

Hoofdstuk 1

Voorgeschiedenis: de periode tot 1901

Joost van Genabeek

1 Inleiding

Elke nieuwe wet suggereert een breuk met het verleden. Zo wordt de aanname van de Ongevallenwet in 1901 wel gezien als het vertrekpunt bij de wording van het stelsel van sociale zekerheid in Nederland. Ook in wetenschappelijke kring heeft deze zienswijze aanhang gevonden. Vanwege de reikwijdte van de wet zou deze zelfs een fundamentele breuk met het verleden hebben betekend. Nooit eerder immers werd op het terrein van de sociale zekerheid een regeling getroffen voor zo'n groot sociaal verband. Dit was beslist een politiek en bestuurlijk novum.¹ Een andere denkrichting wordt vertolkt door die wetenschappers die een ononderbroken samenhang zien tussen de periode vóór de Ongevallenwet van 1901 en de periode erna. Zij beschouwen de wet geenszins als een fundamenteel breekpunt, maar als een onderdeel van een geleidelijke transformatie van de sociale zekerheid.²

Deze scheiding der geesten binnen de geschiedschrijving roept de vraag op, in hoeverre de Ongevallenwet 1901 een breuk betekende met het verleden. Wat was er nieuw aan ons moderne sociale zekerheidsstelsel, en in hoeverre was het een voortzetting van al langer bestaande praktijken? Betekende het een verbetering voor de burgers? Hoe beïnvloedden de ervaringen opgedaan met oude regelingen de manier waarop de latere wettelijke ongevallen-, invaliditeits- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen werden georganiseerd? Vragen als deze maken duidelijk dat het een breed en complex vraagstuk betreft, dat niet alleen een genuanceerde interpretatie vergt van de historische feiten, maar vooral ook een gedegen kennis van de situatie voorafgaand aan de Ongevallenwet 1901. Dit hoofdstuk beoogt hierin zoveel mogelijk te voorzien.

Als eerste komen de vroegste vormen van sociale zekerheid in Nederland aan bod: de ambachtsgilden, onderlinge fondsen en bedrijfshulp. We beschrijven achtereenvolgens de organisatievorm ervan en het volume van de geboden sociale zekerheid, het pakket en de voorwaarden, en de claimbeoordeling. Vervolgens komt de ontstaansgeschiedenis van de Ongevallenwet 1901 aan de orde. We besteden daarbij aandacht aan de groeiende maatschappelijke en politieke aandacht voor het welzijn van de arbeidersklasse en de meningsvorming over inmenging van de staat in de sociale zekerheid. We sluiten het hoofdstuk af met een uiteenzetting over de rol van artsen bij de claimbeoordeling.

¹ Zie onder andere Mannoury, 'De ontwikkeling van het sociale verzekeringsstelsel'; Schuyt, Van der Veen, *De verdeelde samenleving*; Berghman et al, *Honderd jaar Sociale Zekerheid in Nederland*. Zie ook Thomson, 'Welfare and the Historians' over de ontwikkelingen in Groot-Brittannië.

² Van Damme, *Armenzorg en de Staat*; Van Leeuwen, *Sociale zorg*; Hoogenboom, *Standstrijd en zekerheid*.

2 Ambachtsgilden

2.1 Organisatievorm en volume

Sedert het begin van de dertiende eeuw verenigden stedelijke ambachtslieden en handelaren zich in belangenorganisaties van beroepsgroepen. Deze ambachtsgilden konden, via het uitvaardigen van een zogeheten 'gildendwang' of 'gildenban', het lidmaatschap van een gilde opleggen als dwingende voorwaarde voor het uitoefenen van bepaalde economische activiteiten. Op basis van deze monopoliepositie regelden de ambachtsgilden niet alleen het aanbod, de kwaliteit en de prijs van producten, maar ook de arbeidsvoorwaarden en de sociale voorzieningen van allen die bij de economische activiteiten van het gilde betrokken waren.³

Bij de meeste gilden konden alleen zelfstandige ambachtslieden en handelaren zich aansluiten. In een aantal steden bestonden evenwel ook corporaties voor loonarbeiders. Deze werden in de regel aangeduid als 'knechtsgilde' of 'knechtsbos'. Het hoofddoel van de knechtsgilden en knechtsbossen was het organiseren van ondersteuning in geval van ziekte, ongeval en overlijden.⁴ Sommige waren nauw aan een ambachtsgilde gelieerd. In zo'n geval namen de in een ambachtsgilde verenigde bazen het initiatief tot de oprichting van een knechtsgilde of -bos, stelden het reglement op en verplichtten de arbeiders tot deelname. Voor de bazen was dit laatste een middel om de arbeiders aan hun bedrijven te binden.

Op basis van nationale enquêtes uit 1796 en 1798, aangevuld met gegevens uit plaatselijke archieven, blijkt dat omstreeks 1800 in totaal 1.380 ambachtsgilden bestonden, verspreid over 108 Nederlandse steden en enkele dorpen. In de steden organiseerden zij een kleine dertig procent van de beroepsbevolking.⁵ Met name de ambachtsgilden in de grote steden speelden een belangrijke rol in de plaatselijke sociale zekerheid. Zo ondersteunden de Amsterdamse ambachtsgilden in 1811 tussen de 8.000 en 9.000 ambachtslieden. Dit betrof ruim vier procent van de Amsterdamse bevolking. Als men in ogenschouw neemt dat de armenzorginstellingen drie à vier procent aan permanent bedeelden onder hun hoede hadden, was het aandeel van de ambachtsgilden in de sociale zekerheid dus relatief groot. Bovendien waren de uitkeringen van de ambachtsgilden over het algemeen hoger dan die van de armenzorg.

De ambachtsgilden zijn tussen 1798 en 1820 afgeschaft op grond van een viertal wettelijke besluiten. De gildenbossen werden met het KB van 26 juli 1820 geliquideerd. Alle bezittingen van de ambachtsgilden kwamen toen onder het beheer van de gemeenten.⁷

3 Bos, "Uyt liefde tot malcander", 33-46; Prak, 'Ambachtsgilden vroeger en nu', 10-33.

4 Timmer, *Knechtsgilden en knechtsbossen in Nederland*, 196-198.

5 Zie hiervoor Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 59-60.

6 a.w., 65.

7 Van Genabeek, 'De afschaffing van de gilden en de voortzetting van hun functies', passim.

Het regelen van sociale voorzieningen voor de leden was van meet af aan een belangrijke functie van de ambachtsgilden. Gildenbroeders konden bij ziekte, ongeval, ouderdom en overlijden rekenen op ondersteuning van het gilde. In veel gevallen betrof het hulp in natura met een informeel karakter. In grote steden als Dordrecht en Utrecht gingen ambachtsgilden al sinds het einde van de veertiende eeuw ertoe over om financiële bijstand te verlenen, waarbij zij rechten en plichten in reglementen vastlegden. Later volgden de gilden in andere steden hun voorbeeld.⁸ Uit deze financiële ondersteuningsregelingen zijn in de loop van de zeventiende- en achttiende eeuw tamelijk ingenieuze verzekeringsarrangementen tot stand gekomen.

De verzekeringen van ambachtsgilden tegen de gevolgen van ongeval en invaliditeit maakten meestal onderdeel uit van ziekengeldregelingen. Leden die door ongeval of invaliditeit werden getroffen, hadden recht op een tegemoetkoming in de gederfde inkomsten en op medische behandeling. De uitkering dekte naar de huidige maatstaven slechts een klein gedeelte van de inkomstenderving (variërend van dertig tot vijftig procent). Bij volledige arbeidsongeschiktheid was dan ook aanvullende ondersteuning van familie, bureu, diaconie, etc. onmisbaar. Een bepaalde uitkeringstermijn werd meestal niet vastgesteld. De zieke ontving een uitkering zolang hij niet in staat was arbeid te verrichten.⁹ Sommige gilden hielden er vormen van onderstand op na om te voorkomen dat gildenbroeders buiten hun eigen schuld in armoede vervielen.¹⁰

De ambachtsgilden financierden de uitkeringen met inkomsten uit entreegelden, contributies, boetes voor overtredingen van gildenregels, en belastingheffing. Bovendien kregen gilden gelden binnen van niet-leden. Ambachtslieden van buiten die tijdelijk met toestemming van het gilde in de stad werkten, waren namelijk verplicht een afkoopsom aan het gilde te betalen. Ook gebruikten gilden de gelden uit erfstellingen en legaten voor het verstrekken van uitkeringen. Desalniettemin konden ambachtsgilden niet altijd even eenvoudig financiële bijstand bekostigen. In tijden dat zij aan veel leden tegelijk uitkeringen moesten verstrekken, dreigde nog wel eens het gevaar dat de kas leeg raakte. Teneinde een grotere financiële zekerheid te verkrijgen, schakelde sedert de zeventiende eeuw een aantal ambachtsgilden in met name Amsterdam en Rotterdam geleidelijk over naar een vorm van kapitaaldekking door reserves te vormen. Zij werden daartoe aangezet door de stedelijke overheden. Geld dat na inning van contributies en heffingen overbleef, belegden zij in schuldbrieven of onroerend goed. Het voordeel van het vormen van reserves was dat de ambachtsgilden de hoogte van de uitkering min of meer konden garanderen, terwijl de contributies niet zo sterk hoefden te fluctueren. De reserves dienden als een soort buffer

8 Bos, "*Uyt liefde tot malcander*", 46-48; Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 52-53.

9 Bos, "*Uyt liefde tot malcander*", 68-70, 97-100, 118-119.

10 Zie bijvoorbeeld Bos, "*Uyt liefde tot malcander*", 75-76, 121-123.

tegen onvoorziene gebeurtenissen, zoals het indienen van veel claims in korte tijd of bepaalde financiële tegenvallers.¹¹

Aan het einde van de 18e eeuw hadden de ambachtsgilden aanzienlijke reserves opgebouwd. Naast onroerend goed bezaten zij kapitalen aan obligaties. Het aankopen van obligaties was een veilige belegging, omdat het langlopende leningen waren die voor vele jaren rente opleverden. Hoewel de ambachtsgilden van het stadsbestuur in de regel geen obligaties mochten verkopen ter financiering van de uitkeringen, konden zij de renteopbrengst ervan meestal vrijelijk besteden. Vaak waren de renteopbrengsten zo groot dat de ambachtsgilden een belangrijk gedeelte van de uitkeringen ermee konden financieren. Ambachtsgilden met reserves boden over het algemeen de beste sociale voorzieningen aan.¹²

2.3 Claimbeoordeling

De claimbeoordeling bij de ambachtsgilden was primair een aangelegenheid van de bestuursleden van het gilde: de 'overlieden'. De overlieden bepaalden of een lid van het gilde in aanmerking kwam voor een uitkering. Zij konden daarbij niet terugvallen op uniforme beoordelingscriteria, uitvoeringsinstructies en beoordelingsinstrumenten, omdat de ambachtsgilden deze niet kenden. De claimbeoordeling vond plaats op grond van de indruk die de overlieden tijdens een huisbezoek kregen van de kwaal of de kwetsuur van de eisers. Het individuele inschattingsvermogen van de bestuursleden en in zekere mate ook de ervaringen met vergelijkbare gevallen uit het verleden bepaalden de claimbeoordeling bij de ambachtsgilden.¹³

Het claimbeoordelingsproces was zodoende nogal eenvoudig. Een lid van het gilde dat door ziekte, ongeval of invaliditeit niet in staat was te werken en in aanmerking wilde komen voor een uitkering, moest contact opnemen met de overlieden. Vervolgens ging één van de overlieden bij de patiënt op bezoek om de ernst van de kwetsuur in ogenschouw te nemen. Tijdens deze visitatie werd de aanvrager getest, bijvoorbeeld op het zelfstandig kunnen staan en het maken van bepaalde bewegingen die naar het oordeel van de overlieden belangrijk waren voor het uitoefenen van het ambacht. Een systeem van verzekerde kwalen en gebreken kenden de gilden niet. Enkele gildenbossen gingen niet verder dan het maken van een onderscheid tussen 'liggende' en 'staande' ziekten en kwalen, waarbij de eerste categorie recht gaf op een hogere uitkering dan de tweede.¹⁴

Tijdens een huisbezoek toetsten de overlieden de verschillende uitkeringsvoorwaarden. Een uitkering werd namelijk alleen verstrekt als de eiser van onbesproken gedrag was, aan zijn of haar financiële verplichtingen jegens het gilde had voldaan en

11 Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 63-65.

12 a.w., 65; Nadere informatie voor drie Amsterdamse ambachtsgilden, zie Bos, "*Uyt liefde tot malcander*", hoofdstuk 3.

13 Zie bijvoorbeeld Bos, "*Uyt liefde tot malcander*", 165.

14 a.w., 191, 225.

zich niet schuldig had gemaakt aan het bewust vergroten van het ziekte- of ongeval-
lenrisico. Bij twijfel volgde een tweede bezoek van enkele overlleden gezamenlijk. Als
de eiser in de ogen van de overlleden niet in staat was om voor zijn of haar inkomsten
te zorgen, kwam hij of zij in aanmerking voor een uitkering. Meestal vond dan na een
periode variërend van één tot twee weken een controle plaats, om vast te stellen of
de ziekte of arbeidsongeschiktheid duurzaam was. Pas na deze controle werd de eiser
formeel als 'trekkend lid' erkend en begon het gilde met de uitkeringsverstrekking.¹⁵
Zolang als een trekkend lid een uitkering genoot, diende hij te voldoen aan bepaalde
voorwaarden. Zo mocht een zieke zich op straffe van stopzetting van de uitkering niet
op straat begeven; noch extra inkomsten verwerven via het verrichten van thuiswerk.
Zowel de overlleden als de gewone leden van het gilde hielden in de gaten, of hij de
uitkeringsbepalingen wel voldoende naleefde. De overlleden hadden de bevoegdheid
huisbezoeken af te leggen, waaraan de trekkende leden verplicht waren mee te wer-
ken.¹⁶

In de achttiende eeuw raakte de medische beroepsgroep geleidelijk betrokken bij
de claimbeoordeling van de ambachtsgilden. Het begon ermee dat overlleden bij twijfel
om een medische verklaring vroegen van een dokter of chirurgijn. Na verloop van
tijd ging de medische verklaring meer en meer een vast onderdeel uitmaken van het
claimbeoordelingsproces. De directe aanleiding was veelal gelegen in een stijging van
het aantal trekkende leden, of een verslechtering van de financiële positie van het
gilde. Door het betrekken van medische deskundige bij de claimbeoordeling dacht
men het aantal trekkende leden te beperken.¹⁷

Op de achtergrond hebben ongetwijfeld tevens overwegingen van meer sociale
aard meegespeeld bij het geven van een rol in de claimbeoordeling aan de medi-
sche beroepsgroep. De vooraanstaande positie van de overlleden binnen de gilden-
organisatie kon een belemmering zijn voor een objectieve boordeling van claims.
Ambachtsgilden vormden vaak hechte sociale verbanden. In deze sociale context wer-
den overlleden al snel ervan beschuldigd dat zij bepaalde leden voortrokken. Men
mag aannemen dat overlleden via het vragen van een medische verklaring hun ver-
antwoordelijkheid voor de claimbeoordeling enigszins probeerden af te schuiven op
de dokters en chirurgijns. Verkeerde inschattingen waren dan in ieder geval niet meer
uitsluitend op hun conto te schrijven.

15 a.w., 118.

16 a.w., 192.

17 a.w., 98.,

3 Onderlinge fondsen

3.1 Organisatievorm en volume

'Onderling fonds' is een verzamelbegrip voor een grote variëteit aan vrijwillige verzekeringsorganisaties zonder winstoogmerk, die vóór 1900 een belangrijke rol speelden in het verzekeren van het ziekte- en ongevalrisico. Aan de ene kant bestonden er onderlinge fondsen die zich uitsluitend toelegden op het aanbieden van verzekeringen. Zij namen de vorm aan van fondsen van en voor beroepsgenoten (de beroepsgebonden onderlinge fondsen), en fondsen waartoe een naar beroep en stand gevarieerde groep toetrad (de algemene onderlinge fondsen). Aan de andere kant bestonden er verenigingen waarbij de verzekeringen onderdeel uitmaakten van een breder pakket van voorzieningen ter belangbehartiging van de leden, zoals het bedingen van betere primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden, scholing en voorlichting. Deze verenigingen zijn weer uit te splitsen in verenigingen voor beroepsgenoten (de vakverenigingen) en de verenigingen voor de gehele werkende stand (de werkliedenverenigingen).

Kenmerkend voor de onderlinge fondsen was dat de leden een grote, vaak directe invloed uitoefenden op het bestuur. Naast dat de bestuurders gewoonlijk uit en door de leden werden gekozen, hadden de leden inspraak tijdens ledenvergaderingen, en namen zij besluiten. De doelgroep van onderlinge fondsen viel grofweg samen met de maatschappelijke middengroepen: kleine zelfstandigen, ambachtlieden en arbeiders met regelmatige inkomsten. Zij beschikten over onvoldoende middelen om zich zelfstandig in te dekken tegen aanslagen op de bestaanszekerheid. De eerste onderlinge fondsen kwamen in de zestiende eeuw tot stand in Amsterdam, Delft en Leiden. In hoofdzaak waren het beroepsgebonden fondsen die gelieerd waren aan ambachtsgilden. In de zeventiende en achttiende eeuw kwamen ook in andere steden onderlinge fondsen tot stand. Naast beroepsgroepen gingen toen ook groepen arbeidsmigranten en vluchtelingen zich organiseren. Bovendien zag in de achttiende eeuw een groot aantal algemene onderlinge fondsen het levenslicht.¹⁸

De afschaffing van de ambachtsgilden en hun sociale voorzieningen in de jaren 1798-1820 luidde een stijging in van het aantal onderlinge fondsen. Veel ambachtlieden en arbeiders raakten verstoken van de verplichte sociale voorzieningen van de gilden en moesten omzien naar alternatieve verzekeringsvormen. In een groot aantal steden ontpopten de verzekeringen van de onderlinge fondsen zich als het belangrijkste alternatief voor de sociale voorzieningen van de gilden. De vrijwillige onderlinge fondsen zetten dan ook op een aantal punten de traditie van ambachtsgilden voort. Zij organiseerden ongeveer dezelfde maatschappelijke groepen (kleine zelfstandigen, ambachtlieden en arbeiders met regelmatige inkomsten) en verzekerden de leden tegen ongeveer dezelfde risico's (ziekte, ongeval en overlijden).¹⁹

18 Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 71-77.

19 a.w., hoofdstuk 3.

Vanzelfsprekend was er ook sprake van verandering. Terwijl de ambachtsgilden door het verplichte lidmaatschap verzekerd waren geweest van een bepaald aantal leden, werden de vrijwillige onderlinge fondsen gedwongen om potentiële verzekeren over te halen om zich bij hen aan te sluiten. Met name bij veel beroepsgebonden fondsen dreigde een ledentekort, omdat de doelgroep beperkt in omvang was. Bovendien hadden veel beroepsgebonden fondsen te kampen met een ongunstige risicoselectie. Personen die bij de uitoefening van hun beroep relatief veel risico liepen, meldden zich maar al te graag aan als lid en vroegen snel en vaak om een uitkering, terwijl de personen met betrekkelijk weinig risico's wegbleven. Veel beroepsgebonden fondsen reageerden daarop door de doelgroep te verbreden tot personen van buiten de oorspronkelijke doelgroep. De fondsen die deze strategie succesvol toepasten, veranderden geleidelijk in algemene fondsen. Veel beroepsgebonden fondsen wisten evenwel een dergelijke omslag niet te maken en reddden het bijgevolg niet.²⁰

Algemene onderlinge fondsen hadden over het algemeen minder last van een ledentekort of een ongunstige risicoselectie, omdat zij zich richtten op een bredere doelgroep (veelal alle burgers van een plaats), waaruit gemakkelijker personen met goede risico's waren te werven. In de loop van de negentiende eeuw kwam dan ook een groot aantal nieuwe algemene fondsen tot ontwikkeling. Daarnaast nam in de laatste kwart van de negentiende eeuw de betekenis van de vakverenigingen en werkliedenverenigingen snel toe. Dit hield verband met de opkomende arbeidsbeweging, die het aanbieden van verzekeringen beschouwde als één van de kernactiviteiten ter behartiging van de maatschappelijke belangen van de werkende stand.

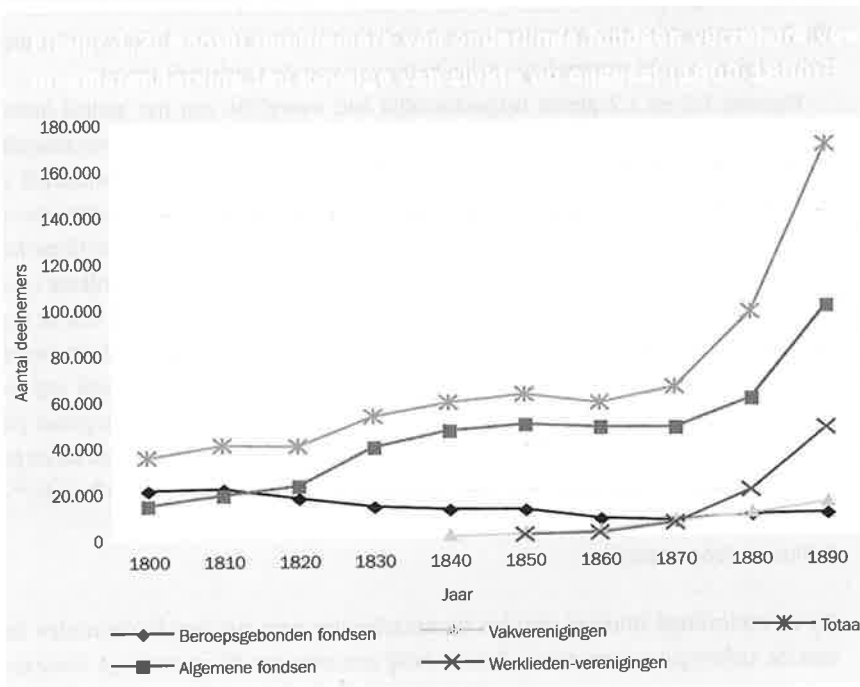
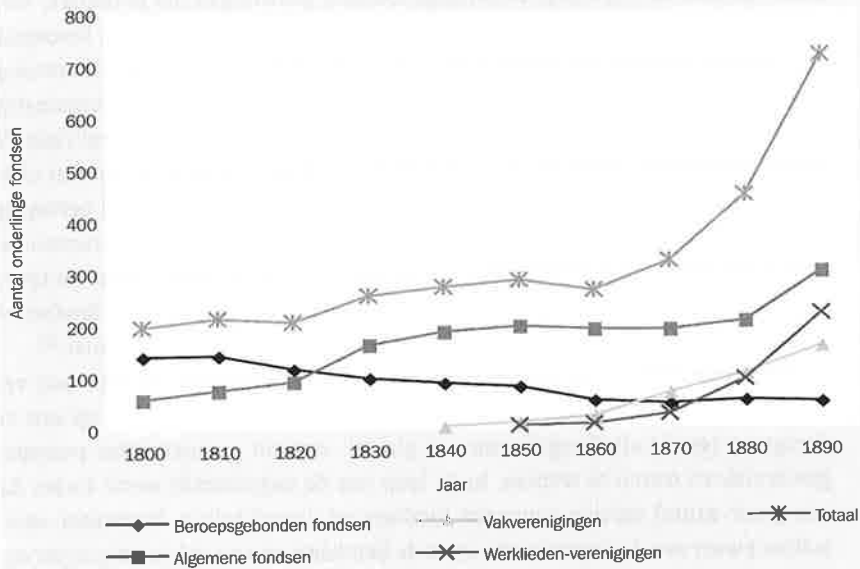
Figuren 1.1 en 1.2 geven respectievelijk een overzicht van het aantal onderlinge fondsen met een ziekgeld en/of ongevallenverzekering, en het aantal verzekerde deelnemers gedurende de jaren 1800-1890. De figuren laten zien dat de betekenis van de beroepsgebonden onderlinge fondsen vanaf het begin van de negentiende eeuw afnam, terwijl de betekenis van de overige typen toenam. De algemene onderlinge fondsen ontwikkelden zich in de loop van de negentiende eeuw tot het belangrijkste type. Alle onderlinge fondsen tezamen verzekerden in 1810 een kleine vijf procent van de beroepsbevolking voor inkomstenderving ten gevolge van ziekte. In 1890 was dit percentage gestegen tot ruim tien procent. Overigens waren de onderlinge fondsen erg ongelijk over het land verspreid. In bepaalde grote steden kwam de organisatiegraad (als percentage van de beroepsbevolking) gedurende de negentiende eeuw boven de 25 procent uit, terwijl deze in bepaalde plattelandstreken de vijf procent niet eens haalde.²¹

3.2 *Pakket en voorwaarden*

Bij de onderlinge fondsen maakte de verzekering voor het ongevallenrisico deel uit van de ziekgeldverzekering. Ruim zestig procent van de onderlinge fondsen hield

²⁰ a.w., 87-98.

²¹ a.w., 84-86.



22 Figuren 1,1 en 1.2 zijn gebaseerd op digitale bewerkingen van enquêtes en onderzoeken naar negentiende eeuwse verzekeringsorganisaties. Een uitgebreide beschrijving van deze bronnen en de digitale bewerking ervan is terug te vinden in: Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, bijlage 2.

23 Idem.

er in de negentiende eeuw een ziekengeldverzekering op na.²⁴ De hoogte van het ziekengeld verschilde sterk per regio. Zo waren omstreeks 1830 de uitkeringen bij ziekte en ongeval in Noord-Holland twee keer zo hoog als die in Noord-Brabant en Overijssel (fl 3,- tegen fl 1,50). De grote regionale verschillen in de hoogte van de uitkeringen hielden verband met de lonen, die in de westelijke provincies aanzienlijk hoger waren dan in de rest van het land. De gemiddelde vergoeding van het loon bij ziekte (het reële ziekengeld) varieerde van veertig procent tot vijftig procent van het loon en geeft daarmee veel kleinere verschillen tussen de provincies te zien.²⁵

Typend voor de ziekengeldverzekeringen van de onderlinge fondsen was de beperkte uitkeringstermijn. Deze varieerde van een half jaar tot een jaar, waarna in de regel een lagere vervolguitkering kwam voor langdurig zieken en invaliden. Ook de vervolguitkering was aan een vaste termijn gebonden (eveneens variërend van een half jaar tot een jaar).²⁶ Na afloop van de twee uitkeringstermijnen verloren de leden in principe al hun uitkeringsrechten. Zij werden voor hun levensonderhoud afhankelijk van hun directe omgeving (gezinsleden) of van de plaatselijke armenzorg. In dit opzicht verschilden de ziekengeldverzekeringen van de onderlinge fondsen sterk met die van de ambachtsgilden, die zoals wij zagen meestal voor onbepaalde tijd zieke leden ondersteunden.

Vergeleken met de ambachtsgilden waren de verzekeringen van de onderlinge fondsen sterk gereguleerd. Met name het lidmaatschap en de uitkeringsverstrekking waren opgehangen aan strenge en gedetailleerde bepalingen die nauwkeurig in reglementen en voorschriften werden vastgelegd. Een veel voorkomende praktijk was, dat leden als bewijs van hun lidmaatschap hun handtekening moesten zetten onder een gedrukt of geschreven exemplaar van het reglement. Hiermee verklaarden zij de regels van het fonds te kennen en te eerbiedigen.

Door het vrijwillige lidmaatschap was er bij onderlinge fondsen vaak een groot verloop van leden, waardoor bestuurders zich moeilijk een beeld konden vormen van ziekte- en ongevallenrisico's waaraan de leden in het dagelijks leven bloot stonden. De ver doorgevoerde reglementering was een antwoord van de fondsbesturen op het gebrek aan inzicht dat zij bijgevolg hadden in de risicoprofielen van de leden. Door concrete regels te stellen en deze op schrift onder de leden te verspreiden, probeerden zij uitkeringsaanspraken te beheersen.

In de eerste plaats sloten de fondsen bewust risicogroepen voor het lidmaatschap uit, zoals ouderen, zieken, gehandicapten en psychisch gestoorden. In principe konden alleen personen zich als lid inschrijven bij wie het risico op ziekte klein was, bijvoorbeeld omdat zij jong, gezond en van onbesproken gedrag waren. Veel fondsen stelden toelatingseisen door het stellen van minimum- en maximumleeftijdsgrenzen. De minimumleeftijd om aan de ziekengeldverzekeringen te mogen deelnemen schommelde tussen de 16 en 20 jaar; de maximumleeftijd tussen de 50 en 60 jaar. Soms

24 a.w., 83-86, 267-268.

25 a.w., 116-117.

26 a.w., 112. Vergelijk Bos, "*Uyt liefde tot malcander*", 68-70, 97-100, 118-119.

konden jongeren toetreden tegen een lagere contributie en ouderen tegen een hogere contributie. Andere fondsen maakten de hoogte van de contributies en uitkeringen afhankelijk van de leeftijd van toetreding. Naarmate men langer lid was, daalden de contributies en stegen de uitkeringen.

3.3 Claimbeoordeling

De reglementen van onderlinge fondsen bevatten ook veel regels ten aanzien van de uitkeringsverstrekking. Teneinde de aanspraken op een uitkering te kunnen verifiëren, begonnen de onderlinge fondsen pas na enige dagen van ziekte uit te keren. Deze wachttijd of 'karentijd' kon 3 tot 14 dagen beslaan. In de tussentijd werd de claim onderzocht. Daartoe bezocht een afvaardiging van het fonds het zieke lid thuis, of vroeg ter bewijs van ziekte om een verklaring van een dokter. Ook sprak deze de mensen in de omgeving van de eiser aan (zoals burens, werkgevers of collega's) om vast te stellen hoe de ziekte of het gebrek was ontstaan, en in hoeverre de aanvrager daar zelf schuldig aan was. De reglementen bevatten nauwelijks beschrijvingen van de ziektes en verwondingen die recht gaven op een uitkering. Het was aan de claimbeoordelaars van de onderlinge fondsen om te bepalen of een lid als gevolg van ziekte of ongeval arbeidsongeschikt was en daarmee in aanmerking kwam voor ondersteuning.²⁷ De medische inzichten waarop de claimbeoordelaars hun oordelen baseerden en de methoden en instrumenten die zij daarbij hanteerden zijn ons niet bekend.

Net zoals bij de ambachtsgilden waren de trekkende leden van onderlinge fondsen aan extra regels gebonden. Zo mochten zij geen extra inkomsten hebben, en dus ook geen ondersteuning ontvangen buiten het fonds om. Veel fondsen keerden dan ook niet uit of beëindigden de uitkering als de zieke 'ten huize van zijn meester' of in een ziekenhuis werd verpleegd.²⁸ Onderlinge fondsen traden vooral streng op als trekkende leden onvoldoende meewerkten aan herstel, bijvoorbeeld door zich op straat te begeven. Ook het bewust vergroten van risico's werd streng bestraft. Als trekkende leden bijvoorbeeld in een kroeg werden aangetroffen, konden zij rekenen op een forse boete of zelfs een royement.²⁹

In de eerste plaats waren het de bestuurders van de onderlinge fondsen die belast werden met de taak van het toetsen van claims aan de reglementen. Het betrof een lastige taak. De in de negentiende eeuw verschenen onderzoeksrapporten over onderlinge fondsen maken uitvoerig melding van klachten van bestuurders over de misleiding waaraan zij blootstonden van de kant van de leden.³⁰ Opmerkelijk in dit verband is de melding in het onderzoeksverslag van de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen dat met name de claimbeoordeling van vrouwen op problemen stuitte. Volgens de onderzoekers van het Nut waren bestuurders van onderlinge fondsen vaak geneigd

27 Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 118.

28 Stoeder et al, *De ziekenfondsen in Nederland*, 33.

29 Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 117-118.

30 Zie: Fondsen-Enquête (1892); Stoeder et al, *De ziekenfondsen in Nederland*; Directie van den Arbeid (1912).

om noodgedwongen volledig af te gaan op de verhalen die hen werd verteld, omdat zij ervoor terugdeinsden vrouwen fysiek te onderzoeken. De norm was dat de mens niet bloot gezien mocht worden en ook zichzelf niet naakt mocht zien. De onderzoekers omschreven het bestuurslidmaatschap van een onderling fonds dan ook als ‘de lastigste betrekking en eene, die heel wat ervaring eischt, ja, waarbij om haar naar behooren waar te nemen een uiterst ontwikkeld onderscheidingsvermogen behoort’.³¹

Teneinde hun taak te verlichten riepen fondsbesturen de diensten in van geneeskundigen. Reeds in het begin van de negentiende eeuw hadden de meeste onderlinge fondsen in de grote steden geneeskundigen in dienst.³² De geneeskundigen sloten met het fonds een vast contract af, waarin afspraken werden vastgelegd over de uit te voeren taken, de omvang van het patiëntenbestand en het honorarium. De sterke band die deze gecontracteerde geneeskundigen ontwikkelden met onderlinge fondsen leverden hen ook wel de naam op van ‘busdokter’. Naast de keuring van kandidaat-leden en de beoordeling van uitkeringsaanvragen zorgden zij vaak ook voor de geneeskundige behandeling van zieke leden.

Door deze combinatie van functies verkregen de busdokters een grote invloed in het bepalen van de inhoud van de door onderlinge fondsen georganiseerde sociale voorzieningen; hetgeen nog wel eens op bezwaar stuitte bij de uit ambachtlieden en arbeiders bestaande fondsbesturen. Pogingen van fondsbesturen om hun invloed te beteugelen, mondden herhaaldelijk uit in conflicten over beoordelingen en de kosten van geneeskundige behandeling. Het ging daarbij lang niet altijd alleen om zakelijke geschillen. Dat ambachtlieden en arbeiders iets te zeggen wilden hebben over de werkzaamheden en honoraria van de veelal universitair geschoolde geneeskundigen, moest wel tot irritatie leiden in de standengevoelige negentiende-eeuwse samenleving. De machtsstrijd en de daarmee gepaard gaande strubbelingen tussen medische professionals en amateur-bestuursleden hebben de onderlinge fondsen gedurende lange tijd een slechte naam bezorgd bij de medische beroepsgroep.³³

4 Bedrijfshulp

4.1 Organisatievorm en volume

Blijkens de nijverheidsstatistieken van de ingenieurs H.W.E. Struve en A.A. Bekaar uit 1888-1890³⁴ leverden aan de vooravond van de invoering van de Ongevallenwet

31 Stoeder et al, *De ziekenfondsen in Nederland*, 85.

32 Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 178-179.

33 a.w., 178-184.

34 Een origineel exemplaar van de enquête van Struve en Bekaar bevindt zich in het Nationaal Archief in Den Haag. Een kopie en een digitale bewerking ervan is aanwezig bij het Nederlands Economisch Historisch Archief in Amsterdam (Bijzondere collecties, Kopie nijverheids-enquête van Struve en Bekaar 1889). Voor meer informatie, zie Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 329-331.

1901 bedrijven een belangrijke bijdrage aan de sociale zekerheid van werknemers. In opdracht van de regering bezochten Struve en Bekaar 3.154 fabrieken en werkplaatsen. Zij troffen in 64 procent ervan enige vorm van ondersteuning voor het personeel aan. Deze bedrijven hadden gezamenlijk een kleine 94.000 werknemers in dienst; ofwel 75 procent van het totaal aantal arbeiders dat bij de geënquêteerde fabrieken en werkplaatsen werkzaam was. Toch zal het percentage van de arbeiders dat daadwerkelijk bij inkomstenderving in aanmerking kwam voor een ondersteuning van het bedrijf, wel enigszins lager hebben gelegen dan deze 75 procent. Niet alle werknemers konden namelijk in gelijke mate profiteren van de sociale voorzieningen. In sommige bedrijven waren die slechts voor een deel van de werknemers bestemd, bijvoorbeeld alleen voor het personeel dat in vaste dienst was.

Tijdens hun bezoeken aan de bedrijven stuitte Struve en Bekaar op een grote variëteit aan voorzieningen voor bedrijfshulp bij ziekte, ongeval, invaliditeit, ouderdom en overlijden. De veelsoortige regelingen kunnen worden onderverdeeld in de volgende vier typen: 1. facultatieve ondersteuning; 2. zelfhulp; 3. verzekeringen via particuliere fondsen; en 4. fabrieksfondsen. De kwantitatieve bevindingen ten aanzien van deze typen voorzieningen zijn in tabel 1.1 verwerkt. Erna volgt een toelichting op de vier typen.

Tabel 1.1: *Gemiddeld aantal werknemers van de fabrieken en werkplaatsen met sociale voorzieningen, 1888-1890*

Typen ondersteuning	fabrieken		werknemers		gemiddeld aantal werknemers per fabriek
	aantal	% van totaal	aantal	% van totaal	
Type 1: facultatief	937	30	30.572	24	33
Type 2: zelfhulp	548	17	18.749	15	34
Type 3: via part. fondsen	89	3	3.406	3	38
Type 4: fabrieksfondsen	432	14	41.080	33	95
Subtotaal	2.006	64	93.807	75	47
Zonder voorzieningen	1.148	36	31.127	25	27
Totaal	3.154	100	124.934	100	40

Bron: Van Genabeek, Met vereende kracht risico's verzacht, 215.

Facultatieve ondersteuning door de werkgever

Het eerste type bedrijfshulp dat Struve en Bekaar aantroffen, was de facultatieve ondersteuning door de werkgever. Deze kon de vorm aannemen van hulp in natura, of het geheel of gedeeltelijk doorbetalen van het loon. Ook kwam het voor dat zieke en oudere werknemers lichter werk aangeboden kregen tegen een lager loon, totdat zij echt helemaal niet meer konden werken of stierven. De omvang van de hulp hing af

van de diensten die de betrokken werknemer het bedrijf had bewezen, en de ernst van de omstandigheden waarin hij of zij verkeerde.

Struve en Bekaar kwamen dergelijke voorzieningen met name tegen in de kleinschalige bedrijven waar een gering aantal werknemers met een min of meer vast dienstverband werkzaam was. De kleinschaligheid van de bedrijven bracht met zich mee dat de werkgevers de werknemers doorgaans persoonlijk kenden en betrekkelijk goed op de hoogte konden zijn van ieders bijzondere levensomstandigheden.

Tabel 1 geeft aan dat het personeelsbestand van deze bedrijven op gemiddeld 33 personen lag. Hierbij ging het hoofdzakelijk om de bedrijfstakken voeding en genotmiddelen, meubelfabricage en houtverwerking, leerverwerking en schoenenfabricage, en de chemie. In deze laatste bedrijfstak kreeg zelfs meer dan de helft van de werknemers bij inkomstenderving als gevolg van ziekte, ongeval, invaliditeit en ouderdom enige ondersteuning van de werkgever.

Zelfhulp

Het tweede door Struve en Bekaar aangetroffen type bedrijfshulp betrof de onderlinge hulpverlening, ofwel zelfhulp: de steun die de werknemers van het bedrijf elkaar onderling verstrekten. Hierbij waren het de werknemers zelf die de sociale voorzieningen organiseerden. Onderling bepaalden zij wie ervoor in aanmerking kwam. Ofschoon de zelfhulp een antwoord was op het niet voorhanden zijn van steun van de zijde van de werkgever, stond deze er veelal positief tegenover. Sommige werkgevers verstrekten zelfs subsidies op de vanwege de zelfhulp uitgekeerde steun.

Aan de regelingen van onderlinge hulp nam slechts een klein aantal, merendeels mannelijke werknemers deel. Gelet op het beperkte deelnemersaantal was dit type aanzienlijk minder belangrijk dan de overige typen. De zelfhulp was relatief vaak te vinden bij de bedrijfstakken waar losse verhoudingen heersten tussen werkgevers en werknemers: de voeding en genotmiddelen, transportmiddelen, baksteen, aardewerk en glas, en de bouw.

Verzekeringen via particuliere fondsen

Type drie betrof voorzieningen die werden georganiseerd door onafhankelijk van het bedrijf opererende particuliere verzekeringsfondsen. Struve en Bekaar schaalden er, naast de onderlinge fondsen, tevens de vak- en werkliedenorganisaties onder, alsmede de bedrijfstakfondsen. Vak- en werkliedenorganisaties waren organisaties voor het behartigen van de belangen van specifieke beroepsgroepen, dan wel de gehele werkende klasse. Bedrijfstakorganisaties waren door een aantal werkgevers gezamenlijk opgericht om sociale voorzieningen te verzorgen voor werknemers van verschillende fabrieken.

Zoals af te lezen uit tabel 1, ging het bij dit type voornamelijk om betrekkelijk kleine bedrijven met gemiddeld 34 werknemers. De werkgevers ervan achtten zich, bijvoorbeeld doordat het bedrijf slechts over beperkte financiële middelen beschikte, niet in staat de ondersteuning van behoeftige werknemers geheel zelf te organiseren,

of zij waren daartoe eenvoudigweg niet bereid. Dit laatste was nog wel eens het geval als het bedrijf voornamelijk met tijdelijke arbeidscontracten werkte. De werkgevers voelden zich voor de sociale zekerheid van tijdelijke arbeidskrachten namelijk minder snel verantwoordelijk, aangezien zij bij hen een verhoogd risico liepen dat de oorzaken van ziekte of ongeval buiten het bedrijf gelegen waren. Daarnaast vonden werkgevers het vaak niet nodig om zelf voorzieningen in het leven te roepen, als al veel arbeiders waren aangesloten bij particuliere fondsen. Over het algemeen stimuleerden werkgevers het personeel om verzekeringen bij particuliere fondsen af te sluiten; bijvoorbeeld door uitkeringen van de particuliere fondsen aan te vullen met bijdragen van het bedrijf.

Met name werknemers in de grafische industrie, de diamantindustrie en de bouwnijverheid waren relatief vaak buiten het bedrijf om verzekerd bij onderlinge fondsen, vak- en werkliedenverenigingen en bedrijfstakfondsen. De vak- en werkliedenverenigingen boden vrijwel uitsluitend ziekengeldverzekeringen aan.

De bedrijfstakfondsen daarentegen, en dan met name die voor werknemers in de bouw, legden zich relatief vaak toe op ongevallen- en invaliditeitsverzekeringen. In de bouwnijverheid was niet alleen sprake van een verhoogd risico op ongeval en invaliditeit. Ook werden de bouwprojecten doorgaans in aanbesteding uitgevoerd, met gebruikmaking van tijdelijke dienstverbanden. Zowel de werkgevers als de werknemers rolden als het ware van het ene bouwproject in het andere. Binnen deze specifieke situatie hadden beide partijen te winnen bij een bedrijfstakfonds. De werkgevers zagen kans hun risico's te delen met andere werkgevers. De veelal door een vaste groep werkgevers ingehuurd bouwvakkers waren op deze manier blijvend verzekerd, in plaats van overgeleverd aan de publieke liefdadigheid indien het noodlot toesloeg.³⁵

In de jaren 1880 namen de bouwactiviteiten spectaculair toe, en daarmee het aantal ongevallen binnen de bedrijfstak. In 1887 verschenen de eerste publicaties in bouwvakbladen waarin de mening werd verkondigd, dat de gevolgen van een ongeval dienden te worden gedragen door de bedrijfstak. In 1891 besloot de Directie van Rijkswaterstaat een bepaling op te nemen in alle bestekken van rijks-, provinciale-, gemeentelijke en grote particuliere bouwwerken, die de werkgever verplichtte zijn werknemers tegen ongelukken te verzekeren. Het oprichten van een bedrijfstakfonds was een uitgelezen instrument om aan die eis te voldoen.³⁶ Deze drie factoren stimuleerden het van de grond komen van bedrijfstakfondsen binnen de bouwnijverheid.

Fabrieksfondsen

Het vierde type bestond uit fabrieksfondsen: door de werkgever in het leven geroepen, aan de fabrieken en werkplaatsen verbonden fondsen, waaraan de werknemers

35 Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 228.

36 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 22-23; Zie ook Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 228.

contributie betaalden en die uitkeringen verstrekten bij ziekte, ongeval, invaliditeit, ouderdom en overlijden.

Gemiddeld hadden de bedrijven met fabrieksfondsen 95 arbeiders in dienst. De grootte van het bedrijf bracht met zich mee, dat een flink aantal personeelsleden aan het fabrieksfonds kon deelnemen. Het hoge aantal deelnemers stond garant voor regelmatige inkomsten aan contributies, hetgeen het mogelijk maakte om reserves op te bouwen. Daar kwam bij dat de grote bedrijven doorgaans dusdanig kapitaalkrachtig waren, dat zij bedragen uit de eigen middelen aan het fonds konden toevoegen. De ontwikkeling van het grootbedrijf in de tweede helft van de negentiende eeuw stimuleerde de organisatie van fabrieksfondsen.

Struve en Bekaar troffen de fabrieksfondsen met name aan in de textielindustrie, de papier- en kartonindustrie, de metaalindustrie, de machine-industrie en bij de grote scheepswerven. Tot de bedrijven die er goed geoutilleerde fabrieksfondsen op na hielden, behoorden overigens ook de drie spoorwegmaatschappijen, die de twee enquêteurs buiten hun onderzoek hadden gelaten. Bij deze bedrijven waren in 1890 ruim 13.000 werknemers in vaste dienst die vanuit het bedrijf waren verzekerd voor inkomstenderving ten gevolge van ziekte.³⁷

Collectieve verzekeringen bij verzekeringsmaatschappijen

Een type bedrijfshulp dat aan de aandacht van Struve en Bekaar was ontsnapt, was de collectieve ongevallen- en invaliditeitsverzekering: door werkgevers bij particuliere verzekeringsmaatschappijen afgesloten collectieve verzekeringen ten behoeve van het gehele personeel, dan wel een gedeelte ervan. Dit type had als voordeel, dat de verzekerde werknemers zeker waren van een uitkering bij ongeval en invaliditeit, ongeacht wat er met het bedrijf zou gebeuren. Het bedrijf op zijn beurt was gevrijwaard tegen administratiekosten en onbeheersbare risico's.

In de negentiende eeuw waren het voornamelijk de Eerste Nederlandsche Verzekering-Maatschappij op het leven tegen invaliditeit en ongelukken (1882) en de Onderlinge Verzekeringsmaatschappij tegen geldelijke gevolgen van ongelukken (1892) die met werkgevers collectieve ongevallen- en invaliditeitsverzekeringen afsloten.³⁸ Na 1890 nam het belang van dit type bedrijfshulp snel toe. Zo hadden de Eerste Nederlandsche en de Onderlinge Verzekeringsmaatschappij in 1895 tezamen reeds 3.493 collectieve contracten met werkgevers afgesloten. Hiermee waren maar liefst 40.800 werknemers verzekerd voor inkomstenderving ten gevolge van ongeval en invaliditeit.³⁹

Sociale voorzieningen vanuit het bedrijf ontbraken in veel kledingmakerijen, wasserijen, steenbakkerijen en pottenbakkerijen. Deze bedrijven hadden relatief veel vrou-

37 Het ging om Staatsspoorwegen, de Hollandsche IJzeren Spoorwegmaatschappij en de Nederlandsche Rhijnspoorwegmaatschappij. Zie: Dehing, 'De arbeidsvoorziening bij de Nederlandse spoorwegen', 247-248.

38 Gales, *Werken aan zekerheid*, 86-87, 107-108, 273.

39 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 52-53.

welijke en minderjarige werknemers in dienst, die er voor lage lonen werkten. Bij de werkgevers bestond weinig animo om zorg te dragen voor hun sociale zekerheid, omdat de kosten daarvan de toch al lage lonen te zeer zouden drukken. Zelf ondernamen de vrouwelijke en minderjarige werknemers nauwelijks initiatieven om hun sociale zekerheid te regelen. Slechts weinigen verzekerden zich bij particuliere fondsen en het aantal initiatieven tot zelfhulp was beperkt.

Al met al hing de keuze voor één van de typen af van de volgende vier factoren: de financiële mogelijkheden van de werkgever; de dienstbetrekking van de werknemers (waren zij in vaste of tijdelijke dienst); het aantal werknemers dat bij het bedrijf in dienst was; en de positie van de werknemers in de gezinseconomie (ging het om mannelijke kostwinners, of om vrouwen en kinderen die het gezinsinkomen aanvulden?).

4.2 *Pakket en voorwaarden*

De sociale voorzieningen die vanuit de bedrijven werden verstrekt, waren primair bedoeld om de werknemers te beschermen tegen de risico's van arbeid. Ondersteuning bij ziekte en (bedrijfs)ongeval werd veruit het vaakst aangeboden, gevolgd door geneeskundige behandeling en levering van medicijnen. Invaliditeits- en ouderdomsverzekeringen waren een zeldzaamheid, omdat deze voorzieningen voor de meeste bedrijven te duur waren. Volgens de nijverheidsstatistiek van Struve en Bekaar organiseerden in 1888-1890 slechts 30 bedrijven een invaliditeits- en ouderdomsverzekering voor het personeel. Het betrof met name de grote kapitaalintensieve bedrijven in bedrijfstakken als de scheepsbouw, mijnbouw, machine-, metaal- en textielindustrie, alsmede de tram- en spoorwegmaatschappijen.

De bedrijven ondersteunden werknemers door hulp te geven in natura of door een geldelijke bijdrage te verstrekken. Kijken we naar de verschillende typen van bedrijfs-hulp, dan gingen de facultatieve ondersteuning en de zelfhulp betrekkelijk vaak in de vorm van natura, terwijl particuliere fondsen, fabrieksfondsen en collectieve verzekeringen hoofdzakelijk financiële bijdragen verzorgden. Hulp in natura bij de kleinere bedrijven kwam in de praktijk neer op het geven van voedsel, kleding en brandstof aan getroffen werknemers en hun gezinsleden. De grotere bedrijven richtten zich meer op het organiseren van geneeskundige hulp door een dokter en levering van medicijnen.

De geldelijke uitkeringen bij ziekte en ongeval kenden grofweg twee varianten. Of er werd een vast bedrag uitgekeerd onafhankelijk van de hoogte van het loon, of de uitkering werd uitgedrukt als een bepaald percentage van het loon. Uit een onderzoek van de Directie van de Arbeid uit 1911 kunnen we afleiden dat de uitkeringen in de vorm van vaste bedragen gemiddeld circa veertig procent van het loon vergoedden. De werkgevers die de hoogte van de uitkering afstemden op het loon, vergoedden over het algemeen aanzienlijk meer (tussen de vijftig tot honderd procent van het laatst verdiende loon). De duur van de geldelijke uitkering bij ziekte en ongeval liep sterk uiteen per bedrijf (varieerde van enkele weken tot een jaar) en kwam gemiddeld uit op

dertien weken. Net zoals bij de onderlinge fondsen keerden de werkgevers gedurende de eerste weken het volledige uitkeringsbedrag uit, waarna de getroffen werknemers voor de rest van de uitkeringsperiode recht hadden op een lagere uitkering. Na het verstrijken van de uitkeringsperiode stopte in principe de ondersteuning vanuit het bedrijf. De getroffen werknemers werden dan in principe volledig afhankelijk van hun directe sociale omgeving (gezin en burea) en van de armenzorg.⁴⁰

4.3 Claimbeoordeling

De manier waarop de bedrijven de claimbeoordeling organiseerden, hing in sterke mate af van de wijze waarop de werkgevers de sociale voorzieningen organiseerden. Als we de verschillende typen sociale voorzieningen overzien, konden de werkgevers grofweg drie posities innemen: een gezaghebbende, een participerende en een delegerende positie.⁴¹ In deze paragraaf zullen wij aan de hand van deze drie posities aangeven op welke manier de claimbeoordeling werd georganiseerd.

Claimbeoordeling door de werkgever

Werkgevers die een gezaghebbende positie innamen, trachtten een maximale greep op de sociale voorzieningen te krijgen. Zij beslisten zelf voor welke risico's de werknemers werden verzekerd, wie voor ondersteuning in aanmerking kwam en wat de ondersteuning inhield. Vaak scholen daar paternalistische motieven achter. Zo achtten sommige werkgevers de werknemers niet deskundig genoeg om de administratie van een fonds te voeren. Bovendien beschouwden zij de gelden die voor de sociale voorzieningen werden gereserveerd als bedrijfskapitaal en wensten om die reden zelf te beslissen hoe deze werden besteed. Een reglement waarin rechten en plichten van de werknemers waren vastgelegd, ontbrak veelal of bleef beperkt tot bepalingen waarin werknemers op hun plichten werd gewezen. Werknemers hadden dan ook geen recht op een uitkering; het was een gunst. Een voorbeeld van een dergelijke gezaghebbende werkgever was de textielfabrikant Gelderman. Zijn motivatie om het fabrieksfonds door de directie te laten besturen, verwoordde hij voor de enquêtecommissie van 1892 als volgt:

Wij meenden het fonds onder ons te moeten houden, omdat ten aanzien van de uitkeringen moeilijk vaste regelen zijn te stellen en dat voor onze fabriek en ook voor de arbeiders het beste is.⁴²

De claimbeoordeling was bij deze 'gezaghebbende aansturing' primair een aangelegenheid van de werkgever. De werkgever bepaalde wie en op welke gronden in aan-

40 Directie van den Arbeid, 16-22; Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 233-235.

41 Zie daarover meer Schwitters, *De risico's van de arbeid*, 145-147; Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 230-233.

42 Staatscommissie van Arbeids-Enquête No. 50, vraag 4241.

merking kwam voor ondersteuning bij ziekte en ongeval, en was daarbij meestal niet of nauwelijks gebonden aan reglementen. Deze gang van zaken kon leiden tot een zekere willekeur, waarbij niet zozeer medische of arbeidskundige overwegingen de doorslag gaven bij het toekennen van uitkeringen, maar veeleer de merites en inzetbaarheid van de werknemer. Juist omdat de werkgever in sterke mate de claimbeoordeling zelf wilde bepalen, was er geen of slechts een beperkte rol weggelegd voor onafhankelijke deskundigen als dokters.

Participatie van werknemers bij de claimbeoordeling

Werkgevers die voor een participerende positie kozen, deelden bepaalde verantwoordelijkheden en taken met werknemers. Zo waren in veel fabrieksfondsen de meeste bestuursposten gereserveerd voor werknemers. In de praktijk was de invloed van werkgevers echter groot, omdat zij 'als baas' een overwicht hadden en de financiering voor hun rekening namen. Het delen van verantwoordelijkheden en bestuurstaken was dan ook niet alleen bedoeld om bij de werknemers het gevoel van eigenwaarde te vergroten, zoals bijvoorbeeld de Brabantse suikerfabrikant J.F. Vekke betoogde.⁴³ Het was evenzeer een middel van werkgevers om goed op de hoogte te raken van de gang van zaken binnen het bedrijf en dan met name van de bedrijfsrisico's en de achtergronden van verzuim. Deze informatie hadden werkgevers nodig om het arbeidsproces beter te kunnen sturen en te beheersen.

De claimbeoordeling bij de participerende aansturing was formeel een taak van het gedeelde bestuur van werkgever en werknemers. Vanwege het grote belang dat werkgevers hechtten aan goede informatie over het arbeidsproces, stuurden zij er vaak op aan, dat dokters een adviserende rol kregen in de claimbeoordeling. Deze dokters voerden vaak ook medische keuringen uit van nieuw aan te nemen personeel, en voorzagen de werkgever bovendien van adviezen over preventie van ziekte en bedrijfsongevallen.

Claimbeoordeling door het personeel

Ten slotte waren er werkgevers die de sociale voorzieningen geheel delegeerden naar het personeel. De deelnemende werknemers bepaalden in dat geval naar eigen inzicht de hoogte van de contributies en uitkeringen en de voorwaarden waaronder de ondersteuning werd gegeven. De zeggenschap over bestuursaangelegenheden stelden de deelnemende werknemers in de gelegenheid een zelfstandige positie naar de werkgevers in te nemen. Dit had grote gevolgen voor de organisatie van de sociale voorzieningen. Er was immers geen autoriteit meer in het bestuur vertegenwoordigd die de deelnemende werknemers bepaalde besluiten kon opleggen. Hierdoor ontstond een uitvoeringsorganisatie die een grote gelijkenis vertoonde met de onderlinge fondsen. Vergelijkbaar was bijvoorbeeld dat de deelnemers aan de voorzieningen grote invloed uitoefenden op het bestuur en dat de sociale voorzieningen sterk gereguleerd waren. Ook de organisatie van de claimbeoordeling vond overeenkomstig met die van

43 Theunisse, *Jan Frederik Vlekke*, 184

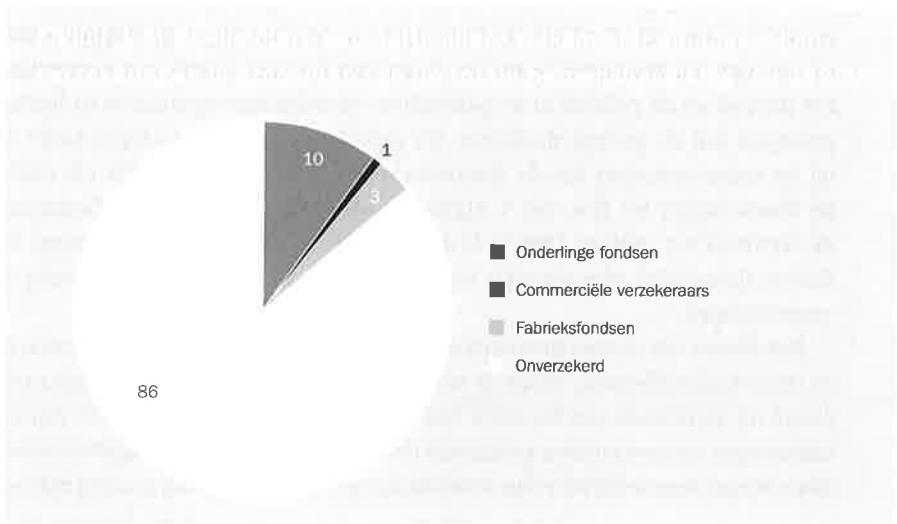
de onderlinge fondsen plaats. Een belangrijke taak was weggelegd voor de bestuurders die de uitkeringsaanvragen toetsten aan de reglementen. Daarnaast hadden dokters vaak een functie in het keuren van kandidaat-deelnemers en het beoordelen van uitkeringsaanvragen. Bovendien zorgden zij soms voor de geneeskundige behandeling van zieke leden.

Net zoals bij de claimbeoordelingen van ambachtsgilden en onderlinge fondsen is het ook bij deze drie vormen van claimbeoordeling niet bekend op welke medische inzichten de claimbeoordelaars zich baseerden en welke methoden en instrumenten zij hanteerden.

5 Particuliere ziekengeld- en ongevallenverzekeringen in 1890

In hoeverre boden de particuliere verzekeringen aan de vooravond van de invoering van de Ongevallenwet 1901 daadwerkelijk sociale zekerheid aan de bevolking? Het antwoord op deze vraag is van belang om te bepalen of de invoering van de Ongevallenwet 1901 continuïteit dan wel discontinuïteit in de sociale zekerheid betekende.

Kijken we naar het volume, dan valt op dat de particuliere verzekeringsorganisaties in 1890 gezamenlijk slechts veertien procent van de beroepsbevolking verzekerden voor de inkomensgevolgen van ziekte en ongeval (zie figuur 1.3).⁴⁴ Daarmee liep



⁴⁴ Hierbij zijn de facultatieve ondersteuning vanuit bedrijven en de vormen van onderlinge hulpverlening niet meegeteld, aangezien deze niet kunnen worden aangeduid als ziekengeld- en ongevallenverzekeringen.

⁴⁵ Figuur 1.3 is gebaseerd op digitale bewerkingen van enquêtes en onderzoeken naar negentiende eeuwse verzekeringsorganisaties. Deze bronnen zijn ten behoeve van eerder onderzoek verwerkt in een aantal databestanden. Zie Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 317-331.

86 procent van de beroepsbevolking onverzekerd rond. De onderlinge fondsen hadden met tien procent het grootste aandeel, gevolgd door de fabrieksfondsen (drie procent) en de commerciële verzekeraars (één procent). Vergelijken met de bijna 25 procent van de beroepsbevolking die na de invoering van de Ongevallenwet 1901 verplicht waren verzekerd, was de deelname aan de particuliere verzekeringen in de jaren 1890 dus betrekkelijk laag.⁴⁶

Wel moet gezegd worden dat de deelname aan de particuliere verzekeringen voor inkomstenderving ten gevolge van ziekte zeer ongelijk over het land verdeeld was. Een hoge procentuele deelname bestond in Overijssel (25 procent) wegens het grote aantal fabrieksfondsen in de Twentse textielindustrie, en in Noord- en Zuid-Holland (beide twintig procent van de beroepsbevolking), waar naast een groot aantal fabrieks- en bedrijfstakfondsen ook veel onderlinge fondsen en vak- en werkliedenverenigingen gevestigd waren. In de overige provincies lag de deelname ver onder het landelijke gemiddelde van veertien procent van de beroepsbevolking. In zeven provincies was zeven tot tien procent van de beroepsbevolking particulier verzekerd (Groningen, Friesland, Gelderland, Utrecht, Zeeland, Noord-Brabant en Limburg) en in Drenthe kwam de deelname zelfs niet boven de vijf procent uit. Deze relatief lage scores hielden in belangrijke mate verband met het geringe aantal verzekeringsorganisaties en –initiatieven in deze provincies. Voor wat betreft Drenthe, Noord-Brabant en Limburg speelde tevens het lage welvaartsniveau van het overgrote deel van de bevolking een rol.

De relatief lage deelname aan de particuliere verzekeringen in de jaren 1890 kan voor een belangrijk deel worden verklaard uit het vrijwillige lidmaatschap. Mensen waren vrij om zich al of niet te verzekeren en verzekeringsorganisaties waren vrij om mensen als deelnemer te weren. Daarnaast lijkt het gebrek aan vertrouwen van het publiek en de politiek in de particuliere verzekeringsorganisaties te hebben bijgedragen aan de geringe deelname. Dit gebrekkige vertrouwen blijkt onder andere uit de onderzoeken van de Staatscommissie voor Arbeidsenquête uit 1890-1894, de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen uit 1895 en de Centrale Commissie van de Statistiek uit 1894 en 1896.⁴⁷ Al deze rapporten bevatten beschrijvingen over de slechte (financiële) administratie bij veel fondsen en het gebrekkige niveau van de voorzieningen.

Het niveau van de voorzieningen vormt dan ook een tweede belangrijk verschil met de latere Ongevallenwet. Veruit de meeste verzekeringsorganisaties keerden enkel bij ziekte uit gedurende een beperkte tijd, variërend van enkele weken tot een jaar. De uitkeringen compenseerden gemiddeld de helft van het loon. De Ongevallenwet 1901 daarentegen keerde bij volledige arbeidsongeschiktheid zeventig procent van het loon

46 Van der Does, *De economische beteekenis der sociale verzekering*, 13.

47 Staatscommissie van Arbeids-Enquête, *Fondsenenquête*; Centrale Commissie voor de Statistiek. *Statistiek der Arbeidersverenigingen*; Centrale Commissie voor de Statistiek, *Onderzoek naar de geschiedenis en werkzaamheid der Vakverenigingen*; Stoeder et al, *De ziekenfondsen in Nederland*.

uit, in principe tot het overlijden van de uitkeringsgerechtigde, dus ook na het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd. Alleen de werkgevers die in de jaren 1890 collectieve contracten voor het personeel hadden afgesloten bij verzekeringsmaatschappijen benaderden het voorzieningenniveau van de Ongevallenwet 1901. Zoals eerder aangegeven, waren in 1895 slechts 40.000 arbeiders op deze manier voor het ongevallenrisico verzekerd; ofwel twee procent van de beroepsbevolking.

Afgaande op het volume en het verzekeringspakket van de particuliere verzekerin- gen in de jaren 1890 kunnen we concluderen dat de invoering van de Ongevallenwet 1901 een zodanige verbetering inhield, dat men eerder van discontinuïteit dan van continuïteit kan spreken.

6 Aanloop naar een wettelijke ongevallenverzekering

6.1 Eerste geluiden

Sinds de jaren 1870 kwamen de arbeidsvoorwaarden van arbeiders en het ontbreken van goede sociale voorzieningen nadrukkelijk in de publieke aandacht te staan. De reden waarom deze onderwerpen juist in deze jaren zoveel aandacht trokken, is al enige tijd onderwerp van een wetenschappelijke debat. In dit debat zijn grofweg drie stromingen te onderscheiden. Allereerst is er een zogenaamde functionalistische stroming, die de economische en demografische transformatie van het laatste kwart van de negentiende eeuw ziet als dé verklaring voor de totstandkoming van wettelijke sociale voorzieningen. Een tweede (zogenaamde conflictologische stroming) verklaart de komst van de wettelijke sociale zekerheid niet zozeer uit economische transformatieprocessen, maar uit conflicten tussen verschillende maatschappelijke groepen (de elite, de middengroepen en de arbeidersklasse). Tot slot is er een institutionele stroming te onderscheiden, die de totstandkoming van de wettelijke sociale zekerheid verklaart uit een geleidelijke transformatie van eerder bestaande zorgregelingen.⁴⁸

Ongeacht de vraag welke van deze verklaringen het meest plausibel is, staat het vast dat in Nederland de medici en inspecteurs van het Stoomwezen de eersten waren die consequent de slechte fysieke en psychische conditie van de werkende stand aan de orde stelden. Bij de medici waren de arbeidsomstandigheden in de nijverheid reeds in de jaren 1860 in de belangstelling komen te staan. Vanuit de in 1849 opgerichte Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG), drongen zij aan op maatregelen voor het verbeteren van de arbeidsomstandigheden en de sociale zekerheid van werknemers. Ook de inspecteurs van het Geneeskundig Staatstoezicht waren veelal medici die sedert de jaren 1860 de taak kregen de fabrieken en werkplaatsen vanuit sanitair oogpunt te onderzoeken. De erbarmelijke toestanden die zij in hun

⁴⁸ Voor een typologie en beschrijving van de drie stromingen, zie: Hoogenboom, *Standstrijd en zekerheid*, 13-17.

gepubliceerde rapporten beschreven, maakten veel indruk op de publieke opinie.⁴⁹

Vergelijkbare geluiden lieten de Inspecteurs van het Stoomwezen horen. Zij waren formeel belast met de controle op de veiligheid van stoomketels, maar in de praktijk hielden zij zich ook bezig met de arbeidsomstandigheden van werknemers. Een van hen was A.A.C. de Vries Robbé, die zich in de jaren 1860 ontpopte als een van de belangrijkste voorvechters van beschermende maatregelen voor werknemers. In een rapport uit 1869 over kinderarbeid stelde een commissie onder zijn voorzitterschap wetenschappelijk vast dat de lichamelijke conditie van fabrieksarbeiders achterbleef bij die van de rest van de arbeidende bevolking.⁵⁰ De inspecteurs van het Geneeskundige Staatstoezicht en die van het Stoomwezen hadden echter geen bevoegdheden om werkgevers tot het nemen van maatregelen te verplichten of om overheidsinstanties daartoe aan te zetten. De overheid legde de verantwoordelijkheid voor de slechte omstandigheden nog voornamelijk bij de werknemers zelf.

Bovendien bood het Burgerlijk Wetboek voor werknemers nauwelijks bescherming. Als een werknemer een werkgever voor ziekte of ongeval aansprakelijk wilden stellen, dan moest hij voor de rechter aantonen dat het ongeval te wijten was aan een onrechtmatige daad van de werkgever (art. 1401, 1402 BW), of een onrechtmatige daad van (één van) zijn ondergeschikten (art. 1403 lid 3 BW). Dat was niet eenvoudig, omdat er geen wetten of juridische richtlijnen bestonden die de werkgevers op de een of andere manier aansprakelijk stelden voor de handelingen van werknemers tijdens het werk. Als de werkgever voor de rechter kon aantonen dat hij de werknemer niet had kunnen beletten de handelingen te verrichten die tot het ongeval hadden geleid, dan was hij volgens het BW niet aansprakelijk te stellen. Wel was het in theorie mogelijk dat werknemers zich beriepen op bepalingen uit het arbeidscontract, als deze de aansprakelijkheid bij ongeval regelden. Het was in de negentiende eeuw echter geen gebruik dat werkgevers en werknemers arbeidscontracten afsloten waarin deze aansprakelijkheid duidelijk was vastgelegd. In de praktijk kwam het er dan ook op neer dat de meeste werknemers de schade in de praktijk zelf moesten dragen.⁵¹

6.2 Eerste initiatieven

Onder invloed van de door de medici en de inspecteurs van het Stoomwezen uitgebrachte publicaties begonnen sommige parlementariërs in de jaren 1870 de noodzaak van wettelijke maatregelen in te zien. Een van hen was de liberaal S. van Houten, die in 1874 een initiatief wetsontwerp indiende bij de Tweede Kamer ter regulering van de kinderarbeid.⁵² Het wetsontwerp op de kinderarbeid verbood werkgevers om kin-

49 Houwaart, *De hygiënist*, 274-289.

50 De Vries Robbé et al, *Rapport der Commissie belast met het Onderzoek naar den toestand der kinderen in fabrieken arbeidende*, 13-17.

51 De Vries, *De toestandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 11-12; Schwitters, *De risico's van de arbeid*, 95-100.

52 Van Houten had reeds in 1870 een ontwerp initiatief wetsontwerp opgesteld, maar dit nog niet ingediend. Zie: Van Houten, *De Regtstoestand der werklieden in Nederland*.

deren beneden de 12 jaar in dienst te nemen. Hoewel de liberale meerderheid in het parlement door onderlinge verdeeldheid steeds meer greep op de besluitvorming verloor, slaagde Van Houten erin voor het wetsvoorstel voldoende steun te verwerven.

Het zgn. Kinderwetje van Van Houten was de eerste overheidsmaatregel die de werkgevers in enige mate wettelijk aansprakelijk stelden voor de omstandigheden waaronder het personeel moest werken. De parlementariërs vonden het echter niet nodig om voor volwassen werknemers beschermende maatregelen uit te vaardigen. Volwassenen konden immers zelf beslissen of zij arbeid verrichtten. Zij werden geacht zelf hun eigen belangen en risico's in te kunnen schatten. Voor hen bleven dan ook slechts de bepalingen uit het liberale recht van toepassing.⁵³

In de jaren 1880 kwamen de industriearbeiders mede onder druk van de opkomende arbeidersbeweging, de economische crisis en de daaruit voortvloeiende maatschappelijke spanningen in het centrum van de publieke en politieke belangstelling te staan. Naast de oude vraagstukken over de gezondheid en de arbeidsomstandigheden van werknemers, ging de aandacht voor het eerst uit naar de sociale zekerheid. Dit blijkt onder andere uit het onderzoek van de enquêtecommissie onder voorzitterschap van H.C. Verniers van der Loeff, die in 1886 en 1887 in opdracht van de Tweede Kamer 'den toestand van fabrieken en werkplaatsen' onderzocht. De commissie bezocht drie industriële centra (Amsterdam, Maastricht en Tilburg), interviewde werkgevers, werknemers en externe betrokkenen (met name lokale politici en geneeskundigen) over de arbeidsomstandigheden in een aantal geselecteerde bedrijfstakken, en schreef haar bevindingen op in lijvige rapporten, die in 1887 openbaar werden gemaakt.⁵⁴ Tijdens de ondervragingen kwamen geregeld de onveilige arbeidsomstandigheden en het ontbreken van goede sociale voorzieningen binnen de bedrijven aan de orde. De commissieleden lieten dan doorschemeren dat de werkgevers de morele plicht hadden om zorg te dragen voor de veiligheid en de sociale zekerheid van de werknemers. In haar eindverslag pleitte de commissie voor wetgeving die de sociale plichten van de werkgevers naar het personeel zou regelen. Daarnaast verzocht de enquêtecommissie de regering nieuwe nationale onderzoeken te starten, omdat het eigen onderzoek door de ontbinding van de Tweede Kamer in 1887 niet kon worden afgerond.⁵⁵

De regering voldeed aan beide verzoeken. Nog in 1887 belastte zij de heren Struve en Bekaar met het opstellen van een landelijke statistiek over de arbeidsomstandigheden in de fabrieken en werkplaatsen. Kort nadat dit onderzoek in 1890 was afgerond, stelde de minister van justitie G.L.M.H. Ruys van Beerenbroek de Staatscommissie van Arbeidsenquête in onder voorzitterschap van W.F. Rochussen, die tot taak kreeg de statistieken van Struve en Bekaar met gedetailleerde informatie aan te vullen.⁵⁶

53 Schwitters, *De risico's van de arbeid*, 121-122.

54 Verniers van der Loeff et. al, *Enquête betreffende werking en uitbreiding der wet van 19 september 1874 (Staatsblad No. 130) en naar den toestand van Fabrieken en werkplaatsen, 's-Gravenhage, 1887*. Heruitgegeven door Giele, *Een kwaad leven*.

55 a.w., 79-80, 211.

56 Staatscommissie van Arbeids-Enquête, No. 50, 4.

Daarnaast diende Ruys van Beerenbroek een wetsontwerp voor een nieuwe arbeidswet in, dat in 1889 door het parlement werd aangenomen.⁵⁷ De Arbeidswet handhaafde het verbod op kinderarbeid, beperkte het verrichten van arbeid door jeugdige personen en vrouwen en vormde de basis voor het zogenaamde Arbeidsbesluit dat regels bevatte ten behoeve van hygiëne en veiligheid. Het toezicht op de naleving van de Arbeidswet en het Arbeidsbesluit kwam te liggen bij in 1890 benoemde 'Inspecteurs van de Arbeid'. Deze hadden naast controlerende taken, de bevoegdheid om de werkgevers te dwingen maatregelen te nemen ter bescherming van het personeel. In hun verslagen besteedden de inspecteurs veel aandacht aan de gevaren waaraan werknemers waren blootgesteld en de sociale voorzieningen die vanuit de bedrijven voor de risico's van ziekte en ongeval waren opgezet.

6.3 *Debatten over sociale wetgeving*

De nieuwe arbeidswet, de onderzoeken van de verschillende enquêtecommissies en de werkzaamheden van de Inspecteurs van de Arbeid vergrootten de druk op de werkgevers om sociale regelingen voor het personeel op te zetten en uit te breiden. Aangezien de Arbeidswet de werkgevers in bepaalde mate aansprakelijk stelde voor de risico's van de arbeid, nam hun verantwoordelijk voor de sociale zekerheid van de werknemers toe. F.W. Westerouwen van Meeteren, een vooraanstaande deskundige op het terrein van de ongevallenverzekering, sprak in een voor de Liberale Unie geschreven brochure uit 1891 de verwachting uit dat de wettelijk vastgelegde aansprakelijkheid van werkgevers voor bedrijfsongevallen van werknemers op termijn zou leiden tot een aanzienlijke uitbreiding van de werknemersverzekering. Deze verwachting werd bevestigd door de in 1890 tot arbeidsinspecteur benoemde Struve die in het Verslag van de Inspectie van de Arbeid over 1891 opmerkte dat 'meer en meer de meening veld wint, dat er zedelijk een verplichting rust op de werkgevers om onderstand te geven aan de in hun bedrijf gekwetsten'.⁵⁸

De vraag was of de overheid deze verplichting door middel van sociale verzekeringswetten diende af te dwingen. Over deze vraag werd in de jaren 1890 een intensief en fel debat gevoerd. Dit debat voerde verder dan de verplichte sociale verzekering alleen. Het maakte deel uit van een breed politiek debat over de rol van de staat, de verhouding tussen de centrale, versus de lagere overheden, en de verhouding tussen de overheid en maatschappelijke organisaties. Vanaf het begin tekende zich twee aan elkaar tegengestelde kampen af die we in algemene zin kunnen omschrijven als voor- en tegenstanders van een wettelijke regeling. De tegenstanders stonden op het standpunt dat het initiatief voor het opzetten van sociale voorzieningen geheel aan de werkgevers moest worden overgelaten. De werkgevers konden immers het beste

57 De Arbeidswet van 5 mei 1889, Staatsblad 48. Zie ook: Schwitters, *De risico's van de arbeid*, 227-230.
58 *Verslagen van de Inspecteurs van den Arbeid over 1891. Derde Arbeidsinspectie*, 331.

bepalen welke voorzieningen voor het bedrijfsleven betaalbaar waren. Een door de overheid afgedwongen verplichting tot het verzekeren van werknemers zou tot hogere productiekosten leiden, met als gevolg dat de concurrentiepositie van de Nederlandse industrie zou verzwakken. Een vooraanstaande vertolker van dit standpunt was het lid van de Hoge Raad A.P.Th. Eyssell. Hij was van oordeel dat grote gevaren waren verbonden aan een wettelijk verplichte verzekering. Door de staat als organisator van de sociale verzekering van werknemers aan te wijzen, zou men de weg op gaan van de staatsorganisatie van de arbeid, hetgeen zou leiden tot socialisering van de staat.⁵⁹

Tegenover Eyssell en de zijnen stonden zij die pleitten voor vergaande bemoeienis van de overheid door invoering van sociale verzekeringswetten. De jurist H.B. Greven ontpopte zich als een belangrijke vertolker van dit standpunt. In een door de Nederlandsche Juristen Vereeniging uitgebracht preadvies uit 1887 stelde hij vast, dat de door de werkgevers georganiseerde sociale voorzieningen bitter weinig voorstelden. Hoe goed de bedoelingen van de werkgevers vaak ook waren; niemand kon op basis van de reeds tot stand gebrachte voorzieningen verwachten dat de sociale verzekering door het vrije initiatief van de werkgevers wijdverspreid zou worden. Werkgevers die tot het verlenen van steun aan werknemers bereid waren, werden namelijk door de concurrentie van collega's die er een minder actief sociaal beleid op nahielden ervan weerhouden fabrieksfondsen op te richten. Druk van de werknemers op de werkgevers om sociale voorzieningen in het leven te roepen had weinig kans van slagen, omdat de werknemers voor betaalde arbeid van de werkgevers afhankelijk waren.⁶⁰

Volgens Greven waren de werknemers zelf onvoldoende in staat op dit terrein initiatieven te ontplooiën. De meesten verdienden te weinig om zich te verzekeren en moesten derhalve in geval van ziekte, ongeval of ouderdom aankloppen bij de armenzorg. Instellingen waarbij zij zich konden verzekeren waren niet altijd aanwezig en voor zover voorzieningen werden aangeboden, waren deze vaak zo gebrekkig, dat deelname weinig zekerheid opleverde. Een relatief klein aantal werknemers had zich dan ook aangesloten bij fondsen en bij de vak- en werkliedenverenigingen. Greven concludeerde daaruit dat de fondsen en verenigingen in weerwil van de hoop en verwachtingen van velen, geen geschikt middel waren om het ideaal van de zelf-hulp bij de werkende klasse te verwezenlijken.⁶¹

De suggestie dat de verplichte verzekering tot te hoge productiekosten zou leiden, wees Greven resoluut van de hand. Sterker nog, hij beschouwde de verplichte verzekering zelfs als een geschikt middel om de kosten te verdelen, omdat de werkgevers de verhoging van de productiekosten in de prijzen konden doorberekenen. Bovendien zou de verplichte verzekering tot een hogere productiviteit leiden. Indien werknemers recht hadden op sociale zekerheid, zou het plichtsbefes groter worden en zou

59 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 21; Schwitters, *De risico's van de arbeid*, 268.

60 Greven, 'Is het wenselijk', 29-46. Zie ook De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 17-19.

61 Greven, 'Is het wenselijk', 29-46; 4-5. Zie ook De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 19.

de motivatie en werklust toenemen. Een bijkomend voordeel in zijn ogen was dat de socialistische arbeidersbeweging in de kiem werd gesmoord.⁶²

Tussen de voor- en tegenstanders van de verplichte verzekering bevond zich een derde groep, die zich sinds 1890 organiseerde in de Vereeniging tot Voorkoming van Ongelukken in Fabrieken en Werkplaatsen. Deze organisatie ging uit van de mogelijkheid om een ongevallenverzekering voor alle werknemers bij particuliere verzekeringsmaatschappijen onder te brengen, waardoor de invoering van de verplichte verzekering overbodig werd. De organisaties van werknemers en werkgevers zouden in overleg met de uitvoerende verzekeringsmaatschappijen de voorzieningen vaststellen. Hiermee probeerde de Vereeniging het initiatief van in 1867 opgerichte 'Association pour prévenir les accidents de Fabrique' uit het Franse Mühlhausen na te volgen. Deze vereniging had in samenwerking met organisaties van werkgevers, werknemers en particuliere verzekeringsmaatschappijen een ongevallenverzekering tot stand gebracht die volgens de initiatiefnemers van de Nederlandse Vereeniging, F.W. Westerouen van Meeteren en H.J.A. Mulder, uitstekend bleek te functioneren.⁶³

De Vereeniging tot Voorkoming van Ongelukken in Fabrieken en Werkplaatsen slaagde er kort na de oprichting in 36 organisaties en circa 100 deskundigen en belangstellenden bijeen te brengen. Bovendien wist zij de verzekeringsmaatschappij De Eerste Nederlandsche bij het initiatief te betrekken. De verzekeringsmaatschappij bood een premie-reductie aan van twintig procent voor diegenen, die zich door tussenkomst van de Vereeniging verzekerden en zich onder controle stelden van een deskundige die over de veiligheid van fabrieken en werkplaatsen zou adviseren. De Vereeniging ging met het voorstel akkoord, waarop Westerouen van Meeteren als deskundige werd aangewezen.⁶⁴

De animo bij de werknemers- en werkgeversorganisaties om aan het overleg deel te nemen bleek echter gering te zijn. De landelijke federaties van vak- en werkliedenverenigingen (het Algemeene Nederlandsch Werklieden-Verbond (ANWV), het Nederlandsch Werkliedenverbond Patrimonium en de Roomsche Katholieke Volksbond) legden weinig enthousiasme aan de dag voor het initiatief. Bovendien konden de federaties de eigen afdelingen niet dwingen aan het overleg deel te nemen. De Vereeniging was derhalve genoodzaakt om zich te wenden tot de lokale vak- en werkliedenverenigingen. Deze stelden meer belang in verzekeringen voor inkomstenderving bij ziekte en werkloosheid, waarvoor zij eigen fondsen in het leven hadden geroepen. De meeste vak- en werkliedenverenigingen wilden hun leden niet nog eens extra belasten met het betalen van premies voor een ongevallenverzekering, te meer daar zij de werkgevers voor de inkomstenderving ten gevolge van bedrijfsongevallen verantwoordelijk achtten. In werkgeverskring was evenmin grote bereidheid tot deelname. De meeste

62 Greven, 'Is het wenselijk', 48.

63 Westerouen van Meeteren, *Verslag omtrent de Werkzaamheden van het te Bern gehouden Congres over ongelukken bij den arbeid*, passim. Zie ook De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 24.

64 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 26.

werkgevers wensten de vrijheid te behouden om naar eigen inzicht sociale voorzieningen voor het personeel in te richten. Deelname aan een nationale ongevallenverzekering van werknemers zou deze vrijheid te zeer beknotten, zo vreesden zij.⁶⁵

De poging van de Vereeniging om een particuliere ongevallenverzekering op te zetten mislukte dan ook jammerlijk. De Vereeniging neigde in de loop van de jaren geleidelijk naar acceptatie van een wettelijk verplichte verzekering, hierin aangespoord door Westerouwen van Meeteren, die al in 1891 drastisch van standpunt was veranderd. Tijdens zijn bezoek aan het Europese Congres over 'Ongelukken bij den Arbeid' in het Zwitserse Bern had de lezing van de voorzitter van de Mühlhauser Association pour prévenir les accidents de fabrique, F. Engel-Gros grote indruk op hem gemaakt. Engel-Gros verklaarde dat het particuliere initiatief hem in de steek had gelaten en drong daarom aan op 'deskundige inspectiën' en een 'wettelijke regeling'.⁶⁶

In de loop van de jaren negentig verwierven de voorstanders van sociale verzekeringswetgeving geleidelijk de steun van de belangrijke politieke groeperingen. Niet alleen binnenlandse maatschappelijke discussies droegen daaraan bij. Ook de invoering van ongevallenwetten in Duitsland, Oostenrijk, Noorwegen en Groot-Brittannië bracht Nederlandse politici tot de overtuiging dat zonder staatsinmenging geen goede ongevallenverzekering tot stand kon worden gebracht.⁶⁷ De tijd was rijp om wetgeving op te stellen en in te voeren.

7 De rol van artsen

Uit het voorgaande historische overzicht komt naar voren dat artsen al vroeg (sinds de zeventiende eeuw) betrokken raakten bij de claimbeoordeling van ziekte- en ongevallenverzekeringen. Deze betrokkenheid sprak bepaald niet voor zich. Niet alleen hield een groot aantal verzekeringsorganisaties de artsen nog lange tijd buiten de deur. Ook de organisaties die de artsen wel een functie gaven in de claimbeoordeling betoonden zich huiverig om invloed aan hen af te staan. Veel bestuurders van verzekeringsarrangementen koesterden een diepgeworteld wantrouwen jegens artsen. Op hun beurt oordeelden de artsen dikwijls negatief over de motieven en het organisatievermogen van de bestuurders. De moeizame relatie tussen bestuurders en artsen resulteerde dan ook regelmatig in felle conflicten.

Gezien deze moeizame relatie is het opmerkelijk dat bestuurders van verzekeringsarrangementen überhaupt artsen inhuurden. Op grond van het historische overzicht van de verschillende organisatievormen die in de loop van de eeuwen verzekeringen voor het ongevallenrisico ontwikkelden, kan worden geconstateerd dat de motieven

65 a.w., 27-28.

66 Westerouwen van Meeteren, *Verslag omtrent de Werkzaamheden van het te Bern gehouden Congres over ongelukken bij den arbeid*, 59-61.

67 Wordt bijvoorbeeld betoogd door: De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 458.

van bestuurders om artsen ten behoeve van de claimbeoordeling in te huren terug te voeren waren op een drietal overwegingen.

Het eerste motief kwam voort uit het idee dat artsen een functie konden hebben in het bedwingen van de claims als deze dreigden te resulteren in een te grote financiële last. Dit motief speelde bij alle organisatoren van verzekeringsarrangementen die in dit hoofdstuk aan bod zijn gekomen: de ambachtsgilden, de onderlinge fondsen, de werkgevers, alsook de particuliere verzekeringsmaatschappijen die collectieve contracten met werkgevers afsloten. Artsen bleken vaak beter in staat te zijn dan de vaak amateuristische bestuurders van de verzekeringsarrangementen om de mate van arbeidsongeschiktheid als gevolg van ziekte of ongeval vast te stellen en waren bovendien minder gemakkelijk onder druk te zetten door de deelnemers.

Het tweede motief om artsen een functie te geven bij de claimbeoordeling was om beter geïnformeerd te raken over de risicoprofielen van de deelnemers. Dit motief speelde hoofdzakelijk bij de verzekeringsarrangementen waaraan leden vrijwillig deelnamen.⁶⁸ Bij onderlinge fondsen bijvoorbeeld was door het vrijwillige lidmaatschap vaak een groot verloop van deelnemers waardoor bestuurders zich moeilijk een beeld konden vormen van de gezondheidsrisico's waaraan de deelnemers in het dagelijks leven bloot stonden. Enig inzicht in de gezondheidsrisico's was nodig om de hoogte van de contributies en de omvang van de reserves te kunnen vaststellen. Door de claimbeoordeling en de medische behandeling over te laten aan onafhankelijke deskundige buitenstaanders (artsen), probeerden de fondsbestuurders zicht te krijgen op de omvang van de verzekerde ziekte- en ongevalrisico's.

Het laatste motief om artsen bij de claimbeoordeling te betrekken was het verbeteren van het imago van de verzekeringsorganisatie. Een verantwoorde medische beoordeling van claims verschafte de verzekeringsorganisaties namelijk een imago van soliditeit en betrouwbaarheid.⁶⁹ Dit motief speelde hoofdzakelijk een rol bij de laat negentiende-eeuwse particuliere verzekeringsmaatschappijen. Door zich een degelijk imago aan te meten zetten de verzekeringsmaatschappijen zich af tegen de kleinschalige onderlinge fondsen, met als doel om grotere aantallen klanten te werven en aan zich te binden.

De uiteenlopende motivatie van bestuurders van verzekeringsarrangementen om artsen in te huren had haar weerslag op de uitvoeringsorganisatie van de claimbeoordeling en de rol van de artsen daarbinnen. Per organisatievorm en per periode varieerde de manier waarop de medische beroepsgroep bij de claimbeoordeling betrokken raakte. De vroege verzekeringsorganisaties als ambachtsgilden en -bossen ontwikkelden het gebruik om in geval van twijfel een claim voor te leggen aan een chirurgijn of dokter. De medische beroepsgroep bemoeide zich hoofdzakelijk incidenteel met de claimbeoordeling van de verzekeringsorganisaties. Onderlinge fondsen ontwikkelden een meer vaste relatie met artsen, door vaste contracten met hen af te sluiten voor

68 Zie ook: Horstman, *Verzekerd leven*, 41.

69 Zie: Horstman, *Verzekerd leven*, 37-39, 202-203.

het tegelijkertijd verrichten van de claimbeoordeling en de medische behandeling van deelnemers. Deze combinatie van claimbeoordeling en medische behandeling wekte het ongenoegen op van de artsen en hun belangenorganisatie, de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (NMG). De in 1849 opgericht NMG sprak herhaaldelijk de vrees uit dat de combinatie van claimbeoordeling en behandeling de vertrouwensband tussen behandelaar en patiënt in gevaar bracht, hetgeen uiteindelijk ten koste kon gaan van de kwaliteit van de medische zorg. Mede uit verzet tegen de onderlinge fondsen riepen de artsen sinds de jaren veertig van de negentiende eeuw eigen ziekenfondsen in het leven, die zich toededen op het verzekeren van medische behandeling en medicijnen.⁷⁰

Met de opkomst van de verzekeringsmaatschappijen in het laatste kwart van de negentiende eeuw ontstond de functie van keuringsarts. Belangrijk voor de ontwikkeling van deze nieuwe functie was het besluit van de NMG uit 1864 dat (huis)artsen zich moesten onthouden van het geven van gezondheidsverklaringen over hun patiënten. Volgens de NMG mochten artsen hun vertrouwensband met hun patiënten niet schenden ten behoeve van belangen van derden. Onderzoek van claims mocht om die reden alleen plaatsvinden door speciaal daarvoor aangestelde keuringsartsen. De NMG heeft dit standpunt nadien diverse keren herhaald, onder andere in 1888 en 1900. Verzekeringsmaatschappijen op hun beurt gingen ertoe over keuringsartsen in dienst te nemen omdat zij ervan uitgingen dat (huis)artsen niet of moeilijk in staat waren een objectief oordeel over de gezondheid van een deelnemer te vellen.⁷¹

Toen in de jaren 1890 de discussie over een wettelijke ongevallenverzekering losbarstte, waren artsen al lange tijd bij de claimbeoordeling van particuliere verzekeringen betrokken. Een aantal artsen had zich zelfs ontwikkeld tot keuringsarts, die in opdracht van verzekeringsorganisaties nieuwe verzekerden keurde en claims voor een uitkering bij ziekte, ongeval en invaliditeit beoordeelde. De vraag welke rol zij hebben gespeeld bij de uitvoering van de wettelijke ongevallenverzekering in 1901, komt in het volgende hoofdstuk aan bod.

70 Zie Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 178-194.

71 Horstman, *Verzekerd leven*, p.61-66. Zie ook: De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 157.

