voor schadevergoedingen voor letsel en gebrekkige loonbetaling en er kwam een regeling van arbeidstijden in de vorm van zondagsrust en christelijke feestdagen. Of de bepalingen voor geneeskundige zorg werden nageleefd is echter moeilijk te toetsen. Ten eerste moesten werkgevers en werknemers van de inhoud van de Wet op de hoogte zijn. De Wet werd in de kranten vermeld en in het *Sociaal Weekblad* uitvoerig besproken.⁵³ Maar zelfs artsen – die als werkgevers en zorgleveranciers een dubbelfunctie hadden – bleken vaak niet van de Wet te hebben gehoord. De middelen tot communicatie met de doelgroep, het inwonend dienstpersoneel, waren beperkt. Het bestuur van de

49. W. Leclercq, *Geschiedenis van het Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam, 1847-1 april 1947* (Amsterdam 1947) 32.

50. *Ons Streven* 6 (1906).

51. W. Schuurmans Stekhoven, *Het nieuwe ziekenfondsrecht. Handboek voor de praktijk* (Deventer 1942) 47-48. De verplichte verzekering volgens het Ziekenfondsenbesluit werd op 29 september 1942 uitgebreid tot personen die in de huishouding van private personen belast waren met huiselijke of persoonlijke diensten. Deze beroepsgroep was eerder uitgesloten, omdat zij niet onder het regime van de Ziektewet viel.

52. Poelstra, *Luiden van een andere beweging*, 246.

53. *Sociaal Weekblad* 50 (1906) 396-397.

Algemeene Nederlandsche Dienstboden Bond publiceerde in het bondsblad *Ons Streven* over de Wet op het Arbeidscontract en dan vooral over het recht op geregelde werktijden, goede huisvesting en de vrije zondag. In artikel 1638ij was de redactie echter minder geïnteresseerd, want over geneeskundige zorg werd nauwelijks geschreven. Bovendien: *Ons Streven* verscheen in een oplage van 1.500, terwijl er naar schatting 205.000 vrouwen in huishoudelijke dienst werkzaam waren.⁵⁴

Ten tweede moesten werkgevers en werkgeefsters aan de naleving van de Wet worden gehouden. Hoewel de Wet uitging van gelijke rechten voor dienstpersoneel en werkgevers, stond de beroepsgroep door het ontbreken van effectieve belangenbehartiging door een professionele vakvereniging in en na 1909 bijzonder zwak. De ANDB was niet aangesloten bij het NVV. Pas na de opheffing van de ANDB in 1912 bleek het NVV geïnteresseerd in deze branche als doelgroep, maar zelfs toen bleef de effectiviteit van deze belangenbehartiging beperkt.⁵⁵ Doordat de relatie tussen werkgever en werknemer vanwege het huiselijke karakter informeel en persoonlijk was leek de werkgever de sterkste positie te hebben.⁵⁶ De relatie werd nog complexer doordat dienstbodes, de grootste groep dienstpersoneel, vrijwel altijd werden aangenomen door de huisvrouw van het gezin. Een zelfstandig recht om huispersoneel aan te nemen had de getrouwde vrouw echter ook na 1909 niet. De gehuwde vrouw werd pas in 1956 handelingsbekwaam verklaard. Formeel was een dienstbode dus in dienst van de heer des huizes. Deze was uiteindelijk verantwoordelijk voor de geneeskundige zorg en dat lijkt niet altijd even duidelijk te zijn geweest.

Wanneer een werkgever weigerde zijn dienstbode of inwonende landarbeider de wettelijke zes weken zorg te verschaffen, bleef er voor het personeel maar een middel over om deze zorg af te dwingen: de gang naar de rechter. Een arbeidscontract was immers een privaatrechtelijk arrangement, waarin door de rechter kon worden beslist.⁵⁷ Vanaf 1909 spanden dienstbodes en knechten inderdaad procedures aan om declaraties voor geneeskundige zorg te laten betalen of geleden schade vergoed te krijgen. Tot juni 1910 zijn er tien procedures bekend.⁵⁸ De jaren 1909-1910 waren ook de topjaren voor deze procedures, want van 1911 tot 1921 werden er nog maar

54. Henkes en Oosterhof, *Kaatje ben je boven?*, 14.

55. *Ons Streven* 12 (1912); Henkes en Oosterhof, *Kaatje ben je boven?*, 108-109.

56. Poelstra, *Luiden van een andere beweging*, 253-255.

57. Hes, *Het Arbeidscontract*, 144-155.

58. *Ons Streven* (1910) nrs. 2 en 8; 'Rapport van de Centrale Commissie voor Beroepsbelangen ingevolge het besluit van de 60e Algemene Vergadering van 6 juli 1909 te Leeuwarden over de Wet op het Arbeidscontract', in: *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde* (verder NTVG) 26 (1909) I, 2012-2019; 'Werking van de Wet op het Arbeidscontract. Aanvullingsrapport van de Commissie voor Beroepsbelangen', in: NTVG 19 (1911) I, 1851-1867.

drie gevoerd.⁵⁹ Deze procedures werden gevoerd voor de kantongerechten te Tilburg, Berlikum, Heerlen, Breda, Den Haag, Leeuwarden, Sliedrecht, Winschoten en Rotterdam. Tien werden gevoerd door dienstbodes tegen hun werkgevers, twee door landbouwknechten, een door een arts en een door een werkgever. Zeven keer werd de werknemer in het gelijk gesteld. Een keer moest de minderjarige eiseres nog een eed afleggen wegens te dun bewijs. In alle gevallen ging het om vergoeding van de kosten van verpleging gedurende een of meer weken in het ouderlijk huis of in het ziekenhuis, de kosten van de huisarts of specialist en genees- en verbandmiddelen. De hoogste vordering bedroeg 91,30 gulden voor zorg bij verlies van drie vingers, de laagste was 24,80 gulden voor behandeling van menstruatieklasten. Hoewel de beroepsgroep van inwonend dienstpersoneel dus effectief gebruik kon maken van de rechtspraak om werkgevers tot vergoeding van geneeskundige zorg volgens artikel 1638ij te dwingen gebeurde dat echter in zeer beperkte mate. Dat had drie oorzaken: onbekendheid, gebrek aan effectieve belangenbehartiging door een vakbond en de bijzondere relatie tot de werkgever.

In de gezondheidstoestand van dienstbodes en knechten veranderde door de invoering van de Wet op het Arbeidscontract niet veel. L. Heijermans, een van de bekendste sociaal-democratische artsen, noemde in 1909 bloedarmoede, zenuwziekten, zwerende vingers, platvoeten en de 'dienstboden-knie' de meest voorkomende beroepsziekten.⁶⁰ Ook tuberculose kwam vaak voor. De meeste dienstbodes werkten tijdens ziekte vaak door omdat dit hen van kinds af aan was bijgebracht, uit verantwoordelijkheidsgevoel, of omdat ziekte werd gevoeld als teken van zwakte.⁶¹ Artikel 1638ij garandeerde in theorie voor de hele beroepsgroep een goede geneeskundige zorg op kosten van de werkgever, maar de effectiviteit was voor de werknemers beperkt. De manier waarop zij zorg verkregen bleef voor het grootste deel afhankelijk van de welwillendheid en het verzekerd zijn van de werkgever.

Gevolgen voor zorg en verzekering

De invoering van de Wet op het Arbeidscontract op 1 februari 1909 had, zoals al tijdens de behandeling in de Tweede Kamer werd voorzien, grote gevolgen voor de tarieven voor geneeskundige zorg. Minister Van Raalte had bij de Kamerbesprekingen nadrukkelijk aangegeven dat bij de behandeling van dienstpersoneel de tarieven voor ziekenhuisverpleging en artsenzorg konden worden afgesteld op de welstand van de werkgever, en niet op het inkomen

59. *Weekblad van het recht. Register 1901-1921* (Den Haag 1921).

60. *Ons Streven* 2 (1909).

61. Henkes en Oosterhof, *Kaatje ben je boven?*, 90-91.

van de werknemer.⁶² De ziekenhuizen in de steden pasten hun tarieven aan.⁶³ Ziekenhuisverpleging en specialistische hulp aan dienstbodes konden tot 1909 op grond van de Armenwet worden betaald uit de armenzorg, na de invoering van de wet echter niet meer. In Amsterdam voerden het Binnengasthuis en de vrouwenkliniek van het Wilhelminagasthuis consultkosten in voor de behandeling van dienstbodes bij interne ziekten (1,50 gulden) en voor chirurgische gevallen (2 gulden). Het Nederlandsch Israëlitisch ziekenhuis en krankzinnigengesticht verhoogde deze tarieven van het oude gemeentetarief van 90 cent naar 1,75 en 2 gulden. De burgerlijke en gemeentelijke ziekenhuizen in Maastricht, Den Bosch, Aardenburg en Delft stelden voor dienstpersoneel particuliere tarieven vast. De Rotterdamse, Haagse Groningse en Zeister gemeentebesturen besloten om werkgevers tarieven van 1,15 tot 2 gulden te laten betalen. Sommige ziekenhuizen boden speciale regelingen. Het Protestantsch Wilhelminaziekenhuis in Nijmegen verstrekte abonnementen van 5 gulden per jaar voor recht op verpleging voor 90 dagen voor een 'bepaaldelijk aangewezen inwonende dienstbode'. Het St.-Elisabeths of Groote Gasthuis in Haarlem voerde een abonnement in van 3 gulden per jaar per dienstbode voor behandeling na de wettelijke termijn van zes weken.

De specialisten en huisartsen waren aarzelend met de aanpassing van hun consulttarieven.⁶⁴ De meeste specialisten hielden het eenvoudig en hanteerden voor poliklinische behandelingen lage tarieven als die van de Rijksverzekeringsbank of maand-, kwartaal- of jaarkaarten van 1 of 3 gulden. Veel huisartsen bleken nog niet eens van de Wet op het Arbeidscontract te hebben gehoord en waren nog bezig met het aanpassen van hun tarieven voor de Ongevallenwet. Plattelandshuisartsen sloten hun doktersbussen voor dienstbodes en stuurden de declaraties in het vervolg naar de boeren en dorpsnotabelen.⁶⁵ De NMG-afdelingen van Amsterdam, Haarlem, Nijmegen, Oude IJssel, Rotterdam en Schiedam verklaarden dat dienstbodes gewoon in het ziekenfonds hoorden. De huisartsen in Meppel, Zeist, Utrecht, Leiden, Hilversum, Amersfoort, Apeldoorn en Voorne-Putten voerden voor dienstpersoneel speciale, lage particuliere tarieven in. De meeste NMG-afdelingen waren met de politiek van mening dat ziekenfondsen en ziekteverzekeringsinstellingen

62. *De Wet op het Arbeidscontract* 111, 323-325; 'Wanneer de werkgever de kosten van verpleging moet betalen, kan van de geneeskundigen redelijkerwijze niet worden verwacht, dat zij langer een kostenrekening zullen indienen, die haar grond vond in de mindere financiële draagkracht des arbeiders. Ondertusschen kan de ondergeteekende zich wel vereenigen met het denkbeeld dat de werkgever door plaatsing van den arbeider in een ziekenhuis aan zijn verplichting in dit opzicht kan voldoen.'

63. 'Rapport van de Centrale Commissie voor Beroepsbelangen', 1971-1975.

64. 'Handelingen van de Algemene Ledenvergadering te Leeuwarden op 6 juli 1909', in: *NTvG* 8 (1909) II, 602-631; *Rapport van de Centrale Commissie voor Beroepsbelangen*, 1983, 1986-1988.

65. *Ibidem*, 1991.

maar oplossingen voor de betaling van doktersrekeningen moesten bieden. De regering had deze mogelijkheid immers in de wet vermeld en dat was volgens de artsen door de discussies in de Eerste en Tweede Kamer nog eens bevestigd.⁶⁶

Voor de zorgverzekering anno 1909 was artikel 1638ij van grote betekenis. Ziekenfondsen boden nieuwe werkgevers en werknemers nieuwe arrangementen. Niet alleen bestaande verzekeringsmaatschappijen zagen brood in de behoefte aan dekking van de kosten voor zorg voor inwonend dienstpersoneel, ook werden er veel nieuwe ziektekostenverzekeraars opgericht. De Algemeene Nederlandschen Dienstboden Bond probeerde in 1907 een eigen ziekenfonds op te richten, maar dit was geen succes.⁶⁷ De meeste onderling beheerde ziekenfondsen bleven ook na 1909 dienstpersoneel tegen de oude voorwaarden verzekeren. Het commerciële, landelijk werkende Rotterdamse Ziekenfonds bood vanaf 1909 een aparte dienstbodenpolis aan.⁶⁸ De Utrechtse artsen en apothekers organiseerden in 1909 bij het door hen beheerde ziekenfonds 'Voorzorg' een afdeling voor dienstbodes, zonder welstandsgrens voor de werkgevers die hun personeel voor een jaarpremie per persoon van 6,50 gulden voor huisartsenzorg en voor 2,50 gulden voor ziekenhuisverpleging konden verzekeren.⁶⁹

Het bestuur van het Leeuwarder fonds Eendracht Maakt Macht liet tot 1915 – uit angst voor concurrentie van de Nederlandsche Algemeene Ziekteverzekering Maatschappij – dienstbodes als gewoon lid toe. Toen deze concurrentie mee bleek te vallen werd in 1918, mede onder druk van de plaatselijke artsen die hun diensten particulier gehonoreerd wilden zien, een 'rubriek dienstbodes' ingesteld waar patroons hun personeel voor 25 cent per week voor zes weken ziekte konden verzekeren.⁷⁰ De gemeente Amsterdam verzorgde vanaf 1909 een Gemeentelijke verzekering van Ziekenhuisverpleging voor dienstboden.⁷¹ Deze bood tegen betaling door werkgevers van 4 gulden per jaar het recht op ziekenhuisverpleging voor het inwonend dienstpersoneel in de gemeentelijke ziekenhuizen. Bij het Amsterdamse AZA kon dienstpersoneel

66. 'Handelingen van de Algemene Ledenvergadering te Leeuwarden op 6 juli 1909', 609-610.

67. *Ons Streven* 2 (1907).

68. Het Rotterdams Archief, Archief van de Rotterdamse Verzekerings Sociëteit, inv.nr. 26, Polissen van het Rotterdamsch Ziekenfonds, 1861-1916.

69. Stichting Historie Ziekenfondswezen (verder HiZ), Archief van de Vereniging van Doktoren en Apothekers te Utrecht, inv.nr. 8, Notulen van de ledenvergaderingen van 10 oktober 1908 en 27 februari 1909. Het Utrechts Archief, Archief van de afdeling Utrecht van de KNMG, inv.nr. 6, Vergadering van 28 mei 1909.

70. HiZ, Archief van De Friesland Zorgverzekeraar, Archief van Eendracht Maakt Macht, Notulenregister 1915-1932, vergaderingen van 30 september 1915, 3 december 1918 en 18 december 1919. Jaarverslag over 1909.

71. *Ons Streven* II (1910).

volgens de afspraken uit 1852 ook na 1908 als gewoon ziekenfondsverzekerde worden ingeschreven.⁷² In 1928 werd opnieuw over deze regeling gesproken, maar aangezien dienstbodes in Amsterdam door matig artsbezoek en lage receptkosten goede risico's bleken, veranderde het AZA-bestuur niets.⁷³ Het bestuur van het onderlinge fonds te Ede besloot in 1911 dat een werkgever zijn dienstbode in het fonds als 'niet-trekkend' lid kon inschrijven zonder vermelding van naam. Hierdoor was deze werkgever ook verzekerd als hij in dat jaar van personeel wisselde.⁷⁴ Het Algemeen Ziekenfonds Hilversum kende een bijzondere regeling. Daar konden dienstbodes zich als verzekerde laten inschrijven, maar de premie die zij moesten betalen was afhankelijk van de hoogte van het inkomen van de werkgever.⁷⁵ Bij de welstandsgrens van 3.000 gulden was deze negentien cent per week, bij 3.000 tot 5.000 gulden 20 cent. Bij 5.000 gulden was de premie vijf cent, maar dan had het personeel geen recht op zorg en kwam de last voor zes weken volledig voor de werkgever. Na de termijn van zes weken kon men tegen de gewone weekpremie van tien cent de volledige rechten van het ziekenfondslidmaatschap krijgen.

De ziekenfondsen in de steden – onderling, commercieel of beheerd door een bestuur waar artsen en apothekers de dienst uitmaakten – reageerden op eigen wijze op het gat in de markt dat door artikel 1638ij was gecreëerd. De besturen hadden daarvoor hun commerciële, sociale of verzekeringstechnische redenen. Of zij daarmee ook succesvol waren is door het gebrek aan ledenadministraties niet meer na te gaan. Wel bleken de regelingen soms na decennia nog te bestaan.

Artikel 1638ij en de ziektekostenverzekering

Tot de invoering van de Wet op het Arbeidscontract had de ziektekostenverzekering nauwelijks betekenis. Als product was de ziektekostenverzekering nog niet ontwikkeld, doordat het aan actuariële kennis en inzicht in de schade-risico's ontbrak.⁷⁶ Grote verzekeringsmaatschappijen zagen er nog geen brood in en kleine maatschappijen bleken onvoldoende solvabel om de risico's te kunnen dragen. De verzekeraars, gestimuleerd door sociaal bewogen werkgevers als J.C. van Marken, richtten zich wel op de ontwikkeling van producten

72. Leclercq, *Geschiedenis van het Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam*, 32.

73. Gemeentearchief Amsterdam, Archief van het Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam, inv.nr. 59, Stukken betreffende de geneeskundige verzorging van inwonend dienstpersoneel.

74. Mededeling van drs. B.E.M. Widdershoven.

75. 'Rapport van de Centrale Commissie voor Beroepsbelangen', 1984.

76. K.P. Companje, 'Ziekenfonds of particulier? Over de relatie artsen-ziektekostenverzekeraars in Nederland', in: *Geschiedenis der geneeskunde* 1 (1998) 24.

als ongevallen- en invaliditeitsverzekeringen.⁷⁷ Het vertrouwen dat regering en parlement hadden in de markt werd niet beschaamd. Ziektekostenverzekeraars – onderlinge en commerciële – schoten na 1906 als paddestoelen uit de grond. In 1909 bleken zeker 47 onderlinge en 29 commerciële verzekeraars opgericht voor de ‘ziekte-regeling voor Inwonend Dienstpersoneel’.⁷⁸ De onderlinge verzekeraars voorzagen vooral in de behoefte op het platteland. Er waren twee varianten: dorpsmaatschappijtjes en provinciaal werkende Landbouwonderlingen.⁷⁹

De eerste variant werd gevormd door kleine verzekeraars op dorpsniveau, verenigingen van boeren die zichzelf en elkaar tegen de risico’s van zorg en ziekgeld voor hun arbeiders wilden verzekeren. Deze vorm was in Groningen bijzonder populair, en in de meeste dorpen was wel een dergelijke kas te vinden.⁸⁰ De inrichting was uniform: een vaste premie per inwonende arbeider, de verplichting om ziekte van het personeel direct te melden, overlegging van de rekeningen met volledige vergoeding gedurende zes weken en vergoeding van ziekenhuisrekeningen tot 1,50 gulden per dag. De plattelandsdokters waren met deze onderlingen in hun nopjes.⁸¹ Door deze verenigingen kregen zij hun rekeningen gegarandeerd betaald tegen particulier tarief, terwijl dit voor 1909 meestal een matig abonnementshonorarium was via de eigen doktersbus.

De coöperatieve landbouworganisaties zorgden voor regionale dekking. In 1909 waren de Centrale Land en Tuinbouw-Onderlinge *CLTO*, de Zuid-Hollandsche Landbouw Onderlinge, de Noorder Afdeeling der Maatschappij van Landbouw en de Friesche Maatschappij van Landbouw actief. De *CLTO* werd in 1909 opgericht als bedrijfsongevallen- en ziektekostenverzekeraar uit angst voor het ‘leger van vertegenwoordigers van verzekeringsmaatschappijen’ die hun portefeuille wilden uitbreiden.⁸² De boeren bleken de voorkeur te geven aan een eigen onderlinge verzekering boven een commercieel product, want de Centrale groeide snel ondanks de propaganda van de assurantietussenpersonen.⁸³

77. J. van Gerwen, *De ontluikende verzorgingsstaat: overheid, vakbonden, werkgevers, ziekenfondsen en verzekeringsmaatschappijen 1890-1945* (Amsterdam 2000) 159-160.

78. *De Coöperatieve Vereeniging ‘Centraal Beheer’*. G.A. *Gedenkboek uitgegeven ter gelegenheid van het vijf en twintig jarig bestaan op 14 januari 1934* (Amsterdam 1934) 58; ‘Rapport van de Centrale Commissie voor Beroepsbelangen’, 2011, en de database Ziektekostenverzekeraars van het Kenniscentrum Historie Zorgverzekeraars (gegevens op te vragen via hiz@planet.nl).

79. ‘Jaarverslag van de Commissie voor Beroepsbelangen over 1909’, in *NTvG* 18 (1910) I, 1364-1369.

80. ‘Rapport van de Centrale Commissie voor Beroepsbelangen’, 1981, 2011.

81. *Ibidem*, 1991.

82. *De Coöperatieve Vereeniging ‘Centraal Beheer’*, 59.

83. Velema en Dreijklufft, *Sporen en stippellijntjes*, 62-64.

U KUNT ZICH NIET VERZEKEREN TEGEN ZIEKTE DOCH WEL VOOR DE KOSTEN DAARVAN !

„PRECAUTIA“ VERGOEDT :

U betaalt slechts een premie vanaf

ZIEKENHUISVERPLEGING f 2.— PER JAAR

ZIEKENHUISVERPLEGING EN OPERATIEKOSTEN „ 4.— „ „

DOKTERSVISITES, MEDICIJNEN, ZIEKENHUIS-
VERPLEGING, OPERATIEKOSTEN, SANATORIUM-
VERPLEGING ETC. „ 17.— „ „

BIJ WEINIG OF GEEN ZIEKTEKOSTEN WORDT

EEN BELANGRIJK GEDEELTE DER PREMIE TERUGBETAALD.

SPECIALE VERZEKERING VOOR

VERKEERSONGEVALLEN ALLE MEDISCHE HULP TOT f 1500.—
EN BIJ DOOD f 1000.— PREMIE PER JAAR f 4.—

VASTE PREMIES — VRIJE KEUZE VAN ARTS, ZIEKENHUIS, ETC.

APARTE DIENSTBODEN VERZEKERING !

Offsetdruk J. van Boekhoven, Utrecht

Ziektekostenverzekeraar Precautia maakte in 1930 nog reclame met haar roots: de dienstbodenverzekering. Collectie auteur

In de steden hadden de commerciële schadeverzekeraars met de ziektekostenverzekering voor dienstpersoneel succes. Deze verzekeraars boden dekking voor ziekengeld en medische zorg. Sommigen van hen vergoedden alleen ziekenhuiskosten. Een maatschappij als Precautia leverde wel een volledige polis voor ziekenhuis- en sanatoriumverpleging, dokterskosten en geneesmiddelen. Deze was uit te breiden tot na de wettelijke termijn van zes weken. Buitenlandse verzekeraars die in Nederland actief waren, als The General en The Ocean Accident and Guardian Corporation, verkochten ook dit product. Maatschappijen als n.v. Mij. 'Labor-Groningen van 1908', de Algemeen Nederlandsch Dienstpersoneel Verzekering, de Zwolsche Maatschappij tegen Onkosten eener Ziekte, het Eerste Nederlandsche Middenstands Ziekenfonds, de n.v. Moira Verzekeringsmaatschappij, Hollandsche Algemeene Verzekeringsbank, de n.v. Precautia en de Nieuwe Boerhaave hadden hun oorsprong aan deze verzekering te danken. Sommigen faillierden, zoals de Risico Verzekering Maatschappij in 1922. Anderen bleven bestaan en gingen op in nieuwe maatschappijen zoals Labor in Geové in 1991, de n.v. Moira in 1988 in UAP en de n.v. Precautia in 1976 in Providentia.

Artikel 1638j had verstrekkende gevolgen voor de ziektekostenverzekering in Nederland. De dekking van de schade voor de geneeskundige zorg

voor dienstpersoneel maakte de start mogelijk voor de ontwikkeling van zowel de commerciële profit- als de onderlinge non-profit ziektekostenverzekering. De groei van deze sector na 1910 was afhankelijk van de inkomensontwikkeling van de middenklasse.⁸⁴ De politieke beslissing om de uitvoering van artikel 1638ij over te laten aan de private sector – en niet aan een publiekrechtelijk orgaan – betekende het begin.

De artsen en artikel 1638ij

Artsen en hun NMG hadden twee redenen om op de invoering van artikel 1638ij te reageren: de vaststelling van (al dan niet uniforme) particuliere tarieven en de relatie met de nieuwe ziektekostenverzekeraars. De discussie over de tariefstelling was al door regering en parlement gevoerd. De werkgever was immers verantwoordelijk voor de geneeskundige zorg en dus werden de tarieven op diens inkomen gebaseerd. De NMG reageerde niet direct en zeker niet eensgezind. Het Hoofdbestuur kwam pas met een reactie op de Wet op het Arbeidscontract nadat deze was aangenomen.⁸⁵ De Centrale Commissie van Beroepsbelangen van de NMG adviseerde in 1908 om de tarieven van de Rijksverzekeringsbank te hanteren, maar daar was het Hoofdbestuur van de NMG het niet mee eens.⁸⁶ Dit Bestuur vond, in tegenstelling tot de opvattingen van de Tweede Kamer en minister Van Raalte, dat dienstpersoneel wel tot de reguliere ziekenfondspatiëntenkring gerekend kon worden.

Het Hoofdbestuur riep met deze opvatting nogal wat verontwaardiging bij de leden op, want dienstbodes en hun werkgevers bleken vaak de luxebediening van de particuliere praktijk te wensen en niet de volkse behandeling van de ziekenfondspraktijk. De meeste NMG-artsen waren in 1908 wel van mening dat werkgevers hun personeel bij de ziekenfondsen moesten kunnen verzekeren als hun inkomen beneden de plaatselijke welstandsgrenzen bleef. Dit kwam echter zelden voor.⁸⁷ Het gevolg van deze meningsverschillen was dat iedere arts zelf besliste over de hoogte van zijn tarieven, of de richtlijnen van de plaatselijke afdelingen volgde.

Als gevolg van de late reactie van het Hoofdbestuur was de NMG niet in staat om als eenheid te reageren op de als paddestoelen uit de grond schietende maatschappijtjes voor ziektekostenverzekering; dit tot grote woede van de afdelingen, die met deze verzekeraars te maken kregen. De regionale en

84. Companje, 'Ziekenfonds of particulier?', 24.

85. 'Handelingen van de een-en-zestigste vergadering Algemeene Vergadering', in: *NTVG* 10 (1910) 11, 758, 762.

86. 'Handelingen van de Algemene Ledenvergadering te Leeuwarden op 6 juli 1909', 602-631.

87. *Ibidem*.

gemeentelijke afdelingen moesten zelf hun beleid tegenover de ziektekostenverzekeraars bepalen, terwijl de meerderheid van de NMG-leden juist een algemene, liefst bindende richtlijn bepleitte. Deze richtlijn zou moeten gelden voor uniforme tarieven en voor vaststelling van de relatie tussen werkgever, werknemer en verzekeraar. Dat het Hoofdbestuur nog geen beleid voor de ziektekostenverzekering had ontwikkeld was niet verwonderlijk, omdat deze verzekering voor 1906 nauwelijks bestond. De artsenorganisatie had op dat moment de handen vol aan de vorming van het ziekenfondsbeleid. Daardoor had het Bestuur geen tijd om op de Wet op het Arbeidscontract te kunnen inspelen. Bovendien was de NMG door de regering niet bij de invoering van de Wet betrokken, in tegenstelling tot bij de ziekenfondswetgeving van Kuyper uit 1901.

Toch moest de NMG iets doen, want al in 1909 kwamen de eerste problemen. De Haagse verzekeraar Het Roode Kruis bleek bijna iedere arts in Nederland het aanbod te hebben gedaan om zich als controlerend geneesheer te laten contracteren.⁸⁸ Daarmee had de verzekeraar volgens het NMG-bestuur 'deze functie als het ware te grabbel gegooid'.⁸⁹ Bovendien verlangde de directie van Het Roode Kruis dat de controlerend geneesheer zich zou bemoeien met de door de behandelend arts voorgeschreven therapie, hetgeen indruiste tegen alle opvattingen en richtlijnen van de NMG. De scheiding tussen behandelend en controlerend arts was voor de NMG heilig; haar leden mochten onder geen beding voor de behandeling van hun particuliere patiënten overeenkomsten sluiten met ziektekostenverzekeraars, aldus het Hoofdbestuur.⁹⁰ Tot op heden geldt dit voor de NMG als adagium in de relatie tot de ziektekostenverzekering.

Het Hoofdbestuur trok uit de Roode Kruiskwestie de conclusie dat voor de uitvoering van artikel 1638ij geen algemeen geldende regels hoefden te worden opgesteld. Ondanks de eerdere discussie over bindende besluiten waren de NMG-leden het uiteindelijk wel met deze conclusie eens.⁹¹ Overigens was het voor landelijke richtlijnen al te laat: iedere afdeling was al bezig met de ontwikkeling van een eigen beleid voor opname van dienstpersoneel in het ziekenfonds.

Ondanks het mislukken van een algemeen bindend besluit hadden de discussies over artikel 1638ij toch belangrijke gevolgen. Met de opvattingen over overeenkomsten met verzekeraars en de scheiding tussen behandeling en geneeskundige controle hadden de artsen de uitgangspunten geformuleerd waarmee zij de komende jaren de discussies met de ziektekostenverzekeraars

88. Deze verzekeraar had geen band met de hulporganisatie Rode Kruis.

89. 'Jaarverslag van de Commissie voor Beroepsbelangen 1909', 1364-1366.

90. Nationaal Archief, Archief van Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, inv.nr. 18, Notulen van de vergadering van september 1908.

91. 'Handelingen van de Algemeene Vergadering van juli 1912', in: *NTvG* 8 (1912) 11, 510.

zouden aangaan.⁹² Bovendien was het Hoofdbestuur over de onderlinge verzekeringsmaatschappijtjes op het platteland zeer goed te spreken. C.S. Schreve, de grote NMG-ideoloog achter het ziekenfondsbeleid, had gezien dat 'boeren die bij zoo'n instelling hun arbeiders verzekerden, pas gelden uit die verzekeringskas trekken tegen overlegging van een gekwiteerde rekening van den geneesheer'.⁹³ En dat was toch wel heel netjes.

Conclusie

Wat heeft artikel 1638ij van de Wet op het Arbeidscontract nu betekend voor de sociale wetgeving en voor de medische markt (gevormd door de zorgconsument, de zorgverzekeraar en artsen en ziekenhuizen als belangrijkste groep zorgaanbieders)? De wettelijke regeling van zes weken volledige geneeskundige zorg voor inwonend dienstpersoneel uit 1907 had bijzondere oorzaken en gevolgen. De Wet op het Arbeidscontract voorzag in de politieke en maatschappelijke behoefte aan een wettelijk kader om de verhouding tussen werkgevers en werknemers collectief te kunnen regelen. Nederland sloot hierbij aan bij sociale wetgeving van andere Europese landen. Artikel 1638ij was voor deze Wet bijzonder omdat het voor een specifieke beroepsgroep dwingende regels voor medische zorg stelde. Ook dit paste in het Europese beeld.

Het parlement was tijdens de debatten over het wetsvoorstel verdeeld geweest over de bijzondere regeling volgens artikel 1638ij, maar besloot uiteindelijk tot acceptatie. Voortaan zou de beroepsgroep van het inwonend dienstpersoneel in zekere mate worden beschermd tegen de risico's van ongevallen. Omdat een publiekrechtelijke regeling de beroepsgroep zou uitsluiten van ziekteverzekering voor loontrekkenden werd gekozen voor een privaatrechtelijke regeling. Hierdoor werd de werkgever de keus gelaten ofwel de kosten zelf te dragen ofwel deze te verzekeren. De politieke keuze voor een privaatrechtelijke regeling had consequenties voor het aanzien van de medische markt. Zo had het gevolgen voor de manier waarop de doelgroep aanspraak op zorg kon maken, voor de dekking van het risico voor de werkgever, voor de tarieven voor de zorg en voor de opstelling van artsen en ziekenhuizen, de belangrijkste zorgaanbieders. De overheid besloot zorgaanbieders vrij te laten in de hoogte van hun tarieven en nam daarmee bewust het risico van prijsverhogingen. De tarieven voor ziekenhuiszorg voor dienstpersoneel werden inderdaad verhoogd, maar artsen hanteerden voor hun declaraties de gebruikelijke of zelfs lagere particuliere tarieven. Het plotselinge ontstaan van de ziektekostenverzekering dwong de NMG tot het

92. Companje, 'Ziekenfonds of particulier', 28.

93. 'Handelingen van de Gemeene Vergadering van juli 1909', 618.

formuleren van beleid dat de relatie van artsen met ziektekostenverzekeraars tot op heden beheerst.

Als gevolg van een gebrek aan cijfers zijn de gevolgen van de regeling moeilijk meetbaar. Het beroep op zorg is alleen in kwalitatieve zin uit te drukken, doordat bij geschillen een beroep kon worden gedaan op de kantonrechter. De dertien procedures die in de periode 1909-1921 werden aangespannen zijn echter te verwaarlozen bij een beroepsgroep van meer dan 200.000 personen. De reactie van de ziekenfonds- en schadeverzekeringsmarkt (de oprichting van ziektekostenverzekeraars en het aanbieden van ziekenfonds- en ziektekostenverzekeringen voor dienstpersoneel) maakt duidelijk dat werkgevers gevolg gaven aan de wet en het risico wilden dekken. Het politieke besluit om de geneeskundige verzorging van dienstpersoneel als privaatrechtelijke regeling te presenteren vormde de start voor de Nederlandse ziektekostenverzekering.

Het snijvlak van wet, verzekering en zorgaanbod door de regeling van geneeskundige verzekering van inwonend dienstpersoneel werd gevormd door het privaatrechtelijke karakter van artikel 1638ij. Dit zou uniek blijven voor de Nederlandse zorgverzekering. Veel eerdere en latere wetten en besluiten voor de verzekering van de gezondheidszorg als de Ongevallenwet, het Ziekenfondsenbesluit, de Ziekenfondswet en de AWBZ waren publiekrechtelijke regelingen, ook al lieten zij de uitvoering over aan private instellingen.

Over de auteur

Karel-Peter Companje studeerde geschiedenis aan de Rijksuniversiteit Leiden. Hij promoveerde in 1997 op *Over artsen en verzekeraars. Een historische studie naar de factoren, die de relatie ziekenfondsen – artsen vanaf 1827 op landelijk en regionaal niveau hebben beïnvloed*. In 2001 publiceerde hij *Convergerende belangen. Belangenbehartiging van de zorgverzekeraars in historisch perspectief*. Companje is voor het Kenniscentrum Historie Zorgverzekeraars als docent verbonden aan de afdeling Metamedica van het Vrije Universiteit Medisch Centrum en doet onderzoek naar de geschiedenis van structuur en financiering van de gezondheidszorg, met nadruk op de ontwikkeling van de zorgverzekering.

Adres: Kenniscentrum Historie Zorgverzekeraars, VUmc afdeling Metamedica, Van der Boechorstraat 7, 1081 BT Amsterdam, e-mail: hiz@planet.nl