

# Een taak voor de staat?

## De Duitse bezetting en de invoering van de verplichte ziekenfondsverzekering in Nederland, 1939-1949<sup>1</sup>

ROBERT VONK

3

*A Responsibility of the State?: Social Security, the German Occupation and the Introduction of Compulsory Social Health Insurance in the Netherlands, 1939-1949*  
In historiography the Sickness Funds Decree (1941) has always been portrayed as either being a Dutch or a German product. The author argues it was both. The German occupier was able to break through the political stalemate that had delayed the introduction of social health insurance during the previous decades. However the German authorities could not completely bypass Dutch ideas. The initial far-reaching proposal was blocked by combined resistance from Dutch civil servants and 'Berlin'. After the war, the restored Dutch government proposed a Beveridge-model of social security, with the state at the centre of power. This proposal was rejected since the general feeling was against the state controlling health insurance. The Sickness Funds Decree seemed to be better suited to this mood. By establishing the Sickness Fund Council the power over social health insurance shifted from the state to the civil society.

Het Ziekenfondsenbesluit (1941) vormde vijftien jaar lang de kern van het Nederlandse stelsel van sociale ziektekostenverzekeringen. Met de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 verdween de ziekenfondsverzekering officieel van het toneel. Toch bleven de belangrijkste principes van het Ziekenfondsenbesluit, zoals de private uitvoering door erkende verzekeringsinstellingen, acceptatieplicht, onderlinge risicoverevening en de welstandsgrens geheel of gedeeltelijk gehandhaafd.<sup>2</sup>

Opmerkelijk genoeg is het Ziekenfondsenbesluit als object van historische studie lange tijd verwaarloosd. Vaak genoemd als één van

de positieve gevolgen voor Nederland van de Duitse bezetting, bleef het Ziekenfondsenbesluit in de historiografie vooral een Nederlandse regeling die door de onverhoopte tussenkomst van de bezetting een Duits jasje had gekregen. Deze voorstelling van zaken paste goed binnen het lang bestaande beeld van de bezetting als periode van grote continuïteit.<sup>3</sup>

In 1989 presenteerde H. C. van der Hoeven een afwijkende visie. Hij betoogde dat het Ziekenfondsenbesluit een volledig Duitse regeling was. Het was dan ook geen voortzetting van het vooroorlogse beleid, maar een radicale breuk.<sup>4</sup> Ondanks de soms onnauwkeurige bronverwijzingen, werd zijn betoog door latere historici opgepakt.<sup>5</sup> Hiermee verdween de voorstelling van het Ziekenfondsenbesluit als een in de kern Nederlandse regeling overigens niet.<sup>6</sup> Van der Hoevens werk laat immers een aantal belangrijke vragen onbeantwoord. Als er geen sprake was van voortzetting van het vooroorlogse Nederlandse beleid, waarom getroostte de Duitse bezetter zich dan de moeite een sociale ziektekostenverzekering in te voeren? En waarom bleef het Ziekenfondsenbesluit na de oorlog dan gehandhaafd?

Ik zal betogen dat de totstandkoming van een sociale ziektekostenverzekering in Nederland niet alleen samenhangt met de Duitse bezetting, maar ook met een bredere verschuiving in het denken over de private en publieke uitvoering van maatschappelijke taken in Europa.<sup>7</sup> Dit artikel volgt deze verschuiving aan de hand van de casus van de ziekenfondsverzekering.

Het Ziekenfondsenbesluit was slechts een gedeeltelijke breuk met het vooroorlogse Nederlandse beleid. De Duitse bezetter bleek mede als gevolg

1 Ik dank Daniële Rigter, Karel-Peter Companje, Eddy Houwaart, Anna Dlabáčová, de redactie van de *BMGN - Low Countries Historical Review* en de anonieme referenten voor hun kritisch commentaar op eerdere versies van dit artikel.

2 K.P. Companje e.a., *Two Centuries of Solidarity: German, Belgian and Dutch Social Health Insurance 1770-2008* (Amsterdam 2009) 326-341.

3 J.C.H. Blom, 'De Tweede Wereldoorlog en de Nederlandse samenleving: continuïteit en verandering', in: idem (ed.), *Crisis, bezetting en herstel. Tien studies over Nederland 1930-1950* (Rotterdam, Den Haag 1989) 164-183; H.A.M. Klemann, *Nederland 1938-1948. Economie en samenleving in jaren van oorlog en bezetting* (Amsterdam 2002) 576.

4 H.C. van der Hoeven, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting. De werkelijkheid over het Ziekenfondsenbesluit 1941* (Den Haag 1989).

5 D. Rigter e.a., *Tussen sociale wil en werkelijkheid. Een geschiedenis van het beleid van het ministerie van Sociale Zaken* (Den Haag 1995) 184-191; K.P. Companje, *Over artsen en verzekeraars. Een historische studie naar de factoren die de relatie tussen ziekenfondsen-artsen vanaf 1827 op landelijk en regionaal niveau hebben beïnvloed* (Twello 1997) 340; M. van Bottenburg, G. de Vries en A. Mooij, *Zorg tussen staat en markt. De maatschappelijke betekenis van de Ziekenfondsraad 1949-1999* (Zutphen 1999) 52.

6 J.M. Roebroek en M. Hertogh, 'De beschavende invloed des tijds'. *Twee eeuwen sociale politiek, verzorgingsstaat en sociale zekerheid in Nederland* (Den Haag 1998) 192-193.

7 G. Vanthemsche, *Paradoxen van de staat. Staat en vrije markt in historisch perspectief (negentiende en twintigste eeuw)* (Brussel 1998) 53-54.

van de nationaalsocialistische dadendrang weliswaar in staat om bestaande ideologische en praktische barrières te doorbreken. Maar uiteindelijk was het Ziekenfondsenbesluit een compromisregeling die recht deed aan zowel de Duitse als Nederlandse belangen en wensen. Het compromiskarakter van de regeling vormde de belangrijkste reden voor de handhaving van het Ziekenfondsenbesluit na de Tweede Wereldoorlog. De nationaalsocialistische bezettingsmaatregel paste met enige aanpassing naadloos in de sociale politiek van de rooms-rode coalitie.

### Het uitblijven van ziekenfondswetgeving

Aan de vooravond van 1940 had ruim vijftien procent van de Nederlandse bevolking zich bij een ziekenfonds verzekerd. Het grootste deel van deze groep was verzekerd bij een Maatschappijfonds, een ziekenfonds beheerd door de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG). Daarnaast konden ook de onderlinge beheerde ziekenfondsen en de commerciële ziekenfondsen op aanzienlijke marktaandelen bogen. De katholieke ziekenfondsen ontwikkelden zich langzamer.<sup>8</sup> Er bestond echter geen wettelijk kader voor deze sociale ziektekostenverzekering. Hiermee bekleedde Nederland in Europees opzicht een uitzonderingspositie. In landen als Duitsland (1883), Oostenrijk (1888), Zweden (1891), Denemarken (1892), België (1894), Noorwegen (1909), Groot-Brittannië (1911) en Rusland (1912) was er aan het einde van de negentiende en het begin van de twintigste eeuw immers wel ziekenfondswetgeving ingevoerd.<sup>9</sup>

De wetgeving in deze landen was grotendeels gebaseerd op het zogenaamde ‘Bismarckiaanse model’. Als onderdeel van een breder pakket aan sociale wetgeving – vooral bedoeld om het opkomende socialisme de loef af te steken en de Duitse arbeider nauwer aan de staat te binden – had de Duitse rijkskanselier Otto von Bismarck in 1883 een verplichte sociale ziektekostenverzekering ingevoerd. Iedere Duitse arbeider in de industrie, mijnbouw en ambachtsnijverheid met een inkomen onder een bepaalde welstandsgrens was verplicht zich voor medische zorg, loonderving en begrafeniskosten te verzekeren bij een beroeps- of bedrijfstakziekenfonds. Alle overige werknemers konden op vrijwillige basis toetreden tot een

8 De markt was in 1940 als volgt verdeeld: Maatschappijfondsen (1.359.595 verzekerden), onderling beheerde ziekenfondsen (1.055.226 verzekerden), commerciële ziekenfondsen (644.912 verzekerden), katholieke ziekenfondsen (ca.150.000 verzekerden) en niet georganiseerde lokale nuts-, fabrieks- en doktersfondsen

(ca.855.000 verzekerden). Zie: C.W.A. van Uden, *Gezondheidszorg in eigen hand. Vijftientig jaar geschiedenis van het Centraal Ziekenfonds in het Bisdom Den Bosch, 1930-1955* (Den Bosch 1955) 110.

9 A. Hu en P. Manning, ‘The Global Social Insurance Movement since the 1880s’, *Journal of Global History* 5 (2010) 125-148, aldaar 135-140.

gemeentelijk of regionaal ziekenfonds. De premie voor deze verzekering, waarvan de werkgever een derde deel betaalde, werd vastgesteld op een percentage van het loon. De uitvoering werd overgelaten aan de reeds bestaande, door werknemers en werkgevers bestuurde, ziekenfondsen.<sup>10</sup>

In 1903 probeerde Abraham Kuyper in Nederland ook een Bismarckiaanse ziekenfondswet in te voeren, maar zijn wetsvoorstel sneuvelde samen met zijn kabinet. Het invoeren van een integrale sociale ziekteverzekering was niet onomstreden. De antirevolutionaire minister van Landbouw, Nijverheid en Handel, Sybe Talma, besloot hierop ziekengeld (verzekering tegen loonderving) en ziekenzorg van elkaar te scheiden. De Ziektewet – een sociale verzekering tegen loonderving door ziekte – werd weliswaar aangenomen, maar door het liberale extraparlamentaire kabinet-Cort van der Linden (1913-1918) onverwijld geparkeerd. De liberalen wilden de Ziektewet het liefst overlaten aan het particulier initiatief en niet aan de door Talma bedachte Raden van Arbeid bestaande uit werkgevers, werknemers en kroonleden. De wet zou pas na veel discussie in 1929 in werking treden.<sup>11</sup>

Bij de invoering van de Ziektewet werden de artikelen betreffende verplichting tot lidmaatschap van een ziekenfonds buiten werking gesteld. De sociale ziektekostenverzekering bleef dan ook een punt van politieke discussie. De sociaaldemocraten en progressief liberalen zagen het liefst een integrale verplichte ziektewetgeving voor loonderving en verzorging naar Bismarckiaans model waarin de uitvoering werd overgelaten aan door werkgevers- en werknemersorganisaties gezamenlijk bestuurde instanties.<sup>12</sup> De katholieke politici waren niet tegen een verplichte verzekering, zolang het subsidiariteitsbeginsel gehandhaafd bleef. Dit hield in dat overheidsuitvoering enkel was toegestaan als private organisaties aantoonbaar hadden gefaald in hun maatschappelijke taak. Dat was bij de ziekenfondsverzekering niet het geval. De uitvoering van deze verzekering door private organisaties zou een betere waarborging zijn voor de katholieke eigenheid dan verstatelijke uitvoeringsinstanties.

De meer conservatief ingestelde liberalen wilden het liefst een zo beperkt mogelijke wetgeving: geen staatsuitvoering, geen verplichting en

10 K.P. Companje, 'Ziekteverzekering volgens Bismarckrecept?', in: idem (ed.), *Tussen volksverzekering en vrije markt. Verzekering van zorg op het snijvlak van sociale verzekering en gezondheidszorg 1880-2006* (Amsterdam 2008) 47-172, aldaar 47-50; Idem e.a., *Two Centuries*, 63-79; V.L. Stepanov, 'The Social Legislation of Otto von Bismarck and Worker Insurance Law in Russia', *Russian Studies in History: A Journal of Translations* 47 (2009) 71-95.

11 K.P. Companje, 'Ziekenzorg en ziekengeld gescheiden verzekeringen, 1908-1940', in: Companje, *Tussen volksverzekering en vrije markt*, 225-350, aldaar 279-282; Voor een uitgebreidere behandeling, zie het werk van D. Rigter via: <http://www.ecade.org/Opbouwpolder.html>.

12 *Sociale Verzekering. Rapport uitgebracht door een commissie uit N.V.V. en S.D.A.P.* (Amsterdam 1938) 61-85.

beperkte richtlijnen. Toezicht was meer dan voldoende. De antirevolutionairen gingen hier gedeeltelijk in mee. Het afsluiten van een ziektekostenverzekering was primair een zaak van het gezinshoofd en niet van de staat: geen verplichte verzekering. Voor de orthodox-protestanten was het een heikele zaak, want het nemen van een verzekering werd gezien als een uiting van wantrouwen van Gods voorzienigheid. Maar de overheid mocht eventueel wel voorwaarden stellen waaraan een billijke ziekenfondsverzekering moest voldoen. Confessioneel en liberaal getinte kabinetten volgden elkaar tijdens het interbellum in snel tempo op en wetsvoorstellen werden even snel ingetrokken als ze waren ingediend. Naast de ideologische bezwaren, vormden ook de kosten van de invoering van een verplichte ziekenfondsverzekering een serieuze drempel.<sup>13</sup>

De politieke impasse werd versterkt doordat geen enkele groepering binnen het Nederlandse ziekenfondswezen de invoering van wetgeving steunde. Het Nederlandse ziekenfondswezen was overwegend liberaal georiënteerd. Dit kwam grotendeels door de machtspositie van de artsenorganisatie NMG binnen het ziekenfondswezen. In 1912 verplichtte de NMG haar leden, ruim negentig procent van alle Nederlandse artsen, om zich enkel in te laten met ziekenfondsen die aan de inkomens- en bestuurseisen van de NMG voldeden. De artsenorganisatie zette dit standpunt kracht bij door waar mogelijk zelf Maatschappijfondsen op te richten.

De NMG huldigde de mening dat gezondheidszorg, inclusief het ziekenfondswezen, bovenal een zaak was van medici. De overheid diende zich hier zo min mogelijk mee te bemoeien. De commerciële ziekenfondsen waren het hier in grote lijnen mee eens. Dit antistatelijk standpunt werd ook gedeeld door de onderlinge ziekenfondsen die wat hun achterban betrof aansloten bij de sociaaldemocratische vakbeweging. De verhouding tussen de onderlinge ziekenfondsen en de sociaaldemocratische vakbeweging was echter moeizaam. De onderlinge fondsen voelden er niets voor om de zeggenschap over het ziekenfonds met werkgevers of de vakbeweging te delen. Net zo min wilden zij artsen een grote rol in het ziekenfonds laten spelen. De verzekerden betaalden de premies en moesten daarom ook de zeggenschap hebben over de besteding daarvan.<sup>14</sup>

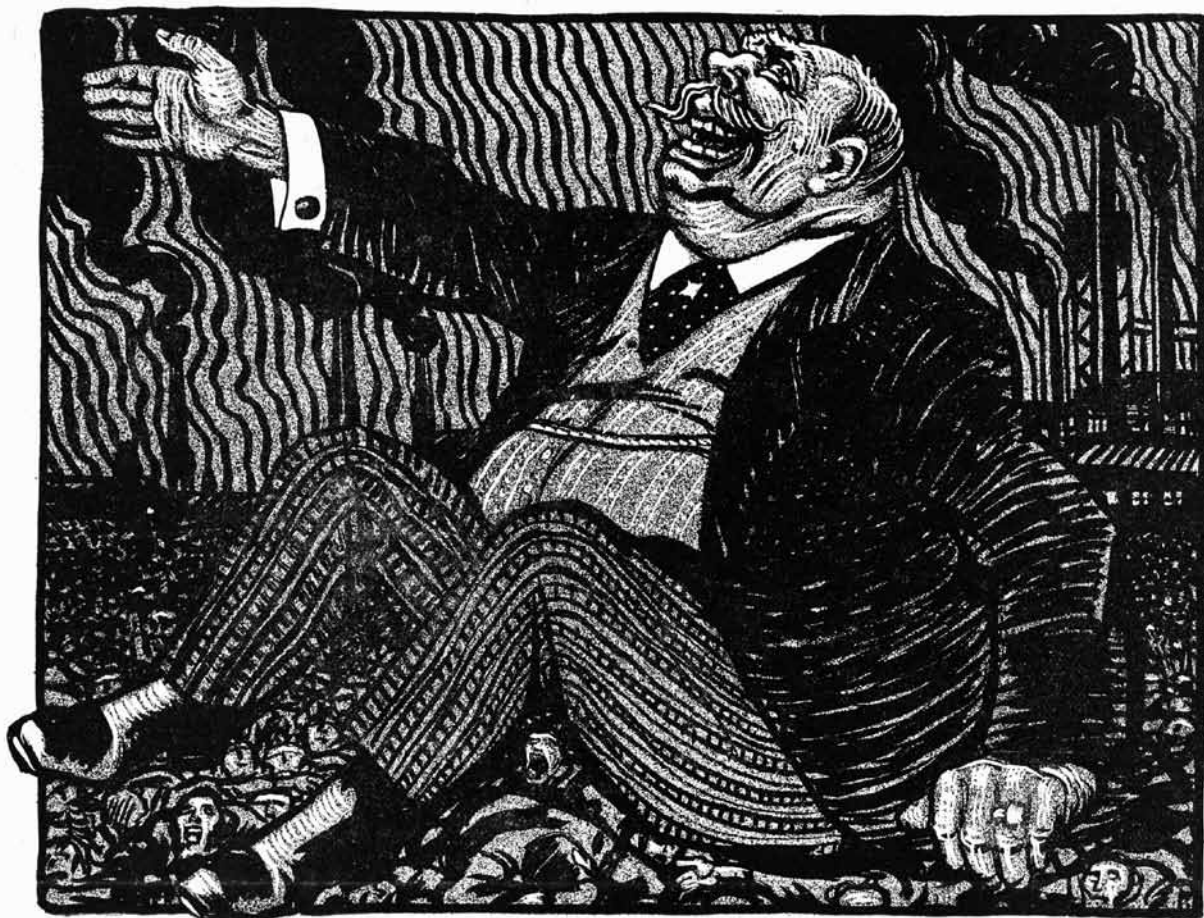
Aan het einde van de jaren dertig leek ziekenfondswetgeving nog ver weg. Jan van den Tempel, de sociaaldemocratische minister van Sociale Zaken in het kabinet-De Geer II (1939-1940), was realistischer dan zijn voorgangers.

13 Roebroek en Hertogh, *'De beschavende invloed'*, 202-204; K.P. Companje en D. Rigter, 'Ontwerp der wet regelende de ziekenverzorging, of de spanning tussen overheidsfinanciën en volksgezondheid, 1918-1941', in: Companje, *Tussen volksverzekering en vrije markt*, 399-459.

14 B. Widdershoven, *Het dilemma van solidariteit. De Nederlandse onderlinge ziekenfondsen, 1890-1941* (Amsterdam 2005) 46-57; Companje, 'Ziekenzorg en ziekengeld', 259-263.

## De kapitalist en de ziekteverzekering

Teekening van  
ALBERT HAHN



**„Waarom die dwang? Hebben wij ons bij de Oud-Hollandsche Vrijheid niet altijd het best bevonden?“.**



Albert Hahn, De kapitalist en de ziekteverzekering (1912). Hahn schetst de liberale oppositie – ‘waarom die dwang?’ – tegen het verzekeringsplicht van Talma’s Ziektewet. De in de wet opgenomen verplichting om lid te worden van een ziekenfonds zou bij de uiteindelijke invoering van de Ziektewet in 1929 komen te vervallen.

Internationaal instituut voor Sociale Geschiedenis,  
Amsterdam.

Zijn wetsvoorstel voorzag in de instelling van een ziekenfondsraad met een beperkt mandaat. Naast toezicht op de bedrijfsvoering kreeg de raad bemiddelings- en adviesrecht, maar feitelijk zou er aan de bestaande ziekenfondsverzekering weinig veranderen. Geen verplichte verzekering, geen verregaande richtlijnen of eisen, maar wel toezicht, dat leek na bijna veertig jaar discussie voor Nederland het maximaal haalbare.<sup>15</sup>

## Nieuwe opvattingen over sociale zekerheid

Met het ontbreken van wetgeving liep Nederland internationaal gezien uit de pas. De sociale ellende die door de crisis van de jaren dertig in de hele westerse wereld was veroorzaakt, was de bron van nieuwe denkbeelden over sociale zekerheid en gezondheidszorg. Het Bismarckiaanse systeem van werknemersverzekeringen had als sociaal vangnet voor minvermogene arbeiders in veel landen gefaald. Dit blies de discussie over de rol van de staat nieuw leven in.

Het initiatief lag in eerste instantie bij totalitaire staten. Zij beschouwden sociale zekerheid en gezondheidszorg als een uitgelezen bind- en propagandamiddel. In de Sovjet-Unie werd vanaf 1936 begonnen met het inrichten van een voor iedereen toegankelijke, volledig door de staat gefinancierde gezondheidszorg. Ook in Japan werd het systeem van sociale ziektekostenverzekeringen omgebouwd tot een ziektekostenverzekeringssysteem voor de hele bevolking.<sup>16</sup>

Hetzelfde gebeurde in nazi-Duitsland. Het door Robert Ley geleide Deutsche Arbeitsfront (DAF) was verantwoordelijk voor de ontwikkeling van een sociaal programma voor het naoorlogse Duitsland. Na de eindoverwinning zou de opbouw van de Duitse verzorgingsstaat, die tot de 'vorbildichsten der Welt' zou behoren, de wereld moeten overtuigen van het nationaalsocialistische gelijk.<sup>17</sup> Liberale waarden als individualisme en zelfontplooiing moesten plaatsmaken voor noties als plichtsbesef en volksbelang. De burger stond in dienst van de volksgemeenschap en niet van zichzelf.<sup>18</sup>

Het Bismarckiaanse stelsel van werknemersverzekeringen moest daarom plaatsmaken voor een sociaal zekerheidsstelsel dat de hele Duitse volksgemeenschap omvatte. In ruil voor de dienstbaarheid van de burger

15 Nationaal Archief (verder NA), Archief van de Geneeskundige Hoofdinspectie (verder Hoofdinspectie), toegang 2.15.38, inv.nr. 253, Nota over de wettelijke regeling van het ziekenfondswezen, 1939.

16 Hu en Manning, 'The Global Social Insurance Movement', 138-140.

17 M.L. Recker, *National-sozialistische Sozialpolitik im Zweiten Weltkrieg* (München 1985) 82-83.

18 G. Aly, *Hitler's Beneficiaries: Plunder, Racial War, and the Nazi Welfare State* (New York 2007) 15-31.

aan de volksgemeenschap, stond de volksgemeenschap op haar beurt ook in dienst van de burger. Iedere Duitser moest recht krijgen op dezelfde verstrekkingen tegen een gelijke financiële bijdrage. Ley verwoordde het zelf als volgt: ‘de aanspraak op verzorging [...] geniet hij, die zijn plichten als burger van het groot-Duitsche rijk vervuld heeft, onverschillig op welke plaats en in welke sociale positie’.<sup>19</sup> Niet langer het inkomen, maar burgerschap was de bepalende factor voor aanspraak op sociale zekerheid. Maar dit burgerschap, en daarmee het stelsel van sociale zekerheid, was wel beperkt tot ‘raszuivere’ Duitsers. Wat de uitvoering van dit nieuwe stelsel van sociale zekerheidsregelingen betrof, lag het primaat bij de staat.<sup>20</sup>

De raciaalhygiënische opvatting klonk ook door in andere facetten van het sociale beleid van nazi-Duitsland. Om de raciale, culturele en economische superioriteit van het Duitse volk te benadrukken, was het de bedoeling dat dit nieuwe ‘superieure’ sociale zekerheidssysteem alleen in Duitsland zou worden geïntroduceerd. Andere delen van het *Großreich*, zoals het geannexeerde Oostenrijk, Sudetenland en Polen, kregen gelijksoortige, maar zeker geen gelijkwaardige sociale zekerheidsregelingen.<sup>21</sup> Met deze politiek kreeg ook het bezette Nederland te maken.

### Het Duitse ‘Sozialwerk’ en het Ziekenfondsenbesluit

Na de capitulatie werd Nederland per decreet onder een Duits Reichskommissariat gesteld. Dit betekende dat er in plaats van een militair bestuur, zoals bijvoorbeeld in België het geval was, in Nederland een civiel bestuur werd ingesteld onder leiding van Arthur Seyss-Inquart. Op economisch gebied werd de Reichskommissar bijgestaan door Hans Fischböck, de Generalkommissar für Finanz und Wirtschaft.<sup>22</sup> Het Duitse bestuur beperkte zich, met uitzondering van politie- en opsporingstaken, tot het formuleren van beleidsstandpunten en controle op de uitvoering daarvan. De uitwerking en uitvoering van het beleid bleef grotendeels in handen van het Nederlandse ambtenarenapparaat.<sup>23</sup>

Het Duitse beleid was in de eerste jaren van de bezetting uit ideologische en pragmatische overwegingen gebaseerd op het Duitse beginsel van *Gleichberechtigung*. Dit hield in dat de levensstandaard van het Nederlandse

19 Dr. Ley over ouderdomsverzorging en sociale verzekering: ‘Verzorgde oude dag een grondrecht’, *Het Vaderland. Staat- en letterkundig nieuwsblad* 02-10-1940.  
20 E. Reidegeld, *Staatliche Sozialpolitik in Deutschland. Band II: Sozialpolitik in Demokratie und Diktatur, 1919-1945* (Wiesbaden 2006) 366-484.

21 Recker, *National-sozialistische Sozialpolitik*, 84-85; R. Ley, *Die Stellung der Sozialpolitik in der europäischen Ordnung* (Berlijn 1944) 65-88, 102-112; Hu en Manning, ‘The Global Social Insurance Movement’, 139-140.  
22 Klemann, *Nederland*, 136-137.  
23 Rigter, *Tussen sociale wil*, 142.



‘broedervolk’, behalve dan het joodse bevolkingsdeel, niet onder dat van de Duitse bevolking mocht zakken. Tegelijkertijd moest de Nederlandse economie wel bijdragen aan de Duitse oorlogsinspanning. Een verregaande vervlechting van de Nederlandse en Duitse economie was in de ogen van de bezetter de beste manier om dit te verwezenlijken.<sup>24</sup>

Deze politiek van *Verflechtung* had ook gevolgen voor het sociale zekerheidsstelsel. Ook dat moest met zijn Duitse equivalent worden vervlochten. De Nederlandse sociale zekerheidsregelingen schoten in de ogen van de Duitse bezetter op velerlei vlak tekort en ‘de economische inschakeling van Nederland in het groot-Europeesche economische gebied maakt dezen toestand op den duur onhoudbaar’.<sup>25</sup> Het merendeel van de bestaande sociale wetgeving kon volgens de verantwoordelijke bestuurder, Reinhard Jakob, echter zonder veel problemen worden aangepast. De ouderdomspensioenen, invaliditeitsuitkeringen en ongevallenverzekeringen waren immers gebaseerd op Bismarckiaanse voorbeelden. Bij deze regelingen kon worden volstaan met het verhogen van de uitkering.<sup>26</sup>

Dit lag anders bij de ziekenfondsverzekering. Bij gebrek aan bestaande wetgeving, moest de bezetter zelf wetgeving maken om tot vervlechting van beide stelsels te komen.<sup>27</sup> Jakob zette het belang van de invoering van een ziekenfondsregeling zwaar aan. Hij hoopte via de introductie van een verplichte ziekenfondsverzekering het concurrentievoordeel van Nederlandse werkgevers weg te kunnen nemen. Door het ontbreken van een verplichte sociale ziektekostenverzekering konden zij met lagere werkgeverslasten werken dan hun Duitse collega’s. Tegelijkertijd verwachtte hij dat door de invoering van een verplichte ziekenfondsverzekering ook de populariteit van de bezetter bij de Nederlandse bevolking zou toenemen. Maar voor Jakob vormde de lacune in de Nederlandse sociale wetgeving bovenal een kans om de nationaalsocialistische opvattingen over sociale zekerheid in praktijk te brengen.<sup>28</sup>

De ambtenaren van het Nederlandse ministerie van Sociale Zaken koesterden weinig illusies. Zij hadden in de voorgaande decennia wetsvoorstel na wetsvoorstel zien sneuvelen. Er werd in eerste instantie laconiek op Jakobs

24 Klemann, *Nederland*, 135, 143-151; J.L. van Zanden, *The Economic History of the Netherlands, 1914-1995: A Small Open Economy in the ‘Long’ Twentieth Century* (Londen, New York 1998) 117-123.

25 ‘Sociale verzekeringen. Meening van president Jakob inzake opbouw en uitbreiding’, *De Tijd. Godsdiensig-staatkundig dagblad* 16-03-1941.

26 ‘De reorganisatie der Nederlandsche sociale verzekering. Een toelichting van bevoegde zijde’, *Limburgsch dagblad* 19-08-1941.

27 Nederlands Instituut voor Oorlogsdocumentatie (verder NIOD), Archief van het Generalkommissariat für Verwaltung und Justiz (verder Verwaltung), toegang 020, inv.nr. 9090, Nota van Jakob aan Seyss-Inquart en Fischböck betreffende de ziekenfondsverzekering in Nederland, d.d. 8 mei 1941.

28 NA, Archief van de afdeling Volksgezondheid (verder Vgz), toegang 2.15.37, inv.nr. 872, Brief van R. Jakob aan H. Fischböck, d.d. 16 oktober 1940.

voornemen gereageerd. De verwachting was dat ook hij zich zou stukbijten op obstructieve macht van de NMG die niets voor overheidsingrijpen voelde en die ongetwijfeld de welstandsgrens waarboven de artsen hun patiënten vrije tarieven in rekening konden brengen met verve zou verdedigen. De directeur-generaal voor de Volksgezondheid, Cornelis van den Berg, dacht Jakob voor een totaal echec te kunnen behoeden door hem een kant-en-klaar voorstel voor te leggen. Het onder Van den Tempel uitgewerkte voorstel voor de instelling van een ziekenfondsraad zou voor Jakob immers een stap in de goede richting kunnen zijn.

Toch kon het idee Jakob niet bekoren.<sup>29</sup> Volgens hem moest er in plaats van het in zijn ogen hopeloos ouderwetse Nederlandse systeem een moderne sociale verzekering worden gecreëerd die recht deed aan de volgende aan het Duitse voorbeeld ontleende principes: a. verplichte deelname; b. een zo groot mogelijke kring van verzekerden; c. een gelijke verdeling van de premie tussen werknemers en werkgevers; d. een dirigerende rol voor de overheid.<sup>30</sup> Op deze wijze zou de Nederlandse ziekenfondsverzekering goed aansluiten op het (beoogde) Duitse systeem.

Voordat Jakob zijn ideeën verder tot ontwikkeling kon brengen, moest hij eerst afrekenen met Obermedizinalrat Gero Reuter, de Duitse zaakgelastigde voor het volksgezondheidsbeleid in Den Haag. Reuter hoopte dat de over het algemeen liberale artsen sympathieker tegenover het nationaalsocialisme zouden staan als hij aansluiting zocht bij het NMG-standpunt: de ziekenfondsverzekering als onvervreemdbaar onderdeel van een private gezondheidszorg. Seyss-Inquart hakte evenwel de knoop door in het voordeel van Jakob. De ziekenfondsverzekering moest volgens hem, net als in Duitsland, gewoon onderdeel zijn van het sociale zekerheidsbeleid.

Het volgende obstakel was het Nederlandse ambtenarenapparaat. Met het wetsvoorstel voor de instelling van een ziekenfondsraad had Sociale Zaken de handdoek in de ring gegooid. Vrijwel niemand op het departement geloofde nog in de haalbaarheid van een verplichte ziekenfondsverzekering.<sup>31</sup> Jakob werd dan ook van het kastje naar de muur gestuurd. Van den Berg hield vast aan zijn ziekenfondsraadsvoorstel. H. W. Groeneveld, hoofd van de afdeling Arbeidersverzekering, was wel bereid tot een verandering van de bestaande Ziektewet in een volwaardige ziekenverzorgingswet. Hij kon echter niet om secretaris-generaal Robert Verwey heen. Verwey vond dat de bezetting het

29 NA, Vgz, 872, Brief van Jakob aan Van den Berg, d.d. 16 oktober 1940.

30 K.P. Companje, 'Het Ziekenfondsenbesluit en de gevolgen voor de verzekering van zorg, 1940-1986', in: Companje, *Tussen volksverzekering en vrije markt*, 477-535, aldaar 482-484.

31 NA, Hoofdinspectie, 253, Verslag van de bespreking naar aanleiding van het ontwerp voor een geneeskundige verzorgingswet, 16 juli 1940.

aanpassen van bestaande wetgeving staatsrechtelijk onmogelijk had gemaakt en weigerde dan ook zijn goedkeuring te geven.<sup>32</sup>

Dit getreuzel irriteerde Jakob mateloos. Hij besloot zelf een conceptregeling te schrijven die zonder Nederlandse tussenkomst kon worden afgekondigd.<sup>33</sup> Zijn duidelijk op het DAF-programma gebaseerde conceptplan was voor Nederlandse begrippen revolutionair. De sociale ziektekostenverzekering kwam in handen van één staatsziekenfonds. Door de voor Nederlandse begrippen extreem hoog gestelde loongrenzen zorgde Jakob er voor dat ongeveer negentig procent van de Nederlandse bevolking onder de nieuwe verplichte verzekering zou vallen. De inkomensafhankelijke premie zou worden geïnd door de Raden van Arbeid, de uitvoerders van Ziekte- en Ouderdoms- en Invaliditeitsverzekering, waardoor de koppeling met andere sociale zekerheidsregelingen gegarandeerd werd.<sup>34</sup>

Nu stuitte Jakobs plan echter in de eigen gelederen op weerstand. Fischböcks Räterent Versicherungen, Gerhard Ady, uitte zijn bezorgdheid.<sup>35</sup> Jakobs plannen zouden de doodsteek zijn voor een groot deel van zijn mandaatgebied: de particuliere ziektekostenverzekering. Ook Reuter had bezwaren. Hij was bevreesd voor de onrust die onder de artsen en apothekers zou ontstaan. De instelling van de Artsenkamer had al genoeg beroering teweeggebracht. Van den Berg en Verwey tekenden een nog schrikwekkender beeld: als Jakob aan zijn plan vasthield, liep de hele gezondheidszorg vast.<sup>36</sup>

Met Jakobs tweede concept verliep het niet veel beter. Hoewel dit minder ambitieus was dan het eerste, wilde Jakob nog steeds een zo groot mogelijk deel van de bevolking onder de nieuwe regeling brengen.<sup>37</sup> Dit keer greep het DAF in. In Berlijn werd Jakob door Ley persoonlijk gekapitteld. *Gleichberechtigung* kon niet betekenen dat Nederlandse burgers een ruimere sociale voorziening kregen dan Duitse burgers. Zolang de Duitse ziekenfondsverzekering nog niet was aangepast, was de invoering van een op Duitse leest geschoeide werknemersverzekering meer dan voldoende.<sup>38</sup>

### Een Bismarckiaans compromis

Gedesillusioneerd zette Jakob zich vervolgens aan het schrijven van een Bismarckiaanse raamwet. In het nieuwe concept werden de contouren geschetst van een werknemersverzekering die dekking bood voor

32 NA, Vgz, 872, Brief van Verwey aan Jakob, d.d. 11 november 1940.

33 Companje, 'Ziekenfondsenbesluit', 482-484.

34 NA, Vgz, 872, Brief van Jakob aan Seyss-Inquart en Fischböck, d.d. 14 maart 1941.

35 Van der Hoeven, *Ziekenfondsen*, 32-33.

36 NA, Vgz, 1340, Brief van Van den Berg aan Verwey aangaande het ontwerp van Jakob, d.d. 1 april 1941.

37 NA, Vgz, 872, Conceptverordening ziekenverzorging, april 1941.

38 Van der Hoeven, *Ziekenfondsen*, 37.



▲  
Cornelis van den Berg, Directeur-generaal, chef van de afdeling de Volksgezondheid van 1936 tot 1949 en de eerste Commissaris, belast met het toezicht op de ziekenfondsen. Hij had grote invloed op de totstandkoming van de verplichte ziekenfondsverzekering.

Stichting Historie Ziekenfondswezen,  
Amsterdam.



▲  
Reinhard Jakob, president van de Geschäftsgruppe für Soziale Verwaltung in het bezette Nederland, was verantwoordelijk voor de gelijkschakeling van de Nederlands sociale zekerheidsregelingen met hun Duitse tegenhangers. *Kompass* 54 (1939) 98.

Deutsche Nationalbibliothek, Leipzig.

ziekenverzorging en begrafeniskosten en die uitging van de reeds bestaande infrastructuur van ziekenfondsen. Door een duidelijke koppeling aan de Ziektewet bleef de kring van verzekerden beperkt tot een gedeelte van de groep loontrekkende arbeiders en hun familieleden.

In vergelijking met Duitsland was er wel een groot verschil: verzekerden waren niet verplicht zich aan te sluiten bij een ziekenfonds van een bepaalde beroepsgroep of bedrijfstak, maar konden terecht bij een willekeurig ziekenfonds in hun woonplaats. Tegelijkertijd werden ziekenverzorging en de verzekering tegen loonderving net als in Duitsland aan elkaar gekoppeld. Ook de rol van de overheid werd versterkt: er kwam een Commissaris voor de ziekenfondsen met een vrijwel absolute macht.<sup>39</sup> Fischböck voerde de druk op Jakob intussen steeds verder op. Hij had voor het stimuleren van zijn eigen carrière dringend een succes nodig en was weinig geïnteresseerd in de door Jakob geliefde finesses van de sociale zekerheidspolitiek. In juli 1941 krabbelde hij een ongeduldig briefje: ‘ist die Novelle zur Krankenversicherung [...] schon unterschrittsreif? Was fehlt noch?’<sup>40</sup>

Tot Fischböcks opluchting voldeed het nieuwe concept aan vrijwel ieders wensen.<sup>41</sup> De tijd die het Jakob had gekost om iedereen tevreden te stellen, had een onverwacht bijkomend effect. De NMG, de enige partij die nog roet in het eten had kunnen gooien, was volledig buitenspel komen te staan. De invoering van de Artsenkamer en de machtsovername van NSB-gezinde artsen in het NMG-bestuur hadden ervoor gezorgd dat Nederlandse artsen massaal hun lidmaatschap hadden opgezegd.<sup>42</sup> De grootste dwarsligger was uit de weg geruimd. Ondanks hun sympathie voor de NMG leken Van den Berg en zijn ambtenaren daar in dit geval niet om te treuren. Van den Berg combineerde zijn directeur-generaalschap met die van commissaris van de ziekenfondsen. Een ‘inniger wisselwerking tusschen volksgezondheid en geneeskundige verzorging (was, rv) nauwelijks denkbaar’.<sup>43</sup> Maar het was tevens een teken dat het met de macht van de NMG over de ziekenfondsen was gedaan.

Het Ziekenfondsenbesluit verscheen in augustus 1941 in het Verordeningenblad en zou op 1 november 1941 in werking treden.<sup>44</sup> Jakob

39 Companje, ‘Ziekenfondsenbesluit’, 487-490.

40 NIOD, Verwaltung, 9090, Brief van Fischböck aan Rabl, d.d. 18 juli 1941.

41 NIOD, Verwaltung, 9090, Brief van Sandler aan Fischböck, d.d. 29 juli 1941.

42 H. Festen, *125 Jaar geneeskunst en maatschappij. Geschiedenis van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst* (Amsterdam 1974) 392-398.

43 W. Schuurmans Stekhoven, *Het nieuwe ziekenfondsrechtshandboek voor de practijk* (Deventer 1942) 244.

44 ‘Verordnung des Generalsekretärs im Ministerium für Soziale Angelegenheiten über das Krankenkassenwesen (Krankenkassenverordnung)’, *Verordnungsblatt für die besetzten niederländischen Gebiete, Jahr 1941* (Den Haag 1941) 682-689.

verdween enkele weken voor de publicatie opgebrand van het toneel.<sup>45</sup> Dit kwam voor de Nederlandse ambtenaren op een gelukkig moment. Van den Berg kreeg hierdoor de vrije hand bij de invulling van de opengelaten details. Via de Raad van Bijstand werden de vertegenwoordigers van het ziekenfondswezen, artsen, apothekers en de ziekenhuissector direct betrokken bij de invulling van de Uitvoeringsbesluiten. Hierdoor kon de raamwet worden aangepast aan de Nederlandse gewoontes en behoeftes.<sup>46</sup>

Met het Ziekenfondsenbesluit werd een verplichte sociale ziektekostenverzekering in het leven geroepen voor een beperkte groep werknemers en hun gezinsleden, namelijk zij die onder de Ziektewet vielen. De eerder buiten werking gestelde artikelen van de Ziektewet (50, 123, 124) die lidmaatschap van een ziekenfonds verplichtten, werden van kracht. Deze groep mensen had recht op een tot dus ver ongekend groot pakket aan medische zorg. De inkomensafhankelijke premie bedroeg vier procent van het loon en werd in gelijke mate gedragen door werknemer en werkgever. Iedereen die niet onder het regime van de Ziektewet viel, kon zich afhankelijk van zijn of haar inkomen vrijwillig verzekeren bij het ziekenfonds of een particuliere ziektekostenverzekeraar.<sup>47</sup>

## Gemengde reacties

Het Ziekenfondsenbesluit werd door sommigen met instemming begroet. Volgens de Utrechtse specialist H. Hondelink haalde het besluit de ziekenfondsverzekering eindelijk uit de sfeer van de 'parochiale belangenconflicten'.<sup>48</sup> De NSB'er Hendrik Woudenberg, commissaris van het Nederlands Verbond van Vakverenigingen (NVV), zag in het Ziekenfondsenbesluit een uitgelezen kans om de tanende populariteit van de gelijkgeschakelde, ofwel onder direct nationaalsocialistische bestuur gestelde, vakbeweging te keren. Hij eiste, met instemming van de Duitse autoriteiten, het Ziekenfondsenbesluit voor zichzelf op. Woudenberg wees trots op het feit dat de macht van de ziekenfondsen en de NMG door het nationaalsocialisme was gebroken.<sup>49</sup>

Ook de meeste ziekenhuisdirecties waren lovend, zij het om andere redenen. De opname van ziekenhuisverpleging in de nieuwe

45 NIOD, Archief van de Reichskommissar für die besetzten niederländischen Gebiete, toegang 014, inv.nr. 473, Uittreksels uit persoonsdossiers van het personeel van het Reichskommissariat: dr. Reinhardt Jakob, d.d. 1952.

46 NA, Vgz, 872, Nota over de Uitvoeringsbesluiten, d.d. 10 oktober 1941.

47 Companje, 'Ziekenfondsenbesluit', 502-510.

48 Van Bottenburg, *Zorg tussen staat en markt*, 52-53.

49 'De reorganisatie der Nederlandsche sociale verzekering. Een toelichting van bevoegde zijde', *Limburgsch dagblad* 19-08-1941.

ziekenfondsverzekering pakte voor hen gunstig uit. Daar de betaling van de voorheen ‘kleine particuliertjes’ die nu verplicht verzekerd werden nog wel eens te wensen overliet, was de nieuwe regeling met gegarandeerde betaling ‘zoo slecht nog niet’.<sup>50</sup>

Toch was niet iedereen gelukkig. De artsenverzetsorganisatie Medisch Contact bleef kritisch, ondanks haar betrokkenheid bij de totstandkoming van de Uitvoeringsbesluiten. De verhoogde loongrens betekende voor artsen een kleinere particuliere praktijk en dus inkomstenderving en een toenemende werkdruk. Ziekenfondspatiënten kwamen nu eenmaal vaker op het spreekuur. Maar de grootste steen des aanstoots was het feit dat medici binnen het ziekenfondswezen van de ene op de andere dag van dominante partij tot buitenstaander waren gedegradeerd.<sup>51</sup>

Ook de ziekenfondsbesturen klaagden. Zij hadden het gevoel dat de overheid hen grotendeels had onteigend. Weliswaar was het niet tot één staatsziekenfonds gekomen, maar de verplichte ziekenfondsverzekering maakte van ziekenfondsen in feite niet veel meer dan administratiekantoren. Er was nog maar weinig over van de vooroorlogse autonomie. Het verstrekkingenpakket en de premie stonden vast. Door het systeem van onderlinge verevening via de centrale kas liepen ziekenfondsen geen financieel risico meer.<sup>52</sup>

Vrijwel direct na het einde van de Duitse bezetting drongen artsen en ziekenfondsen er bij de nieuwe regering op aan om het Ziekenfondsenbesluit in te trekken.<sup>53</sup> De nieuwe minister van Sociale Zaken, de sociaaldemocraat Willem Drees, liet in 1945 het parlement weten dat hij dat niet van plan was.<sup>54</sup> Een terugkeer naar de vooroorlogse ‘wetteloze’ situatie was in zijn ogen ondenkbaar. Dit betekende overigens niet dat het Ziekenfondsenbesluit koste wat kost gehandhaafd moest blijven. In Londen was namelijk een alternatief bedacht.

### Beveridge: het democratisch alternatief

Het idee dat de staat er voor moest zorgen dat sociale zekerheid en zorg voor de hele bevolking op gelijke voorwaarden toegankelijk waren, had niet alleen in totalitaire landen postgevat. In het voorjaar van 1941 introduceerde de Amerikaanse president Franklin Roosevelt in zijn *State of the Union* vier universele rechten van de mens, waaronder de vrijheid van gebrek en de vrijheid van vrees. Deze vrijheden vormden enige maanden later de basis voor

50 P.H. van Roojen, ‘Het Ziekenfondsenbesluit en zijn beteekenis voor de ziekenhuizen’, *Het Ziekenhuiswezen* 14:11 (1941) 383-389, aldaar 387.

51 NA, Vgz, 872, ‘Brief van Medisch Contact aan de minister van Sociale Zaken, d.d. 25 oktober 1945 (verder Brief MC 25 oktober 1945).

52 Companje, ‘Ziekenfondsenbesluit’, 487-488.

53 NA, Vgz, 1348, Afschrift rapport Van Mandele-Blanksma over Ziekenfondswezen, 1946 (verder Rapport Van Mandele).

54 *Handelingen van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 1945-1946*, 20 december 1945, 119-136.

het *Atlantic Charter*. In dit document werd een alternatief gepresenteerd voor de totalitaire maatschappij van het Derde Rijk: een nieuwe samenleving, waarin angst en gebrek door hoge welvaart en een uitgebreid netwerk van sociale zekerheidsregelingen zouden zijn verdwenen.<sup>55</sup> Sociale zekerheid kreeg hierdoor, net als in nazi-Duitsland en de Sovjet-Unie, een ideologische lading: na de oorlog werd alles beter.

In Groot-Brittannië kreeg een commissie onder leiding van de econoom William Beveridge de taak om deze idealen om te zetten in een werkbaar systeem. In het rapport *Social Insurance and Allied Services* uit 1942 presenteerde de commissie haar ideeën. In het nieuwe stelsel zou niet langer de sociaal-economische status van een persoon maar zijn status als burger bepalen of hij recht had op sociale zekerheid. Vergelijkbaar met het programma van Ley, moest volgens het Beveridge-systeem heel de bevolking recht krijgen op sociale ondersteuning van de wieg tot het graf, verleend en gegarandeerd door de staat.<sup>56</sup>

Risico's als werkloosheid, arbeidsongeschiktheid, ouderdom, invaliditeit, ziekte, zwangerschap, overlijden van de mannelijke kostwinner en begrafeniskosten zouden door een systeem van brede risicosolidariteit worden gedekt. Anders dan de bestaande sociale verzekeringen, moest het nieuwe stelsel vrijwel geheel gefinancierd worden door *flat-rate premiums*. Iedere burger onder de 65 jaar die een inkomen genoot, betaalde een gelijk bedrag aan premie. Daartegenover stonden uitkeringen naar behoefte. Voor jongeren bestond er kinderbijslag, ouderen kregen recht op pensioen. Iedere burger kreeg toegang tot gezondheidszorg. Daarvoor zou de gehele gezondheidszorg worden genationaliseerd in een systeem van *National Health Services*, waarover het ministerie van Volksgezondheid de scepter zou zwaaien. Alle andere sociale verzekeringen zouden worden uitgevoerd door het nieuw op te richten ministerie van Sociale Zekerheid.<sup>57</sup>

Na de publicatie van het Beveridge-rapport toonde de Nederlandse regering in ballingschap te Londen zich diep onder de indruk van dit idee. Geïnspireerd door het Beveridge-rapport benoemde Van den Tempel in 1943 een commissie onder leiding van Van Rhijn.<sup>58</sup> De commissie kreeg de taak

55 S. Rosenman (ed.), *The Call to Battle Stations, 1941: Public Papers and Addresses of Franklin D. Roosevelt* (Volume 10; New York 1969) 314.

56 Companje, *Two Centuries*, 249; W. Beveridge, *Social Insurance and Allied Services: Report* (Londen 1942).

57 Beveridge, *Social Insurance*, 6-7, 19.

58 Aart van Rhijn (1892-1986) was jurist en econoom met een grote sociale belangstelling en lid van de Christelijk Historische Unie (CHU). Hij werd

een paar dagen voor de Duitse inval minister van Landbouw in het kabinet-De Geer II (1939-1940). Tijdens de ballingschap van het Nederlandse kabinet in Londen was hij voorzitter van de Buitengewone Algemene Rekenkamer. In 1946 maakte hij de overstap naar de Partij van de Arbeid. Van Rhijn was tussen 1945 en 1950 secretaris-generaal van het ministerie van Sociale Zaken en tussen 1950 en 1958 staatssecretaris van hetzelfde departement.



om ook voor het naoorlogse Nederland een algemeen raamwerk voor sociale zekerheid te ontwerpen.<sup>59</sup> In haar rapport volgde de commissie grofweg de lijnen van het Beveridge-rapport. De commissie stelde dat er in het nieuwe Nederland een stelsel van volksverzekeringen moest worden opgetuigd, dat voorzag in de dekking van de risico's van werkloosheid, ongeval, invaliditeit, ouderdom en ziekte, maar ook in de toegang tot gezondheidszorg. Iedere ingezetene van Nederland zou ongeacht de hoogte van het inkomen in aanmerking komen voor deze voorzieningen.

Op een aantal punten week de commissie af van haar Britse voorbeeld. Het stelsel zou niet door eenheidspremies worden gefinancierd, maar door een mix van premieafdrachten en belastingenopbrengsten, zodat naast risicosolidariteit er ook sprake was van inkomenssolidariteit. Ook zouden de uitvoerende organen in dit nieuwe stelsel regionaal en niet nationaal opereren. Deze regionale Sociale Raden, achttien in totaal, zouden op het gebied van gezondheidszorgvoorzieningen worden bijgestaan door evenzovele regionale ziekenfondsen.<sup>60</sup>

Het Beveridge-systeem werd niet alleen door de Nederlandse regering met enthousiasme begroet. Kort na de oorlog werden in delen van het Britse Commonwealth en in Scandinavië sociale zekerheidssystemen volgens het Beveridge-model ingericht. De Amerikaanse bezettingsautoriteit die na de overwinning op Japan de lijnen voor de naoorlogse samenleving in het keizerrijk vastlegde, stelde in 1947 voor om het Beveridge-systeem ook in Japan in te voeren. Ze zag hier uiteindelijk wegens de oppositie tegen het systeem in de Verenigde Staten van af. In Hongarije kwam het door een directe interventie van Stalin, ondanks de vergevorderde plannen van de Hongaarse regering, niet tot een dergelijk systeem.<sup>61</sup>

### 'Van Rhijn' en het staatsocialisme

Ondanks het aanvankelijk enthousiasme van de regering in Londen liep de introductie van 'Van Rhijn' in Nederland snel spaak. Het plan zorgde in de herstelde parlementaire democratie vrijwel direct voor een verhit politiek

59 Companje, *Two Centuries*, 249-250; A.C.M. Kappelhof, 'Omdat het historisch gegroeid is. De Londense commissie-Van Rhijn en de ontwikkeling van de sociale verzekering in Nederland (1937-1952)', *Tijdschrift voor Sociale en Economische Geschiedenis* 1:2 (2004) 71-91, aldaar 82-83.

60 Commissie-Van Rhijn, *Sociale zekerheid. Rapport van de Commissie, ingesteld bij beschikking van den Minister van Sociale Zaken van 26 maart 1943, met de opdracht algemene 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) 139-148.

61 Hu en Manning, 'The Global Social Insurance', 141-142.



▲  
Aart van Rhijn, voorzitter van de Buitengewone  
Algemene Rekenkamer in Londen en voorzitter  
van de naar hem vernoemde commissie ter  
voorbereiding van een nieuw systeem van sociale  
zekerheidsregelingen voor het bevrijde Nederland.  
Nationaal Archief/Spaarnestad Photo/Anefo.

debat. De Communistische Partij van Nederland (CPN) was weliswaar een groot voorstander van de plannen, maar de Katholieke Volkspartij (KVP) en de protestantse Anti-Revolutionaire Partij (ARP) waren fel tegen. Van Rhijn had in het rapport geen plaats ingeruimd voor het subsidiariteitsbeginsel. Het sterke centralisme van ‘Van Rhijn’ zou volgens de KVP de genadeslag betekenen voor het katholieke particulier initiatief in de gezondheidszorg, zoals de katholieke ziekenhuizen en kruisverenigingen. Volgens de KVP en ARP – die haar eigen diaconessenziekenhuizen en kruisverenigingen ook bedreigd zagen – neigde de centralisatiedrang van ‘Van Rhijn’ te veel naar een verfoeid staats-socialisme, dat lijnrecht indruiste tegen het door God gegeven ‘vrije wilsbeschikking’ van de mens. De staat moest gezondheidszorg faciliteren, maar mocht niets dwingend opleggen.<sup>62</sup>

Binnen de Partij van de Arbeid (PvdA) was niet iedereen enthousiast. De vertegenwoordiging van arbeiders in het bestuur en beheer van sociale zekerheidsregelingen, kon ook zonder een allesomvattende stelselwijziging worden geregeld; ook binnen de reeds bestaande kaders van het particulier initiatief. Een groot deel van de PvdA en de NVV zag meer toekomst in dit principe – dat een coalitie met de KVP ook veel eenvoudiger maakte – dan in de ‘wilde ideeën’ van Van Rhijn. De sociaaldemocraat en minister van Financiën, Piet Lieftinck, waarschuwde voor de forse stijging van de overheidsuitgaven die een dergelijk gecentraliseerd systeem zou veroorzaken.<sup>63</sup>

Ook de Stichting van de Arbeid, het overlegorgaan van werknemers- en werkgeversorganisaties, reageerde niet enthousiast. Zij vond de omwenteling die Drees en Van Rhijn voorstonden onnodig: de bestaande sociale verzekeringen waren immers bij de Raden van Arbeid, bestuurd door werknemers en werkgevers, in goede handen. Weliswaar waren werknemers en werkgevers nog niet op institutioneel niveau vertegenwoordigd in de ziekenfondsen, maar deze lacune rechtvaardigde een totale hervorming van het sociale zekerheidsbestel niet. Daarbij zaten zowel de werkgevers als de werknemers niet om stijgende sociale premies verlegen.<sup>64</sup> De ziekenfondsorganisaties reageerden verbolgen. Zij wensten hun toch al beknotte autonomie niet door gedwongen fusies of opheffing nog verder ingeperkt te zien. Ook de Nederlandse artsenorganisaties wezen een genationaliseerde gezondheidszorg resoluut af. Volksgezondheid was geen staatszaak en artsen wensten geen ambtenaar te worden.<sup>65</sup>

62 Vereeniging van Raden van Arbeid, *Verslag van het derde congres voor sociale verzekering bijeengeroepen door de Vereeniging van Raden van Arbeid* (Amsterdam 1946) 12-16, 46-52, 82-84.

63 W.S.P. Fortuyn, *Sociaal-economische politiek in Nederland, 1945-1949* (Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen 1980) 212-213.

64 K.P. Companje, ‘Verzekering van zorg 1943-2007. Gezondheidszorg of sociale zekerheid?’, in: Companje, *Tussen volksverzekering en vrije markt*, 559-628, aldaar 564-565; Roebroek en Hertogh, ‘De beschavende invloed’, 237.

65 Kappelhof, ‘Omdat het historisch gegroeid is’, 82-88; Rigter, *Tussen sociale wil*, 199.

Het was al snel duidelijk dat de invoering van het plan-Van Rhijn een brug te ver was. Het plan diende dan ook te worden herzien. In 1947 vormde het ministerie van Sociale Zaken en de Stichting van de Arbeid een nieuwe commissie, wederom onder voorzitterschap van Van Rhijn. Deze ‘gemengde’ commissie-Van Rhijn publiceerde in 1948 een nieuw rapport dat beleidsmatig tot niets leidde.<sup>66</sup>

Nederland was overigens niet het enige land waar ‘Beveridge’ na aanvankelijk enthousiasme toch op weerstand stuitte. In België zette onder andere het feit dat de Belgische regering in ballingschap het Beveridge-systeem in studie had genomen, enkele vooruitstrevende werkgevers en gematigde socialisten aan tot actie. Via een door de overgangsregering uitgevaardigde besluitwet werd ‘Beveridge’ al buitenspel gezet voordat het überhaupt in het parlement besproken had kunnen worden. Het stelsel van sociale zekerheid werd weliswaar financieel gestroomlijnd, maar de staat bleef op veilige afstand. Ook in België had de oorlog niet voor een radicale verschuiving in machtsverhoudingen gezorgd.<sup>67</sup>

In Nederland verdween het stelselwijzigingsvoorstel van Van Rhijn voorlopig van het toneel. De strategie werd gewijzigd. In plaats van een totaalpakket, zouden de sociale zekerheidsregelingen afzonderlijk onder handen worden genomen. Dit betekende voor de verzekering van zorg dat het Ziekenfondsenbesluit moest worden aangepast.

### Sleutelen aan het Ziekenfondsenbesluit

Dat de sociaaldemocraten kritiek hadden op het Ziekenfondsenbesluit was evident. Het strookte niet met het gekoesterde beginsel van een zo breed mogelijke sociale regeling. Maar ook de KVP was er niet gelukkig mee. De katholieken hadden grote problemen met de macht die Staatstoezicht had. Het subsidiariteitsbeginsel eiste dat de staat deze macht weer zou teruggeven aan het private initiatief. In haar verkiezingsprogramma van 1946 maakte de partij zich sterk voor een nieuwe wettelijke regeling, die ziekenfondsen meer vrijheid bood zich ‘ten volle (te) kunnen wijden aan hun dienende taak als organen der gezondheidszorg’.<sup>68</sup> Gezondheidszorg was in Nederland immers van oudsher het terrein van de christelijke liefdadigheid. Er was geen

66 K. Schuyt en E. Taverne, 1950 – *Welvaart in zwart-wit* (Den Haag 2000) 289-292.

67 G. Vanthemsche, ‘De sociale bescherming voor en na het Sociaal Pact’, in: D. Luyten en G. Vanthemsche (eds.), *Het Sociaal Pact van 1944. Oorsprong, betekenis en gevolgen* (Brussel 1995) 17-38, aldaar 26-30.

68 ‘Urgentieprogramma van de KVP voor de verkiezingen van 1946’. <http://dnpp.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root/programmas/vp-per-partij/kvp/kvp46.pdf> (geraadpleegd 1 mei 2011).

aanwijzing dat het private initiatief had gefaald. Een actieve rol van de staat was derhalve ook niet nodig. Tegelijkertijd was de kvp ook weer niet helemaal tegen overheidsingrijpen. Verzekeringsplicht was in beginsel geen aantasting van de ‘eigenheid van uitvoering’.<sup>69</sup>

De ARP volgde dit betoog in grote lijnen maar keerde zich tegen het verplichtende karakter van het Ziekenfondsenbesluit. Dit was in strijd met de vrije wil van het individu en een ontkenning van de voorzienigheid Gods. De keuze tussen het wel of niet verzekeren was en bleef een verantwoordelijkheid van de burger.<sup>70</sup> De Staatkundig Gereformeerde Partij (SGP) zette dit sterker aan en wees de ‘onwettige dwang der consciëntie harer onderdanen door de overheid’ via verplichte sociale wetgeving resoluut af. Ook de Volkspartij voor Vrijheid en Democratie (VVD) keerde zich tegen de verplichte verzekering. Dat neigde teveel naar een ‘tè ver doorgevoerd streven naar perfectionisme’ van de overheid.<sup>71</sup> De CPN, eigenlijk Van Rhijns enige medestander, hield vast aan een ‘algemene sociale verzekering voor het gehele volk’ uitgevoerd en beheerd door de staat.<sup>72</sup>

Uit het ziekenfondswezen, met name van de tak van de nog steeds door artsen gedomineerde Maatschappijfondsen, kwamen bevlogen pleidooien voor de restauratie van het vooroorlogse autonome en vrijwillige ziekenfondsbestel. Artsen – en ziekenfondsen – hadden hun antistatelijke houding nog niet verloren. De weemoed naar de vooroorlogse autonomie was in de loop van de jaren onder ziekenfondsbesturen alleen maar gegroeid. Toch was het Ziekenfondsenbesluit niet alleen maar slecht. Het uniforme verstrekkingenpakket werd door de meeste ziekenfondsorganisaties gewaardeerd, evenals de werkgeversbijdrage en het financiële vangnet van het Vereveningsfonds. Ziekenfondsen wrongen zich in vele bochten om juist die aspecten in hun modellen voor een ‘vrijwillig’ bestel te behouden.<sup>73</sup>

De NMG bleef kritisch over het Ziekenfondsenbesluit. De artsenorganisatie had veel van haar zeggenschap over de beroepsgroep ontleend aan de dominante positie in het ziekenfondswezen. Door het

69 Centrum voor Staatkundige Vorming, *Grondslagen voor een wettelijke regeling van de gezondheidszorg* (Den Haag 1948) 12-19; *Rapport inzake de positie van het katholieke ziekenfondswezen, deel van de K.A.B., gezien in het licht van de aan de orde zijnde herziening der sociale zekerheid* (Utrecht 1949) 20-23.

70 G.F. van Balen en G.A. Lindeboom, *Staats-zienzorg* (Zaltbommel 1946) 21; College van advies der Antirevolutionaire Partij, *Rapport inzake wettelijke regeling van het ziekenfondswezen* (Den Haag 1957) 11-12.

71 ‘Urgentieprogram van de vvd voor de verkiezingen van 1948’, <http://dnpp.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root/programmas/vp-per-partij/VVD/vvd48.pdf> (1 mei 2011); ‘Staatkundig-Gereformeerde Partij Program 1946’, <http://dnpp.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root/programmas/vp-per-partij/SGP/sgp46-1.pdf> (11 mei 2011).

72 ‘Program der C.P.N. (De Waarheid) voor de verkiezingen 1946’, <http://dnpp.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root/programmas/vp-per-partij/cpn/cpn46.pdf> (26 mei 2011).

73 Companje, ‘Verzekering van zorg’, 560-562.



Pand van de Ziekenfondsraad aan de P.C. Hooftstraat 162-166 te Amsterdam. De Ziekenfondsraad was hier van 1949 tot 1970 gevestigd.

Stichting Historie Ziekenfondswezen, Amsterdam.

Ziekenfondsenbesluit was de organisatie vleugellam geworden. Maar het ministerie van Sociale Zaken bleek niet bereid de NMG haar oude positie terug te geven. Het departement zat niet om een machtige artsenorganisatie verlegen.<sup>74</sup> Veel huisartsen vonden echter dat de ziekenfondshonoraria te laag waren in vergelijking met het vele werk dat met de ziekenfondsverzekering gepaard ging. In protest hiertegen zegden veel huisartsen in 1946 hun overeenkomst met de ziekenfondsen op. Dit pressiemiddel bleek niet te werken. Veel artsen waren financieel afhankelijk van de ziekenfondspraktijk, zodat de staking niet de ziekenfondsen, maar juist de artsen trof. De NMG liet zich uiteindelijk paaien met een kleine tariefverhoging en vertegenwoordiging in de Ziekenfondsraad.<sup>75</sup>

### De Ziekenfondsraad als bindmiddel

Het mislukken van ‘Van Rhijn’ maakte een aanpassing van het Ziekenfondsenbesluit noodzakelijk. Weliswaar liepen weinig partijen warm voor de regeling, maar het bevatte ook elementen die veel partijen aanspraken. Zo vond de KVP in het besluit de juridische borging van subsidiariteit.<sup>76</sup> De PvdA was op haar beurt erg gecharmeerd van de sturende rol van de overheid. De sociaaldemocraten waren niet tegen private uitvoering, mits regionaal georganiseerd en centraal gecontroleerd. Ook de ARP en VVD konden zich met uitzondering van het verplichtend karakter van de wet, wel vinden in de praktische invulling van de ziekenfondsverzekering die uit het besluit voortvloeide. De verzekering *an sich* was niet slecht en met de private uitvoering was de verzekering niet helemaal verstatelijkt.<sup>77</sup> Enkel de NMG bleef tegensputteren, zij had ook het meest aan invloed en gezag verloren.<sup>78</sup>

De acceptatie van het Ziekenfondsenbesluit werd vereenvoudigd door de naoorlogse mystificaties van Van den Berg. In het rapport over zijn beleid tijdens de bezetting dichtte hij het Nederlandse ambtenarenapparaat een grotere rol toe dan de feiten rechtvaardigden. Het Duitse Ziekenfondsenbesluit werd door hem weinig subtiel maar wel effectief veranderd in een Nederlandse regeling. Door slim spel van Nederlandse ambtenaren zou een door hen voorgekookte regeling probleemloos door de Duitse bezetter zijn geaccepteerd.<sup>79</sup> Drees volgde, bewust of onbewust, dit betoog door in het

74 Van Bottenburg, *Zorg tussen staat en markt*, 80.

75 *Ibidem*.

76 Centrum voor Staatskundige Vorming, *Grondslagen*, 12-19; *Rapport inzake het katholieke ziekenfondswezen*, 20-23.

77 Van Balen en Lindeboom, *Staatsziekenzorg*, 21; ‘Urgentieprogram VVD 1948’; Companje, ‘Verzekering van zorg’, 560-562.

78 NA, Vgz, 872, Brief MC 25 oktober 1945; *Ibidem*, 1348, Rapport Van Mandele.

79 *Verslag van de Commissaris, belast met het toezicht op de Ziekenfondsen over 1941-1942* (Den Haag, Amsterdam 1946) 12-18.

parlement te stellen dat het Ziekenfondsenbesluit er niet toe geleid had ‘dat een niet-Nederlands element in onze wetgeving werd gebracht’.<sup>80</sup>

Een ‘Nederlands’ Ziekenfondsenbesluit zou op minder oppositie stuiten, dan een Duits besluit. Het moest wel eerst worden ontdaan van haar ‘Duitse insluipsels’, waaronder de vrijwel absolute macht van de commissaris van staatstoezicht. Om deze macht aan banden te leggen, werd het idee van een ziekenfondsraad weer uit de kast gehaald. De raad moest een afspiegeling zijn van alle belanghebbenden. Dit betekende dat naast vertegenwoordigers van de overheid ook de premiebetalers, ofwel de werknemers- en werkgeversorganisaties, en de medewerkers – de ziekenfondsen en artsen – in de raad zitting moesten hebben. De Ziekenfondsraad zou als een soort subsidiair orgaan de taak van de overheid overnemen en voortaan de rol van toezichthouder, regelgever en overheidsadviesraad op zich nemen. De Ziekenfondsraad inde en beheerde tevens de gelden van het Vereveningsfonds.

Dit bleek een gouden greep. Niet alleen werd het *Führerprinzip* vervangen door een democratischer geachte raad van belangengroepen, maar iedereen kreeg uiteindelijk wat hij wilde. De werkgevers en werknemers konden meepraten en meebeslissen over de besteding van de ziekenfondsgelden. Voor artsen en ziekenfondsen vormde de opname in de Ziekenfondsraad een gedeeltelijk herstel van hun oude invloedssfeer, al moesten zij accepteren dat de koppeling tussen sociale zekerheid en gezondheidszorg gehandhaafd bleef. De overheid sprak via de sterke ambtelijke inbreng in de Raad een stevig woordje mee, zonder dat zij van ‘staatsocialisme’ kon worden beschuldigd. Voor de sociaaldemocraten vormde de Ziekenfondsraad de belichaming van het streven naar een geïnstitutionaliseerde bestuursvertegenwoordiging van georganiseerde arbeiders.<sup>81</sup> Ook de KVP kon tevreden zijn: de Ziekenfondsraad was een subsidiair orgaan met grote bestuurlijke bevoegdheden.<sup>82</sup>

## Conclusies

Aan het einde van de negentiende eeuw werd vrijwel overal in Europa een begin gemaakt met het invoeren van uitgebreide sociale zekerheidsregelingen, waaronder een sociale ziektekostenverzekering. In Nederland liep dit proces

80 ‘Memorie van Toelichting op het ontwerp van Wet tot instelling van een Ziekenfondsraad’, *Bijlagen van het verslag der handelingen van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 1946-1947*, Kamerstuknummer 321, ondernummer 2.

81 Fortuyn, *Sociaal-economische politiek*, 212-213; ‘Beginselprogramma van de PvdA van 1947’. <http://dnpp.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root/Beginselprogrammas/PvdA/begProg47.pdf> (14 april 2011).

82 Roebroek en Hertogh, ‘*De beschavende invloed*’, 202-204.



echter als snel spaak op tegengestelde politieke opvattingen over de rol van de staat en het maatschappelijke middenveld.

Sociaaldemocraten en progressief-liberalen waren voorstander van een van overheidswege verplicht opgelegde sociale ziektekostenverzekering, uitgevoerd door private organisaties. De katholieken waren niet tegen een overheidsverplichting, zolang de katholieke eigenheid van uitvoering en het subsidiariteitsbeginsel maar waren gewaarborgd. De alliantie tussen orthodox-protestanten en liberalen wist de invoering van sociale ziektekostenverzekering echter lang te blokkeren. Zij wezen om ideologische en religieuze redenen een door de overheid verplichte verzekering af. Het ziekenfondswezen en de artsorganisatie NMG deelden deze antistatelijke houding. Het ziekenfondswezen was en moest privaat blijven.

Pas met de Duitse bezetting werd de ideologische impasse doorbroken. De Duitse bezetter hoefde geen rekening te houden met de bestaande denkbeelden. De economische vervlechting van Nederland en Duitsland eiste de snelle invoering van een sociale ziektekostenverzekering in Nederland. De verantwoordelijke bestuurder, Reinhard Jakob, wilde echter meer. Hij zocht aansluiting bij een nieuwe opvatting over de rol van de staat in het sociale zekerheidsbeleid: de staat die voor alle burgers zorgt. Jakob kwam met een ambitieus plan: een verplichte en sterk gecentraliseerde sociale ziektekostenverzekering voor alle Nederlandse burgers. De Nederlandse ambtenaren waren sceptisch, maar de echte tegenstand kwam uit de Duitse geleerden zelf. Jakobs plan stuitte in Berlijn op ideologische bezwaren en moest uiteindelijk worden ingetrokken.

Het alternatief, het Ziekenfondsenbesluit, was een Bismarckiaans getint compromis: een werknemersverzekering met een vrijwel absolute macht voor de staat die haar werking ontleende aan bestaande Nederlandse wetgeving. Door velen werd het Ziekenfondsenbesluit met instemming begroet: de staat had de ziekenfondsverzekering aan het conflictueuze middenveld onttrokken. Het waren vooral de in hun invloed en autonomie aangetaste artsen en ziekenfondsen die na de oorlog aandrongen op herstel van de 'stateloze' ziekenfondsverzekering. De ziekenfondsen voelden zich gedegradeerd tot uitvoeringsinstanties en veel artsen vonden dat ze via een omweg in staatsdienst waren gekomen. Maar hun verzet haalde weinig uit. Hun macht was tijdens de bezetting gebroken.

Tegelijkertijd had het idee dat de staat een veel actievere rol moest spelen in de sociale bescherming van haar burgers, ook in niet totalitaire maatschappijen ingang gevonden. Het Beveridge-rapport, waarin het idee dat burgerschap en sociale ondersteuning aan elkaar waren gekoppeld voor het Verenigd Koninkrijk werd uitgewerkt, werd door Nederlandse regering in ballingschap enthousiast ontvangen. De invoering van een gelijksoortig totaalpakket aan sociale voorzieningen, vervat in het rapport van de commissie-Van Rhijn, stuitte in het bevrijde Nederland echter direct op de herstelde ideologische en politieke structuren.

‘Van Rhijn’ – eigenlijk de tweede poging sociale zekerheid te centraliseren in de staat – mislukte grotendeels doordat geen enkele partij, behalve de CPN, sociale zekerheid in zijn geheel wilde overhevelen naar de staat: er moest plaats zijn en blijven voor het particulier initiatief. Net als elders in Europa bleek dat ook in Nederland de vooroorlogse denkbeelden tijdens de bezetting niet waren verdwenen. De bestaande regelingen moesten weliswaar worden gemoderniseerd, maar niet vervangen door een totaal nieuw statelijk stelsel.

Het Ziekenfondsenbesluit, dat door zijn Bismarckiaans karakter goed aansloot bij de vooroorlogse denkbeelden van de sociaaldemocraten, werd na de bezetting aangepast aan de katholieke idealen. De absolute macht van de staat, de erfenis van het nationaalsocialisme, werd via de instelling van de Ziekenfondsraad ongedaan gemaakt. Met de Ziekenfondsraad werd de ziekenfondsverzekering weliswaar ‘vermarkt’ maar niet ‘ontstatelikt’. Het was een schoolvoorbeeld van toepassing van het subsidiariteitsbeginsel. De uitvoering van de sociale ziektekostenverzekering lag bij private instellingen: de ziekenfondsen. De Ziekenfondsraad nam als raad van belanghebbenden – waaronder artsen en ziekenfondsen – de controlerende, regulerende en beherende functie van de staat over. Het is de vraag of deze vermenging van het publieke en private domein zonder de Duitse interventie zou zijn gerealiseerd. ◀

**Robert Vonk** (1983) is als promovendus verbonden aan de sectie Medische Geschiedenis, afdeling Metamedica van het VU medisch centrum. Hij werkt aan een proefschrift over de ontwikkeling van het particuliere ziektekostenverzekeringsbedrijf in de twintigste eeuw. Zijn onderzoeksgebieden omvatten naast private ziektekostenverzekeringen en de structuur in financiering van gezondheidszorg ook de geschiedenis van sociale zekerheid en sociale politiek en de verzorgingsstaat. Recente publicaties: R.A.A. Vonk, ‘In It for the Money?: Insurers, Sickness Funds and the Dominance of Not-for-Profit Health Insurance in the Netherlands, in: B. Harris (ed.), *Welfare and Old Age in Europe and North America: The Development of Social Insurance* (Londen 2012) 167-188; T. Duffhues, J. Korsten en R. Vonk, *Van Achlum naar Achmea. De historische route naar een coöperatieve verzekeringsgroep, 1811-2011* (Zutphen 2011) en R.A.A. Vonk, *Een moeilijk maar nuttig werk. Het christelijk karakter van DVZ Zorgverzekeringen in historisch perspectief* (Noordwijk 2009).  
E-mail: r.vonk@vumc.nl.