

DE MEDISCH SPECIALISTEN IN DE
NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG

Deze publicatie kwam tot stand met financiële steun van:
Stichting Historia Medicinae
Stichting Tijdschrift Janus
GlaxoWellcome B.V.

NIEUWE NEDERLANDSE BIJDRAGEN TOT DE GESCHIEDENIS DER GENEESKUNDE
EN DER NATUURWETENSCHAPPEN

NR. 57

(*redactie: M.J. van Lieburg, H.A.M. Snelders, L.C. Palm en R.P.W. Visser*)

PANTALEON REEKS NR 29

Omslag illustratie: Algemeene Haagsche Polikliniek. Bron: gemeentearchief Den Haag.

ISBN 90-5235-120-1

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

© 1997 Alice Juch, Erasmus Publishing, Verzamelgebouw Rotterdam-Zuid, Strevelseweg 700/314, 3083 AS Rotterdam, The Netherlands. Telefoon +31 10 4815222. Telefax +31 10 4815250.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeleelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the publisher.

Er is naar gestreefd de auteursrechten op de afbeeldingen volgens de wettelijke bepalingen te regelen.

DE MEDISCH SPECIALISTEN IN DE
NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG
HUN MANIFESTATIE EN CONSOLIDATIE, 1890-1941

Medical Specialists in the Netherlands
Their Rise and Consolidation in the Healthcare Sector, 1890-1941

PROEFSCHRIFT
TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN DOCTOR AAN DE
ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM OP GEZAG VAN DE
RECTOR MAGNIFICUS

PROF.DR P.W.C. AKKERMANS M.A.

EN VOLGENS BESLUIT VAN HET COLLEGE VOOR PROMOTIES
DE OPENBARE VERDEDIGING ZAL PLAATSVINDEN OP

WOENSDAG 5 NOVEMBER 1997 OM 15.45 UUR

DOOR

ALICE JUCH
GEBOREN TE LEIDEN



ERASMUS PUBLISHING
ROTTERDAM 1997

PROMOTIECOMMISSIE

PROMOTOR: PROF.DR M.J. VAN LIEBURG
OVERIGE LEDEN: PROF.DR A.H.M. KERKHOFF
PROF.DR J.M.W. BINNEVELD
PROF.DR A.F. CASPARIE

CO-PROMOTOR: DR R.M.J. SCHEPERS

Dankwoord

Het schrijven van dit proefschrift heeft de nodige hoofdbrekens gekost. Gelukkig hebben velen mij bij het totstandkomen met raad en daad bijgestaan, waarvoor ik hen op deze plaats wil bedanken.

Mijn promotor prof.dr M.J. van Lieburg ben ik zeer erkentelijk voor zijn deskundig commentaar, zijn geduld en vertrouwen in een goed eindresultaat. De begeleiding van dit proefschrift nam ongetwijfeld veel van zijn kostbare tijd in beslag.

Mijn co-promotor mw. dr R.M.J. Schepers dank ik voor de consentieuze en kritische manier waarop zij mijn proefschrift heeft beoordeeld; zij leerde mij de materie ook van een heel andere kant bekijken. Mw. drs G. van Heteren (KUN) en mw. dr A. de Knecht van Eekelen (VUA) waren officieel niet bij dit proefschrift betrokken. Toch waren zij bereid mij te helpen, hetgeen mijn proefschrift zonder meer ten goede-is gekomen. Hun kritiek, bemoedigingen en raadgevingen heb ik erg gewaardeerd.

Dr K-H. Brandt (internist), dr C. Jonkman (bedrijfsgeneeskundige), drs L. Pruiksma (historicus), dr F. Huisman (historicus) en mw. C. Seebach (gemeentearchief Arnhem) dank ik voor hun vakkundige ondersteuning en correcties. Voor de 'technische' kant van het schrijven van een proefschrift kon ik altijd rekenen op de hulp van ir J.J.-W. Stelwagen.

Gedurende de vrij lange onderzoekperiode kwam ik in aanraking met tal van aardige, enthousiaste en behulpzame mensen. Enkele daarvan wil ik hier noemen. Dat neemt niet weg dat ik ook degenen die ik niet noem, net zo erkentelijk ben voor de hulp die zij hebben gegeven. De medewerkers van de archieven van de wetenschappelijke verenigingen en van de diverse gemeentearchieven, de secretarissen van de Geneeskundige Kring in Arnhem en de Geneeskundige Kring in Tilburg en het secretariaat van de afdeling medische geschiedenis (VUA), in het bijzonder mw. A.G. Ham en mw. M. Salzmann-Löwenstein. Ten slotte wist de uitgever drs P. Verhoef op het juiste moment mijn hoofdbrekens wat te relativeren.



Inhoud

Lijst van schema's, tabellen en bijlagen 13

Begrippenlijst en afkortingen 15

- 1 INLEIDING 17
- 1 HET ONDERZOEK NAAR SPECIALISTEN, OPVATTINGEN OVER PROFESSIONALISERING EN SPECIALISATIE 18
 - Technologiethese, concurrentiethese en marktwerking* 20
- 2 ONDERZOEKSDOEL EN PERIODISERING 22
- 3 SPECIALISTEN 25
- 4 ONDERZOEKSOPZET EN ANALYSE-INSTRUMENTEN 27
 - Werklocatie* 28
 - Belangen* 29
 - Bevoegdheid van specialisten en erkenning van specialismen* 31
 - Wetenschappelijke verenigingen* 31
- 5 ONDERZOEKSBEPERKINGEN EN BRONNEN 32

Deel I: STAND VAN ZAKEN OMSTREEKS 1890

- 2 MEDICUS EN MAATSCHAPPIJ 37
- 1 INLEIDING 37
- 2 INDUSTRIALISATIE EN ECONOMISCHE GROEI 40
 - 2.1. Toenemende welvaart 41
 - Industrialisatie en de toename van het aantal arbeiders* 43
 - Daling sterftecijfer* 45
 - 2.2. Wetgeving en particulier initiatief 46
 - 2.3. Toename van het aantal artsen 49

- 3 GENEESKUNDIGE EN GEZONDHEIDSZORG: MEDICI, PATIËNTEN, VOORZIENINGEN EN FINANCIERS 52
 - 3.1. Toenemende kennis: naar een moderne geneeskunde 53
 - 3.2. 'Dokters' en patiënten: armen, minvermogenden en gegoeden 56
 - 3.3. Ziekenhuizen 59
 - 3.4. Ziekenfondsen: 'en zij groeiden in tal en last' 64
- 4 VAKBONDSVORMING: 'EENDRACHT MAAKT MACHT' 71
- 5 DE STAND VAN ZAKEN OMSTREEKS 1890 73

Deel II: MANIFESTATIE 1890-1920

- 3 GROEPSFORMATIE EN STRUCTURERING 79
 - 1 VERSCHUIVINGEN OP HET GENEESKUNDIG TONEEL 79
 - 2 SPECIALISTEN 83
 - 2.1. Verwarring over vóórkomen en aantal specialisten 84
 - 2.2. Definiëringsproblemen 87
 - Zestig NMG-afdelingen: 'zestig' definities? 89
 - 2.3. Halfspecialisten 90
 - Specialist of halfspecialist? 92
 - 3 SPECIALISMEN 94
 - 3.1. De afscheiding van specialismen 94
 - Kritiek op de algemene opleiding 96
 - Specialisatie: toenemende kennis en hiaten in het onderwijs 99
 - 3.2. Heelkundige specialismen 101
 - Oogheelkunde en oorheelkunde 101
 - Chirurgie, van tweederangsvak naar specialisme 104
 - 3.3. Interne specialismen 107
 - Erkenning of acceptatie van specialismen? 110
 - Kindergeneeskunde en interne geneeskunde 113
 - 4 WERKLOCATIE 121
 - 4.1. Ziekenhuizen 122
 - Categorale klinieken 127
 - 4.2. Poliklinieken (1) 131
 - Soorten poliklinieken 133
 - Algemene poliklinieken 135
 - Algemeene Arnheemsche Polikliniek* 135
 - Wat gebeurde er in de poliklinieken? 139
 - Specialistische diagnose en behandeling 143
 - De eigen poliklinieken verliezen terrein 144
 - 5 BEVOEGDHEID 145
 - 5.1. Wetgever en de 'titel' specialist 149
 - 5.2. NMG en de 'titel' specialist 149
 - 5.3. Wetenschappelijke verenigingen 153
 - Desinteresse van de wetenschappelijke verenigingen voor de opleiding 157
 - 6 BESLUIT 160

- 4 BELANGEN EN BELANGENBEHARTIGING 163
 - 1 INLEIDING 163
 - 2 EXTERNE DREIGING: REACTIE VAN DE NMG 165
 - 2.1. Formulering van belangen 165
 - 2.2. De NMG als vakbond 168
 - 'Culturele omslag' van het NMG-bestuur? 171
 - 2.3. Wetsontwerpen voor een ziektekostenverzekering 174
 - 2.4. Eisen van de NMG aan de inrichting van ziekenfondsen 176
 - Een onafhankelijke positie van de arts 177
 - Vrije artsenkeuze 180
 - Welstandsgrens 181
 - Bestuurssamenstelling 182
 - 2.5. Maatregelen van de NMG tegen ziekenfondsen 182
 - De overleving van 'verboden ziekenfondsen' 183
 - De NMG als ziekenfondsorganisatie: de AAZ-fondsen 186
 - 2.6. Het NMG-belang als belangrijkste belang 189
 - 3 INTERNE BEDREIGING VAN SPECIALISTENBELANGEN 191
 - 3.1. Inleiding 191
 - 3.2. Belangentegenstellingen in de NMG, poliklinieken (2) 192
 - Hoogleraren versus specialisten 194
 - Huisartsen versus specialisten 196
 - 3.3. Specialistenbelangen 198
 - Het verwijfsbriefje voor de polikliniek 199
 - 4 ZIEKENFONDSHONORERING VAN SPECIALISTEN 202
 - 4.1. Poliklinische hulp 202
 - Verdeling van de ziekenfondshonoraria 205
 - Maandkaartvergoedingen 205
 - Specialistenpot 206
 - Honorarium als sluitpost 207
 - Verdeelsleutel 207
 - Geen uniforme specialistenhonorering 208
 - 4.2. 'Budgettering' van de kosten 209
 - 4.3. Gemeente-armen en particuliere patiënten 211
 - 5 BEHARTIGING VAN SPECIALISTENBELANGEN 212
 - 5.1. NMG; gezamenlijke belangenbehartiging van huisartsen en specialisten 213
 - Plaatselijke specialistenverenigingen buiten NMG-verband 213
 - 5.2. Specialistenbelangen in de NMG weggestemd 215
 - Reorganisaties en centrale organisaties 217
 - De ANVvMS 218
 - De Centrale Vertegenwoordiging van specialisten (1915) 218
 - Specialisten Organisatie (1918) en Specialisten Commissie (1925) 220
 - 5.3. Besluit 222

Deel III: CONSOLIDATIE 1920-1941

- 5 DE SPECIALIST: CONSOLIDERING EN REGLEMENTERING VAN BELANGEN EN BEVOEGDHEID 227
- 1 INLEIDING 227
- 1.1. 'Erkenning' van specialisten 228
 - 1.2. Veranderingen in de locatie ziekenhuis 228
 - 1.3. Ziektekostenverzekeraars 229
 - 1.4. Belangen 230
 - 1.5. Bevoegdheid 232
- 2 SPECIALISTEN IN RELATIE TOT NMG, OVERHEID, ZIEKENFONDSEN EN VAKVERENIGINGEN 232
- 2.1. De weg naar het ziekenfondsenbesluit 233
 - 2.2. Uitzicht op verbetering van de positie van specialisten en ziekenfondsen 235
 - 2.3. De vakverenigingen: pogingen tot pacificatie en unificatie van het ziekenfondsenwezen 237
- 3 ZIEKENHUIZEN: DE LOCATIE VAN DE SPECIALIST 241
- 3.1. Verpleeghuis of behandelhuis 241
 - 3.2. 'Eerste klas' ziekenhuizen met 'eerste klas' specialisten 243
 - 3.3. Ziekenhuispoliklinieken 247
 - 3.4. De organisatiestructuur van het ziekenhuis en de vrije specialistenkeuze 251
 - Argumenten voor een open structuur 252
 - Argumenten voor een gesloten structuur 254
 - Voorkeur voor gesloten ziekenhuizen 255
 - 3.5. De huisarts in het ziekenhuis 257
 - 3.6. De geneesheer-directeur en het specialisme interne geneeskunde 258
 - 3.7. Diverse relaties tussen ziekenhuizen en specialisten 260
- 4 DE POSITIE VAN DE SPECIALIST 261
- 4.1. Invloeden van de recessie 262
 - 4.2. Plaatselijke autonomie 263
 - Verwijzingen 265
 - Vestigingsbeleid 266
 - Beperking van de vrije specialistenkeuze 267
 - Beleid van de Specialistenorganisatie 268
 - 4.3. Ziekenhuisdirecties contra specialisten 269
 - Organisatorische maatregelen 270
 - Honoreringsproblemen 273
 - 4.4. Ziekenhuisverplegingsverenigingen 276
 - Contracten met ziekenhuisverplegingsverenigingen 278
 - Blokkade van het standaard-contract voor klinische specialistenhulp 280
 - Grote plaatselijke verschillen in contracten 282
- 5 CONCURRENTIE- EN HONORERINGSPROBLEMEN 283
- 5.1. Voorstellen voor gedragsregels 284
 - 5.2. De controverse tussen huisarts en kinderarts 285
 - Kindergeneeskunde erkend als specialisme 286
 - Gedragsregels versus patiëntenbelang 286

- 5.3. De honorering van specialisten 287
- 5.4. Vaststelling van de tarieven 290
 - Tariefschema 291
 - Klinische tarieven 292
- 5.5. Conflicten over de honoraria 293
- 5.6. Inkomens van specialisten 297
- 6 DE SPECIALISTENORGANISATIE EN HAAR ACHTERBAN 301
 - 6.1. Inleiding 301
 - 6.2. Voor- en nadelen van een plaatselijke belangenbehartiging 302
 - 6.3. De zwakke positie van de centrale belangenorganisatie 305
 - 6.4. Andere problemen van de Specialistenorganisatie 307
 - Geen 'roerende eenstemmigheid' 308
 - Gebrek aan solidariteit 308
 - Geringe betrokkenheid bij de centrale belangenbehartiging 309
 - Resultaat 313
 - 6.5. De werkwijze van de Specialistenorganisatie nader belicht 315
 - 6.6. De overleving van de centrale belangenbehartiging van specialisten 316
- 7 BEVOEGDHEID VAN SPECIALISTEN 319
 - 7.1. Inleiding 319
 - 7.2. NMG en hoogleraren, struikelblokken voor de regulering van de bevoegdheid? 321
 - 7.3. Nadelen van een niet-gelegitimeerde bevoegdheid 323
 - 7.4. Externe belangstelling voor het bevoegdheidsvraagstuk 323
 - 7.5. Initiatieven van specialisten 325
 - 7.6. De druk neemt toe 327
 - 7.7. Instelling van de specialistenregistratie 328
 - 7.8. Registratie van specialisten en specialismen 329
 - 7.9. Een onvoldoende voor de registratie-eisen 332
 - 7.10. De wetenschappelijke verenigingen en de specialistenopleiding 333
 - 7.11. Besluit 336
- 6 SPECIALIST - SPECIALISME 337
 - MANIFESTATIE 1890-1920 337
 - NMG, specialist en specialisme 338
 - Toename van het aantal specialisten 340
 - De polikliniek, basis van het succes van specialisten 342
 - NMG en de bevoegdheid van specialisten 344
 - Een specialist is ... 346
 - NMG-belangenbehartiging en specialistenbelangen 347
 - Ziekenfondsstrijd 348
 - Gezamenlijke belangenbehartiging 351
 - CONSOLIDATIE 1920-1941 354
 - Oorzaken en gevolgen van het uitstel van de ziekenfondswetgeving 354
 - De machtspositie van de NMG gerelativeerd 355

Locatie, ziekenhuizen	357
Inkomen	359
Functioneren van de Specialistenorganisatie	360
Specialistenbevoegdheid	365

BIJLAGEN	369
----------	-----

BRONNEN EN LITERATUUR	383
-----------------------	-----

SUMMARY	407
---------	-----

INDEX	411
-------	-----

CURRICULUM VITAE	416
------------------	-----

Lijst van schema's en tabellen

Schematische overzichten

1. Schematisch overzicht beroepsvorming specialisten, 1890-1941
- 2a. Schematisch overzicht organisatiestructuur NMG
- 2b. Schematisch overzicht Specialisten Organisatie (1919) Specialisten Commissie (1925)
3. Schematisch overzicht polikliniek voor armen en minvermogenden (w.o. ziekenfondspatiënten)
4. Schematisch overzicht open- en gesloten ziekenhuizen

Tabellen

- Tabel 1: Daling van het sterftecijfer per 1000 inwoners, 1869 tot 1913
- Tabel 2: Jaarinkomen van enkele academici omstreeks 1880-1900
- Tabel 3: Aantal specialisten per provincie en stad in 1910 met en zonder hoogleraren, zenuw- en zielsziekten en mond- en tandziekten, en aantal inwoners per provincie in 1909
- Tabel 4a: Verhouding aantal geneeskundigen: specialisten en percentage geneeskundigen dat lid was van de NMG, 1890 tot 1931
- Tabel 4b: Aantal en percentage van de afgestudeerde artsen dat specialist werd; 1910-1944
- Tabel 5: Onderwijs in oog- en kno-heelkunde in Amsterdam, Leiden, Utrecht en Groningen in de tweede helft van de negentiende eeuw
- Tabel 6: Aantal naar hun specialisme gerangschikte specialisten in 1915 zonder hoogleraren, zenuw- en zielsziekten en mond-en tandziekten, zoals in de *Geneeskundige Jaarboekjes* vermeld
- Tabel 7: Aantal ziekeninrichtingen per provincie en aantal inrichtingen <50 bedden en >100 bedden in 1924
- Tabel 8: Plaats en oprichtingsjaar van de eerste oogklinieken en kinderziekenhuizen
- Tabel 9: Plaats en oprichtingsjaar van Nederlandse sanatoria tot 1920
- Tabel 10: Aantal geregistreerde specialisten in 1931 in acht steden met inwonertal
- Tabel 11: Toename aantal specialisten (zonder zenuw- en zielsziekten en mond- en tandziekten) buiten de grote steden, 1920 en 1931
- Tabel 12: Specialisten, zonder zenuw- en zielsziekten en mond- en tandziekten, verdeeld over middelgrote steden in 1925

- Tabel 13: Stijging aantal ziekenhuispatiënten en stijging verpleegkosten, 1910-1939
- Tabel 14: Percentage der bevolking verzekerd bij ziekenfondsen, 1902-1941
- Tabel 15: Aantal inwoners van Utrecht naar welstand in 1934
- Tabel 16: Aantal praktiserende huisartsen en specialisten in drie grote steden in 1914 en 1931.
- Tabel 17: Aantal geregistreerde specialisten naar specialisme (zonder mond- en tandziekten) per 1 juli 1931
- Tabel 18: Aantal geregistreerde specialisten per provincie en in vijf grote steden (zonder mond- en tandziekten) per 1-7-1931, aantal inwoners per provincie
- Tabel 19: Aantal inwoners per specialist in 1910 en 1931
- Tabel 20: Aantal specialisten/specialismen (zonder mond- en tandziekten) in Amsterdam, Den Haag, Rotterdam, Utrecht, Groningen, Leiden en in de rest van het land in 1920, bijlage 3
- Tabel 21: Onderzoek naar het inkomen van de Nederlandse arts over 1911, bijlage 4a
- Tabel 22: Verhoudingscijfers particuliere en ziekenfondspraktijk en andere baten op het inkomen van specialisten met een praktijk tot 10 jaar, tussen de 10 en 20 jaar en langer dan 20 jaar in 1911, bijlage 4b
- Tabel 23: Honorering in guldens van een blindedarm- en een mastoidoperatie met nabehandeling omstreeks 1943 door RVB en ziekenfondsen die per verrichting betaalden, bijlage 6b
- Tabel 24: Centrale ziekenfondsorganisaties met het aantal aangesloten ziekenfondsen en het aantal leden in 1937, bijlage 7
- Tabel 25: Aantal en oprichtingsjaar van de ziekenhuisverplegingsverenigingen per provincie 1908 tot 1940, bijlage 8
- Tabel 26: Percentage der bevolking dat in 1940 was verzekerd bij ziekenhuisverplegingsverenigingen en ziekenfondsen, bijlage 9
- Tabel 27a: Honoreringsvoorstellen in 1926 van respectievelijk specialistenvereniging en gemeenteziekenhuis in Dordrecht, bijlage 10
- Tabel 27b: Honoreringsvoorstellen van de gemeenteraadscommissie voor het ziekenhuis voor de vergoeding van de stafspecialisten in verband met de heroprichting van de GGD in Arnhem in 1923
- Tabel 28: Aantal geregistreerde specialisten tot 1941 (exclusief mond- en tandziekten), bijlage 11

Bijlagen

- Bijlage 1: Overzicht ziekenfondswetsontwerpen
- Bijlage 2: Wetenschappelijke verenigingen
- Bijlage 3: Tabel 20
- Bijlage 4a: Tabel 21
- Bijlage 4b: Tabel 22
- Bijlage 5: Voorschriften der RK-moraal in de geneeskundige praktijk
- Bijlage 6a: Onderzoek honoreringssysteem 1943
- Bijlage 6b: Tabel 23
- Bijlage 7: Tabel 24
- Bijlage 8: Tabel 25
- Bijlage 9: Tabel 26
- Bijlage 10: Tabel 27a en 27b.
- Bijlage 11: Tabel 28
- Bijlage 12: Overzicht heelkundige verrichtingen in Amsterdam in 1921

Excurs: 'Arnhem een aantrekkelijke stad voor specialisten'.

Begrippenlijst en afkortingen

ANVvMS	Algemene Nederlandsche Vereeniging van Medisch Specialisten
alg. verg.	algemene vergadering van NMG of Specialistenorganisatie
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
chir.	chirurgie
CV	Centrale Vertegenwoordiging (1915-1918); centrale belangenorganisatie van specialisten, suborganisatie van de NMG
derm.	dermatologie
Gen.k. Jrb.	Geneeskundig Jaarboekje
Gewina	Tijdschrift voor de Geschiedenis der Geneeskunde, Natuurwetenschappen, Wiskunde en Techniek
gyn.	gynaecologie
ingew.	ingewandsziekten
inw.zkt	inwendige ziekten
kno	keel-, neus en oorheelkunde
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging (1946-)
LSV	Landelijke Specialisten Vereniging (1946-1996)
MndblSpecGenk	Maandblad voor Specialistische Geneeskunde
NMG	Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
NTvG	Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde
obst.	obstetrie
orthop.	orthopedie
SC	Specialisten Commissie (1925-1941), centrale belangenorganisatie van specialisten suborganisatie van de NMG

spijsvert.	spijsverteringsziekten
stofw.	stofwisselingsziekten
SO	Specialisten Organisatie (1919-1925), centrale belangenorganisatie van specialisten suborganisatie van de NMG
Specialisten-organisatie	Centrale NMG-belangenorganisatie van specialisten (CV, SO, SC)
specialisten-vereniging	plaatselijke belangenvereniging, zowel binnen als buiten de NMG
urol.	urologie
ziekenwet	verzekering tegen loonderving als gevolg van ziekte
ziektewet	verzekering tegen de kosten van ziekte, waaronder dokterskosten
zk./zkt.	ziekten

1 – Inleiding

Het onderzoek naar specialisten, opvattingen over professionalisering en specialisatie – Onderzoeksdoel en periodisering – Specialisten – Onderzoeksopzet en analyse-instrumenten – Onderzoeksbependingen en bronnen

‘Een specialiteit is ... Lieve lezer, ik weet het waarachtig niet’ (Multatuli)

Te oordelen naar Multatuli’s *Duizend-en-eeuwig hoofdstukken over specialiteiten* was aan het einde van de negentiende eeuw het optreden van specialiteiten op allerlei gebied een modieus verschijnsel.¹ De auteur levert in dit boek kritiek op de ‘deskundigen’ in onder meer politiek, theologie en geneeskunst. De protagonisten van het boek dat U nu gaat lezen, de medisch specialisten, zouden model hebben kunnen staan voor bovenstaand citaat. In de artsensorganisatie, de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG), wist men rond 1890 voor het begrip specialist geen algemeen geldende en allesomvattende definitie te formuleren.² Desalniettemin had specialisatie in die tijd blijkbaar al een bepaalde meerwaarde. Zij was gerelateerd aan de vaardigheid in het hanteren van een bepaald instrument, zoals de chirurgische bedrevenheid in een bepaald onderdeel van de heilkunde, of aan een meerdere kennis en ervaring bij het stellen van een specifieke diagnose.

Nu was in 1890 de vaagheid der noties over medisch specialisten begrijpelijk: medische specialisatie was nog een marginaal verschijnsel. In het volgende decennium werd hun optreden echter van een marginaal tot een dominant verschijnsel. Reeds in 1900 waren medisch specialisten (voortaan: specialisten) niet meer weg te denken uit grotere steden als Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Groningen, Utrecht, Leiden en Arnhem. In de NMG discussieerde men veel over specialisten en specialismen. Er bleek echter ook in de eerste decennia van de twintigste eeuw geen consensus over wát nu precies onder een specialist moest worden verstaan en welke vakken specialistisch waren. Daaraan zaten dan ook de nodige haken en ogen. De visie van de geneeskundigen op deze vraagstukken was niet de resultante van een theoretische argumentatie, maar werd vooral door belangen bepaald.

1. Multatuli, *1000-en-eeuwig hoofdstukken over specialiteiten*, 20.

2. Medici spraken in de regel over (medisch) specialisten. In het taalgebruik was echter specialiteiten ingeburgerd.

De specialisatie had vooral gevolgen voor de algemene arts (voortaan: huisarts). Het impliceerde onder meer een inkrimping van de algemene vakuitoefening. Uiteindelijk betekende specialisatie onherroepelijk confrontaties tussen allerlei belangengroeperingen in de NMG. De periode 1890-1920 staat in het teken van dit type belangentegenstellingen. Na 1920 werd het gecompliceerder. Dit kwam mede, omdat ziekenhuizen en ziekenhuis-poliklinieken voor specialisten een steeds interessanter werkterrein werden. Enerzijds werden specialisten daar enthousiast ontvangen, anderzijds ontwikkelden zich ook buiten de NMG tegenkrachten van belanghebbenden in de gezondheidszorg. Deze dynamiek van de gezondheidszorg bleek veel sterker dan specialisten zich hadden gerealiseerd.

De (rijks)overheid was bij de regeling en financiering van de specialistische gezondheidszorg nog weinig betrokken. Vanaf 1904 diende de regering weliswaar met enige regelmaat ziekenfondswetsontwerpen in, maar dat leidde pas in 1941 tot een ziekenfondsenbesluit (zie bijlage 1). Deze wetsontwerpen zetten wel alle belanghebbenden in de gezondheidszorg aan tot actie en vooral na 1920 tot de vorming van overkoepelende organisaties en coalities.

1 HET ONDERZOEK NAAR SPECIALISTEN, OPVATTINGEN OVER PROFESSIONALISERING EN SPECIALISATIE

In Nederland is over medisch specialisten slechts een beperkt aantal studies gepubliceerd. Wel verscheen er van de hand van medici en historici veel literatuur over de 'coryfeeën' uit de medische geschiedenis, over de gezondheidszorg, over ziekenhuizen en over bepaalde ziekten. Meer recent verschenen studies waarin een enkel medisch specialisme (mede) centraal staat. Daarvan is vooral de casus in een artikel van Verhoef een mooie bron ter illustratie van de problemen waarmee een beginnend specialist te maken kreeg. Deze auteur beschreef de ervaringen van een dermatoloog-uroloog in Arnhem in de periode 1901-1903.³ Andere studies op het terrein van specialismen hebben een andere vraagstelling dan dit onderzoek. Zij worden hier toch genoemd, omdat er in dit proefschrift wel naar wordt verwezen. Van de hand van Terlouw verscheen een proefschrift over het heilgymnastisch beroep in de negentiende eeuw.⁴ Hierin komt onder meer de 'strijd' naar voren tussen heilgymnasten en orthopeden over hun domein en de afbakening daarvan. De domeinafbakening speelde in de geschiedenis van medisch specialisten een belangrijke rol, zowel tussen specialisten onderling als tussen specialisten en respectievelijk huisartsen of para-medici. Zijdelings komt dit eveneens ter sprake in de studie van Fokkema over de schade door röntgen- en radiumstraling.⁵ De dissertatie van Pasveer over röntgendiagnostiek in relatie tot longtuberculose, geeft inzicht in gebruik en invloed van een nieuw en geavanceerd diagnostisch instrument.⁶ Een heel andere kant van de medische geschiedenis belicht Schoon in haar proefschrift over verloskunde, gynaecologie, gynaecologen en hun patiënten. Zij beschrijft daarin de weinig patiëntvriendelijke benadering van vrouwenartsen.⁷ Het proefschrift van De Knecht-van Eekelen over voedingsleer en kindergeneeskunde, belicht onder meer de initiatieven van

3. Verhoef, 'Ik voel niet dat ik nuttig ben.'

4. Terlouw, *Opkomst heilgymnastisch beroep*.

5. Fokkema, *Schade door röntgen- en radiumstraling*.

6. Pasveer, *Shadows of knowledge*.

7. Schoon, *Gynaecologie als belichaming van vrouwen*.

kinderartsen om de zuigelingenvoeding op een hoger peil te brengen.⁸ Andere publikaties over specialisten hebben als onderzoeksperiode de tijd na 1945. Een enkele daarvan geeft een kort historisch overzicht, zoals de dissertatie van Klazinga over aard en ontwikkeling van het kwaliteitsmanagement van de specialistische zorg.⁹ Ten slotte moet hier nog het werk van Companje worden vermeld. Dit proefschrift over de relatie tussen artsen en ziekenfondsen heeft raakvlakken met mijn onderzoek, waarin deze relatie diverse keren ter sprake komt. Deze dissertatie was echter bij het ter perse gaan van het onderhavige nog niet verdedigd.¹⁰

In het buitenland werd de historisch-wetenschappelijke belangstelling voor specialisten en specialisatie eerder gewekt dan in Nederland. De eerste Amerikaanse publikatie verscheen al in 1944, namelijk een studie van George Rosen over de specialisatie in de geneeskunde die vanuit de oogheekunde was geëxtrapoleerd.¹¹ Stevens schreef in de jaren zestig haar klassieke studie over de medische specialisatie in Engeland.¹² Zij publiceerde tevens over de veranderende opvattingen over het specialist-zijn.¹³ In Duitsland is er over de specialisatie geen dergelijk breed onderzoek verricht. Wel beschreef Eulner de ontwikkeling van de medisch specialistische vakken aan de universiteiten in de negentiende eeuw.¹⁴ Daarnaast werd een aantal artikelen over deze materie gepubliceerd. Van onder meer de overgang in Amerika van algemene naar specialistische poliklinieken in de negentiende eeuw, gaf Rosenberg een beschrijving.¹⁵ Over het debat dat tussen 1900 en 1940 in België werd gevoerd over specialisatie, specialisten en hun reglementering van de bevoegdheid, verscheen een artikel van Schepers.¹⁶ In 1994 publiceerde Weisz een artikel over het specialisatieproces in Frankrijk in de negentiende eeuw.¹⁷

Alhoewel in deze studie niet is gekozen voor een sociologisch verklaringsmodel, moet de literatuur daarover hier toch in het kort worden vermeld; want in tegenstelling tot de schaarse historische literatuur over medisch specialisten in de periode 1890-1941, zijn er vrij veel buitenlandse – en enkele Nederlandse – sociologische studies verschenen over de medische professie in het algemeen en specialisatie in het bijzonder. De auteurs zochten naar theoretische kaders ter verklaring van fundamentele processen in de beroepsvorming van medici. Zij benaderden deze materie vanuit de professies die door de toenemende arbeidsverdeling ontstonden, de zogenaamde professionaliseringsliteratuur,¹⁸ of meer vanuit het beroep, de zogenaamde beroepsociologie.¹⁹ De begrippen professie en beroep worden wel door elkaar gebruikt, maar hebben niet dezelfde betekenis. Mok definieert een beroep (in sociologische zin) als een ‘samenhangend geheel van arbeidstaken en

8. De Knecht-van Eekelen, *Naar een rationele zuigelingenvoeding*.

9. Klazinga, *Quality management*.

10. Companje, *Over artsen en verzekeraars*.

11. Rosen, *Specialization of Medicine*.

12. Stevens, *Impact of specialization*, 3-4.

13. Stevens, ‘Changing idea of a medical speciality’.

14. Eulner, *Entwicklung Spezialfächer*.

15. Rosenberg, ‘Dispensary’.

16. Schepers, ‘Debat over specialisatie’.

17. Weisz, ‘Development of medical specialization’.

18. Een belangrijke auteur van deze categorie is Freidson, die zich tot de medische professie beperkte.

19. De benaderingen van de beroepsociologie, de gemeenschaps- en de segmentenbenadering geven volgens beroepsociologen een beter inzicht in het proces dan het professiebegrip; zie Mok, *Professie en professionalisering*, 11-5.

arbeidsomstandigheden, dat de beoefenaar een bepaalde positie verschaft in de sociale structuur'.²⁰ Een professie is een bepaald beroep met specifieke kenmerken, waarbij het beroep van medicus één van de prototypen is.²¹ Volgens Johnson, die de zogenaamde beheersingsbenadering aanhangt, is een professie het middel tot beheersing van het beroep.²² Professionalisering is overigens niet alleen een verklaringsmodel, het begrip heeft ook een symboolbetekenis. Het is een gevoelsmatig 'beladen' begrip geworden met veel associaties als status, collectieve macht, autonomie in de beroepsuitoefening, monopolisering en steeds verdere specialisatie.²³

In de theoretische benadering van professie en professionalisering zijn drie stromingen aan te geven. De functionalistische en de machts- en beheersingsbenadering zijn daarvan de twee belangrijkste.²⁴ Binnen de machts- en beheersingstheorie kunnen ook de meer recente studies, waarin netwerk en marktwerking centraal staan, een plaats vinden. Netwerkanalyses genoten in de jaren tachtig een zekere populariteit. De auteurs besteden daarbij veel aandacht aan het strategievraagstuk waarmee actoren worden geconfronteerd. Wassenberg definieert strategie als 'de feitelijke benutting van de marge tussen afhankelijkheid en onafhankelijkheid zoals die besloten ligt in ieder netwerk'.²⁵ De marktbenadering gaat uit van de gedachte dat een levensvatbare plaats krijgen in het complexe krachtenveld van de arbeidsmarkt, de belangrijkste drijfveer van een beroeps-groep is. Centraal in deze studies staat, hoe beroepsleden erin slagen uit hun beroep een redelijk inkomen te verkrijgen.²⁶

Technologiethese, concurrentiethese en marktwerking

Zowel vanuit professionaliseringsbenaderingen als andere benaderingen zijn studies verschenen die een antwoord trachten te geven op de vraag waardoor het specialisatieproces in de geneeskunde werd veroorzaakt en waardoor het aantal specialisten zo snel toenam. Men vindt daarin globaal twee verklaringen voor dit fenomeen: de zogenaamde technologiethese en de zogenaamde concurrentiethese.

Tijdgenoten verdedigden de technologiethese. Zij zagen de wetenschap als een intellectueel verschijnsel. In de wetenschapsgeschiedenis wordt dit ook wel internalisme genoemd. Zowel de opkomst als de snelle toename van specialisten was voor tijdgenoten het logische en onontkoombare gevolg van de toenemende kennis en technologie. Hun referentiekader was een periode die men als een 'specialisatietijd' zou kunnen duiden. De opkomst van de medische specialisatie viel daar middenin. Ook sommige hedendaagse auteurs hechten groot belang aan de wetenschappelijke ontwikkelingen als verklaringsmodel. Voorbeelden hiervan zijn onder meer Stevens (die hierboven al is genoemd) en Godber. Godber nuanceert de kennis- en technologiethese met een verdere fasering. Zijn visie is dat tot aan het begin van de twintigste eeuw, voor een deel van de specialismen het

20. Mok, *Dienen als beroep*, 4.

21. Schepers en Nievaard, *Ziekte en zorg*, 109.

22. Johnson, *Professions and power*, 26.

23. Voor een overzicht van en kritiek op deze benaderingen, zie Van der Krogt, *Professionalisering en collectieve macht*, 36-90.

24. Elliott, *The sociology of the professions*, 4.

25. Geciteerd door: Fennema en Schijf, 'Netwerkonderzoek onder Nederlandse elites', 21-22; en Wassenberg, *Netwerken: organisatie en strategie*, 19.

26. Gritzer en Arluke, *Making of rehabilitation*, XXI.

totale volume van de medisch wetenschappelijke kennis klein was. Pas na 1900 was de specialisatie terug te voeren op de toenemende medische kennis.²⁷ Voorts vindt men aanhangers van de kennis- en technologiehese in de 'professionele zelfportretten' over de ontwikkeling van specialismen.²⁸ De 'doorbraak' van specialisten ging echter zó snel dat uit dien hoofde deze monocausale verklaring toch niet onweersproken kon blijven.

Latere onderzoekers zagen de wetenschap niet meer als een zuiver intellectueel, maar ook als een maatschappelijk verschijnsel.²⁹ Dit wordt ook wel externalisme genoemd. Maatschappelijke ontwikkelingen bepaalden mede de wijze waarop specialisten en specialismen zich ontwikkelden. Door de toename van het aantal artsen, nam vanaf 1890 de angst toe voor de 'overvulling' van het beroep van algemeen geneesheer. Aan dit fenomeen besteedde onder meer het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG)* destijds veel aandacht. Het ligt voor de hand een verklaring voor de snelle toename van specialisten mede op conto van deze overvulling te schuiven, waardoor concurrentiemotieven in beeld komen. Uit hetzelfde *NTvG* bleek dat er eveneens veel aandacht voor 'concurrentie' bestond, hetgeen de verklaring met dat motief voedde. Vóór concurrentiemotieven spreekt ook de grote vraag van patiënten naar specialisten. Aanhangers van deze concurrentiehese vindt men meer onder hedendaagse onderzoekers. In het werk van sociologen staat deze these centraal.

Goudsmit benadert dit onderwerp voornamelijk vanuit de medische opleiding. Hij zoekt de verklaring voor de opkomst van specialisten echter niet uitsluitend in de concurrentiehese. Hij verklaart de 'tendens tot specialiseren' [...] 'enerzijds vanwege de toename van de diagnostische mogelijkheden [...] en de vooruitgang in de medische wetenschap, anderzijds vanwege de behoefte van artsen zich door middel van specialisatie een voor-sprong te verschaffen in de concurrentieslag'.³⁰ Jaspers is in zijn studie over 'het medisch circuit' aanhanger van de concurrentiehese. Hij ziet de ontwikkeling van de medische kennis en technologie als de aanleiding tot het proces van de differentiatie. De toename van het aantal artsen veroorzaakte volgens Jaspers een interne wedijver om patiënten, hetgeen artsen tot specialisatie bracht. Deze auteur heeft aan de machts- en beheersings-benadering nog een netwerk van afhankelijkheid gekoppeld.³¹

Ten slotte zijn er auteurs die het ontstaan van specialismen verklaren met het markt-model. Dit ligt in het verlengde van de concurrentiehese, maar besteedt ook aandacht aan andere ontwikkelingen. Gritzer en Arluke bijvoorbeeld kozen voor dit model, omdat het 'natuurlijke groei-model' van de toenemende kennis en technologie voorbij gaat aan politieke, sociale en economische ontwikkelingen in de samenleving. Aan de hand van hun studie over revalidatieartsen concluderen zij, dat het ontstaan van specialismen niet werd veroorzaakt door de grote kennis van de specialist of door ingewikkeld instrumentarium. Veel aandacht werd besteed aan het verbeteren van de vaardigheid en het toepassen van, volgens deze auteurs, zeer eenvoudige instrumenten.³² Zij betogen dat het kenniselement

27. Godber, 'Specialization in the evolution of medicine', 193-195.

28. 'Gedenkboeken' samengesteld door de rondom specialismen opgerichte wetenschappelijke verenigingen, vermelden vooral de successen uit de geschiedenis van het specialisme. Deze literatuur is van belang voor de geschiedenis van de vorderingen op het beschreven specialistische gebied, eventuele datering en de 'sfeertekening' rondom de diverse specialismen.

29. Zie onder meer, Van Berkel, *Voetspoor van Stevin*, 8.

30. Goudsmit, *Anderhalve eeuw dokteren aan de arts*, 183.

31. Jaspers, *Medisch circuit*, onder meer 53, 93, 160.

32. Gritzer en Arluke, *The making of rehabilitation*, 9.

bij de opkomst van specialismen eerder het resultaat was van de beroepsvorming, dan de oorzaak daarvan.³³

2 ONDERZOEKSDOEL EN PERIODISERING

De voorliggende studie is verricht vanuit de historische discipline en beslaat de periode 1890-1941. De primaire onderzoeksvraag is een beschrijving en verklaring te vinden voor de maatschappelijke erkenning en organisatie van het medisch specialistisch beroep in Nederland, hoe specialisten zich manifesteerden, hoe de samenleving daarop reageerde en op welke wijze specialisten een plaats veroverden in de gezondheidszorg. De historische benadering impliceert, dat het één van de uitgangspunten is deze processen in de context van de tijd te plaatsen. Daarbij is uitgegaan van de volgende ontwikkelingen.

In 1890 was er een kleine, ongeorganiseerde groep specialisten. De positie van specialisten was niet geconsolideerd, hun honorering niet geregeld en de belangenorganisatie, de NMG, benaderde specialisten en specialismen sterk externalistisch, waarbij belangen van specialisten niet meetelden; bevoegdheid en erkenning van specialismen waren niet aan algemeen geldende criteria te toetsen, het werkterrein van specialisten lag niet in het ziekenhuis en de overheid had voor deze medici nog geen belangstelling. Ondanks de sterke tegenwerking van huisartsen en een slechte ziekenfondshonorering, was er in 1941 een grote, georganiseerde groep specialisten. De positie van deze specialisten was geconsolideerd, hun honorering in principe geregeld, zij hadden eigen belangenverenigingen die minder afhankelijk waren van de NMG; bevoegdheid en erkenning van specialismen waren gereguleerd, het ziekenhuis was een belangrijk werkterrein geworden en zij werden in wetgeving genoemd: er was een gevestigde stand van specialisten.

Bij het zoeken naar een verklaring van de realisering van dit succes blijkt een aantal factoren een belangrijke rol te hebben gespeeld: veranderingen in de geneeskundige wetenschap, maatschappelijke ontwikkelingen, de praktijkvoering van specialisten, concurrentie, de barrières die huisartsen en NMG tegen specialisten opwierpen en de opkomst van het ziekenfondswezen en 'moderne' ziekenhuizen.

In deze studie wordt onder meer de hypothese getoetst dat er sinds 1890 specialisten waren. De hierboven genoemde auteur Jaspers spreekt weliswaar steeds over specialisten en specialismen, maar hij ontkent min of meer dat er vóór 1931 (de instelling van de specialistenregistratie, de SRC) specialisten waren. Jaspers concludeert dat er in de loop van de tweede helft van de negentiende eeuw meer artsen in de ziekenhuizen werden ingeschakeld voor de geneeskundige behandeling van de patiënten. 'Het ging hier aanvankelijk om artsen in algemene dienst, later om halfspecialisten en sinds het tweede kwart van de twintigste eeuw (1931 en verder) om full-time specialisten.'³⁴ Dit onderzoek wil aantonen dat de stellingname van Jaspers onrecht doet aan het beeld van 'de' specialist. Het wil tevens aantonen dat het ook geen recht doet aan het beeld van 'het' ziekenhuis, hetgeen in hoofdstuk 2 en 3 duidelijk zal worden.

In deze studie wordt eveneens de hypothese getoetst dat concurrentiethese en marktwerking geen afdoende verklaring bieden voor het ontstaan en de snelle uitbreiding van het aantal specialisten. De concurrentiethese lijkt een waardevol verklaringsmodel, toch roept

33. *Ibidem*, 8.

34. Jaspers, *Medisch circuit*, 21.

deze these allerlei vragen op. Hadden geneesheren wel een keuze? Moet concurrentie worden beschouwd als een 'strijd' tussen twee artsen of hadden huisartsen en specialisten een gescheiden horizon? Kunnen alle specialismen over één kam worden geschoren? De marktbenadering doet meer recht aan het gegeven dat het antwoord op de vraag over de opkomst van specialisten, niet alleen moet worden gezocht in medische ontwikkelingen en concurrentie, maar ook vanuit het maatschappelijk veld. Deze studie wil proberen aan te tonen dat ook het marktmodel nog steeds geen recht doet aan de ingewikkeldheid van deze kwestie. Zo blijft bijvoorbeeld de invloed van specifieke vaardigheden van de geneesheer onderbelicht. Ook lijkt het moeilijk de gratis of tegen een gering bedrag gegeven specialistische hulp aan de armen en minvermogenden in termen van concurrentie te verklaren.

Er valt veel voor te zeggen om 1890 als begindatum voor dit onderzoek te nemen. Vanaf die tijd worden de eerste verschijnselen van de deling in het doktersberoep duidelijk zichtbaar. Het eerste teken dat er specialisten in de *common pool* van geneeskundigen kwamen bovendrijven, is de ledenlijst van de NMG in 1883. In dat jaar maakte deze artsenorganisatie in haar ledenlijst voor de eerste keer een onderscheid tussen specialisten en andere geneeskundigen.

Een tweede teken van de vorming van een nieuwe groepering was de oprichting van zogenaamde wetenschappelijke verenigingen rondom specialismen. Voorafgegaan door de vereniging van psychiaters (1871) en de vereniging van gynaecologen (1887), volgden in de jaren 1890-1908 de rest van de toentertijd voorkomende 'specialismen' (bijlage 2).

De grotere ziekenfondsen vormen een derde ijkpunt voor de doorbraak van specialisten. Ziekenfondsen gingen er successievelijk toe over een onderscheid te maken tussen huisartsen en specialisten. Een enkel fonds startte daarmee aan het einde van de negentiende eeuw, na 1900 volgden er meer.

Sinds 1890 was echter voor een ieder de oprichting van poliklinieken het meest duidelijke teken dat er huisartsen en specialisten waren. Sinds die tijd was een polikliniek de locatie waarmee een specialist werd geassocieerd. Met de oprichting daarvan werd ook de buitenwereld met specialisten vertrouwd gemaakt. De poliklinieken waren een succes. Voor patiënten, gemeentebesturen en in toenemende mate ziekenfondsen was het duidelijk: er waren dokters én gespecialiseerde dokters!

Vanaf 1920 veranderde er zoveel dat er met recht van een cesuur kan worden gesproken. Om te beginnen lag deze op het gebied van de specialismen. Na de inwerkingtreding van het zogenaamde Academisch Statuut (1921) waren voortaan ook specialistische vakken opgenomen in het curriculum van de algemene opleiding. Specialismen werden nu door de universiteiten officieel erkend. Vervolgens stelde de NMG in 1931 de Specialisten Registratie Commissie (SRC) in, waarmee onder meer de erkenning van specialismen werd geregeld.

De volgende veranderingen sinds 1920 betroffen zowel het optreden van specialisten en andere medische beroepsgroepen als instellingen in de gezondheidszorg. De woelingen die de manifestatie van specialisten teweegbracht binnen de NMG, waren over het hoogtepunt heen en de belangenbehartiging van specialisten, die onder auspiciën van de NMG viel, werd wat zelfstandiger. Er brak nu een tijd aan waarin de specialisten hun positie konden consolideren. Door de ontmoeting met 'nieuwe' tegenspelers – ziekenfondsen, ziekenhuisdirecties en overheid – was de integratie van specialisten in de



Aantal inwoners per geneeskundige in de Nederlandse gemeenten in 1886 [Bron: *Handelingen 1886/1887*, Staatsbegroting V nr. 14].

gezondheidszorg geen autonoom verlopend proces. De diverse belanghebbenden hadden niet noodzakelijkerwijs dezelfde ideeën en belangen als specialisten. Ten slotte noemde het ziektekostenwetsontwerp van 1920 voor het eerst de specialistische hulp als een te honoreren hulpverlening.

Het ziekenfondsenbesluit in 1941 sluit deze periode af. Met de invoering daarvan werden specialisten wettelijk erkend in die zin, dat ervan werd uitgegaan dat zowel de poliklinische als de klinische hulp van specialisten volgens een afzonderlijk tarievenstelsel werd gehonoreerd.

Dit onderzoek is in drie perioden ingedeeld, een inleidend hoofdstuk (2) over 'de stand van zaken' rond 1890 op medisch, sociaal en politiek gebied. Het tweede deel handelt over de periode van de manifestatie van specialisten: 1890-1920. Hoofdstuk 3 beoogt houvast te geven aan het verschijnsel specialist. Hoofdstuk 4 handelt over belangen en belangenbehartiging van NMG en specialisten. Het derde gedeelte van dit proefschrift gaat over de periode van integratie en consolidatie in de gezondheidszorg: 1920-1941. In hoofdstuk 5 komen alle elementen samen die bij de erkenning en organisatie van specialisten zo'n belangrijke rol speelden: interactie met derden, werklocatie, belangen, belangenbehartiging, bevoegdheid en erkenning. Ten slotte volgen in hoofdstuk 6 een synopsis en conclusies.

3 SPECIALISTEN

De gesignaleerde lacune in Nederland op het gebied van historische studies van specialisten is niet toevallig. Het hangt ten nauwste samen met een aantal fundamentele problemen in dit onderzoeksveld. Om te beginnen werd er op verschillende wijze tegen specialisten aangekeken, hetgeen onder meer in de problemen over de definiëring tot uiting kwam. Bovendien ging het daarbij nog, door de onderscheiden typen van specialismen, over verschijnselen die op bepaalde punten van elkaar afweken. Vervolgens maken de belangen en belangenbehartiging van specialisten dit onderzoeksgebied complex. Financieringsproblematiek van de specialistische hulp, divergerende belangen van specialisten onderling en verwevenheid met en afhankelijkheid van het NMG-beleid in belangenkwesties, zijn daarvan slechts enkele voorbeelden. Ten derde zorgt de verklaring van de 'opkomst van specialisten voor een aantal moeilijkheden. In de vorige paragraaf bleek dat er auteurs zijn die de opkomst en snelle toename van specialisten vooral zien in termen van concurrentie. Zij baseren zich daarbij op NMG-bronnen waarin de 'overvulling' van het medisch beroep en de concurrentieproblematiek een dominante plaats innemen. Mijns inziens is door deze benadering dit vraagstuk te globaal weergegeven. Een analyse van de determinerende factoren voor specialisatie, zoals in dit proefschrift gebeurt, laat zien dat concurrentie, marktwerking (die in het verlengde van concurrentie ligt) en toenemende kennis, geen voldoende verklaring bieden voor het ingewikkelde maatschappelijke verschijnsel van specialisatie. Ten slotte maakt het grote aantal actoren waarmee specialisten te maken hadden dit onderzoeksveld ingewikkeld: NMG, huisartsen, (ten dele) ziekenfondsen en andere ziektekostenverzekeraars, ziekenhuisstaven en -directeuren, en overheid. In het geheel genomen, is over deze actoren eveneens weinig relevante ondersteunende literatuur beschikbaar.

De verwarring die specialisten bij de huisartsen opriepen, kwam tot uiting in de behoefte het begrip specialist te definiëren. De vele discussies daarover boekten voorlopig echter weinig resultaat. De definitie leek een cognitief vraagstuk. Zij bleek echter tevens een belangenkwesitie en afhankelijk van de eigen visie van de NMG-leden op specialisten. In 1916 aanvaardden de leden weliswaar een 'modeldefinitie', maar daarop waren allerlei variaties aangebracht die waren aangepast aan de plaatselijke situatie.

In dit onderzoek is voor de betiteling specialist vóór de instelling van de specialistenregistratie (SRC, 1931) als eerste indicatie genomen: hoe hij zichzelf noemde. Vervolgens is van drie referenties uitgegaan voor de 'erkenning' van een specialisme: 1. de omschrijving van de wetenschappelijke verenigingen, 2. de opstelling in deze van de belangenorganisaties van specialisten en 3. de specialismen die de SRC uiteindelijk erkende. Deze benadering impliceert dat ook kindergeneeskunde en interne geneeskunde specialismen waren, want de genoemde organisaties hadden geen overwegende bezwaren tegen de erkenning van deze deelgebieden als specialisme. Mijn 'werk'-definitie van specialisten wordt dan als volgt:

Een specialist is een geneesheer met meer kennis en ervaring op een bepaald gebied van de geneeskunde, dan de algemene medische opleiding bood. Een specialist baseerde zijn bevoegdheid op een assistentschap en polikliniek-ervaring.

In de grote steden beperkte een specialist zich voornamelijk tot de specialistische praktijk. In kleine bevolkingscentra was de specialistische praktijk daarvoor dikwijls te klein. Daar werd een huisartsenpraktijk wel gecombineerd met een 'specialistische', de zogenaamde halfspecialisten.

In dit onderzoek bleek dat het specialist-zijn, naast de keuze voor een reductie van het werkterrein, voor een specialist zowel een maatschappelijke als een wetenschappelijke keuze betekende. In deze periode was het beeld dat een specialist zelf had over de specialistische geneeskunde ten dele afhankelijk van het specialisme. Specialisten waren vrij algemeen van mening dat hun denkwijze verschilde van die van de generalist. De specialistische geneeskunde onderscheidde zich volgens hen in de eerste plaats van de algemene geneeskunde door een meer wetenschappelijke attitude ten opzichte van zowel diagnostiek als behandeling. Daarnaast beschikte een specialist over meer kennis en ervaring op zijn deelgebied.

De huisarts was daarentegen lang niet altijd overtuigd van de grotere geavanceerdheid van 'de' specialist. Zonder dit nu te generaliseren, vonden huisartsen nogal eens dat zij het specialistische werk voor een groot deel zelf wel konden. Huisartsen waren echter zelden onbevooroordeeld in hun oordeel. Specialisten konden een bedreiging betekenen voor de eigen praktijk; met name was het een probleem dat patiënten de voorkeur aan specialisten gaven.

Ook patiënten associeerden een specialist ergens mee. Evenals een hoogleraar, betekende een specialist voor hen: 'hogerop', zoals blijkt in het hoofdstuk over poliklinieken. In de periode die dit proefschrift beschrijft, was een specialist voor de gemiddelde patiënt een autoriteit. Hij stond erom bekend dat hij een uitgebreid medisch onderzoek instelde, uitgebreider dan door de huisarts kon worden uitgevoerd.

4 ONDERZOEKSOPZET EN ANALYSE-INSTRUMENTEN

In deze studie is, zoals gezegd, niet gekozen voor één van de verklaringsmodellen voor het ontstaan van specialismen. Van der Velden stelt in zijn studie over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, dat bij het kiezen van dergelijke verklaringsmodellen het gevaar bestaat dat de empirie aan de theorie wordt aangepast.³⁵ Daaraan kan nog worden toegevoegd dat dan bovendien het gevaar bestaat, dat er te 'wetmatig' wordt geïnterpreteerd en andere ontwikkelingen te weinig tot hun recht komen.

De uitgroei van specialisten tot een georganiseerd beroep ontwikkelde zich in een voortdurende interactie met derden. Dat riep als het ware een heel nieuw maatschappelijk krachtenveld op. Belangrijke drijfveren van deze beroepsvormingsprocessen waren medische ontwikkelingen en maatregelen die tegen specialisten werden genomen, zowel binnen de NMG als daarbuiten. Daarop was veel van de gerichte actie van specialisten terug te voeren. Vanuit drie doelstellingen formeerden zich daarbij instellingen: specifieke wetenschap (wetenschappelijke verenigingen), belangenbehartiging (plaatselijke belangenverenigingen van specialisten en koepelorganisaties), en reglementering van de bevoegdheid van specialisten en erkenning van specialismen (SRC).

In dit onderzoek wordt geen sociologisch referentiekader gehanteerd, alhoewel de beschreven processen vanuit de professionaliseringsoptiek kunnen worden geduid. Ik spreek vaak over de beroepsvorming van specialisten, omdat dit een neutraler begrip is dan professie. Daarbij versta ik onder beroep: een werkkring waarvoor men de bekwaamheid en de bevoegdheid heeft. In de visie van de beroepsocioloog Mok is er pas sprake van een beroep als er drie processen hebben plaatsgevonden: differentiatie, legitimering en institutionalisering.³⁶ In die zin was er aan het begin van de onderzoeksperiode nog lang geen sprake van 'een beroep' van medisch-specialisten. (Gezien de verschillen tussen de specialismen dient er eigenlijk te worden gesproken over beroepen van medisch-specialisten.) Het waren weliswaar ook bij de beroepsvorming van specialisten belangrijke processen, maar daarmee is niet 'alles' verklaard.

Als analyse-instrumenten worden voor dit onderzoek gebruikt: werklocatie, belangen en belangenbehartiging, bevoegdheid, erkenning van specialismen, en wetenschappelijke platforms. Daarbij kunnen twee fasen worden onderscheiden. De eerste fase is de periode van manifestatie (1890-1920): het aan de buitenwereld duidelijk tonen dat er specialisten zijn. De tweede fase is de periode van de consolidatie in de gezondheidszorg (1920-1941), in de zin van het volledig opnemen van specialistische hulp, inclusief financiering en honorering. Mijns inziens wordt zo ten eerste de aandacht gericht op het belang van deze interactie, en daarmee op de dynamiek van de gezondheidszorg. Vervolgens is uit deze benadering af te leiden dat deze interactie op verschillende niveaus plaatsvond: individueel, plaatselijk en centraal. Om dit tot zijn recht te laten komen, is in deze studie

35. Van der Velden, *Financiële toegankelijkheid gezondheidszorg*, 17.

36. Mok verstaat daaronder respectievelijk 1. dat activiteiten zich afzonderlijk laten erkennen; 2. het streven naar erkenning en aanvaarding door andere beroepsgroeperingen, afnemers en de samenleving als geheel; 3. het aanbrengen van vaste structuren. Mok, *Beroepen in actie*, 104. Legitimering en institutionalisering worden overigens door Van der Krogt ook als belangrijke aspecten van het professionaliseringsproces beschouwd; Van der Krogt, *Professionalisering en collectieve macht*, 131.

gekozen voor een 'middenweg': een breed onderzoek vanuit de centrale organisatie, met centrale afspraken, maatregelen en ideologie, en daartegenover aandacht voor de daarvan afwijkende, lokale invulling.

De lokale verschillen waren groot. De voorbeelden die in deze studie worden aangehaald, komen uit verschillende plaatsen. Zij zijn niet exemplarisch, maar illustratief, zowel voor de interactie en de kloof tussen theorie en praktijk als voor de lokale verschillen.

Werklocatie

De ingewikkeldheid van het probleemveld specialisme-specialist blijkt eveneens uit de poliklinieken die door specialisten werden opgericht. Dit onderzoek laat zien dat na de eeuwwisseling niet de kliniek, maar de polikliniek voor het overgrote deel van de specialisten hét specialistische behandel- en onderzoekcentrum werd. Er bestaat derhalve geen relatie tussen de toename van het aantal specialisten en de tegelijkertijd plaatsvindende toename van het aantal ziekenhuizen, waarvoor de verzuiling een belangrijke impuls was. In termen van domeinerkenning was de kliniek wel veel belangrijker dan de polikliniek. Daar ontstond een nieuw dynamisch maatschappelijk krachtenveld, waarin specialisten hun positie moesten zien te consolideren.

Deze 'extramurale', niet aan ziekenhuizen verbonden, poliklinieken voor armen en minvermogenden waren geen nieuw verschijnsel. Wel waren zij in deze 'extramurale' vorm nieuw. De komst van specialisten ging gepaard met een verandering van de infrastructuur van de gezondheidszorg. Met hun poliklinieken creëerden specialisten als het ware een infrastructuur die specifiek tegemoet kwam aan de eisen van hun handelen. Zij kozen voor een andere praktijkvoering dan de huisarts, én zij bundelden het aanbod. Zo legden zij de nadruk op hun deskundigheid en kregen zij slechts patiënten met specifieke klachten. De toegangsdrempel tot de polikliniek was laag, want specialisten hadden een groot aantal patiënten nodig. Voor de praktische scholing van de specialist boden poliklinieken een vrijwel unieke gelegenheid, want op enkele uitzonderingen na waren noch universiteiten noch ziekenhuizen daarvoor voldoende ingericht.

Een analyse van de drijfveren voor de oprichting van poliklinieken, zoals in deze studie wordt gegeven, toont dat de verklaring te beperkt is dat specialisten de poliklinieken en de nauw eraan verwante consultatiebureaus slechts oprichtten, omdat deze als opleidingscentrum noodzakelijk waren. Het is geen contradictie dat specialisten in een grote maatschappelijke behoefte voorzagen, terwijl zij hun praktijk opbouwden via armen en minvermogenden. Dat de polikliniek eveneens bijdroeg aan de ingewikkeldheid van de kwesties specialist en specialisme, blijkt echter vooral uit het volgende. Het verschijnsel polikliniek beperkte zich niet tot medische en financiële aspecten; poliklinieken maakten deel uit van een bredere sociale geschiedenis. Dit kwam door de combinatie van de belangrijke plaats die poliklinieken in de gezondheidszorg veroverden en de categorie patiënten waarvoor zij waren bestemd. Bovendien neemt de polikliniek in deze 'geschiedenis van specialisten' een belangrijke plaats in, omdat daar drie voor specialisten belangrijke problemen samenkwamen.

Tot omstreeks 1920 beleefden de eigen poliklinieken voor armen en minvermogenden een bloeiperiode. Na 1920 zette de geleidelijke afname in van de 'extramurale' poliklinieken en groeide het aantal aan ziekenhuizen verbonden poliklinieken. De aanwezigheid van een ziekenhuispolikliniek werd één van de criteria waaraan een ziekenhuis diende te

voldoen, wilde het in aanmerking komen voor de kwalificatie 'modern'. De 'strijd om de patiënt', die ziekenhuizen in deze periode voerden, was een extra stimulans voor de oprichting van deze poliklinieken. Moderne ziekenhuizen bleken ook voor specialisten aantrekkelijk; als facilitaire instelling en door het belangrijker worden van ziekenhuizen als behandelcentrum. Hoofdstuk 5 gaat onder meer over het ziekenhuis als werklocatie van specialisten, de wijze waarop een specialist toegang kreeg tot een ziekenhuis en welke problemen hij daarbij ontmoette. Eén van de vragen daarbij is in hoeverre de overgang naar ziekenhuispoliklinieken na 1920 mede een wijziging markeerde in de (negentiende-eeuwse) opvattingen van specialisten over armen- en ziekenzorg. De incorporatie van de polikliniek in het ziekenhuis ondersteunt de gedachte dat het succes van de 'extramurale' poliklinieken vóór 1920 mede was te danken aan het slechte imago dat bepaalde ziekenhuizen nog hadden.

Belangen

De belangen van specialisten en de behartiging van deze belangen zijn een volgend voorbeeld van de complexiteit van dit onderzoeksobject. Belangen en belangenbehartiging nemen in dit onderzoek een belangrijke plaats in. Daaromheen ontstond een ingewikkelde structuur van zowel NMG-commissies als diverse belangenverenigingen van specialisten. Tot omstreeks 1920 was de behartiging van specialistenbelangen nog erg verweven met NMG-belangen en NMG-beleid. In de manifestatiefase van specialisten (1890-1920) werd echter door de NMG het specifieke belang van deze subgroep nog vrijwel niet erkend. Dat gaf vooral problemen bij de collectieve materiële belangenbehartiging waartoe de NMG in 1902 besloot. Specialisten werden daardoor aangemoedigd zelf hun belangen collectief te gaan behartigen. Op verschillende niveaus ontstonden zo collectieve organisaties: zowel op plaatselijk als op centraal niveau en zowel binnen de NMG als daarbuiten. De centrale organisatie in NMG-verband, de Specialistenorganisatie, werd na 1918 iets zelfstandiger. Pas in 1946 werden in de NMG de huisartsen- en specialistenbelangen volledig gescheiden met de oprichting van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV).

Deze collectieve strategieën van specialisten voor hun belangenbehartiging bleken in de praktijk een smalle basis te hebben. Het werd bemoeilijkt door divergerende belangen van zowel specialisten als specialismen. Eén van de grootste problemen van de centrale organisatie was de neiging van specialisten uit de organisatie te treden en 'schaduwverenigingen' op te richten. De oprichting van deze verenigingen en de tendens die er onder specialisten heerste om zich als het zo uitkwam niet al teveel van de centrale belangenorganisatie aan te trekken, geven al aan dat er de nodige kritiek was op de Specialistenorganisatie. Deze kritiek was zelfs zodanig dat de vraag hoe de centrale belangenorganisatie kon overleven, eigenlijk interessanter is dan de beschrijving van de organisatiestructuren. Dergelijke vragen en beschrijvingen zijn onderdeel van respectievelijk hoofdstuk 4 en 5.

Specialisten hadden nog een extra probleem, zij werden steeds met het NMG-beleid geconfronteerd. Dat was op huisartsen gericht, omdat de huisartsen de grootste groepering in de NMG waren, én omdat het NMG-bestuur zich niet neutraal opstelde. Vaak was er sprake van tegengestelde belangen tussen huisartsen (hoogleraren) en specialisten, zodat er ook afwerende maatregelen tegen specialisten werden genomen. Dat is op zichzelf niets nieuws. Bucher en Strauss wezen al in 1961 op 'the conflict – or at least diffe-

rence – of interests within the professions'.³⁷ Het is ook niet zo verwonderlijk dat er door de specialisatie, die tevens een differentiatie in de beroepsuitoefening aanbracht, tegengestelde belangen ontstonden. Interessanter is de vraag in hoeverre dit de beroepsvorming van specialisten beïnvloedde.

Vervolgens werden specialisten geconfronteerd met het ziekenfondsbeleid van de NMG. De kritiek van de artsen op het vigerende ziekenfondsstelsel en de vele wetsontwerpen tussen 1904 en 1941 over ziektekosten en ziekenfondsen, zetten de NMG aan tot een ver doorgevoerde en slepende ziekenfondsstrijd.³⁸ De NMG wilde zoveel mogelijk invloed uitoefenen op de komende ziekenfondswetgeving, waarbij zij zich baseerde op de positie van de huisarts in een ziekenfonds. Mede door dat beleid veroorzaakte 'het' ziekenfonds veel ongenoegen in de plaatselijke NMG-afdelingen.³⁹ Het was een belangrijke aanleiding tot de formering van specialistenverenigingen, terwijl vóór 1920 voor het merendeel van de specialisten het ziekenfonds qua inkomensbron onbelangrijk was.

Buiten de artsenorganisatie – en trouwens ook daarbinnen – ontmoette met name het ziekenfondsbeleid van de NMG veel kritiek. Men wees daarbij vooral op de machtspositie van de NMG. In zijn geschiedenis van de 'aartsvijanden' van de NMG, de zogenaamde onderlinge ziekenfondsen, geeft Van der Hoeven een goed overzicht van acties en tegenacties van NMG en ziekenfondsen.⁴⁰ Deze onderlinge fondsen leken in alle opzichten een zwakke positie tegenover de NMG in te nemen. De artsenorganisatie werkte deze ziekenfondsen zoveel mogelijk tegen. Desondanks was hun koepelorganisatie in 1941 een belangrijke organisatie geworden. Waarover deze controversen gingen en wat dat alles met specialisten van doen had, wat de drijfveren van de NMG in haar ziekenfondsacties waren en hoe dit ziekenfondsbeleid moet worden beoordeeld, zijn enkele van de vragen die deel uitmaken van hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk staan belangen en belangenbehartiging centraal. In deze studie wordt onder meer een antwoord gezocht op de vragen of de NMG streefde naar een machtspositie en in hoeverre een machtspositie werd bereikt door de NMG en haar suborganisatie, de Specialistenorganisatie.

Naast het op huisartsen gerichte beleid en het ziekenfondsbeleid van de NMG, was de modellerende functie van Amsterdam op de ontwikkelingen elders, een derde kenmerk van het NMG-beleid. De NMG-afdeling Amsterdam had, als grootste afdeling, een belangrijke stem in het beleidsbepalende orgaan van de NMG, de algemene vergadering. In Amsterdam kwamen vijf specifieke 'belangen' samen: het grootste aantal specialisten, de ambitieuze medische faculteit van de Gemeente Universiteit (met haar hoogleraren), het modern ingerichte en grootste ziekenhuis van Nederland: het Wilhelmina Gasthuis, het grote ziekenfonds de AZA, én de zetel van de NMG. Specialisten die niet in Amsterdam waren gevestigd, hadden weliswaar andere belangen, maar de koers van de NMG was de 'Amsterdamse'. Een vraag die hieruit voortvloeit is in hoeverre het op Amsterdam

37. Bucher en Strauss, 'Professions in process', 325.

38. Over de belangrijkste verzekeraar van (een deel van) de gezondheidszorg, het ziekenfondswezen in de periode tot 1941 verschenen al in de negentiende eeuw de eerste rapporten. Daarnaast werden er gedenkboeken over plaatselijke ziekenfondsen uitgegeven, waarvan een in 1961 (en 1983) gepubliceerde uitgave van Van der Hoeven veel informatie verstrekt over de geschiedenis van een belangrijke overkoepelende ziekenfondsorganisatie, de Centrale Bond van Onderling beheerde Ziekenfondsen.

39. Juch, 'Positie medisch specialisten', 242-243.

40. Van der Hoeven, *Om de macht bij het fonds*.

gerichte beleid ongunstig was voor andere grote steden en de 'periferie'. Wanneer er over 'de' NMG wordt gesproken, betekent dat overigens veelal het hoofdbestuur, dat een zeer sterke invloed had op het NMG-optreden.

Bevoegdheid van specialisten en erkenning van specialismen

De specialisatie van universitair opgeleide geneeskundigen verliep langs verschillende lijnen en werd voorafgegaan door de zogenaamde protospecialismen: de traditionele indeling in genees-, heel- en verloskunde. Vervolgens ontstonden binnen die protospecialismen de instrumentspecialismen, waaronder de tot de verbeelding sprekende röntgenologie. Oog- en oorheelkunde kunnen daartoe eveneens worden gerekend, zij worden echter ook als orgaanspecialismen geduid. Ten slotte ontstonden specialismen rondom bepaalde groepen (zoals kinderen en vrouwen) of ziekten (tuberculose). Deze specialismen worden ook wel sociale specialismen genoemd. Daartoe zou men ook schoolartsen en sociaal-geneeskundigen kunnen rekenen; zij worden in dit onderzoek echter als huisartsen beschouwd. Zij voldeden niet aan de twee belangrijke criteria voor de 'bevoegdheid' van specialisten: een assistentschap en een polikliniek. De specialisten beoefenden een specialisme, dat omstreeks 1890 door tijdgenoten nog 'speciaalvak' werd genoemd. Het was een vak waarover specifieke en gespecialiseerde kennis bestond, maar waaraan universiteiten tot 1921 (Academisch Statuut) geen speciale aandacht besteedden.

Voor de betrokkenen rond 1900 was alleen het cognitieve element van het probleemveld specialisme-specialist al ingewikkeld genoeg. Het ontstaan van specialismen schiep voor de NMG gecompliceerde vragen. Hoe zat het met de bevoegdheid van de huisarts, die immers bevoegd was alle onderdelen van het vak uit te oefenen? Wat moest tot de specialistische verrichtingen worden gerekend? Welke vakken kwamen in aanmerking voor het predikaat specialisme? Wanneer was een arts bevoegd tot het dragen van de 'titel' specialist? Toch moest men daarover een consensus zien te vinden, want het specialisatieproces was in volle gang.

Het definitieprobleem was in principe hetzelfde probleem als de regeling van de bevoegdheid van specialisten en erkenning van specialismen. Kon men overeenstemming krijgen over de bevoegdheid en de erkenning van specialismen, dan was tegelijkertijd het definitieprobleem van de baan. De NMG gaf geen prioriteit aan een uniforme regeling, zij schreef het uitstel daarvan toe aan de ingewikkeldheid daarvan. In 1931 besloot de NMG echter de bevoegdheid van specialisten en de erkenning van specialismen uniform te reguleren. Specialist die zich aan een ziekenfondspraktijk wilden verbinden, dienden zich voortaan te laten registreren bij de SRC. De bevoegdheid van specialisten, of zij vóór 1931 'onbevoegd' waren, de beweegredenen van de NMG voor de 'omslag' in 1931 en of de instelling van de SRC wel zo'n garantie gaf voor de meerdere kennis en ervaring van de specialist als de NMG wilde doen geloven, zijn enkele van de vragen die deel uitmaken van hoofdstuk 3 en hoofdstuk 5.

Wetenschappelijke verenigingen

Specialisten profileerden zich ten slotte niet alleen op materieel niveau door groepsvorming als aparte categorie, maar ook op kennisniveau. Deze wetenschappelijke verenigingen

gen boden een platform voor specifiek wetenschappelijke discussies en onderlinge kennisuitwisseling. Op voordracht van één van de leden kon een specialist gewoon lid worden. De aard van zijn opleiding was daarbij belangrijker dan zijn praktijkvoering. Andere belangstellenden konden buitengewoon lid worden. Later werden de opleidings-eisen strenger en na 1920 moesten aspirant-leden aantonen dat zij twee tot vier jaar assistent waren geweest.

Vanwege de doelstelling van de wetenschappelijke verenigingen, mag men verwachten dat zij enige initiatieven ontplooiden op het gebied van de bevoegdheid van specialisten. Maar op een enkele uitzondering na bemoeiden deze verenigingen zich daarmee niet. In de paragrafen over deze verenigingen in de hoofdstukken 3 en 5 wordt onder meer geanalyseerd waarom deze zich zo afzijdig hielden.

5 ONDERZOEKSBEPERKINGEN EN BRONNEN

De ‘wordingsgeschiedenis’ van medisch specialisten is mijns inziens een fascinerend onderwerp en juist voor historisch onderzoek interessant door de vele raakvlakken die deze geschiedenis blijkt te hebben met de medische, economische, sociale, politieke en culturele geschiedenis. Deze veelheid aan onderzoeksobjecten maakt dat ik mij moet beperken, waarbij ik mij sterk op de beroepsgroep richt. (Het is niet mogelijk om al die vlakken in beeld te brengen, zij blijken echter wel voortdurend aanwezig.)

Dit onderzoek is geen uitputtend onderzoek van de afzonderlijke specialismen. Deelonderzoek van de diverse specialismen moet nog de nodige aanvullingen geven. Het geeft inzicht in de structuren, doch is niet gericht op de dagelijkse praktijk. Het is bovendien geen beknopte handleiding voor wat welke specialist nu precies deed. Nog daargelaten dat het voor hedendaagse onderzoekers moeilijk is te achterhalen, welke meerdere kennis een specialist nu precies had en wat precies tot de specialistische verrichtingen moest worden gerekend.

Het veelvuldig gebruik van termen als ‘de specialist’ en ‘het specialisme’ suggereert een zekere samenhang in werksoort, belangen en overeenkomst in opvattingen, die er niet was. Daarnaast wekt dit taalgebruik de indruk dat er zoiets als ‘de’ specialist bestond. De opvattingen over specialist en specialisme waren echter zo afhankelijk van individuele en plaatselijke omstandigheden, dat het begrip ‘de’ specialist zelfs niet eens altijd toepasbaar was op specialisten in eenzelfde specialisme. Desondanks is het mogelijk tot een analyse en beschrijving te komen die recht doen aan de ‘geschiedenis van specialisten’. Getracht is een representatief beeld te geven van hoe ‘de’ specialist in de dynamiek van de gezondheidszorg zijn positie trachtte te consolideren.

In deze studie wordt onder specialist verstaan de geneesheer die voldeed aan de eerder genoemde ‘werkdefinitie’. Bij individuele specialisten werd niet nagegaan of zij voldoende ‘opleiding’ hadden om zich met recht zo te noemen. De drempels tegen misbruik die in de afdelingen werden gehanteerd, gaven – weliswaar onder voorbehoud – toch enige garantie. ‘De’ specialist was tot in de jaren twintig de specialist in de grote steden. Zoals in dit onderzoek zal blijken, zetten zij de toon. Pas halverwege de jaren twintig lieten specialisten uit ‘de periferie’ zich meer horen.

Bij dit brede onderzoek moest een aantal beperkingen worden aangebracht. In de eerste plaats zijn psychiaters-neurologen buiten beschouwing gelaten. Als onderdeel van de

geestelijke gezondheidszorg kreeg dit specialisme onder meer eigen instellingen en een eigen wetgeving. Een volgende beperking is dat het onderzoek zich alleen richt op de grootste groepering, de vrij-gevestigde specialisten. Ten dele kwamen deze beperkingen voort uit de eigen ontwikkeling die academisch of anderszins in loondienst werkende specialisten doormaakten. Aan de andere kant moest er vanwege het grote aantal specialisten een keuze worden gemaakt. De verhouding tussen vrij-gevestigde specialisten en specialisten met een vaste, gehonoreerde functie is evenmin uitgewerkt. Onder meer door de vele parttime functies, is bij benadering niet te schatten welk percentage van de specialisten als 'ambtenaar' werkzaam was.

Vervolgens legde het grote aantal deelgebieden van deze studie nog de nodige beperkingen op. Een zelfstandig, veel omvattend onderzoeksobject is daar debet aan. Ziekenfondspatiënten spelen een belangrijke rol in deze studie. Zij waren noch over specialisten noch over specialismen 'eerlijk' verdeeld. Dit thema komt wel ter sprake, maar is niet vergaand uitgewerkt. Ook een analyse van het optreden van de (rijks)overheid is een onderzoek apart. De rol van de overheid in de specialistische gezondheidszorg in deze periode is niet in politieke termen onderzocht. Het overheids'netwerk' zou weleens veel groter kunnen zijn dan uit de voor deze studie gehanteerde bronnen blijkt.⁴¹ In hoeverre specialisten vóór 1931 'onbevoegd' waren is niet nagegaan in juridische publikaties. De relatie hoogleraar-assistent blijft onderbelicht. Ziekenhuisgeschiedenis beperkt zich voornamelijk tot enkele organisatorische en financiële facetten. Verpleegsters, die bij zowel het klinische als poliklinische werk van specialisten een belangrijke ondersteuning waren, zijn evenals andere paramedische werkers buiten dit onderzoek gehouden. Patiënten komen weliswaar vaak ter sprake, maar zélf spreken zij niet.

Deze studie is ook geen onderzoek met vergelijkingen met andere landen. In enkele situaties wordt verwezen naar buitenlandse ontwikkelingen. De NMG werd met name beïnvloed door de gebeurtenissen bij de Duitse ziekenfondsen. Voorzover te overzien, speelde bij andere ontwikkelingen de situatie in andere landen geen overwegende rol.

Ten slotte hebben hiaten in het bronnenmateriaal en literatuur nog hun beperkingen opgelegd. Voor deze studie werd in de eerste plaats van primaire bronnen gebruikgemaakt. Het merendeel van deze bronnen is niet openbaar en vrij onvolledig. Een uitzondering hierop vormt het omvangrijke archief van de (K)NMG, waarin het archief van de Specialistenbelangenorganisatie is opgenomen (voor de details zie het bronnenoverzicht). Het is weliswaar een archief dat niet volledig bewaard is gebleven, maar het is toch een waardevolle bron. Het archief geeft inzicht in onder meer soorten en aantallen problemen die zich in de organisatie voordeden, waarbij specialisten waren betrokken. Het archief geeft ook inzicht in (ziekenfonds)tarieven, maar daaruit zijn geen honoraria of een inkomensindicatie te destilleren. Mede daardoor zijn de tarieven en honoraria niet uitputtend onderzocht, ondanks de in verhouding belangrijke rol die zij speelden. De belangrijkste reden dat het inkomen zo'n weinig prominente plaats in dit onderzoek inneemt, is dat er te weinig gegevens van individuele inkomens beschikbaar zijn. Er kan derhalve niet worden geëxtrapoleerd naar 'het' inkomen van 'de' specialist.

Vervolgens moeten hier de archieven van de wetenschappelijke verenigingen worden genoemd. Dit waren (en zijn het gedeeltelijk nog) een soort 'reizende' archieven, onder

41. Handelingen Eerste en Tweede Kamer, rapporten Staatscommissies.

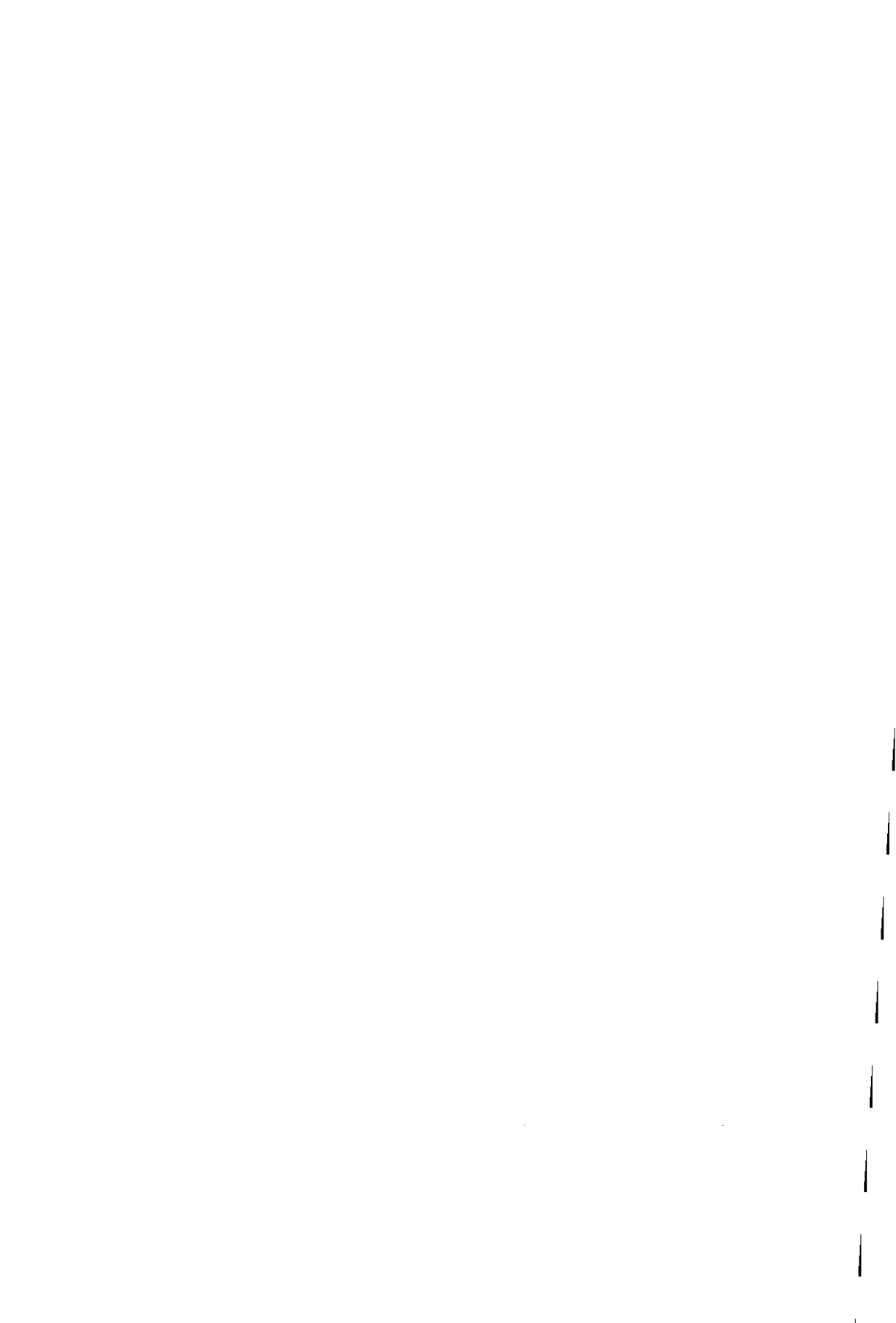
beheer van de secretaris. Het archiefmateriaal van deze verenigingen is in ieder geval tot 1947 zeer incompleet. Notulenboeken behoren daarbij nog tot de best bewaarde archiefstukken. Ondanks deze beperkingen zijn deze archieven belangrijk. Zij geven onder meer inzicht in hoe men tegen een specialistenopleiding aankeek en waarom men dit wel of niet wilde reguleren. Verder geeft het gezamenlijke archiefmateriaal een onderbouwing en aanvulling van de gegevens uit het NMG-archief, een 'sfeertekening' van de diverse specialismen en inzicht in de houding van specialisten tegenover maatschappelijke ontwikkelingen. De archieven van een negental wetenschappelijke verenigingen zijn bestudeerd, te weten: heelkunde, kno-heelkunde, orthopedie, urologie, gynaecologie, dermatologie, interne geneeskunde, kindergeneeskunde en longziekten. De keuze voor deze verenigingen was pragmatisch: het waren belangrijke verenigingen én er was toestemming gekregen het archief te bestuderen. De keuze kwam mede voort uit specifieke vragen, zoals: waarom wilden chirurgen zich niet met de opleiding tot chirurg bemoeien? In de schrijffase bleek het een verantwoorde keuze, onder meer door de tegenstelling tussen 'bedreigde' specialismen en geaccepteerde specialismen.

Voorts is nog gebruik gemaakt van de archieven van twee (K)NMG-afdelingen, namelijk de afdeling Arnhem en Tilburg, onder meer omdat deze steden illustratief zijn voor respectievelijk een 'open' en een 'gesloten' stad voor specialisten. De plaatselijke archieven hebben in feite met hetzelfde probleem te maken als die van de wetenschappelijke verenigingen, waar veel verloren is gegaan en bovendien veel niet werd genotuleerd. Daarnaast is ook in het NMG-archief correspondentie en ander materiaal van diverse plaatselijke specialistenverenigingen te vinden. Nadrukkelijk zij nog eens vermeld, dat het hier voorliggende onderzoek geen detailonderzoek is. Het is een breed onderzoek dat werd aangevuld met plaatselijk onderzoek, omdat de 'geschiedenis van specialisten' twee ontwikkelingen laat zien: een centrale en een lokale.

Andere bronnen die zijn geraadpleegd, zijn onder meer de jaargangen 1890-1935 van het *Geneeskundig Jaarboekje*, adresboekjes, het gemeente-archief te Arnhem en het provinciaal archief Gelderland, de archiefstukken van de ziekenhuizen in Arnhem; archieven van poliklinieken in Arnhem, Den Haag, Dordrecht en de ooglijderskliniek in Arnhem en het sanatorium voor minvermogende longlijders in Davos. Met uitzondering van dit laatste archief was de keuze voor de verschillende steden in de eerste plaats gebaseerd op het voordeel dat een in de nabijheid gelegen archief bood, vervolgens op de aanwezigheid van een geïnventariseerd en redelijk bewaard gebleven archief. Arnhem is illustratief voor de aantrekkingskracht die bepaalde steden op specialisten uitoefenden: een aantrekkelijke woonplaats voor beter gesitueerden, en zowel een ziekenfonds als ziekenhuizen die weinig toegangsbeperkingen hadden ingevoerd voor specialisten.⁴²

42. Zie: 'Arnhem, aantrekkelijke stad voor specialisten', p. 60, 61.

Deel I: Stand van zaken omstreeks 1890



2 – Medicus en maatschappij

Inleiding – Industrialisatie en economische groei – Geneeskunde en gezondheidszorg: medici, patiënten, voorzieningen, financiers – Vakbondsvorming: 'Eendracht maakt macht' – De stand van zaken omstreeks 1890

In de laatste decennia van de negentiende eeuw werden de principes van de moderne geneeskunde geformuleerd en de grondslagen voor een nieuwe benadering gelegd. De modernisering beperkte zich echter niet tot de wetenschap. De hele toenmalige 'gezondheidszorg' was volop in beweging: de geneeskunde bood meer mogelijkheden dan enkele decennia eerder, er waren meer geneesheren, ziekenfondsen en ziekenhuizen, en de eerste 'extramurale' specialistische poliklinieken waren in bedrijf gesteld.

De basis voor de vernieuwing van de geneeskundige opleiding werd al in 1865 gelegd. Dit betrof echter alleen de niet-universitaire medische opleiding. Als gevolg van de geneeskundige wetgeving van dat jaar werd voor deze groep aanstaande artsen een Staatscommissie ingesteld voor het afnemen van de natuurkundige examens.¹ Dat is voor dit onderzoek een belangrijke ontwikkeling. De geslaagden voor deze staatsexamens in de natuurwetenschappen zijn op dezelfde ontwikkelingslijn te plaatsen als de medisch specialisten, zoals deze zich enkele decennia later gingen manifesteren. Dit wordt in paragraaf 3 van dit hoofdstuk verder uitgewerkt.

1 INLEIDING

De differentiatie in het geneeskundig beroep, tengevolge van het optreden van specialisten omstreeks 1890, was slechts één van de vele uitingen van een veranderingsproces in de samenleving. Dit proces werd krachtig gestimuleerd door ontwikkelingen op wetenschappelijk gebied en in de nijverheid. De veranderingen manifesteerden zich op zo'n breed gebied, dat de samenleving rond 1900 een heel andere was dan die van de periode daarvoor. Brugmans omschrijft de betekenis van deze veranderingen als: 'De Nederlander, die in 1900 na een afwezigheid van een kleine vijftig jaren zou terugkeren naar zijn vaderland, zou zijn ogen uitwrijven: zoveel was er van het oude verdwenen, zoveel nieuws was er opgekomen'.² De auteur doelt daarbij onder meer op de daling van het

1. Van Lieburg, 'Natuurkundige examens medische studenten'.

2. Brugmans, *Stapvoets voorwaarts*, 82.



Wassenmodellen met huidandoeningen. Bron: Museum voor de Geschiedenis van de Geneeskunde, Gent, België.

sterftcijfer, de bevolkingsgroei, de mechanisatie van de nijverheid, de verstedelijking, de welvaartsstijging, de verkeersgroei en de opkomst van de arbeidersbeweging.

Vooraf de toenemende kennis en technologie imponeerden. Van Berkel suggereert dat er geen tijd is geweest die zo trots op zichzelf was als de negentiende eeuw.³ Deze trots was terecht, want de praktische uitvoeringen van de nieuwe natuurwetenschappelijke kennis lagen voor het oprapen. De ene opzienbarende ontdekking volgde op de andere. Voorafgegaan door de toepassing van stoomkracht, de aanleg van spoorwegen, de bouw van gasfabrieken en het gebruik van elektriciteit als licht- en krachtbron, volgden uitvindingen als telegraaf, telefoon, auto en vliegmachine.

Medisch specialisten (specialisten) maakten deel uit van dit veranderingsproces. Andere componenten uit dit proces beïnvloedden daarbij sterk de wijze waarop dit geschiedde. Men moet daarbij naast ontwikkelingen op het gebied van kennis en technologie, voornamelijk denken aan de industrialisatie die sociaal-economische en maatschappelijke veranderingen tot gevolg had, en aan de politieke reactie op een deel van deze veranderingen.

Bij dit negentiende-eeuwse leven hoorden echter ook armoede, veel ongeneeslijke ziekten en een hoog sterftcijfer. Voor gevaarlijke ziekten als mazelen, kinkhoest, difterie, pokken, tyfus, roodvonk, geslachtsziekten en tuberculose beschikte men over therapieën en geneesmiddelen. De behandelende geneesheren hoopten dat zij effectief waren, maar gerekend naar de huidige kennis bleken zij meestal niet causaal te werken. In het dagelijkse leven werd bijna iedereen met dergelijke ziekten geconfronteerd. Men kon er al helemaal niet omheen, omdat het 'straatbeeld' de gevolgen van bepaalde ziekten liet zien: kreupelen, blinden en tandelozen, mensen met bochels, met etterende zweren, met vergroeide wervelkolommen door tuberculose of rachitis, met een aangetaste neus door geslachtsziekten of tuberculose, en met lelijk geheelde wonden.

Dit hoofdstuk wil een indruk geven van de 'stand van zaken' ten tijde van de beginperiode van dit onderzoek. Welke invloed had de industrialisatie op de manifestatie van specialisten? Welke 'dokters' waren er bijvoorbeeld omstreeks 1890 en welke gezondheidszorgvoorzieningen, waren er al verzekeringen en wie profiteerden daarvan? De grote lijn die hierbij is aan te geven, is als volgt.

Zowel medische als niet-medische ontwikkelingen in de samenleving beïnvloedden de wijze waarop specialisten zich gingen manifesteren. De industrialisatie, zelf al een uiting van maatschappelijke veranderingen, was een complex proces dat de motor was voor weer nieuwe verschuivingen. Het toenemend aantal arbeiders dat in de nijverheid werkzaam was, kon ten dele uit werklozen worden gerecruteerd, maar trok ook veel kleine zelfstandigen, thuiswerkers en landbouwers: weliswaar arme, maar toch min of meer zelfstandige mensen die nu in loondienst kwamen. Deze nieuwe nijverheid was vooral in de steden gevestigd. Veel werkzoekenden trokken naar die steden, waar zij in dikwijls erbarmelijke omstandigheden leefden.

De 'moderne' gezondheidszorg was een ander onderdeel van het algemene veranderingsproces. De reeds ingezette daling van het sterftcijfer mocht daarbij alvast tot tevredenheid stemmen (zie tabel 1). Aan de 'aanbodszijde' was bij diverse componenten van de

3. Van Berkel, 'Trots, overmoed en onbehagen', 8.

gezondheidszorg een toename waarneembaar. Naast de toename van het aantal artsen, waren rond 1890 de 'intramurale' voorzieningen uitgebreid. Een enkel ziekenhuis was de verpleeghuissfeer ontgroeid. Speciale ziekenhuizen, vakantie- en herstellingsoorden floreerden en er gingen stemmen op sanatoria voor on- en minvermogende tuberculosepatiënten op te richten. De komst van specialisten ten slotte, had een snelle groei van poliklinieken voor armen en minvermogenden tot gevolg (zie daarvoor hoofdstuk 3).

Bij de verschuivingen aan de 'vraagkant' liep de oprichting van vele, meestal kleine, ziekenfondsen voor werklieden het meest in het oog. De vraag van deze patiënten naar medisch-specialistische zorg werd gestimuleerd door de combinatie van twee factoren. De toegankelijkheid van bepaalde voorzieningen voor armen en minvermogenden en de grotere mobiliteit door de komst van sneller en uitgebreider openbaar vervoer.

Sinds de jaren zestig van de negentiende eeuw groeide algemeen het besef dat economische zaken zo belangrijk waren, dat het hogere onderwijs naast geestelijke zaken ook aandacht voor economische zaken diende te hebben. De industrialisatie versterkte deze opwaardering van materiële zaken nog meer. Het gevolg was dat groeperingen uit alle geledingen van de samenleving na omstreeks 1880 voor hun materiële belangenbehartiging 'vakbonden' oprichtten. In 1902 volgde de NMG ten slotte de vakbondstrend. Zij richtte zich daarbij voornamelijk op de patiëntengroep van loonarbeiders en hun ziekenfondsen. In een later stadium betrok de NMG ook de zogenaamde Middenstandsziektekostenverzekeraars bij het vakbondswerk.

Op het eerste gezicht was dit een onevenredig grote reactie. Uiteindelijk nam na 1880 óók het aantal middel- en hoger-opgeleiden toe. Over deze patiënten sprak men echter maar zelden in de artsenorganisatie. Zij leverden geen specifieke problemen op qua huisvesting, financiën en houding tegenover de geneesheer, en zij kwamen in de regel hun verplichtingen na. Deze patiënten waren bovendien niet collectief verzekerd bij ziekenfondsen, waarvan een deel de geneesheren als ondergeschikten van het fonds beschouwde. De andere belangrijke reden voor het op de achtergrond blijven van deze categorie patiënten was, dat voor haar geen overheidsbemoediging was te verwachten die de positie van de geneesheer en de tarieven zou kunnen aantasten. Op overheidsregulering of verwachte wetgeving volgden altijd 'tegenacties' van de NMG of haar subgroep, de specialisten. Voor specialisten was de combinatie ziekenfonds en overheidsop treden de aanzet tot een geïnstitutionaliseerde belangenbehartiging. Dat was een belangrijke stap in de richting van hun 'beroepsvorming'.

2 INDUSTRIALISATIE EN ECONOMISCHE GROEI

Gedurende een groot deel van de negentiende eeuw behoorde tweederde van de Nederlandse bevolking tot de stand der armen en minvermogenden. Veel vooruitzicht op verbetering was er niet. De werkloosheid was hoog door het structurele overschot aan ongeschoolde arbeidskrachten omstreeks het midden van de eeuw. Periodiek was de werkloosheid zelfs nog hoger, omdat het aangeboden werk in landbouw, bouw en havens vaak seizoenwerk was.⁴ Dit drukte de lonen, waardoor de scheidslijn loonarbeider-armlastige vaag was.

4. De Jonge, *Industrialisatie*, 17 en 288.

Ongeschoolde arbeiders en kleine zelfstandigen verdienden nauwelijks genoeg om in hun levensonderhoud te kunnen voorzien. Een groot deel van de inkomsten ging op aan voeding, terwijl die voornamelijk uit aardappelen en roggebrood bestond. Bij ziekte, hoge voedselprijzen of strenge winters waren ook deze werkenden van tijd tot tijd op de armenzorg aangewezen.⁵ Ons land kende honderden, kerkelijke (diaconie) en gemeentelijke armbesturen. Zij waren op een breed terrein behulpzaam. Armen en onvermogenen waren verder nog van de charitas afhankelijk voor voorzieningen als lager onderwijs, dokterskosten en verzorging in zieken-, wees-, en ouden-van-dagenhuizen.

Langdurig zieken, werklozen, weduwen en bejaarden konden zichzelf al helemaal niet redden en werden min of meer doorlopend bedeed. De gemeentelijke armbesturen en diaconieën verstrekten de hulp gewoonlijk in natura om er zeker van te zijn dat er inderdaad in de geconstateerde tekorten werd voorzien. Aan het eind van de negentiende eeuw veranderde dat en werd bedeling in geld meer regel. De bedragen bleven echter laag.⁶

2.1. Toenemende welvaart

Vanaf 1870 verbeterde de situatie enigszins voor een deel van de on- en laaggeschoolden. De economie groeide en de welvaart nam toe, ondanks de langdurige economische crisis tussen 1880 en 1890. Deze eerste tekenen van een economische verbetering kwamen nog niet door de industriële ontwikkelingen, maar door de welvaart van landbouw en ambacht.⁷ Onder economische geschiedschrijvers bestaat geen eenstemmigheid over het tijdstip waarop de economische expansie doorzette en wie daarvan profiteerde. Van Tijn signaleert tegen 1870 een economische groei met belangrijke, statistisch aantoonbare gevolgen. De auteur concludeert dat voor velen de welvaart weliswaar toenam, maar dat levensomstandigheden van de onderlaag van de bevolking eerder bekrompener dan ruimer werden. Dit kwam door de snelle groei van de bevolking: van drieëneenhalf miljoen in 1869⁸ tot vijf miljoen in 1900,⁹ waardoor 'de economische groei voor een brede onderzoon van de samenleving voorlopig niet tot verhoging van het levenspeil leidde, maar tot vermeerdering van de massa die op het oude peil bleef voortbestaan'. Vooral de zuigelingensterfte toonde de verkommering waarin deze mensen leefden.¹⁰ Deze sterfte nam na 1880 af, maar bleef hoog tot in de eerste decennia van de twintigste eeuw. Zo stierf in Arnhem in 1904 in de armenwijken en de wijken waarin arbeiders met vast werk woonden, respectievelijk 18 en 16,1 procent van de kinderen beneden een jaar. In de wijken van de meer gegoeden en de wijken van de meest gefortuneerden was dat percentage respectievelijk 8,9 en 4,9.¹¹ Van Poppel noemt zijn onderzoek naar de zuigelingensterfte dan ook: de sociale ongelijkheid voor de dood.¹²

Stuyvenberg en De Jonge leggen een ander accent. Zij tonen beiden een reële stijging aan van het inkomen per hoofd van de bevolking, respectievelijk vanaf 1860 en vanaf 1870.¹³ De

5. Van Holthoon, 'Armenzorg in Nederland', 179.

6. Van Loo, *Den arme gegeven*, 91-92.

7. De Jonge, *Industrialisatie*, 261.

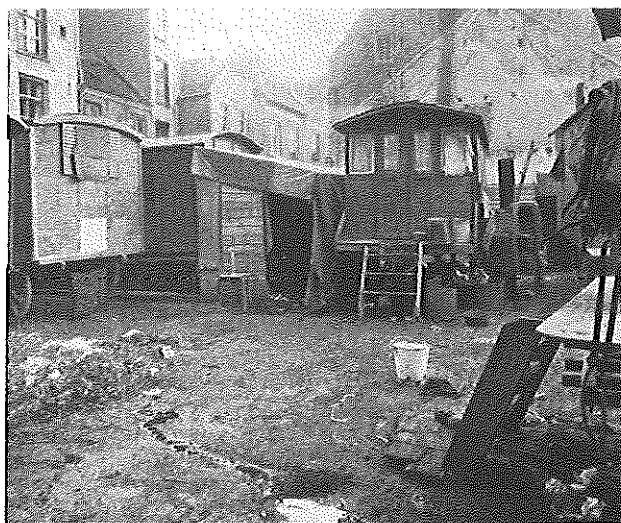
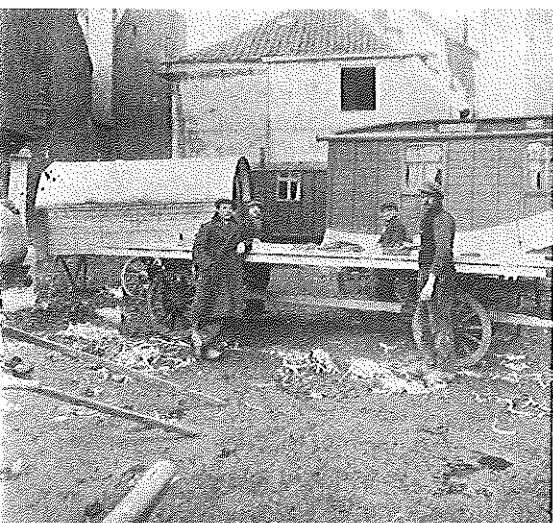
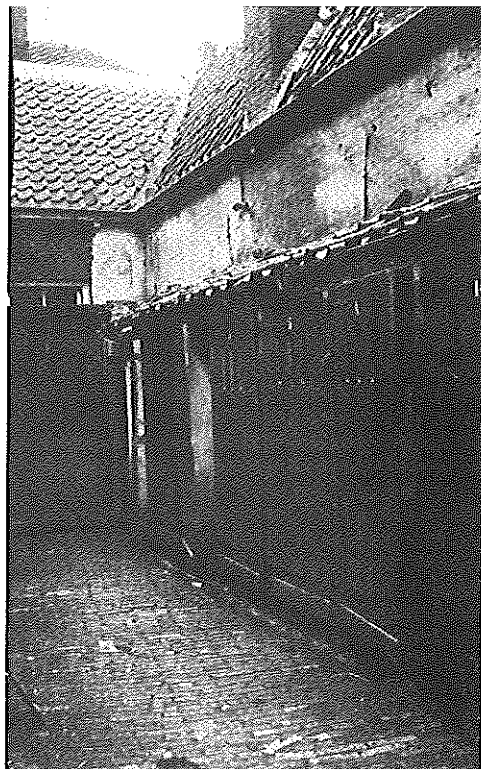
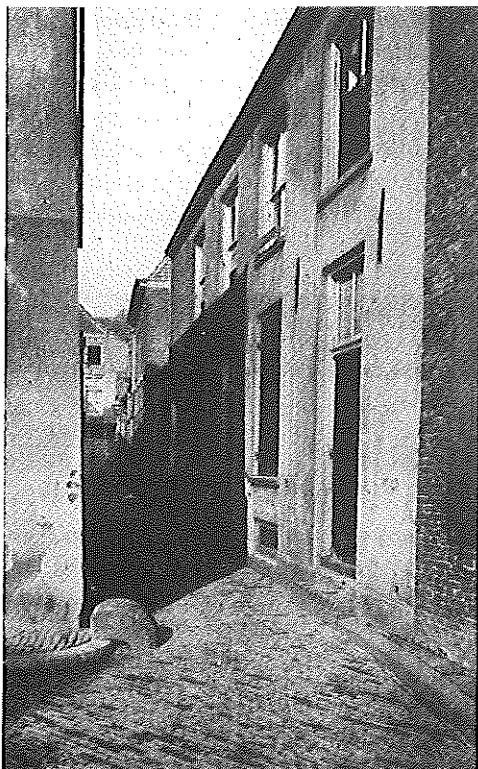
8. Van Tijn, 'Nederland omstreeks 1870', 142.

9. Brugmans, *Stapvoets voorwaarts*, 83.

10. Van Tijn, *Nederland omstreeks 1870*, 141-143.

11. Van der Heide, 'Over den invloed van den maatschappelijken welstand en woning op de zuigelingensterfte', 554.

12. Van Poppel, *Sociale ongelijkheid voor de dood*.



Boven: Helsteeg in Arnhem. In zo'n huis woonden meerdere gezinnen. De huizen hadden geen waterleiding en w.c.'s en kregen weinig of geen zon. Onder: Woonwagens op de hoek van de Langstraat. Gemeenten wezen terreinen aan voor woonwagens, maar die waren vaak vol. Als er in de armenwijken door krotopruijing een terrein braak lag, kregen woonwagenbewoners daar een standplaats aangewezen. Bron: gemeentearchief Arnhem.

Jonge constateert, in tegenstelling tot Van Tijn, dat er na 1870 sprake was van een toenemende welvaart die over de hele linie een reële inkomensverbetering met zich meebracht. De structurele werkloosheid verminderde, zodat er hogere lonen moesten worden betaald. De Jonge schat de algemene welvaartstoename aan het begin van de twintigste eeuw op omstreeks dertig procent, misschien zelfs vijftig procent.¹⁴ Na 1890 groeide de economie zo snel dat Kossmann dat als een wezenlijke structuurverandering typeert.¹⁵ Deze kentering is voor deze studie van belang, omdat deze een bijdrage leverde aan de verandering in de opvattingen van specialisten over een honoraire dienstverlening.

De algemene verbetering is mede af te lezen aan het oplopen van de gemiddelde leeftijd in de laatste twee decennia van de negentiende eeuw. Werklieden werden niet oud. Omstreeks 1865 werden glasslijpers in Maastricht gemiddeld niet ouder dan 30 jaar en slijpers in de Amsterdamse diamantindustrie niet ouder dan 34,5 jaar. Leidse fabrieksarbeiders bereikten slechts sporadisch een leeftijd van vijftig jaar.¹⁶ De gemiddelde leeftijd van de totale bevolking was voor mannen ongeveer 33,3 jaar en voor vrouwen 36,1 jaar. Omstreeks 1880 was de leeftijd opgelopen tot respectievelijk 38,4 en 40,7 jaar¹⁷ en in 1890 respectievelijk 42,5 en 45 jaar.¹⁸

Na 1870 verbeterden de vooruitzichten van een deel van de arbeiders. De industrialisatie vroeg om geschoolde werknemers.¹⁹ Geschoolde werknemers verdienden veel meer dan ongeschoolde, zodat het aantal leerlingen dat vakonderwijs volgde sterk steeg.²⁰

Industrialisatie en de toename van het aantal arbeiders

De constatering dat er sprake was van een toenemende welvaart lijkt wrang, wanneer we de omstandigheden in ogenschouw nemen waaronder de arbeiders leefden. De industrialisatie bracht een verschuiving teweeg in de samenstelling van de beroepsbevolking. Vooral na 1890 nam het aantal arbeiders snel toe. Tussen 1859 en 1889 groeide het aantal werknemers in de industrie met 5.000 personen per jaar, tussen 1889 en 1909 steeg dit met 140 procent tot 12.000 personen per jaar.²¹

Voor dit onderzoek blijkt de toename van het aantal arbeiders een belangrijk gegeven. Daarbij gaat het zowel over de toename zelf als over de toename van potentiële ziekenfondspatiënten. Deze arbeiders verzekerden zich vaker tegen dokterskosten bij één van de plaatselijke ziekenfondsen. Wanneer men ziet dat rond 1900 al meer dan zestig procent van de mannelijke beroepsbevolking uit arbeiders bestond, wordt het begrijpelijk dat de belangenbehartiging van medici zich vooral op arbeiders richtte.²²

De groei van de welvaart van de arbeiders was weliswaar 'statistisch' gezien in gang gezet, maar omstreeks 1890 waren arbeiders niet te benijden. Daarvoor waren behuizing,

13. Stuyvenberg, 'Economische groei in Nederland', 72-74; De Jonge, *Industrialisatie*, 285 en 290.

14. De Jonge, *Industrialisatie*, 285-290 en 294.

15. Kossmann, *Lage landen*, 311.

16. Romijn, *Welvaart en gezondheid*, 155.

17. *Ibidem*, 155.

18. Brugmans, *Stapvoets voorwaarts*, 83.

19. Verdoorn, *Volksgesondheid en sociale ontwikkeling*, 349.

20. Het aantal leerlingen dat vakonderwijs volgde steeg van 4.000 in 1860 tot 8.000 in 1880 en 18.000 in 1900; Kossmann, *Lage landen*, 312.

21. De Jonge, *Industrialisatie*, 233.

22. Giele geeft een percentage van 62 en Berting nog iets meer, namelijk 64,4 in 1898. Giele, *Arbeidsenquête 1887*, 311 en Berting, 'In het brede maatschappelijke midden', 130.

voeding en werkomstandigheden te slecht. In dorpen en kleine stadjes kon de bevolking de voeding tenminste nog aanvullen met zelf verbouwde aardappelen en kool en, als alles meezat, met eieren, geitenmelk of vlees van een eigen slachtvarken. In grotere steden ging dat moeilijker. Er was niet alleen een vergunning nodig voor het houden van varkens, in de overbevolkte arbeiderswijken was geen plekje onbenut en een lapje grond was al helemaal een ongekende luxe. Desondanks hielden de bewoners van die wijken in Arnhem omstreeks 1900 nog zo'n 3600 varkens.²³

De slechte behuizing kwam mede door de industrialisatie, want de nijverheid was in de steden gevestigd. Dat trok vele werkzoekenden van het platteland aan, waar de ongelooflijk zware crisis van 1880-1890 veel leed had veroorzaakt. Maar eenmaal in de steden gekomen verbeterde de situatie van deze mensen niet echt. De steden waren niet berekend op deze immigratie van groepen onvermogens. Een bijkomend effect van deze immigratie van grote groepen onvermogens was de aanmerkelijke verbreding van de basis van de sociale piramide in de steden.²⁴ Dat legde een zware druk op de gemeentelijke financiën. De nationale woningtelling in 1899 bevestigde dat de woningbouw geen gelijke tred had gehouden met de verstedelijking. Het aantal één-kamerwoningen bedroeg ruim één-kwart van het totaal. Daarin leefde bijna één-kwart van de bevolking; bijna één-derde leefde in een twee-kamerwoning.²⁵

Ook de andere voorzieningen in de stad waren niet berekend op de bevolkingstoename. De grootste steden beschikten weliswaar over een waterleidingnet,²⁶ maar dat wilde niet zeggen dat alle wijken op dat net waren aangesloten. Zo had in Amsterdam in 1893 maar één op de twaalf huisgezinnen een aansluiting.²⁷ De aanleg van riolering in de hele stad en (in mindere mate) een vuilophaaldienst, hielden de bevolkingsaanwas ook bij lange na niet bij.²⁸

Alleen al door de woonsituatie in de krotten- en armenwijken was de kans op het krijgen van besmettelijke ziekten veel groter dan in de woonbuurten van de meer-gegoeden. Geneeskundige plaatsbeschrijvingen, waarin onder meer het vóórkomen van bepaalde ziekten was aangegeven, toonden een bijna wijkgebonden optreden van ziekten als cholera, tyfus en tuberculose. Niet alleen waren de woon- en leefomstandigheden van arbeiders vaak marginaal, ook de werkomstandigheden in fabrieken deden een aanslag op hun gezondheid. De lonen waren laag en de werkdagen lang, in een gunstig geval twaalf uur per dag. Als het om een spoedbestelling ging, moest er zelfs 's nachts worden doorgewerkt. Enkele bedrijven werkten met dag- en nachtploegen, maar de meeste waren daarvoor veel te klein. Volgens de werkgever zou de concurrent dan onmiddellijk zijn kans waarnemen.²⁹ De concurrentie was inderdaad groot. Er waren talloze, vaak heel kleine fabrieken, en daarbij kwam dan ook nog de gevreesde concurrentie uit het buitenland. Zo

23. Juch, *Voorkomen is beter*, 18.

24. De Vries, *Electoraat en elite*, 28.

25. De woningwet van 1901 bracht geleidelijk verbetering in de woonsituatie; De Boer, 'Enige aspecten van het leven rond 1900', 10-11.

26. Amsterdam en Haarlem sinds 1853, Den Haag en Rotterdam 1874, Leiden 1878, Utrecht 1883 en Arnhem 1885.

27. Van der Woude, 'Bevolking en gezin', 58.

28. Inspecteurs en leden van het Staatstoezicht behoorden tot de goegoeden die zich inzetten voor de verbetering van de openbare hygiëne, arbeidsomstandigheden in de fabrieken en een betere voeding, zie: Houwaart, *Hygiënist*, 299.

29. Zie Giele, *Arbeidsenquête 1887*.

waren er in 1889 in Tilburg, dat ruim 33.000 inwoners telde, 116 wollen-stoffenfabrieken, waar 3.426 arbeiders werkten.³⁰

Het ontbreken van veiligheidsvoorschriften betekende een nog directere aanslag op de gezondheid dan de hierboven genoemde weerstandverlagende factoren. Arbeiders werkten in fabrieken of werkplaatsen waar giftige gassen vrijkwamen of waar bewerkingen veel stof veroorzaakten. Bovendien was de kans op een ongeluk steeds aanwezig. Tot 1895 waren er geen wettelijke beveiligingsvoorschriften.³¹ Fabrieksarbeiders werkten met gevaarlijke, onbeveiligde en grote machines, terwijl zij vrijwel chronisch oververmoeid moeten zijn geweest. Sommige werkgevers schreven de schuld van dergelijke ongelukken toe aan de onoplettendheid van de arbeider.³² Anderen, vooral kleine werkgevers, waren van mening dat zij de arbeider een loon betaalden, zodat de gevaren van het werk waren ingecalculeerd. Zij liepen door de eventuele schade aan hun eigendom net zo goed een risico.³³ Het hing derhalve van de werkgever af of hij zich al dan niet ontslagen achtte van 'de zedelijke plicht, de helpende hand uit te strekken'.³⁴

Aan de andere kant waren er ook ondernemers die arbeiders niet aan hun lot overlieten. Zij stelden pensioenfondsen in en een enkele ondernemer liet arbeiderswoningen bouwen, onder meer in Maastricht, Arnhem, Nijverdal en Delft.³⁵ Een NMG-rapport over ziekenfondsen uit 1890, vermeldt dat het als een 'heuchelrijk verschijnsel mag worden beschouwd' dat reeds een zeer belangrijk aantal fabrieken kan worden genoemd, waar zonder enige betaling der werklieden voor hen een verzekering wordt gesloten tegen ongelukken en daaruit ontstane invaliditeit.³⁶ Veel ondernemers richtten bovendien een fonds op om de loonderving, het belangrijkste gevolg van ziekte, enigszins op te vangen: de zogenaamde zieken- of ondersteuningsfondsen. Een deel van deze fondsen voorzag ook in doktershulp en medicijnverstrekking.³⁷

Daling sterftecijfer

Ondanks de slechte omstandigheden waaraan een groot deel van de bevolking was blootgesteld, daalde na 1870 het sterftecijfer (tabel 1).

Tijdgenoten schreven de sterftedaling van bijvoorbeeld tuberculose toe aan verbeterde hygiënische en algemene omstandigheden. Zoals de verbetering van de volksvoeding – hetgeen bleek uit tabellen over de toename van het tarwegebruik per hoofd van de bevolking – de afname van het alcoholmisbruik, het toenemend gebruik van goed drinkwater en melk, en ten slotte ook de verbeterde ziekenbehandeling.³⁸ Deze verklaring vindt men met wisselend accent terug bij hedendaagse auteurs. De Jonge beargumenteert dat de daling van het sterftecijfer moeilijk aan de industriële ontwikkeling kan worden toegeschreven. De daling van de tuberculosesterfte kwam vooral door de betere voeding,

30. De Jonge, *Industrialisatie*, 477 en Giele, *Arbeidsenquête 1887*, III-V.

31. In dat jaar werd de Veiligheidswet aangenomen, waardoor de overheid bepaalde veiligheidsvoorschriften kon uitvaardigen voor bedrijven waar meer dan tien personen werkten.

32. Net als zijn armoede de eigen schuld was van de arbeider, Giele, *Arbeidsenquête 1887*, XI:XV.

33. De Vries, *Ongevallenwet*, 12.

34. Giele, *Arbeidsenquête 1887*, eindverslag der cie, 89.

35. Van den Eerenbeemt, 'Wat leidde tot de woningwet 1901', 524.

36. Juda, Dooremaal en Huizinga, 'Rapport ziekenfondsen 1890', 139.

37. Zie Giele, *Arbeidsenquête 1887*, deel I, II en III.

38. Onder meer: Ringeling, 'Over de prophylaxie der tuberculose', 308 en 311.

Tabel 1:
Daling van het sterftecijfer per 1000 inwoners, 1869 tot 1913

Jaar	sterfte
1869-1873	18,3
1874-1878	16,0
1879-1883	15,3
1884-1888	14,9
1889-1893	14,6
1894-1898	14,6
1899-1903	12,2
1904-1908	11,3
1909-1913	10,4

Bron: De Jonge, *Industrialisatie*, 426.

waardoor de weerstand tegen ziekten groter werd. Na 1866 steeg het verbruik van aardappelen, tarwe en gort door de afschaffing van de plaatselijke accijnzen op voedingsmiddelen.³⁹ Van der Woude is echter van mening dat het sterftecijfer in de eerste plaats daalde door de propaganda voor het geven van borstvoeding, en de aanleg van drinkwaterleidingen in het laatste kwart van de negentiende eeuw.⁴⁰

Daarentegen zoekt Brugmans de oorzaak van de verlaging van het sterftecijfer 'in de eerste plaats in de vergroting van de medische kennis – men denke bijvoorbeeld aan de ontdekking van de tuberkelbacil in 1882 – en van de medische zorg.'⁴¹ Alhoewel het een verrassende bijkomstigheid zou zijn als dit onderzoek de conclusie van Brugmans zou bevestigen, is dit niet te verwachten. De ontdekking van de tuberkelbacil leidde op zichzelf niet tot een daling van het sterftecijfer. De medische kennis nam toe, maar er waren te weinig behandelingsmogelijkheden om het sterftecijfer significant te kunnen laten dalen. Preventieve maatregelen konden dat wel, maar deze maatregelen overstegen het geneeskundige terrein. Zij lagen vooral op het terrein van de gemeentelijke diensten die gezamenlijk onder de 'gezondheidsdienst' vielen: gemeentereiniging, ontsmettingsdienst, waterleiding en bouw- en woningtoezicht.

2.2. Wetgeving en particulier initiatief

Bij de opheffing van de misstanden waar vooral arbeiders en hun gezinnen mee hadden te maken, kon de tussenkomst van de staat niet worden gemist. Omstreeks het midden van de negentiende eeuw overheerste in de politiek de liberale opvatting dat de overheid zich zoveel mogelijk afzijdig diende te houden. De maatschappij zou er het meeste mee worden gediend als de (rijks)overheid het particulier initiatief en de vrije krachten van de economie geen dwingende reguleringen oplegde. Na 1870 begonnen links-liberale Kamerleden echter te ijveren voor staatsoptreden ter bescherming van de zwakken in de samenleving. Een eerste resultaat van dit ijveren was het 'kinderwetje' van het Kamerlid Van Houten in 1874. Deze initiatiefwet verbood het werken in fabrieken voor kinderen tot twaalf jaar. Daarbij bleef het voorlopig.

39. De Jonge, *Industrialisatie*, 220 en 260-261.

40. Van der Woude, 'Bevolking en gezin', 58 en 59.

41. Brugmans, *Stapvoets voorwaarts*, 83.

Aangewakkerd door de sociale wetgeving die in Duitsland was ingevoerd, nam na omstreeks 1880 ook in Nederland de roep om sociale wetgeving toe, waaronder een ongevallenverzekering.⁴² In tegenstelling tot Duitsland, waar fabriekseigenaren aansprakelijk waren voor ongevallen,⁴³ was dit in Nederland erg onbevredigend geregeld. Recht op schadevergoeding bestond nauwelijks.⁴⁴ In diezelfde tijd werden ook de links-liberale krachten sterker.⁴⁵ Dat bleek onder meer uit de reactie op het voorstel van het Kamerlid Goeman Borgesius in 1886, een parlementaire enquête te houden naar werktijden en arbeidsomstandigheden in fabrieken. Dit werd met 68 tegen 3 stemmen aanvaard.⁴⁶

Dit grote aantal voorstellers wordt gezien als een kentering in het denken van Kamerleden over sociale vraagstukken.⁴⁷ De politieke inzichten over de taak van de staat op het gebied van sociale vraagstukken en volksgezondheid bleken vanaf die tijd inderdaad gewijzigd. Een tastbaar bewijs daarvoor was de eerste reeks van sociale wetten die aan het einde van de eeuw werd aangenomen. Het 'kabinet der sociale rechtvaardigheid' Pierson-Goeman Borgesius (1897-1901) voerde onder meer de elfurige werkdag in en een gezondheids-, woning- en ongevallenwet. Deze wetgeving was al voorafgegaan door een drietal beschermende arbeidswetten.⁴⁸

Deze 'ommekeer in het politieke denken', waarin particuliere zeggenschap moest plaatsmaken voor overheidsdwang, kwam pas tot stand na een lange periode van 'actievoeren' door sociale hervormers die door Houwaart hygiënisten worden genoemd.⁴⁹ Geneesheren, juristen, veeartsen, ingenieurs, ondernemers en andere meergegoeden uit de samenleving drongen regelmatig aan op overheidsmaatregelen. Wetgeving op het gebied van de openbare hygiëne, bijvoorbeeld om over goede en goedkope arbeiderswoningen te kunnen beschikken, keuring van levensmiddelen, verzekering tegen ongevallen op het werk en het scheppen van voorzieningen voor tuberculuzen.

De acties hadden echter vóór 1880 politiek gezien nog niet zoveel effect, tenminste niet het door hen gewenste effect.⁵⁰ Zo publiceerde de geneesheer S. Coronel (1827-1892) in de jaren zestig van de negentiende eeuw veel over de invloed van fabriekswerk op de gezondheid van arbeiders.⁵¹ Vooral een publikatie over de Leidse wolfabrieken riep reacties op. In het algemeen brachten deze publikaties nog geen verbetering teweeg in de werkomstandigheden van arbeiders.⁵²

42. In de al eerder genoemde *Verzekeringsbode* bijvoorbeeld; voorts onder meer in het *Sociaal Weekblad*, *Vragen des Tijds*, *De Gids* en in meer wetenschappelijke bladen.

43. M.M., 'Verzekering voor werklieden tegen ongelukken', 1.

44. De Vries, *Ongevallenwet*, 12.

45. De toenemende politieke belangstelling bleek onder andere uit een in 1886 verschenen rapport van de Liberale Unie over sociale vraagstukken.

46. Giele, *Arbeidsenquête 1887*, 299.

47. *Ibidem*, 299-300. Van T'jin noemt 1887 het jaar waarin de politieke impasse werd doorbroken; 'De sociale bewegingen van 1876-1887', 99.

48. Het 'kinderwetje' (1874). De arbeidswet (1889) stelde een arbeidsinspectie in en beperkte de werktijd van kinderen tussen 12 en 15 jaar en vrouwen tot 11 uur per dag. De veiligheidswet (1895) maakte het mogelijk dat er bepaalde veiligheidseisen werden gesteld aan ovens en machines in fabrieken met meer dan 10 arbeiders.

49. Houwaart, *Hygiënisten*, 17.

50. *Ibidem*, 318.

51. Onder meer: Coronel, 'Ziekte calicot-wevers'; 'Hilversumsche industrie', 'Bevolking van Hilversum in verband met hare industrie'; 'Leidsche wolfabrieken' en 'Ligchamelijke ontwikkeling en arbeid der kinderen'.

52. Zie ook: Van Hengel, *Geneeskundige plaatsbeschrijving van het Gooiland*.

Ir. Van Marken kon zelf tot daden overgaan. Hij was oprichter en directeur van de Gist- en Spiritusfabriek in Delft en een groot voorstander van sociale maatregelen.⁵³ In de jaren zeventig voerde hij daarvan al ettelijke in. Zo liet hij op het fabrieksterrein goede en goedkope woningen bouwen en betaalde hij de arbeiders bij ziekte hun loon door.⁵⁴ In het weekblad *De Fabrieksbode*, dat door hem in 1882 was opgericht, publiceerde Van Marken zijn ideeën over een sociale wetgeving. Samen met *De Hengelosche Fabrieksbode* van Stork, speelde dit weekblad een rol in de strijd voor de invoering van een ongevallenwet.⁵⁵

Ook de activisten voor betere arbeiderswoningen en tuberculosebestrijding deden wat aan de problemen. Zij riepen een comité in het leven, zamelden geld in en richtten woningbouwverenigingen, sanatoria of consultatiebureaus op. In het algemeen moesten deze 'hygiënisten' zich echter in hun acties beperken tot het leggen van contacten, hetgeen tegenwoordig 'netwerken' zou worden genoemd, en tot het publiceren van de wantoestanden.

In rapporten en andere publikaties gebruikten zij allemaal dezelfde argumenten om de noodzaak van de door hen gewenste actie te bekrachtigen. Aan de hand van statistische gegevens wezen zij op het vele vóórkomen van volksziekten, ongezonde en onveilige fabrieken en slechte behuizing. Vervolgens wezen zij op het economisch nut⁵⁶ en het algemeen belang van de maatregelen die zij voorstonden. De overheid nam vooral maatregelen als er gevaar voor verstoring van de openbare orde dreigde of als het economisch belang in het geding was. Zij hield zich daarbij aan een subsidiebeleid. Zo kwam het dat ondanks de geconstateerde politieke ommekeer in het denken over sociale vraagstukken, de volgende stappen keer op keer moesten worden bevochten.⁵⁷

Diverse hedendaagse auteurs hebben zich met deze 'hygiënisten' beziggehouden. Zij belichten daarbij vooral een bepaalde groepering, waardoor in ieder geval duidelijk wordt dat de actievoerders een heterogene groepering waren. Houwaart wijst in zijn studie over artsen, staat en volksgezondheid, op de belangrijke rol van de inspecteurs en leden van de geneeskundige raden. Zij drongen bij gemeentelijke en provinciale besturen onafgebroken aan op verbetering van de openbare hygiëne, de arbeidsomstandigheden in fabrieken, de kwaliteit van de voeding en de bestrijding van besmettelijke ziekten.⁵⁸ Giele betoogt echter dat deze activiteiten na 1885 verflauwden.⁵⁹ De inspecteurs van het Geneeskundig Staatstoezicht werden na die tijd veel minder actief. Zij verlegden hun

53. Elema, *Honderd jaren gistfabriek*, en Z.a. *Nederlandsche Gist- & Spiritusfabriek*.

54. In 1883 sloot Van Marken een collectieve verzekering tegen fabrieksongevallen; De Vries, *Ongevallenwet*, 13-14.

55. *Ibidem*, 14.

56. Het economisch nut van arbeiders werd vooral door de industrialisatie een belangrijk onderwerp. Slecht gevoede, vermoeide en ziekelijke arbeiders kostten de samenleving het nodige geld. Terwijl sociale voorzieningen voor arbeiders miljoenen aan besparingen konden opleveren. Van der Loo signaleert al vanaf omstreeks 1850 het ontstaan van economische ideeën bij de armenzorg. In niet-kerkelijke kringen wordt dan vanaf die tijd de economische visie op de armenzorg belangrijk; Van der Loo, 'Armenzorg in de Noordelijke Nederlanden', 418 en 421.

57. Zoals ook bij de subsidie voor tuberculosebestrijding bleek; *Handelingen 1903-1904*, Vaststelling der staatsbegroting voor 1904; 37e vergadering, 11-12-1903, 841-856.

58. Houwaart, *Hygiënisten*, 298.

59. De auteur baseert zich op de antwoorden die de leden van het Staatstoezicht als getuigen-deskundigen gaven op vragen van de parlementaire enquêtecommissie. Giele betreft daarbij tevens de adviezen van de inspecteurs aan de minister; Giele, *Arbeidsenquête 1887*, 295-298.

werkkerrein van de fabrieken, de straat en de woningen naar hun studeervertrek, waardoor zij niet goed meer op de hoogte bleken te zijn van de wantoestanden die er heersten.⁶⁰ Rigter stelt daarentegen weer in zijn onderzoek over de Gezondheidsraad, dat door de bemoeienis van de inspecteurs de sociale kwestie aan het eind van de eeuw in de belangstelling kwam te staan.⁶¹ De Vries wijst op de grote invloed van de publikaties uit rechtsgeleerde kringen op de gang van zaken rond de sociale wetgeving⁶² en Lintsen richt in deze de schijnwerpers op de ingenieurs. Ingenieurs bij de spoorwegen of in fabrieken kwamen door hun werk met de maatschappelijke problemen in aanraking. Zij bemoeiden zich intensief met het arbeidersvraagstuk en met de problemen op het terrein van de gezondheidszorg.⁶³

2.3. Toename van het aantal artsen

De toenemende bedrijvigheid en mechanisatie van de nijverheid schiep niet alleen werk voor werklieden, maar ook voor middelbaar en hoger opgeleiden. Vóór 1880 lag het werk voor hoofdarbeiders evenmin voor het oprapen. De beperkte mogelijkheden voor bepaalde academici beïnvloedden echter niet de studiekeuze. Er was al sinds het midden van de eeuw een fors overschot aan juristen en theologen. Toch waren deze studierichtingen tot in de jaren zeventig van de negentiende eeuw bij meer dan zestig procent van de studenten favoriet.⁶⁴ Geneeskunde trok daarentegen nog niet zoveel studenten. Na 1876 veranderde dat drastisch, mede door de onderwijswetten van 1863 en 1876.⁶⁵

De onderwijswet van 1863 creëerde een nieuwe middelbare opleiding, de hogere burgerschool (HBS). Deze opleiding was allereerst van belang voor de nieuwe middenstand van lagere ambtenaren en administratief en handelsonderwijs. Zoals wij al hebben gezien, trokken de medische faculteiten na 1878 (Hoger-onderwijswet) veel HBS-ers aan. Daardoor ontstond al in 1880 een angst voor de 'overvulling van het beroep'. Dit hield de artsen danig bezig en in het *NTvG* verschenen in die jaren veel artikelen over dit onderwerp. Als er nog geen overschot aan artsen bestond, zou dat spoedig ontstaan door de grote toename van het aantal medische studenten.⁶⁶

Die toename was echter niet alleen het gevolg van de wetgeving. Door de nieuwe kennis werd geneeskunde als beroep ook aantrekkelijker. Bovendien waren er toekomstperspectieven voor aankomende studenten door de daling van het aantal praktizerende geneeskundigen tussen 1865 en 1890. Van der Velden geeft als belangrijkste oorzaak van deze daling, dat de niet-universitaire klinische scholen veel minder geneeskundigen afleverden dan bij de wetgeving van 1865 was voorzien.⁶⁷ Desondanks vonden vele medici al

60. *Ibidem*, 297-298.

61. Rigter, *Met raad en daad*, 30.

62. Geciteerd door: De Vries, *Ongevallenwet*, 17.

63. Lintsen, *Ingenieurs*, 298 en 358.

64. Juristen moesten daarom vaak eerst jarenlang als volontair werken: De Jonge, *Industrialisatie*, 281.

65. In 1881 was het aantal studenten dat rechtsgeleerdheid, geneeskunde en godgeleerdheid studeerde respectievelijk: 768, 757 en 272 en in 1886: 714, 1161 en 218. In 1887 moest theologie haar derde plaats aan wis- en natuurkunde afstaan; het aantal studenten rechtsgeleerdheid, geneeskunde en wis- en natuurkunde was toen respectievelijk: 712, 1253 en 267; 'Rubriek Binnenland', *NTvG* 25 (1881) 92; *Ibidem* 30 (1886) I, 83; *Ibidem* 31 (1887) I, 149.

66. Onder meer: Bruinsma, 'Geneeskundigen in Nederland', 486-493 en *Ibidem* 34 (1890) 1, 412, 1259; Mendes da Costa, 'Het beroep van den geneesheer', 241-244.

67. Van der Velden, 'Overvloed en schaarste', 217.

spoedig dat hun vooruitzichten zorgelijk waren. Deze sombere kijk werd gevoed door het toenemend aantal medische studenten en de economische malaise, die juist tussen 1880 en 1890 een dieptepunt bereikte.⁶⁸

Een artsenoverschot was niet alleen financieel nadelig, maar had ook kwalitatieve bezwaren. Een artsenpraktijk moest niet te klein zijn, anders kon een geneesheer zijn ervaring niet op peil houden. De gedachten gingen daarbij uit naar minimaal duizend patiënten. Om dezelfde reden achtte de NMG een gevarieerd patiëntenbestand beter.⁶⁹ Overigens waren NMG, inspecteurs van het Geneeskundig Staatstoezicht en gemeentebesturen het onderling niet eens of er nu wel of niet van een overvulling van het beroep sprake was.⁷⁰ Dat was ook moeilijk te bepalen, omdat het artsenaanbod plaatselijk zo verschilde. Aan het einde van de eeuw leken de zwartkijkers toch de overhand te krijgen. Terwijl de werkgelegenheid voor andere academici verbeterde, door onder meer de toenemende vraag vanuit het bedrijfsleven, leek het aanbod van artsen te groot geworden. Dreigde er inderdaad een artsenoverschot?

De meeste dokters vestigden zich in de steden; een fenomeen dat zich in veel landen voordeed.⁷¹ In het *NTvG* werd, aan de hand van cijfermateriaal uit het *Geneeskundig Jaarboekje* (1900) en de volkstelling (december 1899), berekend hoeveel inwoners er per geneeskundige in de 24 grootste gemeenten in 1900 in Nederland waren. Den Haag spande de kroon met één arts per 1.120 inwoners. Daarna kwamen Arnhem, Groningen, Haarlem en Leeuwarden met tussen de 1.280 en 1.290 inwoners per arts. De concurrentie was in Amsterdam en Rotterdam minder, respectievelijk 1.800 en 2.230 inwoners per arts. Rotterdam zat daarmee precies op het landelijk gemiddelde.⁷²

In bepaalde regio's op het platteland heerste echter een volkomen tegenovergestelde situatie. Na 1865 stierven op het platteland van Brabant, Limburg, Zeeland, de kop van Noord-Holland en Drenthe geleidelijk de breed opgeleide plattelandsheermeesters uit. Zolang er nog vestigingsalternatieven waren, werden zij niet vast vervangen door universitair opgeleide artsen. Dunbevolkte, niet-welvarende gebieden waren geen aantrekkelijke vestigingsplaats.⁷³ Voor een dokter was het vrijwel onmogelijk daar een inkomen boven het 'bijstandsniveau' te verdienen.⁷⁴

De rijksoverheid diende er echter op toe te zien dat overal gemeenteartsen beschikbaar waren om de taken te verrichten die voortvloeiden uit de bij wet geregelde doodsschouw (1869) en kosteloze vaccinatie (1872). Vanaf 1887 werd er dan ook een vestigingssubsidie van f 300 aan een tiental(!) noodlijdende gemeenten ter beschikking gesteld ter voorziening van doodsschouw, vaccinatie en verloskundige hulp.⁷⁵ Op het platteland probeerden gemeentebesturen tegen een bepaald honorarium per jaar een gemeentegeneesheer aan te trekken. Dat honorarium varieerde in de laatste twee decennia van de vorige eeuw tussen omstreeks f 400 en f 1200 per jaar. Zolang er geen inkomenscompensatie tegenover stond uit een particuliere praktijk of door de levering van medicijnen, waren deze

68. De Jonge, *Industrialisatie*, 242.

69. Zie ook: Van der Velden, *Financiële toegankelijkheid gezondheidszorg*, 49-51.

70. Van der Velden, 'Overvloed en schaarste', 217.

71. Zoals in Duitsland in de jaren 1880: 'vermindert het getal artsen op de kleinere plaatsen zeer aanzienlijk, en hoopen zij zich op in de steden', Bruinsma 'Vrijheid van uitoefening geneeskunst', 373-383; zie ook: Glaser, *Paying the doctor*, 170.

72. Van Bruggen, 'Huisartsen en specialisten', 1351.

73. Van der Velden, 'Overvloed en schaarste', 14.

74. Deze dokters kregen van hun patiënten ten dele in natura 'betaald': groente, vlees of eieren.

Tabel 2:
Jaarinkomen van enkele academici omstreeks 1880-1900*

Gemeentegeneesheer	f 400 - f 1200**
geneesheer-directeur (groot) ziekenhuis	f 3000 - f 5000***
hoogleraar	f 4000 - f 6000
ingenieur Rijkswaterstaat	f 2000 - f 5000
ingenieur spoorwegen	f 1600 - f 4000

* Samengesteld uit rubriek vacatures in *NTvG*, Lintsen, *Ingenieurs in Nederland* (1980) en Kamerlid Van Houten, *Handelingen 1887-1888* Staatsbegr., 445.

** Daarvan moeten praktijkkosten, pensioen- en andere voorzieningen nog worden afgetrokken. Wanneer een vacature moeilijk was te vervullen, probeerde het gemeentebestuur soms met een vrije woning een geneesheer te lokken.

*** Het verschil in salaris van een geneesheer-directeur en (eventuele) eerste en tweede geneesheer was vrij groot. De salarissen in het (psychiatrisch) Rijksgeesticht in Medemblik waren respectievelijk: geneesheer-directeur f4300, eerste geneesheer f3000 en tweede geneesheer f2000; Cahn, *Medemblik 1884-1967*, 53.

vacatures moeilijk of helemaal niet te vervullen en was er veel verloop. Dat de honorering van gemeenteartsen inderdaad laag was, valt af te leiden uit een vergelijking met de inkomens van enkele andere academici (zie tabel 2).

Uit enkele rapporten blijkt dat het gebrek aan artsen op het platteland toch ook weer niet zo nijpend was als in publikaties werd beweerd.⁷⁶ Volgens de arts G.W. Bruinsma (1840-1914) waren er echter wel degelijk problemen.⁷⁷ Er waren notoir 'slechte' vestigingsplaatsen die een chronisch tekort bleven vertonen. Bij de beraadslagingen in 1903 over de gebrekkige hulp op het platteland in de Tweede Kamer, bracht het Kamerlid Nolens naar voren dat de situatie in Limburg schrijnend was. Buiten de betrekkelijk kleine steden waren in heel Limburg slechts achttien geneesheren. Wat de geneeskundigen aanging, was dat zijns inziens te begrijpen, vanwege het lage inkomen en de lasten die aan het ambt waren verbonden. 'Op het platteland [hebben geneesheren] geen vaste klandizie, laat men geneesheren niet zo gauw halen om te zien of men nog gezond is, om te onderzoeken of men misschien niet binnen enkele dagen ziek zal worden. De geneesheer moet paard en rijtuig houden wegens de grote afstanden en weer en wind meer trotseeren dan in de stad.'⁷⁸

75. Eventueel kon men als officier van gezondheid aangesteld worden; *Handelingen 1886-1887*, Staatsbegroting 1887, Memorie van Toelichting, V.2, 10.

76. Rapporten Kuhn en Ruysch in 1884 en 1887; *Handelingen 1886-1887*, Memorie van Toelichting, IV, Medische politiek, bijlage A, 10; Daarin staat over het gebrek aan geneeskundigen op het platteland: 'slechts enkele plaatsen hebben gebrek aan geneeskundige hulp'; 'Verslag gecommiteerden wijze waarop voldaan zou kunnen worden aan geneeskundige hulp', 91; en C.C.N., 'Eenige kantteekeningen', 715.

77. Van der Velden, 'Overvloed en schaarste', 220.

78. *Handelingen 1903-1904*, II 837-838, 'Gebrek aan geneeskundige hulp te plattelande'. Beraadslagingen over onderartikel 64: 'Toeslagen aan geneeskundigen en vroedvrouwen ter voorziening in de behoefte aan doodschouw, vaccinatie, en verloskundige hulp (f10.150)', 837.

Vanaf het eind van de jaren tachtig nam het aantal sollicitanten bij vacatures toe. Aangemoedigd door het grotere aanbod reageerden gemeente- en ziekenfondsbesturen hierop met het negatief bijstellen van hun toch al niet zo gunstige condities. De gemeenteraad van Hindeloopen nam bijvoorbeeld in 1889 het besluit het honorarium van de stadsgeneesheer in plaats van *f* 1.000 voortaan op *f* 700 per jaar te stellen.⁷⁹ De gemeenteraad van Deventer verlaagde het honorarium van de gemeente-heelkundige van *f* 1.000 naar *f* 300.⁸⁰ De gemeente Dinxperloo verlaagde niet alleen het tractement, maar voegde daaraan ook nog nadelige bepalingen voor de gemeentearts toe. De burgemeester meende dat nu de toevoer van medici groter was, best iemand tegen de condities van het gemeentebestuur was te krijgen.⁸¹ De directeur van een Haags ziekenfonds speelde specialisten tegen elkaar uit, zonder dat de betrokkenen zich dat overigens bewust waren.⁸²

De toename van het aantal sollicitanten was overal merkbaar. Ook in het toenmalige Nederlands-Indië, dat rond 1900 eveneens als 'opstap' mogelijkheid in trek was. Regelmatig vestigden zich daar gedurende enkele jaren ook artsen-leden van wetenschappelijke verenigingen als huisarts. Na terugkeer in Nederland probeerden zij vervolgens een specialistenpraktijk op te bouwen.⁸³ Uit het onderzoek van Den Hertog blijkt, dat het gebruikelijke tekort aan officieren van gezondheid in Nederlands-Indië in de jaren negentig tijdelijk was opgeheven. Het departement van koloniën verlaagde daarom vanaf 1888 zowel het aantal onder die regeling vallende studenten als de studiesubsidies voor de opleiding.⁸⁴

Zo werden beginnende medici omstreeks 1890 geconfronteerd met verlagingen van de honoraria. Het individuele optreden van de geneesheren bevorderde dat ziekenfondsen en gemeentebesturen de sollicitanten tegen elkaar konden uitspelen. Collectief optreden zou dat kunnen veranderen. Men hoefde maar om zich heen te kijken om daarvan de voorbeelden te zien. De toenemende welvaart in de laatste decennia van de negentiende eeuw schiep de voorwaarden en de mogelijkheden voor corporatieve trends: moderne, op zakelijke belangen gerichte organisaties. De toename van het aantal artsen richtte echter, zeker voor degenen die geen plattelandspraktijk ambieerden, ook de blik op specialisatie als alternatief.

3 GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSZORG: MEDICI, PATIENTEN, VOORZIE- NINGEN EN FINANCIERS

Omstreeks 1800 beschikten geneeskundigen over maar weinig kennis en hulpmiddelen om een juiste diagnose te kunnen stellen. Een medicus had eigenlijk nog maar weinig notie van wat zich in het lichaam van de patiënt afspeelde. Hij moest zich aan een ziekbed beperken tot hetgeen hij met zijn zintuigen waarnam. Heel recent was dat aangevuld met wat percussie en auscultatie aan informatie konden bieden.⁸⁵ De geneesheer beschreef

79. Rubriek 'Binnenland', *NTvG* 33 (1889) II, 303; zie verder onder meer: Van der Sijp, 'Het betoog van dr. Rutgers', 228; Bardet, 'Ingezonden', 634.

80. 'Binnenland', *NTvG* 46 (1902) I, 274.

81. Bardet, 'Ingezonden', 634.

82. ARA, archief NMG, inv. nr. 95, 'Reorganisatie Maatschappij, 1898-1902', Verslag verg. bijeengeroepen door Dr. F.U. Ockerse, 24-5-1901.

83. Zie de ledenlijsten van de wetenschappelijke verenigingen.

84. Den Hertog, *Militair-geneeskundige verzorging in Atjeh*, 30-31.

85. Auenbrugger: percussie (1761) en Corvisart: auscultatie en stethoscoop (1808); Lindeboom/Van Lieburg, *Geschiedenis der geneeskunde*, 244.

zijn waarnemingen aan de zieke en categoriseerde die vervolgens in algemene ziektebeelden. Op basis daarvan gaf hij de zieke een prognose van het verloop van de ziekte en eventuele adviezen over dieet en leefwijze. Geneesmiddelen waren nog niet zozeer gericht op de ziekte maar gerelateerd aan de categorie waarin het ziektebeeld paste. Zo kregen veel patiënten, waaronder malariapatiënten, kinine voorgeschreven.⁸⁶

3.1. Toenemende kennis: naar een moderne geneeskunde

Omstreeks 1890 had het doktersberoep een ware metamorfose ondergaan. Er was veel meer bekend over de processen die in het lichaam plaatsvonden, het diagnostisch instrumentarium was uitgebreid, bepaalde ziekteverwekkers waren bekend en enkele levensreddende therapieën voorhanden. Op deze ontwikkelingen baseerden tijdgenoten hun mening dat de geneeskunde de prestaties op natuurwetenschappelijk gebied op de voet volgden. Zij hoefden ook op medisch gebied maar om zich heen te kijken om de vooruitgang te zien.

De bacteriologische kennis was van groot belang voor de chirurgie bij het aseptische opereren. De invoering van anti- en aseptische maatregelen maakte chirurgische ingrepen veiliger, waardoor ook chirurgische therapie mogelijk werd. Bacteriologisch onderzoek openbaarde bovendien niet alleen de oorzaak van, maar ook de besmetting met gevreesde infectieziekten als tuberculose (1882), cholera (1883) en syfilis (1905). Andere ziekten konden worden vastgesteld en eventueel behandeld, nadat sedert het midden van de eeuw de ontwikkeling van diagnostisch instrumentarium in een stroomversnelling terecht kwam, met onder meer oogspiegel (1851), keelspiegel (1855), oesofagoscoop (1867), cystoscoop (1877), gastroscop (1881) en bronchoscoop (1898).⁸⁷ Het gebruik van deze instrumenten vereenvoudigde aanmerkelijk, toen de kaars als lichtbron door elektrisch licht kon worden vervangen. Latere uitvindingen als röntgen (1895) en elektrocardiografie (1903) zouden zonder elektriciteit zelfs helemaal niet mogelijk zijn geweest.⁸⁸ Onderzoeksresultaten op het gebied van fysiologie, chemie en fysica leverden een belangrijke bijdrage aan de kennis van de werking van de lichaamsprocessen. Deze nieuwe kennis bracht tevens een eventueel verstoorde werking van een deel van die processen aan het licht. Ten slotte vergrootte de opkomst van 'moderne' ziekenhuizen na omstreeks 1880 het inzicht in ziekten en therapieën. In dergelijke ziekenhuizen kon men ziekten en behandelingen meer systematisch bestuderen en diagnoses eventueel met obducties bevestigen of corrigeren.

De nieuwe inzichten vonden in de regel slechts in beperkte kring ingang. Het duurde zelfs enige decennia voordat zij in de praktijk meer werden toegepast. Oudere huisartsen waren niet opgegroeid met de moderne technieken die een goede diagnose mogelijk maakten. Voorts was lang niet iedere geneesheer met de nieuwe inzichten op het gebied van therapieën en asepsis bekend of als zij dat wel waren, geloofden zij er niet in. Tot ver in de twintigste eeuw waren er huisartsen die een hele werkweek doorkwamen met een handjevol injectienaalden die zij pas aan het eind van de week steriliseerden. Ook waren er legio ziekenhuizen waar men in de operatiekamer weliswaar 'steriel' werkte, maar waar het op de zalen veel eenvoudiger toeging. Bij vrijwel alle nieuwe vindingen waren er bovendien altijd nog sceptici met eigen, tegenstrijdige, ideeën over aetiologie en therapie.

86. Rosenberg, 'The therapeutic revolution', 41.

87. Lindeboom/Van Lieburg, *Geschiedenis der geneeskunde*, 244.

88. Een röntgenapparaat kwam pas in de twintigste eeuw.

Zo verwierp L. Lehmann (1817-1880), die van 1848-1864 lector, en daarna tot 1880 hoogleraar in de verloskunde was in Amsterdam, de leer van Semmelweis en zijn aanbevelingen tegen kraamvrouwenkoorts. Het zal ons dan tegenwoordig ook niet verbazen dat onder zijn bewind het aantal sterfgevallen in de universiteitskliniek tengevolge van deze infectie hoog was. Zijn opvolger G.H. van der Mey (1851-1895), voerde de antiseptische maatregelen op de kraamzaal in, waardoor het sterftcijfer drastisch daalde.⁸⁹

Een andere illustratie van de divergerende opvattingen in de bacteriologie is de theorie van de Groningse hoogleraar A.P. Fokker (1840-1906).⁹⁰ Ondanks de ontdekking van de tuberkelbacil bleven vrij veel medici, onder wie Fokker, de op waarneming en ervaring gebaseerde mening toegedaan dat tuberculose aan heredititeit was toe te schrijven. Nu was infectie inderdaad een noodzakelijke, maar géén voldoende voorwaarde om tuberculose te ontwikkelen. Fervente aanhangers van de erfelijkheidstheorie voerden hierover heftige discussies met hun tegenstanders.⁹¹ Deze 'Tuberkulosen Krieg' ebde pas na de eeuwwisseling weg.⁹² Fokker bleef overtuigd dat de erfelijke invloed belangrijker was dan de infectie. Nog in 1904 schreef hij in het *NTvG*: 'Aangezien zooals ik heb getracht te betoogen infectie bij tuberculose hoogstens een zeer ondergeschikte rol speelt'.⁹³

De ontwikkelingen op natuurwetenschappelijk gebied waren, zoals gezegd, van groot belang voor de geneeskunde. Tussen 1865 en 1880 had de geneeskundige opleiding via de universitaire weg zich daaraan echter nog niet aangepast. De vooropleiding, het gymnasium, had dat evenmin. Het getuigschrift van het gymnasium leverde, 'zeker waar het wiskunde en natuurwetenschappen betrof, nauwelijks waarborgen (...) voor een adequate kennis om de (medische) studie op universitair niveau te kunnen voortzetten'.⁹⁴ De niet-academische geneeskundige opleiding via staatsexamens, zoals dat sinds de geneeskundige wetten van 1865 was geregeld, bood veel meer op dit gebied. De meest gangbare vooropleiding daarvoor was de HBS. Deze vooropleiding was, voor zover het de natuurwetenschappelijke vakken betrof, beter dan het gymnasium. Bovendien bleken de natuurkundige staatsexamens veel zwaarder dan de facultaire examens.⁹⁵ Dit bleef zo tot de inwerkingtreding van de Hoger-onderwijswet (1879). Deze wet liet HBS-ers toe tot de medische faculteiten en droeg alle theoretische examens op aan de faculteiten.⁹⁶ Overigens maakten veel HBS-ers ook daarvoor al gebruik van een mogelijkheid toegang tot de universiteit te verkrijgen.⁹⁷ De HBS bleek populair, in 1895 was viervijfde van de nieuw aankomende medici daarvan afkomstig.⁹⁸ Voor specialisten die zich wilden toelagen op een specialisme waarvoor men over instrumentele vaardigheden diende te

89. Kloosterman, 'Een terugblik', 38; Houtzager, 'Honderd jaar operatieve gynaecologie en verloskunde', 155.

90. Fokker was vanaf 1877 hoogleraar (achtereenvolgens hygiëne en bacteriologie) in Groningen.

91. Van Daal en De Knecht-van Eekelen, 'Over aetiologie en therapie', 211-233.

92. Juch, 'Het nut van sanatoria', 218.

93. Fokker, 'Bestrijding der tuberculose', 216. Zie verder onder meer: *NTvG* 41 (1897) II, 93-104, *Ibidem* 46 (1902) II, 1334-1339.

94. Van Lieburg, 'Natuurkundige examens medische studenten', 139.

95. *Ibidem*, 167-169.

96. *Ibidem*, 165.

97. Wachelder, *Universiteit*, 136.

98. (Z.a.) 'H.B.S. als voorbereidende school', 414; Van Lieburg, 'Natuurkundige staatsexamens medische studenten', 169.

beschikken, zoals oog- en kno-heelkunde, bleef de HBS een meer adequate vooropleiding dan het gymnasium.⁹⁹

Aan het begin van dit hoofdstuk is gesteld dat de staatsexaminandi en de latere specialisten op dezelfde lijn zijn te plaatsen. Door hun vorming in de natuurwetenschappen hadden zij een gemeenschappelijk uitgangspunt. Tussen de geslaagden voor het staatsexamen en de universitair opgeleide algemene medici was het verschil in natuurwetenschappelijke vorming evident. Specialisten zagen, naast hun meerdere kennis en ervaring op een deelgebied, hun meer natuurwetenschappelijke benadering bij het stellen van een diagnose die op een verklaring van het ziektebeeld was gebaseerd, als het belangrijkste verschil tussen algemeen geneesheer en specialist.

De toenemende kennis was een voorbode van het ontstaan van medische specialismen. De prestaties op natuurwetenschappelijk gebied kregen algemene bekendheid, vooral door de praktische toepassingen daarvan in onder meer industrie, communicatie en vervoer. Dit vond allemaal in zo'n kort tijdsbestek plaats dat de mogelijkheden niet alleen onbegrensd leken; men werd daardoor tevens ontvankelijk gemaakt voor specialisatie als een logische en onontkoombare ontwikkeling. Universele kennis – tot in de negentiende eeuw juist als het hoogst bereikbare beschouwd – kon niet meer. Dat gold ook voor de geneeskunde. Vooraanstaande medici wezen er omstreeks 1880 op, dat het vigerende vakkenpakket¹⁰⁰ voor de studenten te overladen zou worden. Door de steeds toenemende kennis in bepaalde onderdelen van de hoofdvakken, was het onmogelijk geworden het gehele vak te beheersen.

Ook bij de medische faculteiten was men daarvan overtuigd. Deze faculteiten hadden het toch al niet gemakkelijk, omdat zij ook een groeiend aantal studenten kregen te verwerken. Zij konden daardoor niet voldoende faciliteiten bieden; voorzieningen als laboratoria, demonstratiezalen en klinieken waren daarop niet berekend. Dit stimuleerde net afgestudeerde medici naar Duitsland of Oostenrijk te reizen om daar hun kennis van een bepaald onderdeel van de geneeskunde aan te vullen. Terug in Nederland vestigden zij zich hetzij als algemeen geneesheer hetzij als specialist.

Uit het voorgaande worden al enkele contouren zichtbaar van de pijlers waarop deze medische specialisatie was gebouwd: natuurwetenschappelijk gevormd, nieuwe inzichten en het opdoen van meer kennis in een bepaald onderdeel van de geneeskunde, specifiek instrumentarium, chirurgische therapie en specifieke diagnostiek. Deze internalistische benadering komt met andere, externalistische kristallisatiepunten waaromheen specialisatie ontstond terug in hoofdstuk 3. Het was een nieuwe generatie geneesheren die 'wat te bieden had' en daarmee in haar werk meer elan en meer recht van spreken had dan haar voorgangers.

99. Sinds het einde van de eeuw kregen de discussies over 'HBS-artsen' een andere inhoud. Eerst ging het er nu over dat HBS-ers in Nederland niet konden promoveren, zodat degenen die dat wilden op Duitsland waren aangewezen. De Ineenschakelingscommissie voor het hoger onderwijs, die in 1903 werd ingesteld, en het rapport dat deze commissie in 1910 uitbracht, hielden daarna de discussies levend.

100. In de geneeskundige wet van 1865 was het curriculum vastgesteld en in de wet op het hoger onderwijs in 1878 (1879) de vakken.

3.2. 'Dokters' en patiënten: armen, minvermogenden en gegoeden

Rond 1890 was er een heteroog aanbod van geneeskundigen. Zij waren of opgeleid aan een klinische of hogeschool, of aan een universiteit: stads- en plattelands heel- en vroedmeesters (de zogenaamde tweede stand¹⁰¹), officieren van gezondheid, geneesheren, heelkundigen en verloskundigen, hoogleraren en hun assistenten, privaatdocenten en in de grote steden het nieuwe verschijnsel van vrijgevestigde specialisten. In hoeverre een zieke daaruit ook daadwerkelijk kon kiezen, was afhankelijk van zijn inkomen en van de stad of streek waar hij woonde. Hoogleraren en specialisten behandelden gegoede patiënten thuis; onafhankelijk van de woonplaats van deze patiënten.

Grotere gemeenten als Amsterdam, Den Haag, Rotterdam, Utrecht en Arnhem benoemden gemeentegeneeskundigen en gemeente heel- en -verloskundigen.¹⁰² Als het zo uitkwam solliciteerden dezelfde kandidaten zowel naar de functie van geneeskundige als naar die van heel- en verloskundige.¹⁰³ Deze laatste namen onder meer de 'EHBO-operaties' voor hun rekening in de woningen van de armlastige patiënten in hun wijk, de zogenaamde 'petite chirurgie'. Een gemeenteraadslid in Arnhem, dat al 36 jaar gemeentearts was, betoogde dat het niet erg was als de speciale beoefening van de chirurgie niet in de lijn van de sollicitanten lag, want 'nu ja, wat in een armenpraktijk voorkomt, kan hij toch best'.¹⁰⁴

De diverse 'meesters' waren de opgeleiden aan de klinische scholen of via privaatonderwijs.¹⁰⁵ Deze niet-universitaire opleiding bleek na de inwerkingtreding van de geneeskundige wetten van 1865 geen toekomst meer te hebben.¹⁰⁶ Voortaan kon de bevoegdheid van geneesheer, heelkundige of verloskundige pas worden verkregen na het afleggen van een staatsexamen. Dit was de eerste stap naar het monopolie van universitair opgeleide geneeskundigen op de uitoefening der geneeskunde. In de praktijk ontstond dat pas in de twintigste eeuw na het 'uitsterven' van de laatste 'meesters'.¹⁰⁷ De Hoger-onderwijswet van 1878 ten slotte, maakte een einde aan de driedeling van aparte doctoraten in genees-, heel- en verloskunde.

De wetgeving van 1865 schiep weliswaar duidelijkheid over de bevoegdheid, de 'betiteling' van alle soorten geneesheren zorgde voorlopig nog voor de nodige onduidelijkheid. Het grote algemene ziekenfonds in Amsterdam (AZA) had aan het eind van de negentiende eeuw drie categorieën geneesheren in dienst: genees-, heel- en verloskundigen, geneeskundigen, en heel- en verloskundigen. In deze drie categorieën waren artsen en *medicinae doctores* broederlijk vermengd met een klein restantje heel- en vroedmeesters.¹⁰⁸ Na de afschaffing van de driedeling in doctoraten ging men bij dit ziekenfonds geleidelijk meer over gemeentegeneesheren spreken.

101. Zie: Van Lieburg, 'De tweede geneeskundige stand'.

102. 'Verslag gemeenteraad Arnhem over 1893', 938-939.

103. *Ibidem*, 1877-1910.

104. Thijssen; *Ibidem*, 2-12-1893, 939.

105. In 1891 worden er in de naamlijst van het *Geneeskundige Jaarboekje* van de 2071 vermelde geneeskundigen nog 481 niet-academisch opgeleiden genoemd.

106. Van Lieburg, 'Natuurkundige staatsexamens medische studenten', 146-147.

107. De omvang van de tweede geneeskundige stand verminderde na 1865 snel: in 1866 waren er 1.682 stedelijke en plattelands heelmeesters, in 1885 669 en in 1895 nog 363. De laatste legde zijn praktijk neer in 1929: Van Lieburg, 'De tweede geneeskundige stand', 453.

108. *Rapport over de ziekenfondsen te Amsterdam (1900)*, 172-173 en *Geneeskundig Jaarboekje 1898*.

Zoals al eerder is gezegd, is voor onvermogenen en ziekenfondspatiënten een belangrijke plaats in deze studie ingeruimd. Zij vormden het overgrote deel van de bevolking én zij leverden een belangrijke bijdrage aan de vorming van specialisten. De sociale categorie van de patiënten bepaalde hun honoreringwijze. Vervolgens is de indeling in armen, minvermogenen en gegoeden in de gezondheidszorg van belang. De toegankelijkheid van deze zorg verschilde per sociale categorie en de voorzieningen waren bestemd voor bepaalde categorieën. Allereerst dient duidelijk te zijn waarom er steeds een onderscheid werd gemaakt, en wat men bedoelde met armen en on- en minvermogenen. Bovendien is het relevant te weten welke gezondheidszorgvoorzieningen er omstreeks 1890 waren en wie die voorzieningen betaalden.

De genoemde sociale categorisering kan begripsverwarring geven door de niet-eensluitende invulling die daaraan wordt gegeven. In de literatuur over de sociale stratificatie in de negentiende eeuw hanteren de diverse auteurs een indeling die varieert van drie tot zes lagen.¹⁰⁹ Onder tijdgenoten was het gebruikelijk te spreken over armen, on- en minvermogenen en gegoeden. In de armenzorg gebruikte men deze indeling bij de bepaling in hoeverre mensen op de bedeling waren aangewezen. In de gezondheidszorg bepaalde deze indeling of een verzekering tegen dokterskosten mogelijk was, of dat nodig was, en in hoeverre er een vrije artskeuze en ziekenhuiskeuze was. Medici ten slotte, leidden daaruit af in hoeverre patiënten voor de dokterskosten konden betalen.

De eerste categorie kon zelf niets bijdragen: de *armen* en eventueel *onvermogenen*;¹¹⁰ de tweede categorie kon zich verzekeren of zelf iets betalen: de *minvermogenen*; de derde groep, de *gegoeden*, kon afhankelijk van haar inkomensklasse, lagere of hoge tarieven betalen. In het kader van dit onderzoek komt deze indeling het meest in aanmerking.

De armen en onvermogenen kwamen voor hun dokterskosten geheel of gedeeltelijk ten laste van armenzorg of diaconie. Zij moesten met een 'stadskaart' naar de dokter die door het armbestuur was aangesteld en werd betaald. Ook degenen die in de derde klasse van een (gemeente) ziekenhuis waren opgenomen, kregen een gratis behandeling en verpleging. Een deel van de specialisten werd door de gemeente aangesteld (hetgeen in hoofdstuk 3 wordt beschreven).

Bij de minvermogenen maakten geneesheren een onderscheid in minvermogenen (arbeiders met vast werk) en 'beschaafde' minvermogenen, ook wel mingegeoden of middenstand genoemd (zoals kleine neringdoenden en lagere ambtenaren).¹¹¹ De minvermogenen konden zich bij een plaatselijk ziekenfonds aansluiten of werden verondersteld iets te kunnen bijdragen aan de doktershulp. De mingegeoden behoorden tot de groep van particuliere patiënten. Niet omdat zij altijd zo'n goed inkomen hadden, maar omdat zij geen werklieden waren. De inkomensverschillen tussen deze groep van gesalarieerden en het loon van geschoolde arbeiders waren niet erg groot. Zo bedroeg omstreeks 1900 het aanvangsjaarsalaris van een hoofdonderwijzer in een kleine stad f 750 en vrij

109. Zie onder meer: Kuiper, 'De voormannen', 109.

110. De groep die gedeeltelijk afhankelijk was van de armenzorg en gedeeltelijk in het eigen onderhoud kon voorzien.

111. In de literatuur wordt wel gesproken van de oude middenstand (ambachtlieden en kleine neringdoenden) en de nieuwe middenstand (lagere ambtenaren en kantoorpersoneel).

wonen, hetgeen werd geschat op f 75.¹¹² Het loon van een geschoold arbeider kon oplopen tot omstreeks f 700 per jaar.¹¹³

De particuliere patiënten vormden een minderheid, in bijvoorbeeld Amsterdam (1898) en Den Haag (omstreeks 1890) ongeveer éénderde deel van de bevolking.¹¹⁴ Toch was dat al een aanmerkelijke verbetering met vijftig jaar daarvoor. Zo vermeldde een brochure uit 1846 over de ziekenfondsen in Amsterdam, dat veel dokters jaren na hun vestiging niet meer dan twaalf particuliere patiënten in hun praktijk hadden.¹¹⁵

In dunner bevolkte streken riep men in het algemeen bij ziekte niet zo snel de hulp in van een dokter als in de steden.¹¹⁶ Bij ongevallen gebeurde dat wel, maar juist dan was het succes beperkt. Door de meestal grote afstanden verliep er nogal wat tijd voor de dokter ter plaatse kon zijn.

Particuliere patiënten riepen daarentegen vaak een dokter aan het ziekbed van een gezins- en eventueel personeelslid. De geneesheer vertoefde geruime tijd in de ziekenkamer, gaf adviezen en legde koude compressen aan. In de negentiende-eeuwse literatuur worden ziekten en ziek-zijn veel beschreven. Populaire literatuur, als krantefeuillets, bevestigt dit beeld van een dikwijls en langdurig in de ziekenkamer aanwezige dokter. De 'gewone' man kreeg deze behandeling niet; al was het alleen maar, omdat hij helemaal niet over een ziekenkamer beschikte.

Minder-gegoeden riepen echter ook in meer bevolkte streken niet zo gemakkelijk de hulp in van een geneesheer. Terwijl, volgens ziekenfondsdokters in de steden, fondspatiënten over het algemeen veel vergden van de geneeskundigen. Meestal veel meer dan werkelijk nodig was.¹¹⁷ De Arnhemse kinderarts (later inspecteur Staatstoezicht) Christine Bader (1878-1965), schrijft in een terugblik op haar artsbestaan: 'De ziekenfondsen bleken een eigenaardige mentaliteit te kweken bij de leden. Voor alles liep men naar het spreekuur: voor poeder, voor zalf, voor aangekondigde geneesmiddelen'.¹¹⁸

Dat andere minvermogenden minder gemakkelijk naar de dokter liepen, kan naast financiële bezwaren nog andere oorzaken hebben gehad. Eén daarvan is dat zij wellicht niet zoveel vertrouwen hadden in de kunde van de huisarts. De aantrekkingskracht die de specialistische poliklinieken hadden op de armen en minvermogenden ondersteunt deze veronderstelling. De mensen van het platteland wisten eveneens de poliklinieken in de grote steden te vinden, zoals blijkt in hoofdstuk 3. Bovendien kan de angst voor een ziekenhuisopname de familie van een zwaar zieke er nog van hebben weerhouden de hulp van een dokter in te roepen.

112. NMG-Eindrapport ontwerpvet 1905, 41.

113. *Ibidem*, 36-48.

114. Respectievelijk *Rapport Teldersstichting*, 17 en *Rapport ziekenfondsen 1890*, 139.

115. Deze brochure was door een aantal Amsterdamse dokters en apothekers uitgegeven; geciteerd in: *Rapport Teldersstichting*, 5.

116. In Limburg stierf in 1905 twintig procent van de overledenen zonder enige medische behandeling; Philips, *Gezondheidszorg in Limburg*, 246.

117. Onder meer de NMG-afdeling Rotterdam, NMG-Eindrapport ontwerpvet 1905, 21.

118. Bader, *Overpeinzingen bij een 50-jarig artsjubileum*, 9.

3.3. Ziekenhuizen

In de eerste periode die in dit onderzoek wordt beschreven, was er een breed scala van intramurale voorzieningen. Een overzicht daarvan is te vinden in de catalogus die werd uitgegeven naar aanleiding van de tentoonstelling bij het vijftigjarig bestaan van de NMG in 1899.¹¹⁹ Een deel daarvan wordt, evenals de poliklinieken, beschreven in hoofdstuk 3. Hier wordt alleen de toestand in de algemene ziekenhuizen omstreeks 1890 kort gememoreerd, als onderdeel van de gezondheidszorgvoorzieningen voor armen en minvermogenden.

'Negentiende-eeuwse' ziekenhuizen waren door gemeente of particulieren opgerichte instellingen, waarin armen en minvermogenden gratis werden verzorgd. De veelal op sociaal-medische indicatie opgenomen zieken werden daar vaak langdurig 'verpleegd'. De gemeentelijke stadsziekenhuizen hadden op een enkele uitzondering na een zeer slechte naam. De verzorging van de zieken werd aan ongeschoold personeel overgelaten, die nogal eens ruw met de zieken wilden omgaan. Deze 'oppassers' hadden geen benul van de moderne ziekenverzorging en hygiëne. Gegoeden werden bij ziekte thuis verzorgd en geopereerd of in een sanatorium, kuur- of herstellingsoord opgenomen.

In de laatste twee decennia van de negentiende eeuw voltrokken zich grote veranderingen binnen het ziekenhuiswezen. Het eerste dat daarbij opvalt, is de toename van het aantal ziekenhuizen. Omstreeks 1840 waren er ongeveer 47 ziekenhuizen en krankzinnigen-gestichten.¹²⁰ Nog geen eeuw later waren er ruim 250 ziekeninrichtingen (zie ook tabel 7).¹²¹ Vervolgens verhief een deel van de ziekenhuizen zich boven het peil van charitatieve instelling tot een 'moderne' instelling. Door de toepassing van de moderne inzichten omtrent bacteriologie en verpleging en de specifieke vaardigheden van de chirurgen konden in deze ziekenhuizen grotere operaties plaatsvinden. Dit wordt eveneens in hoofdstuk 3 nader uitgewerkt. Dergelijke ziekenhuizen groeiden in de eerste decennia van de twintigste eeuw uit tot volwaardige behandelcentra. Daarnaast bleven er veel ziekenhuizen die meer het karakter behielden van een opvang- en verpleeghuis.

Vooraf na 1880 werden de op meer moderne leest geschoeide ziekenhuizen opgericht.¹²² Men werkte volgens de nieuwe inzichten op hygiënisch-bacteriologisch gebied, er was een 'moderne' operatiekamer, en in plaats van ongeschoolde oppassers werkte(n) er één of meer gediplomeerde verpleegsters. Dergelijke ziekenhuizen hadden ook klasse-afdelingen voor gegoeden. In 'moderne' ziekenhuizen lieten ook particuliere patiënten zich opnemen, omdat het bij grote operaties veel praktischer was de patiënten naar het ziekenhuis te halen. De particuliere ziekenhuizen liepen voorop in deze modernisering, zij beschikten over meer financiële middelen dan de gemeenteziekenhuizen (zoals in hoofdstuk 5 zal blijken).

119. Z.a., *Catalogus 1849-1899: ziekenhuizen, militaire hospitalen en ziekeninrichtingen der land- en zee-macht, geneeskundige gestichten voor krankzinnigen en idioten, kraaminrichtingen, vrouwenklinieken, kinderziekenhuizen, ziekenhuizen voor ooglijders, leprozenhuizen, sanatoria voor zenuwzieken; herstellingsoorden, inrichtingen voor dipsomanen, ziekenhuizen en barakken voor epidemische ziekten, inrichtingen voor hydrotherapie; badplaatsen, inrichtingen voor psychotherapie, inrichtingen voor mechanotherapie en psychiatrische inrichtingen.*

120. Van Lieburg, *Coolsingelziekenhuis*, 9.

121. 'Lijst van de in Nederland aanwezige ziekeninrichtingen', 28-30.

Excurs: 'Arnhem, aantrekkelijke stad voor specialisten'

De garnizoenstad Arnhem telde in 1900 ruim 56.800 inwoners. Het was een mooie stad die in een toeristisch aantrekkelijke streek lag. Landgoederen, villa's, singels, plantsoenen, parken en grote stadstuinen toonden de welvaart van de meer-gegoede burgers. Deze hadden zich in de negentiende eeuw vanwege de mooie ligging in Arnhem gevestigd. De mogelijkheden voor bebouwing waren groter, omdat het één van de eerste steden was die toestemming kreeg de verdedigingsgordel te slopen (1808). Bovendien was Arnhem goed bereikbaar door de aanleg van een spoorverbinding tussen Amsterdam en Arnhem (1845).

Omstreeks 1900 was er nog geen grote industrie; slechts een enkel bedrijf was wat groter, waaronder enkele steenfabrieken en de Arnhemsche Stoomslephelling Maatschappij (ASM). Verder was er de 'gebruikelijke' kleinschalige industrie, zoals graan- en papiermolens, boekdrukkers, zoutziederijen, een bierbrouwerij, mosterdfabricage, wasserijen, een aardewerkfabriek, rijtuigfabrieken en koffiebranderijen. Met de komst van een kunstzijdefabriek (AKU) en de Heidemaatschappij in 1911, kwamen er ook grote industrieën.

Op het gebied van de gezondheidszorg was Arnhem goed voorzien. Om te beginnen behoorde de stad tot de steden met de grootste artsendichtheid; met 44 geneesheren was het aantal inwoners per geneesheer 1290. Vervolgens waren er drie algemene ziekenhuizen: het Gemeenteziekenhuis (1848), het Sint-Elisabethsgasthuis (1880) en het Diaconessenhuis (1884). Het garnizoen beschikte over een eigen militair hospitaal. Het Gemeenteziekenhuis was bestemd voor armen en minvermogenen, het katholieke ziekenhuis en het Diaconessenhuis namen zowel particuliere- als zaalpatiënten op. Het Diaconessenhuis had verreweg de grootste klasseafdeling. Daarnaast waren er nog diverse categorale ziekenhuizen: een kinderziekenhuis (1882), een oogkliniek (1906), een sanatorium voor (particuliere) zenuwlijders (1896), de Johanna Stichting voor gebrekkige en mismaakte kinderen (1903). Ten slotte moeten hier nog de diverse herstellingsoorden, rusthuizen, koloniehuisen en een mechano-Zanderinstituut worden genoemd.

Voor specialistische hulp konden minvermogenen terecht bij de Algemeene Arnhemsche Polikliniek en een enkele kleine 'eigen' polikliniek. Vóór 1920 was er onder artsen veel kritiek op de behandeling in en outillage van de 'polikliniek' van de geneesheer-directeur van het gemeenteziekenhuis. Het Diaconessenhuis had nog geen polikliniek en de ruimte en behandeling in het Sint-Elisabethsgasthuis voldeed evenmin aan de eisen voor een moderne polikliniek. Na 1920 werden ziekenhuispoliklinieken belangrijker, ook Arnhemse ziekenhuizen deden mee aan deze algemene trend. In 1921 kreeg het gemeenteziekenhuis moderne poliklinieken: voor vrouwenziekten, chirurgie, kno-heelkunde, oogziekten, huid- en geslachtsziekten en zenuw- en zielsziekten. Het Diaconessenhuis, dat in 1922 de Algemeene Arnhemsche Polikliniek overnam, bood een breder arsenaal: dezelfde als het gemeenteziekenhuis – met uitzondering van geslachtsziekten, maar wel huidziekten – en verder inwendige ziekten, maag- en ingewandsstoornissen, vallende ziekte en chirurgie-urologie-orthopedie. Wanneer het Sint-Elisabethsgasthuis moderne poliklinieken kreeg is niet bekend.

Minvermogenen konden zich voor de betaling van doktershulp en geneesmiddelen aansluiten bij één van de twee plaatselijke ziekenfondsen. De Maatschappij van Voorzorg bij ziekte en overlijden, de 'Voorzorg' (1836) was het grootste ziekenfonds. Het telde 6703 leden en was toegankelijk voor alle geneesheren die meer dan één jaar in Arnhem waren gevestigd. Sinds 1901 vergoedde dit ziekenfonds zowel de poliklinische als de klinische specialistische hulp. Het Arnhemsche Ziekenfonds (1886) was met ongeveer 900 leden veel kleiner. Het had geen volledig vrije artsenkeuze; het had met drie geneesheren (en twee apothekers) een contract gesloten. Dit ziekenfonds vergoedde in 1900 nog geen poliklinische specialistische hulp.

In verhouding waren er sedert de eeuwwisseling ter plaatse veel specialisten gevestigd. In 1901 sloten twaalf specialisten een contract met de 'Voorzorg': drie oogartsen, twee kno-artsen, drie chirurgen, één gynaecoloog-obstetricus, twee zenuwartsen en één specialist voor huid-, gal- en blaasziekten (er was nog één geneesheer voor een korte periode bij aangesloten, hij was echter geen specialist in de betekenis die in dit onderzoek wordt gehanteerd).

Arnhem was voor specialisten een aantrekkelijke stad. Het behoorde weliswaar tot de 'periferie', maar had in vergelijking met bijvoorbeeld Amsterdam, enige belangrijke 'extra's'. De meer-gegoeden die in Arnhem waren komen wonen, vergrootten de kans op een praktijk met particuliere patiënten. Vervolgens werd het perspectief op een 'lonende' praktijk verhoogd, door zowel de open structuur van de twee particuliere ziekenhuizen (geen stafleden maar een vrije toegang tot de ziekenhuizen) als door de opstelling van het ziekenfonds 'Voorzorg' bij de toelating en honorering van de specialistische hulp. Ten slotte waren er weliswaar veel huisartsen en specialisten in Arnhem gevestigd, maar speciaal deze laatste categorie kon profiteren van het vrij grote achterland.

Financieel gezien was het Diaconessenhuis voor specialisten het meest aantrekkelijk. Daar werden niet alleen de meeste patiënten behandeld en verpleegd, dat waren bovendien vaak particuliere patiënten. In 1905 bedroeg het aantal opgenomen patiënten in het gemeenteziekenhuis 436 patiënten, in het Sint-Elisabethsgasthuis 782 en in het Diaconessenhuis 1643. Het Diaconessenhuis verpleegde steeds minder 'gratis patiënten': in 1921 waren er van de 1991 verpleegde patiënten slechts één gratis en vijf tegen een gereduceerd tarief.

Arnhem had dientengevolge alles wat een specialist zich voor zijn praktijk kon wensen: particuliere patiënten, toegang tot de particuliere ziekenhuizen, waaronder een in verhouding groot ziekenhuis met voornamelijk particuliere patiënten en de gelegenheid de kennis en ervaring in de polikliniek te vergroten waarvoor bovendien een financiële tegemoetkoming werd gegeven. In 1900 behoorde een ziekenfondsvergoeding voor de polikliniekhulp aan minvermogenenden nog tot de uitzonderingen. De 'Voorzorg'-vergoeding voor de klinische hulp was vrijwel uniek voor een ziekenfonds dat niet door een grote onderneming was opgericht.



Eén van de vele buitenplaatsen in Arnhem.

Bron: gemeentearchief Arnhem.

¹ Bronnen: Van Iddekinge, e.a., *Ach Lieve Tijd, 750 jaar Arnhem*, dl.1, dl.5 en dl.7. Van Bruggen, *Huisarts en specialist*; *Geneeskundig Jaarboekje 1990, 1905, 1925*, *Prac-advies op het ontwerp ziekteverzekeringwet 1904* (afd. Gelderland); *Verslag van den toestand van de gemeente Arnhem over 1905*, *Ibid.*, 1921.

Weliswaar ontkwamen ook de gemeenteziekenhuizen niet aan het moderniseringsproces, maar daar moet men zich nu ook weer niet teveel bij voorstellen. Men vond het niet zo snel vuil. Zelfs in ziekenhuizen die onder leiding stonden van een gediplomeerd verpleegster, gebeurde het dat men de lakens slechts één keer in de veertien dagen verschoonde, ongeacht wie er in het bed had gelegen. Tot in de twintigste eeuw waren de muren in de zalen vaak zwart geverfd en lagen er op de bedden rode dekens; dan zag je de vlekken niet zo gauw.¹²³ Zelfs als een gemeentebestuur maatregelen nam om het ziekenhuis te 'verheffen', dan nog waren particuliere patiënten niet zo gemakkelijk te overtuigen. Het goed bekendstaande, met klasseafdelingen uitgeruste gemeentelijke Coolsingelziekenhuis in Rotterdam, kreeg aan het eind van de jaren tachtig eveneens met dit probleem te maken.¹²⁴ De meeste gemeenteziekenhuizen bleven echter vooralsnog in de eerste plaats instellingen voor behoeftige armen. Een gemeentelijke ziekenhuisonderzoekscommissie in Arnhem ging er in 1887 van uit, dat zij om die reden niet konden worden vergeleken met de moderne inrichtingen voor ziekenverpleging.¹²⁵ Zolang een gemeenteziekenhuis mede werd bevolkt door syfilitische vrouwen en krankzinnigen, gingen particuliere patiënten niet naar een gemeenteziekenhuis.

In de grotere steden probeerden de gemeenteziekenhuizen wél de moderne opvattingen over hygiëne en ziekenverpleging te volgen. Het gemeenteziekenhuis in Arnhem stelde in 1886 op nadrukkelijk verzoek van de 'heeren doktoren' een verpleegster aan.¹²⁶ De doktoren achtten de meer ontwikkelde verpleegster geschikter om bij operaties te assisteren dan de huisvader. In dit ziekenhuis bleven de functies van huisvader en -moeder tot 1889 bestaan; zij hadden voor de 'verpleging' mannelijke en vrouwelijke oppassers. Daarna werd de leiding aan een directrice opgedragen. De gemeenteraadsleden moesten echter eerst langdurig de voors en tegens van deze wijziging overwegen. De raad was er helemaal niet gerust op dat een vrouw de taken van de huisvader wel aankon.¹²⁷ Er was immers een 'krachtig handelend man nodig' om de 'dronken, ruwe en krankzinnige patiënten' te kunnen hanteren.¹²⁸ Ondanks de diverse moderniseringsmaatregelen bleef er kritiek op gemeenteziekenhuizen. Stadsziekenhuizen waren, net als de andere gemeentelijke voorzieningen, niet berekend op de bevolkingstoename die door de 'trek naar de stad' was veroorzaakt. Een veel geuite klacht was dientengevolge dat de gemeenteziekenhuizen overvol waren.¹²⁹ Als bijverschijnsel was stank een permanente vijand van de negentiende-eeuwse ziekenzaal.¹³⁰ Hygiënische voorschriften waren in de volgestouwde ziekenzalen moeilijk op te volgen.

122. De oprichting van confessionele ziekenhuizen onstond in het begin van de 19e eeuw: Joodse ziekenhuizen (de eerste in Amsterdam 1804), Diaconessenhuizen (de eerste in Utrecht 1844), omstreeks dezelfde tijd volgden protestantse en RK-ziekenhuizen (maar de echte oprichtingshaussie was na 1880) en aan het einde van de eeuw gereformeerde ziekenhuizen.

123. Geciteerd in: Juch, *Voorkomen is beter*, 32.

124. Al vanaf 1851 werden in dit ziekenhuis ook particuliere patiënten opgenomen; Van Lieburg, *Coolsingelziekenhuis*, 330-331.

125. Verslag gemeenteraad Arnhem over 1887, 689-690.

126. *Ibidem*, 336 en 676.

127. Deze directrice bleek zich overigens aardig te kunnen redden. Slechts een enkele keer riep zij de assistentie in van een 'uitsmijter'.

128. Verslag gemeenteraad Arnhem over 1887: 690 en in 1889: 313-399.

129. Waaronder het Coolsingelziekenhuis, waar patiënten in de jaren 1890 wegens ruimtegebrek moesten worden afgewezen; Van Lieburg, *Coolsingelziekenhuis*, 229-230.

130. *Ibidem*, 583-584.

Nog verontrustender was het besmettingsgevaar in zo'n ziekenhuis met infecties als tuberculose. Tuberculose werd niet genoemd in de wet besmettelijke ziekten (1872).¹³¹ Het was geen epidemisch voorkomende ziekte en daarover waren diverse hypothesen in omloop. Ook na de ontdekking van de tuberkelbacil (in 1882) werd er, zoals gezegd, nog gedurende meer dan twee decennia gediscussieerd over de oorzaak van tuberculose. Omdat tuberculose niet werd genoemd in de wet, waren ziekenhuizen niet wettelijk verplicht de lijdens in een afzonderlijke ruimte of in barakken te verplegen. In slechts enkele ziekenhuizen werd de 'breede rij van phthisici, die overbevolking in onze ziekenhuizen veroorzaken',¹³² op aparte zalen verpleegd. Daarover bleken echter de behandelend geneesheer en 'zijn verplegend personeel' in het ziekenhuis in Middelburg óók weer niet tevreden, omdat 'de lijdens moreel achteruit gaan, terwijl zij lichamelijk vooruit gaan'.¹³³ Weer andere ziekenhuizen plaatsten tussenschotten in de zalen.¹³⁴ Het gemeenteziekenhuis in Arnhem beschikte sinds 1897 over een barak voor teringlijders, maar die was ook spoedig vol. De directrice klaagde bij het gemeentebestuur over het ruimtegebrek, waardoor zij weer teringlijders en krankzinnigen tussen de andere patiënten in had liggen.¹³⁵

Of het (stads)ziekenhuis nu wel of niet was gemoderniseerd, bij armen en minvermogenden bleef voorlopig een ziekenhuisopname zeer gevreesd.¹³⁶ Door opname in een ziekenhuis leek niet alleen de dood zeer nabij, 'gratis' patiënten hadden helemaal niets te vertellen. Zij moesten zich aan speciale, zeer strenge zaalregels houden en in de meeste ziekenhuizen mochten zij geen bezoek ontvangen. De behandelend geneesheer hield deze zieken, noch hun familieleden, op de hoogte over de aard en het verloop van de ziekte.

Niettegenstaande alle tekortkomingen van de ziekenhuizen, moeten de laatste twee decennia van de negentiende eeuw toch worden gezien als de periode waarin de basis werd gelegd van het moderne ziekenhuiswezen. Als zodanig was dat voor specialisten een belangrijke ontwikkeling. Deze ziekenhuizen waren nog niet het karakteristieke werkterrein van deze deskundigen op specifiek medisch terrein, die omstreeks 1890 in de grote steden prakticeerden. Maar 'chirurgen' hadden al een eerste stap in die richting gezet.

De kosten van een ziekenhuisopname waren laag door de eenvoudige opzet en lage lonen. Toch waren deze voor minvermogenden onbetaalbaar en verzekeringen tegen ziekenhuiskosten waren er vrijwel niet. Nu waren dat traditioneel ook geen kosten waartegen men zich verzekerde. Aan het einde van de negentiende eeuw werd ook in moderne

131. De wet gaf de minister de mogelijkheid een ziekte epidemisch te verklaren. Wanneer nu een gemeente door zo'n ziekte werd getroffen, konden de lokale overheden worden gedwongen bepaalde maatregelen te nemen.

132. Wijnhoff, [geneesheer stadsziekenhuis Utrecht], 'Phthisisbehandeling in ons klimaat', 67.

133. '9e congres openbare gezondheidsregeling,' 119.

134. Kooyker, 'Ligue tegen tuberculose', 174.

135. *Gemeenteziekenhuis Arnhem*, 16.

136. Eén van de vele verwijzingen naar de vrees voor een ziekenhuisopname, geeft het antwoord van de 'chirurg' Soer in 1887 aan de parlementaire enquêtecommissie. Hij vertelt de commissie dat onder de werknemers in Tilburg een sterke afkeer bestaat tegen het gasthuis. 'Een Tilburger is ook in het vooruitzicht van een betere verpleging, er niet toe over te halen om de zijnen naar het gasthuis te zenden. Het gaan naar het gasthuis is voor hem synoniem met doodgaan.' Geciteerd uit: Giele, *Arbeidsenquête 1887*, 51.

Schematisch overzicht 1:
Beroepsvorming specialisten, 1890-1941

Belang	Aanleiding	Institutionalisering
1. Belang wetenschap	Interesse voor en stimuleren van onderdeel van de geneeskunde	<u>Wetenschappelijke verenigingen</u> (oprichtingshaussc 1890-1910)
2. Belang (ziekenfonds)praktijk	Ziekenfondswetgeving	<u>Specialistenbelangen verenigingen</u> a. plaatselijk (vanaf 1905) b. centraal (vanaf 1914) (zowel binnen als buiten NMG)
3. Bevoegdheid	Ziekenfondswetgeving	<u>Specialistenregistratie</u> (SRC 1931) voor ziekenfondsleden
4. Wettelijke erkenning	Ziekenfondswetgeving	<u>Ziekenfondsenbesluit</u> (1941)

ziekenhuizen nog niet van deze zieken verwacht dat zij de kosten zelf zouden betalen.¹³⁷ Voorlopig bleef de armenzorg nog een groot deel van de ziekenhuiskosten meefinancieren.¹³⁸

De mogelijkheden die er voor laagbetaalden waren om zich tegen de veel lagere dokterskosten en medicijnen te verzekeren in een ziekenfonds namen daarentegen snel toe. De toename van het aantal ziekenfondsen bleek voor specialisten een belangrijke ontwikkeling. Ziekenfondsen en ziekenfondspatiënten brachten niet alleen de specifieke specialistenbelangen in de openbaarheid. Samen met de ziekenfondswetgeving stimuleerden zij de specialisten tot collectief optreden (zie schema 1). Hierop wordt in hoofdstuk 4 verder ingegaan.

3.4. Ziekenfondsen: 'en zij groeiden in tal en last'

Loonarbeiders die zelf eventuele dokterskosten en geneesmiddelen niet konden betalen, hoefden daarvoor niet per se bij de armenzorg aan te kloppen. Zij konden zich bij één van de vele ziekenfondsen tegen deze kosten verzekeren. Vanaf omstreeks 1830 ontstonden talloze ziekenfondsen die voortborduurden op de gildenbossen of -bussen die nog uit de Middeleeuwen stamden. Zo waren er in 1842 in Amsterdam 71 ziekenfondsen.¹³⁹ De fondsen verzekerden tegen de kosten van dokters, genees- en verbandmiddelen, en eventueel tegen derving van loon en begrafeniskosten.

137. In het (gemeentelijke) Coolsingelziekenhuis in Rotterdam, kregen de betalende patiënten uit de goedkoopste (4e klasse) een voorrecht 'als prikkel tot zelfbetaling'. Dat bestond eruit dat zij, in tegenstelling tot de gratis (5e klasse) verpleegde patiënten, bezoek mochten ontvangen. Desondanks bleef de 5e klasse verreweg de grootste afdeling. In de jaren 1890 werd bijna 90% van het aantal patiënten gratis verpleegd. (Daarvoor was dat ruim 80%.) Van Lieburg, *Coolsingelziekenhuis*, 330, 336.

138. Zo betaalde de armenzorg in Dordrecht in 1927 nog 78 procent van de ligdagen in het gemeenteziekenhuis. D'Haene en Schalema, *Merwedeziekenhuis*, 14.

139. Geciteerd uit het rapport van de plaatselijke Commissie van Toezicht, Leclercq, *Gedenkboek AZA*, 16.

Voor na 1870 groeide het aantal ziekenfondsen sterk. Als bijverschijnsel van de groei van de nijverheidsbevolking waren de meeste fondsen in de steden te vinden. In een rapport uit 1895 van de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen over ziekenfondsen, staat dat er over het hele land verdeeld tussen 1870 en 1890 zeker 268 ziekenfondsen bijkwamen.¹⁴⁰ Door het grote aantal plaatselijke ziekenfondsen was de onderlinge concurrentie groot en waren zij veelal klein. Ongeveer eenderde ervan had minder dan honderd en ruim eenderde minder dan vijfhonderd leden.¹⁴¹ De ziekenfondsen die op wat grotere schaal opereerden, zoals het fonds van de Staatsspoorwegen, waren op de vingers van één hand te tellen. Alleen in de grote steden Amsterdam, Rotterdam en Den Haag waren ziekenfondsen met 5.000 of meer leden.¹⁴² In Amsterdam, waar in 1898 nog 'slechts' 21 fondsen waren, was zelfs een fonds, de AZA,¹⁴³ dat in het begin van de twintigste eeuw 105.462 leden telde.¹⁴⁴ De oprichtingsgolf van ziekenfondsen bracht het totaal in het begin van de twintigste eeuw op ruim 600.¹⁴⁵

Daarnaast moeten hier nog twee fondsen worden genoemd die vaak met een ziekenfonds werden gecombineerd, de al eerder genoemde ondersteunings- en begrafenisondersteuningsfondsen. Ondersteuningsfondsen waren door ondernemers opgericht om bij invaliditeit tengevolge van een fabrieksongeval financiële ondersteuning te geven. In 1901 waren er, op een bevolking van ruim vijf miljoen, meer dan 1.800 ondersteuningsfondsen en ongeveer 135 gemengde fondsen.¹⁴⁶ Ook deze fondsen waren over het algemeen maar klein. In totaal waren er slechts zo'n 200.000 personen voor een geldelijke uitkering verzekerd.

Ziekenfondsen, ook wel ziekenbussen of ziekenkassen genoemd, dienden als 'instellingen van voorzorg [...] om aan het individu de moeilijkheden te helpen dragen, die hem uit en door ziektegevallen bedreigen.'¹⁴⁷ Specialisten waren ook dokters, zodat zij één van de verzekeringsobjecten behoorden te zijn van een ziekenfonds. In de praktijk bleek het echter niet zo eenvoudig de nieuwe specialistische hulp in poliklinieken te financieren. (Dit wordt in hoofdstuk 4 verder toegelicht. Eveneens blijkt daar dat de ziekenfondsen weliswaar tegen dokterskosten verzekerden, maar dat zij hun leden niet tegen de werkelijke kosten verzekerden.)

Ziekenfondsen leverden vrijwel altijd de diensten in natura, dat wil zeggen dat de ziekenfondsen de betaling regelden aan artsen en apothekers. Dit systeem had voor de geneesheer ook voordelen, want rechtstreekse betaling door de leden verliep niet altijd naar wens.

140. Stoeder, e.a., *Nut-rapport ziekenfondsen 1895*, Bijlage I.

141. *Ibidem*.

142. Zoals de Algemeene Rotterdamsche Vereeniging voor genees-, heel- en verloskundige hulp (1891) en het Ziekenfonds der 's-Gravenhaagsche coöperatieve broodbakkerij en verbruiksvereeniging 'de Volharding' geciteerd uit: 'Boekaankondiging: Nut-rapport', 908 en *Rapport Teldersstichting*, 15.

143. Verder waren er nog vier zogenaamde doktersfondsen. Voorts waren er twee spoorwegfondsen, twee onderlinge fondsen en twee ondernemersfondsen. Van de, door hun winsttoegmerk beruchte, directiefondsen waren er dan nog tien: *Rapport ziekenfondsen Amsterdam (1900)* 17 en 109.

144. Het totale aantal ziekenfondsliden in Amsterdam was in 1905 ruim 200.000; 'Adres AZA', 5.

145. *NMG-rapport ziekenfondsen 1908*, deel II, bijlage J.

146. *Ibidem*, deel II, 23 en *Rapport ondersteuningsfondsen*. In dit rapport worden 1722 ondersteuningsfondsen genoemd, hierbij dienen dan nog de fondsen van de publiekrechtelijke lichamen, spoorwegmaatschappijen en mijnbouwondernemingen en een onbekend aantal commerciële te worden opgeteld.

147. *Rapport ziekenfondsen 1890*, 135.

ARNHEM VILLAWYK DE BRAAMBERG EN RUIMZICHT



5 SCHITTERENDE VERGEZICHTEN, BOSCHRIJKE OMGEVING
 GELEGEN TUSSEN DE PARKEN SONSBEEK en KLADENBEEK
 AANVRAGEN OM GRONDEN VOOR DEN BOUW VAN VILLA'S
 AAN HET GEMEENTELYK GRONDBEDRYF TE ARNHEM of
 OP 15 MIN. AFSTAND VAN HET CENTRUM VAN ARNHEM DE MAKELAARS IN NEDERLAND en OOST- en WEST INDIË

Een deel van de vele buitenplaatsen in Arnhem werd bewoond door gepensioneerde Indiëgangers. Bron: gemeentearchief Arnhem

Zo betaalden de ziekenfondsleden in De Steeg 'als ze lust hebben de geneesheer, of niet'.¹⁴⁸ Op organisatie en werkwijze van ziekenfondsen was veel kritiek. Niet alleen van de NMG, ook de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen bekritiseerde de uit commerciële overwegingen opgezette ziekenfondsen en al die ziekenfondsen die alleen al door hun geringe omvang niet behoorlijk konden functioneren. Ten dele was dat terug te voeren op het ontbreken van bindende voorwaarden waaraan ziekenfondsen moesten voldoen. Daarnaast verhinderden de vaak gebrekkige organisatie en het tekort aan financiële middelen het ontstaan van een goed ziekenfondsstelsel.

De NMG had vooral kritiek op bepaalde categorieën ziekenfondsen. Dit was mede afhankelijk van de oprichtingsachtergrond van het ziekenfonds. Vooral op het platteland ging het initiatief daartoe uit van dokters: de zogenaamde *doktersfondsen*. In de steden werden zij opgericht door werkgevers: de *fabrieksfondsen*, door vakverenigingen en arbeiders: de *onderlinge fondsen* of door particulieren: de *commerciële fondsen*. Vooral deze laatste fondsen waren berucht, omdat zij waren opgericht met het doel winst te maken. De samenstellers van een NMG-rapport over ziekenfondsen spraken van 'schadelijke parasieten'.¹⁴⁹

Bij kleinere ziekenfondsen kon men eigenlijk niet van een instelling spreken. Deze fondsen beperkten zich tot het beheer van een geldsom. Bij andere ziekenfondsen moesten uit de contributie eerst de administratiekosten en de genees- en verbandmiddelen worden betaald. Het bedrag dat overbleef, kon vervolgens onder de medewerkers als honorarium worden verdeeld (zie hoofdstuk 4). Tot aan het eind van de negentiende eeuw waren er onderlinge fondsen, die aan het eind van het jaar het overgebleven geld onder de leden verdeelden of er een feestavond mee bekostigden.¹⁵⁰ Weer andere ziekenfondsen besteedden de contributie voor een belangrijk deel aan beheerskosten of werkten met onbetrouwbare boden.

Voor de leden was de 'inrichting' van ziekenfondsen evenmin altijd ideaal. Lidmaatschapsvoorwaarden, contributieproblemen en beperkte verstrekkingen illustreerden dat. Alvorens men lid kon worden, moesten er enige hindernissen worden genomen in de vorm van toetredingsbeperkingen. De onderlinge- en fabrieksfondsen waren alleen toegankelijk voor diegenen die tot een bepaalde beroepsgroep behoorden of in een bepaalde fabriek werkten. Frequent gehanteerde toetredingsbeperkingen waren vervolgens dat het aspirant-lid een bewijs van voldoende gezondheid moest overleggen, niet te jong of te oud was en een loon had dat tussen een bepaalde onder- en bovengrens lag.

Wanneer een lid deze barrières had gepasseerd, was hij er nog niet zeker van dat hij nu de kosten van dokter en medicijnen via zijn ziekenfonds vergoed kreeg. Leden die ziek waren geworden door 'ergerlijk levensgedrag' kregen geen geneeskundige hulp en geneesmiddelen. Daarmee bedoelde een ziekenfondsbestuur: dronkenschap en ander slecht gedrag, verwondingen door eigen schuld, syfilis en 'onzedelijk gedrag' als ongehuwd moederschap. Zelfs het in 1892 opgerichte, goed-ingerichte fonds van de Staatsspoorwegen nam een deel van deze beperkingen op in de statuten.¹⁵¹ Ten slotte stelden alle fondsen voor nieuwe leden een wachttijd in alvorens de verzekering inging.¹⁵²

148. *NMG-rapport ziekenfondsen 1908*, deel I, 33.

149. *Ibidem*, deel II, 93.

150. *Rapport ondersteuningsfondsen 1912*, 87 en 88.

151. *Handelingen 1895-1896*, B, nr 128, 28-31, aldaar 29: art. 13 van het Reglement voor het zieken- en ondersteuningsfonds van het personeel in dienst der Maatschappij tot Exploitatie van Staatsspoorwegen.

152. Dezelfde bezwaren golden overigens voor de particuliere ziektekostenverzekeraars. Schut en Van Hoek, 'Falende marktordening', 304.

Behalve deze nogal subjectieve uitsluitingsclausules, garandeerde aansluiting bij een ziekenfonds nog geen zekerheid voor de werknemer en eventueel zijn gezinsleden. Het voortbestaan van vooral een kleiner ziekenfonds was niet zeker. Bovendien verloren lid en gezinsleden hun ziektekostenverzekering bij langdurige ziekte of overlijden van het lid op wiens naam de verzekering was geschreven.

De contributie was niet gebaseerd op hetgeen ervoor moest worden geleverd, maar op de lage draagkracht van de verzekerden. In de grote bevolkingscentra met veel ziekenfondsen was bovendien de concurrentie een belangrijke maatstaf voor het bepalen van de hoogte van de contributie.¹⁵³ Gemiddeld kostte dat tien cent per lid, per week.¹⁵⁴ Een aantal werkgevers gaf een bijdrage aan de 'bus' of betaalde daarvan zelfs alle kosten. Andere bedrijven vulden de contributie aan met donaties of met de opbrengst van boetes, die voor allerlei nalatigheden aan de arbeiders werden opgelegd 'om hen ree te houden'.¹⁵⁵ Kleine ziekenfondsen waren te arm om echt te kunnen verzekeren; zonder overheidsbijdrage of wettelijk verplichte bijdrage van de werkgever ging het ook eigenlijk niet. Ook bij te goeder trouw werkende ziekenfondsen waren de eigen financiële mogelijkheden vaak te beperkt. Zij konden ook geen reserves opbouwen en daarvan konden de leden de dupe worden.

Voor medewerkers, waaronder de ziekenfondsdokters en specialisten, kleefden er eveneens de nodige bezwaren aan het geldende ziekenfondsstelsel. Rond de eeuwwisseling hadden zij dikwijls liever met armenzorg- dan met ziekenfondspatiënten van doen. Soms uit financiële overwegingen, maar veel vaker omdat bij de armenzorg het armbestuur het salaris uitbetaalde en bij het ziekenfonds het ziekenfondsbestuur. Het armbestuur bestond uit notabelen en een ziekenfondsbestuur kon uit arbeiders zijn samengesteld (zie ook hoofdstuk 4).

Toch was de ontwikkeling van het ziekenfondswezen op zichzelf positief. Het lidmaatschap van een ziekenfonds was onder meer een teken van de 'emancipatie' van loonarbeiders. Het verminderde de afhankelijkheid van de armenzorg, waardoor zij in theorie in een andere positie tegenover de dokter kwamen te staan.

Uit het grote aantal ziekenfondsen lijkt een grote belangstelling te bestaan voor de verzekering tegen de kosten van dokter en geneesmiddelen. Het percentage van de bevolking dat lid was van één van deze vele ziekenfondsen was echter nog niet hoog. In de Memorie van Toelichting bij het eerste wetsontwerp op ziekenfondsgebied in 1904, staat dat ongeveer 500.000 mensen bij enig ziekenfonds waren verzekerd.¹⁵⁶ Dat was ruim tien procent van de totale bevolking.¹⁵⁷ Dit geeft echter een vertekend beeld, want in de grote

153. Rond 1900 kon een arbeidersgezin met zes kinderen per gezinslid vijftien cent per dag besteden voor het hele levensonderhoud. Zijn gemiddelde weekloon bedroeg f 8,65. Voor huishuur ging daar in bijvoorbeeld Enschede ongeveer f 1,50 per week vanaf. In hoeverre met dit bedrag een bestaansminimum mogelijk was, was erg afhankelijk van de voedselprijzen. Samengesteld uit: De Boer, *Nederland rond 1900*, 11-13.

154. De contributie liep uiteen van één tot achttien cent per week. Als het gezin mocht worden meeverzekerd, was dat gemiddeld zo'n twintig tot dertig cent; *NMG-rapport ziekenfondsen 1908*, deel II, 59-60.

155. Deze boetes moesten 'in het belang van de orde' bijvoorbeeld worden betaald voor te laat komen, twist zoeken, het in beschonken toestand op de fabriek verschijnen en voor aangebrachte schade aan het materiaal; Giele, *Arbeidsenquête 1887*, 44, 102-103 en 115.

156. *Handelingen 1904-1905* Bijlagen 120 (1-2), Memorie van Toelichting wettelijke verplichting tegen geldelijke gevolgen van ziekte, kraam en overlijden, 23.

157. In 1899 telde Nederland 5.104.137 inwoners; Van der Woude, 'Bevolking en gezin', 22. In 1940 was 46 procent van de bevolking, 4.028.000 mensen, aangesloten bij een ziekenfonds; *Rapport Teldersstichting*, 25.

steden – met de meeste arbeiders, dokters en ziekenfondsen – was dat percentage veel hoger.

In de negentiende eeuw konden werklieden door hun lage lonen niet erg verzekerings-‘minded’ zijn. Een jurist schreef in 1881 naar aanleiding van een eventuele bij wet te regelen ongevallenverzekering in de *Verzekeringsbode*: ‘De minder ontwikkelden verzekerden zich noch niet eens altijd tegen brand; zij zijn nog niet aan de levensverzekering toe, veel minder aan de ongelukkenverzekering.’¹⁵⁸ Anderzijds werd het in die tijd niet van arbeiders verwacht dat zij zich verzekerden. Pas sinds het begin van de twintigste eeuw werd de verantwoordelijkheid voor de financiële gevolgen van ziekten meer en meer naar de groep werkende minvermogenden zelf toegeschoven. Minister Kuyper, de indiener van het genoemde wetsontwerp ziekenkostenverzekering, constateerde in 1905 een zekere cultuuromslag in deze.

Zolang een ziekenfondsverzekering niet verplicht was, was er voor werkende laagbetaalden ook de afweging: óf voor eigen kosten – maar dan kreeg men ook een particuliere behandeling – óf gratis via de armenzorg. Een deel van de artsen was ervan overtuigd dat een vaste werkman ervoor zou kiezen om eventuele dokterskosten zelf te betalen. ‘Het lidmaatschap van zulk een ziekenfonds brengt onvermijdelijk met zich mede bij de leden of contribuanten de wantrouwende gedachte: Zou ik nu eigenlijk wel goed behandeld worden? Wordt niet dit of dat maar zoo-zoo gedaan, omdat ik van de bus ben?’¹⁵⁹

Aan de andere kant was het van een werkman wellicht heel pragmatisch bekeken om, als die mogelijkheid bestond, voor geneeskundige hulp op de armenzorg terug te vallen. Zo kon hij de contributie van het ziekenfonds uitsparen. Uiteindelijk was er geen onderscheid in de behandeling van armenzorg- en ziekenfondspatiënten. In beide gevallen stond het standsverschil tussen medici en deze patiënten centraal in de arts-patiënt relatie.

Bovendien legde het lidmaatschap van een ziekenfonds naast het betalen van contributie nog verplichtingen op, zoals de keuze voor één geneesheer die men alleen op het ochtend-spreekuur mocht raadplegen.¹⁶⁰ Dat spreekuur was voor de niet zelf betalende armenpatiënten en voor de ziekenfondspatiënten. Terwijl zij, als ziekenfondspatiënten, toch via de contributie voor de hulp betaalden. Deze beperkingen waren voor ziekenfondsleden des te groter, als zij de naam die zij hadden eer aan deden, en werkelijk op elk willekeurig tijdstip van de dag van de ene dokter naar de andere wilden lopen.

De aantrekkingskracht van het alternatief van de armenzorg op een deel van de arbeidersbevolking valt mede af te leiden uit het adres dat het bestuur van de AZA in 1906 aan de Tweede Kamer zond. Dit adres was een reactie op het wetsontwerp ‘regelende de wettelijke verplichting van vaste werklieden, om zich en hunne gezinnen te verzekeren tegen geldelijke gevolgen van ziekte’. Het bestuur van de AZA vond de daarin voorgestelde wettelijke drang tot verzekering nodig. Veel minvermogenden zouden anders deze voorzorgsmaatregel nalaten dan wel afschaffen daarbij ‘steunende op gemakkelijk verkrijgbare hulp, die eigenlijk voor *on*vermogenden is bestemd’.¹⁶¹ Deze tekst is opvallend; de autoriteiten in Amsterdam verwijderden al sedert de jaren negentig de minvermogenden uit de medische armenzorg en verwezen hen naar de ziekenfondsen.¹⁶² Uit het onderzoek

158. M.M., ‘Verzekering voor werklieden tegen ongelukken’, 2.

159. Van Gorkom, *Iets over ziekenfondsen*, 9.

160. ‘Adres AZA’, 53.

161. *Ibidem*, 8-9.

162. Van der Velden, *Financiële toegankelijkheid gezondheidszorg*, 184.

van Philips blijkt dat ook in Maastricht de gratis hulp via de armenzorg aantrekkelijk was. Er waren weliswaar een aantal fabrieksfondsen, maar veel arbeiders lieten zich vanwege de gratis geneeskundige hulp bij de armenzorg inschrijven. Het percentage van de bevolking dat in Maastricht van de geneeskundige armenzorg gebruikmaakte, was dientengevolge hoog. In 1896 meer dan veertig procent, waarvan ruim veertig procent tot de huisgezinnen van fabrieksarbeiders behoorde.¹⁶³ Overigens was het aantal fondsverzekerden plaatselijk erg verschillend. In Venlo bijvoorbeeld, was het minder vanzelfsprekend dan in Maastricht om op de armenzorg terug te vallen.¹⁶⁴

Grote steden met een groot aantal armen en minvermogenden keken anders tegen deze materie aan. Zij konden zich een dergelijk aanleunen tegen de armenzorg niet veroorloven. In Amsterdam was rond de eeuwwisseling zelfs ruim veertig procent van de bevolking bij een ziekenfonds aangesloten.¹⁶⁵ Zo'n tien jaar eerder kwam in Den Haag in de dokterspraktijken van de NMG-leden van de circa 123.000 behandelde personen omstreeks 65 procent voor rekening van de ziekenfondsen.¹⁶⁶

Op het gebied van het ziekenfondswezen zijn nog niet veel case-studies verricht. Daardoor kan hier geen afdoende verklaring worden gegeven voor het plaatselijk zo verschillende verzekeringspercentage buiten de drie grote steden (Amsterdam, Rotterdam en Den Haag). Het verzekeringspercentage kan ook zijn beïnvloed door de houding van de kerkelijke armenzorg. Bestuurders van de katholieke armenzorg aanvaardden wellicht uit religieuze overwegingen de hogere kosten. Dat was altijd nog te prefereren boven de aansluiting van katholieke arbeiders bij een buiten-kerkelijk ziekenfonds dat de katholieke moraal niet respecteerde. Voorts werd het verzekeringspercentage beïnvloed door werkgevers die al of niet een financiële bijdrage aan een fabrieksfonds gaven, door de opstelling van de plaatselijke geneesheren tegenover ziekenfondspatiënten en de toetredingsbeperkingen die de diverse ziekenfondsen hanteerden.

Ziekenfondswetgeving zou het ziekenfondsstelsel in zijn geheel op een hoger peil kunnen brengen en de laag-betaalden beschermen tegen de ziekenfondsen die niet goed functioneerden. Bovendien zou dan de druk op de armenzorg afnemen. Was er omstreeks 1890 niet zo'n overheidsoptreden te verwachten, nu beschermende wetgeving voor zwakke groepen in de lucht hing? Artsen waren er in ieder geval van overtuigd, dat het niet lang meer zou duren voor de eerste stappen naar een ziekenfondswetgeving zouden zijn gezet. De voorbereidingen voor deze sociale wetgeving wakkerden bij hen echter de vrees aan dat de wetgever hun positie zou aantasten. Het was weliswaar niet zeker of op deze wetgeving ook een ziekenfondswet zou volgen, maar over die wetgeving werd wel gediscussieerd. De situatie in Duitsland, waar al in 1883 een ziekenfondswetgeving en in 1884 een ongevallenwet was ingevoerd, voedde de angst om door wetgeving de onafhankelijkheid te verliezen.

De honorering en de arbeidsomstandigheden van de Duitse artsen die aan deze 'Krankenkassen' ondergeschikt waren, veroorzaakten veel conflicten. In het NTvG werd tussen 1890 en 1910 regelmatig aan deze 'strijd tegen de Krankenkassen' gerefereerd.

163. Philips, *Gezondheidszorg in Limburg*, 44-45.

164. *Ibidem*, 48.

165. *Rapport Teldersstichting*, 16-17.

166. *Rapport ziekenfondsen 1890*, 139.

Gezien de voorbeeldfunctie die Duitsland voor Nederland had, was het niet denkbeeldig dat ook de Nederlandse sociale wetgeving aan artsen een ondergeschikte plaats in ziekenfondsen zou toekennen. De tegelijkertijd opkomende socialistische, anarchistische en syndicalistische beweging versterkte het onbehagen nog meer. De dreiging die van deze politieke stromingen op de 'gevestigde' orde uitging moet niet worden onderschat.¹⁶⁷

Voor artsen bracht een ziekenverzekeringswet, 'hoe goed ook in beginsel', extra gevaren met zich mee.¹⁶⁸ Als deze wetgeving bestaande wantoestanden op het gebied van positie en honorering van geneesheren zou tolereren, lag dat voor jaren vast. Het zou heel moeilijk zijn daarin dan nog iets veranderd te krijgen. Zij moesten zich organiseren om dit gevaar te keren.

4 VAKBONDSVORMING: 'EENDRACHT MAAKT MACHT'

De eerste beroepsgroepen die zich in de negentiende eeuw plaatselijk organiseerden, waren winkeliers en ambachtslieden. De Vereeniging tot Bevordering des Boekhandels die in 1815 werd opgericht, moet na de opheffing van de gilden één van de eerste moderne belangenverenigingen zijn geweest.¹⁶⁹ Dit voorbeeld werd enige tientallen jaren later gevolgd door verenigingen van bakkers, timmerlieden, kleermakers en andere ambachtslieden.¹⁷⁰ Arbeidersvakbonden ontstonden vanaf 1870. Aan het eind van de eeuw kwam deze organisatie in bonden echter pas goed op gang. Tussen 1895 en 1905 kwamen er 255 middenstandsbelangenverenigingen bij, een toename van maar liefst 280 procent.¹⁷¹ Ook ondernemers en hoger geschoolde beroepsgroepen bleven niet achter. Zo verklaarde de Journalistenkring zich tot vakvereniging en stichtten letterkundigen een vereniging die onder meer een behoorlijk contract voor hun uitgaven moest ontwerpen.¹⁷² Er waren rond 1900 eveneens al tal van ambtenarenorganisaties.¹⁷³

Diverse reeds bestaande organisaties voegden in de jaren negentig de materiële belangenbehartiging van de leden toe aan hun 'stands' doelstelling. Dergelijke reorganisaties verliepen niet altijd geruisloos. De vereniging van gemeenteambtenaren bijvoorbeeld, die in 1880 was opgericht, werd al in 1888 gereorganiseerd en ook tegen deze vereniging kwam verzet. De vervolgens in 1893 opgerichte Bond van de Nederlandsche Gemeenteambtenaren bracht weer wat rust. Deze vereniging behartigde tevens de stoffelijke belangen van de leden.¹⁷⁴ Een deel van de leden van dergelijke standsorganisaties was bang dat de persoonlijke belangen de algemene standsbelangen zouden verdringen. Met deze twijfel kampte ook een deel van de leden van de artsenorganisatie. Bij ingenieurs was die angst overigens voorbarig gebleken. Een 'grote maatschappelijke betrokkenheid' bleek in deze organisatie zeer nauw samen te gaan met de eigen belangenbehartiging.¹⁷⁵

167. Mannoury, 'Sociale zekerheidsstelsel', 189.

168. 'Rapport hoofdbestuur voorstel 's-Gravenhage', 1080.

169. Loosjes, *Geschiedenis Vereeniging belangen boekhandels*, 23.

170. Van Waarden, 'Regulering belangenorganisaties', 232.

171. *Ibidem*, 232-237.

172. Z.a., 'Vakvereniging der vrije beroepen', 157.

173. De oudste daarvan was de Broederschap van Ontvangers der Directe Belastingen, Invoerrechten en Accijnzen, die in 1873 werd opgericht; *50 jaar CHA*, 80.

174. *Nederlandschen Bond van Gemeente-ambtenaren 1893-1933*, 2-4.

175. Lintsen, *Ingenieurs*, 358.

Artzen richtten in 1848 een standsvereniging op, de NMG, die in 1849 bij KB werd goedgekeurd. (Bij het honderdjarig bestaan in 1949 werd de organisatie Koninklijk: de KNMG.)¹⁷⁶ Deze beroepsvereniging pleitte onder meer voor de eenheid van stand, waarbij alleen plaats was voor universitair opgeleide geneesheren. Het doel van de organisatie was de geneeskunst in haar ruimste omvang te bevorderen. Dat wilde zij bereiken door de onderlinge band nauwer aan te halen, de belangen van de geneeskundigen te behartigen en een gezamenlijke behartiging van wetenschap en kunst. Plaatselijke kringen van geneeskundigen vormden NMG-afdelingen.¹⁷⁷ De NMG was geen overkoepelende organisatie die met het leven in de afdelingen bekend was of die goed op de hoogte was met wat er onder de geneeskundigen leefde. Slechts één keer per jaar ontmoetten de leden uit het land elkaar op de algemene vergadering. Verder was er weinig contact tussen de afdelingen onderling en de afdelingen en het hoofdbestuur. Het hoofdbestuur bereidde de algemene vergaderingen voor, voerde de daar genomen besluiten uit en vertegenwoordigde de organisatie (zie ook overzicht organisatiestructuur NMG, p. 172, 173).

Sinds de sociaal onrustige jaren negentig kwam echter ook de NMG in een stroomversnelling terecht. Niet alle leden van de organisatie ondersteunden nog de stereotiepe referenties aan standsbelangen en belangenbehartiging die gericht dienden te zijn op het algemeen belang (zie hoofdstuk 4). De jongere generatie artsen vond de materiële belangenbehartiging helemaal niet strijdig met eer en aanzien van het beroep. Materiële zaken waren hoogst belangrijk nu het grotere artsenaanbod niet alleen de praktijkopbouw van jonge artsen bemoeilijkte, maar ook de toekomstige financiële vooruitzichten onzeker maakte. Het was veel effectiever de materiële en persoonlijke belangen collectief via NMG of plaatselijke afdelingen te verdedigen. Er waren immers altijd sollicitanten die niet waren opgewassen tegen gemeente- en ziekenfondsbesturen en een lagere honorering accepteerden. Als dat zo doorging, zou het met het artsenberoep snel bergafwaarts gaan: 'Het is de concurrentie, die in onzen stand te voorschijn roept *minimumlijders* en *loon-slaven*, en wij zouden ons moeten vereenigen om te strijden voor onze materiële en daardoor indirect voor onze zedelijke belangen.'¹⁷⁸ Zelfs waren er geneesheren die 'door de concurrentie gedwongen' de bode van het ziekenfonds betaalden als deze patiënten aanbracht.¹⁷⁹

Voor een deel van de NMG-leden bleef het openlijk opkomen voor persoonlijke belangen echter een taboe. Dat viel naar hun mening niet te rijmen met het medisch standsbesef. Dit standpunt was gemakkelijker te verdedigen als de eigen situatie daar niet om vroeg, zoals dat bij hoogleraren en geneesheren met een goedlopende praktijk het geval was. Aan de andere kant was er toch mede sprake van een botsing tussen twee verschillende culturen. Deze confrontatie is vergelijkbaar met de discussies over de 'HBS-kwestie' die in het NTvG langdurig werden gevoerd.

176. Dergelijke zogenaamde standsverenigingen werden in de eerste helft van de negentiende eeuw meer opgericht. Zo richtten leraren van gymnasia een genootschap op in 1830, onderwijzers in 1842 en ingenieurs (KIVI) in 1847.

177. Ramaer, 'Verslag stichting Maatschappij 1848', 27-53.

178. Van der Sijp, 'Het betoog van Dr. Rutgers', 228.

179. Straub, 'Busdokters en boden', 608.

De toelating van HBS-ers tot de medische studie in 1876 bracht indertijd de pennen danig in beroering.¹⁸⁰ De meningsverschillen daarover zijn terug te voeren op de antithese tussen de 'wereld van de materie' en de 'wereld van de geest', zoals Boekholt signaleerde bij de instelling van de HBS. De HBS werd in 1863 opgericht, omdat 'niet alleen meer de wereld van de geest [gymnasium], maar ook die van de zaak [HBS] aan bod moest komen'.¹⁸¹ Nog heel lang na de inwerkingtreding van de wet van 1876 bleef het onderwerp in de belangstelling staan en was er eigenlijk een standsverschil tussen een 'arts' en een 'med.drs' of 'med.dr'.¹⁸²

Intussen werden, zoals gezegd, vooral beginnende artsen geconfronteerd met financiële en soms rechtspositionele onzekerheden. Voor deze jongere generatie was de conventionele invulling die de NMG aan 'standsbelangen' gaf te beperkt. In hun ogen hoorden materiële belangen daar net zo goed bij, er was niets op tegen als de NMG een platform voor de behartiging van die belangen bood. De oprichting van vakverenigingen, die alom plaatsvond, stimuleerde nog meer de vraag of niet ook binnen de NMG die traditionele opstelling bij artsenbelang en algemeen belang enige aanpassing vereiste. De hoogleraar H. Treub (1856-1920), zelf overigens voorstander van een vakvereniging, betoogde dat voor oudere geneesheren de combinatie geneesheer en vakvereniging stuitend was.¹⁸³ Onder die generatie was een mentaliteitsverandering nodig om een 'werkbare' these te kunnen krijgen uit de voor veel negentiende-eeuwse geneesheren geldende contradictie: 'standsbelangen *van* medici' en 'vakvereniging *voor* medici'.

De jongere generatie had in 1890 in de artsenorganisatie nog niet veel in te brengen. Een eventuele voorkeur voor een gezamenlijke belangenbehartiging kwam niet aan de orde in de algemene vergadering van de NMG. Wel waren de ontwikkelingen die tot de 'vakbondsvorming' van de artsen zouden leiden in gang gezet: de problematiek van de ziekenfondspraktijk, een toenemend aantal arbeiders dat zich daarbij verzekerde en de discussies over sociale wetgeving, waaronder een ziekenfondswetgeving. Desondanks zag het er in 1890 niet naar uit dat de uitbreiding van de doelstelling van de NMG met een maatschappelijke belangenbehartiging al in 1902 zou worden verwezenlijkt (zie hiervoor hoofdstuk 4).

5 DE 'STAND VAN ZAKEN' OMSTREEKS 1890

De deling van het geneeskundig beroep, in huisartsen en specialisten, en de wijze waarop deze specialisten zich manifesteerden, werden sterk beïnvloed door zowel medische als niet-medische ontwikkelingen in de samenleving. Ontwikkelingen waarbij op veel fronten van 'toenames' sprake was. Naast toename in kennis, was er een toename in 'welvaart' en

180. HBS-ers konden geen doctoraal examen afleggen, zij werden na het behalen van het staatsexamen 'arts'. Zij konden dientengevolge ook niet in Nederland promoveren. De wet Limburg (7-11-1916) gaf ook aan HBS-ers het promotierecht.

181. Boekholt, 'De Nederlander gaat naar school', 218.

182. In 1910 wijdde onder anderen de hoogleraar Burger naar aanleiding van het rapport van de zogenaamde Inenschakelingscommissie een serie artikelen aan dit onderwerp. Hij constateerde dat er over de verschillen die er tussen HBS-ers en gymnasiasten zouden bestaan nogal wat vooroordelen heersten. Veelal kwamen gymnasiasten uit een andere maatschappelijke stand, waardoor oud-gymnasiasten vaak 'beschaafder' werden gevonden dan oud-HBS-ers. Antwoord op art. De Jager, 'Voorbereiding studie geneeskunde', 449.

183. ARA, archief NMG, inv. nr.19, 'Notulen HB, 6-6-1909'.

in het aantal artsen, arbeiders en ziekenfondspatiënten, vakbonden, ziekenfondsen en ziekenhuizen. Na 1890 voegden zich daarbij nog medisch specialisten.

De opkomst van specialisten was voor tijdgenoten het gevolg van ontwikkelingen in de medische wetenschap. Deze specialisatie viel midden in een tijd van verbazing en bewondering voor de nieuwe kennis en kunde van de natuurwetenschappen. Voor tijdgenoten was het vanzelfsprekend dat de medische wetenschap die ontwikkelingen volgde. De medische wetenschap bracht nieuwe kennis en technologie, maar daarmee was lang niet iedere praktiserend geneesheer op de hoogte. Het gaf niet alleen een aanzet tot de differentiatie in het beroep, maar ook tot een opwaardering daarvan.

Omstreeks 1890 waren in vergelijking met enige decennia daarvoor de medische mogelijkheden groter. Geneesheren en specialisten konden de 'kwaliteit' van het leven iets verbeteren. Blindheid bijvoorbeeld, kon nu in veel gevallen worden voorkomen.¹⁸⁴ In de grote steden konden 'gebrekkigen' met door rachitis of tuberculose veroorzaakte vergroeiingen worden behandeld en eventueel gerevalideerd. De opleiding was geüniformeerd en omvatte sinds 1865 zowel een theoretische als een praktische scholing.

De huisarts was, behalve geneesheer, ook de 'raadgever, de vriend, de opvoeder van het gezin. [...] Adviezen werden gevraagd en gegeven over leefwijze, bewoning van het huis, over opvoeding van de kinderen, over de beroepskeuze der kinderen.'¹⁸⁵ Deze typering, zoals een huisarts zichzelf graag zag, gold overigens alleen voor particuliere patiënten. Daar bracht hij bij de zieke veel tijd door en kwam hij soms meerdere malen per dag. Omstreeks 1890 waren zo 'hier en daar' ook medisch specialisten gevestigd. Een specialist leek 'zakelijker' door zijn andere werkwijze: privé-sprekuren en poliklinieken, waar hij beperkte tot het zieke 'deel' van de patiënt.

Doorbrak het specialist-zijn de negentiende-eeuwse werkcultuur van de gegoede stand van geneesheren en andere notabelen? Met veel vrije-tijd, uren in de soos, vele bezoeken aan deze en gene, liefdadigheid en andere sociale verplichtingen, zoals de eind negentiende-eeuwse literatuur daarvan beschrijvingen te over geeft. De gegoede stand werkte niet hard. De 'maatschappelijke arbeid' behoorde men tussen tien en vier uur te verrichten; daar ging dan ook nog de lunchpauze vanaf.¹⁸⁶ De jonge advocaat Theodoor van Onderwaarden in Emants roman *Inwijding. Haags leven*, heeft weliswaar een druk bestaan, maar dat kwam niet door zijn 'maatschappelijke arbeid' op de griffie. Dat werk liet hem veel vrije uren. Om carrière te kunnen maken, moest hij mensen leren kennen, invloedrijke relaties aanknopen en zich verdienstelijk maken. Theodoor werd secretaris van de Afdeling van het toneelverbond, secretaris van de Kiesvereniging Residentie, penningmeester van een Vereniging tot verstrekking van schoeisel aan schoolgaande kinderen, bestuurder van ettelijke genootschappen, ging daarbij veel naar diners, verzuimde even ongaarne zijn gemengd borreltafeltje vóór het eten als zijn advocatenkringetje erna.¹⁸⁷ Ook in het gedicht 'Liefdesverklaring' van Greshoff weerklinkt het ontspannen en rustige bestaan van 'deze donkre burgerheren ... die langzaam wandlen over 't Velperplein, in deze koele winterzonneshijn, de dominee, de dokter, de notaris.'¹⁸⁸

184. Belangrijke oorzaken van blindheid waren trachoom en gonorrhoe.

185. Bader, *Overpeinzingen*, 3-4.

186. Emants, *Inwijding. Haags leven*, eerste deel 279.

187. *Ibidem*, onder meer eerste deel: 16-19, 129 en 194-195, tweede deel: 3.

188. Greshoff, 'Liefdesverklaring', 138-139.

De leefwijze van een doorsnee-geneesheer paste in dit beeld. Zijn werkdag was over het algemeen niet overvuld – hij had ook niet zoveel patiënten – en hij 'maakte zich verdienstelijk' in ontelbare besturen van maatschappelijke instellingen. Doorbraken specialisten dit patroon? Deze hypothese kan niet in zijn algemeenheid worden beantwoord. Er zijn echter aanwijzingen die in die richting wijzen. Specialisten behoorden in ieder geval tot de jongere generatie. Zij waren over het algemeen zeer betrokken bij hun werk. Een poliklinieksprekeuur voor ziekenfondspatiënten duurde bijvoorbeeld geen uur, maar nam de hele morgen in beslag. Specialisten hadden weliswaar ook de nodige bestuursfuncties, maar een deel van hen richtte zich daarbij vooral op hun vakgebied, zoals een kinderarts die bestuurslid was van de kinderkliniek, van een kinderpoli en van een herstellingsoord voor kinderen. Specialisten bemoeiden zich daarnaast heel intensief met de organisatie van polikliniek en eventueel kliniek en waren daar ook vaak 's avonds nog te vinden. Hiervoor kan men enerzijds het argument aanvoeren dat zij zich kennelijk moesten 'invechten' in de markt. Anderzijds wijzen de bronnen toch ook op een grote interesse voor het vakgebied en voor de vakuitoefening.

Vervolgens veroorzaakte de mechanisatie van de nijverheid een trek naar de stad en een verschuiving in de samenstelling van de beroepsbevolking. In die steden woonden, leefden en werkten de arbeiders dikwijls onder slechte omstandigheden. Besmettelijke ziekten als cholera, tyfus en tuberculose eisten dientengevolge vooral onder de armen en deze groep van laagbetaalden hun tol. Tot ver in de negentiende eeuw heerste bij velen de mening dat het de eigen schuld van deze mensen was dat zij in zulke erbarmelijke omstandigheden leefden. In de laatste decennia kwam echter deze traditionele denkwijze over de armoede van de bevolking onder druk te staan. Deze 'sociale quaestie' leefde bij een deel van de gegoeden al vanaf 1870 en werd in wetenschappelijke en meer populaire tijdschriften bediscussieerd.

De veranderende opvattingen over schuld richtten mede de aandacht naar de verantwoordelijkheden van de staat in deze. Omstreeks het midden van de jaren tachtig ontstond er tevens een kentering in het politieke denken over deze kwestie. Dit, gecombineerd met de ideeën over het economisch nut van loonarbeiders en de opkomst van de voor de gevestigde orde gevaarlijke, socialistische ideeën, resulteerde rond de eeuwwisseling in een eerste reeks van sociale wetten. Een ziekenfondswetgeving zou echter voor artsen ook negatieve effecten kunnen hebben.

Door het steeds toenemend aantal arbeiders was deze categorie patiënten voor specialisten niet alleen daardoor al interessant. In het laatste decennium van de negentiende eeuw leverden arbeiders en andere laag-betaalden als 'patiëntenmateriaal' een belangrijke bijdrage aan de specialistische scholing. Maar de toename bracht mede de honoraire en consultatieve specialistische dienstverlening aan deze bevolkingsgroep – die gebruikelijk was geworden – aan het wankelen. Arbeiders konden bij één van de vele honderden plaatselijke ziekenfondsen verzekerd zijn. Specialistische hulp behoorde tot de 'traditionele' verstrekkingen van de ziekenfondsen: doktershulp en genees- en verbandmiddelen. Zolang het aantal ziekenfondsverzekerden niet zo hoog was, was de honoraire dienstverlening geen bezwaar. Het landelijk gemiddelde verzekeringspercentage was slechts zo'n tien procent, er leek dus nog niets aan de hand. In de grote steden kon dat percentage echter snel oplopen tot veertig procent. En in zulke steden waren nu juist de

specialisten gevestigd. Als de groei van het aantal arbeiders en ziekenfondspatiënten doorzette, lag hier een kiem voor problemen.

In deze groei van het ziekenfondswezen ziet men vanaf omstreeks 1890 geleidelijk enkele belangrijke ontwikkelingen samenkomen. Ten eerste was dit een fenomeen van de 'twintigste-eeuwse' cultuur, waarin de mening postvatte dat de werkende bevolking zelf de verantwoordelijkheid voor ziektekosten moest dragen. Deze 'cultuuromslag' was alleen mogelijk nu de levensomstandigheden van deze bevolkingsgroep wat waren verbeterd. Vervolgens bleek het ziekenfondswezen het fenomeen waar de vaak tegenstrijdige beroepsbelangen van de medewerkers – huisartsen, specialisten en apothekers – openlijk naar voren kwamen. Ook daarvoor was in 1890 de kiem al aanwezig.

Omstreeks 1890 was er een nieuwe, en veelal jonge generatie van medisch specialisten. De keuze voor de vestiging als specialist was zowel een wetenschappelijke als een maatschappelijke keuze. In deze fase van de beroepsvorming betekende specialist-zijn enerzijds, dat men dan geen gewone praktijkvoering had, dat men voortdurend moest opboksen tegen huisartsen en eventueel hoogleraren en dat men te maken kreeg met afverende maatregelen, zoals een honoraire hulpverlening en gesloten ziekenhuizen. Anderzijds gaf het vernieuwende karakter aan het beroep een zeker elan.

Deel II: Manifestatie 1890 -1920

3 – Groepsformatie en structurering

Verschuivingen op het geneeskundig toneel – Specialisten – Specialismen – Werklocatie – Bevoegdheid – Besluit

In hoofdstuk 1 is beschreven dat er omstreeks 1890 naast algemene medici, dokters kwamen die zich als specialist profileerden. Als indicatoren voor deze ontwikkeling werden daarbij genoemd: de ledenlijst van de NMG, de oprichting van wetenschappelijke verenigingen, de oprichting van specialistische poliklinieken en het onderscheid tussen huisartsen en specialisten dat ziekenfondsen gingen maken. Ook werd aangegeven dat het gebruik van de begrippen specialist en specialisme een zekere mate van afbakening en bevoegdheid suggereert, maar dat daarvoor rond de eeuwwisseling geen officiële regulering was.

In de periode 1890-1920 stond het fenomeen specialist-specialisme op zichzelf niet meer ter discussie. Over een algemeen geldende invulling daarvan bereikte men echter geen consensus. De grenzen tussen de specialistische en de gemeenschappelijke geneeskunde bleven flexibel.

1 VERSCHUIVINGEN OP HET GENEESKUNDIG TONEEL

De verzamelnaam 'specialisten' wekt ten onrechte de indruk dat er sprake was van een uniforme groep. Strikt genomen, was vrijwel het enige gemeenschappelijke dat het gebruik van de term 'de specialist' rechtvaardigt, te vinden in het door henzelf nadrukkelijk aangegeven belang van: opdoen en op-peil-houden van kennis en ervaring in een specifiek vak of specifieke vakken. Door de nog niet-geformaliseerde structuur kon een specialist een individuele invulling geven aan zowel de criteria waarop hij deze 'titel' baseerde als op het vakgebied, eventueel vakgebieden, waarop hij zich specialiseerde. Wel waren er ongeschreven regels sinds de oprichting van plaatselijke specialistenverenigingen (vanaf 1905). Daarin stond een klinisch en poliklinisch assistentschap centraal. Over de duur van dat assistentschap was men het niet eens. Dit doet vermoeden dat het optreden als specialist in die tijd ook 'onbevoegd' kon zijn. Beroepsgenoten maakten zich indertijd niet bezorgd over dit niet-gereguleerde optreden van specialisten. Zij beoordeelden de 'opleiding' van hun collega's vanuit een nog vrij overzichtelijk circuit, bijvoorbeeld via opleider, geneeskundige kring en vroegere studiegenoten.

Over de vakken waarop specialisten zich gingen toeleggen, de specialismen, bestond eveneens onduidelijkheid. De legitimatie van specialismen lag in het postulaat dat de medische kennis, wetenschap en hulpwetenschappen zo toenamen, dat de medische studie daardoor te 'overladen' werd. Deze vage, niet-omschreven uitgangspunten wekken de belangstelling voor de 'legitimatie' van de afzonderlijke specialismen. Hoe ontstond een specialisme in de geneeskunde, welke vakken en verrichtingen waren specialistisch en waarom hoorden zij niet bij de algemene opleiding? Daarbij blijkt dat specialismen nog geen disciplines waren, maar zich als het ware beperkten tot een vak.¹ Bovendien waren specialismen erg dynamisch door het steeds toenemend aantal specialismen en de steeds nieuwe kennis en aanpassingen in het onderwijs.

In de NMG heerste over specialisten en specialismen veel verwarring. Terwijl rond de eeuwwisseling niemand leek te weten hoe 'de' specialist moest worden omschreven, nam het aantal steden toe waar artsen onder die titel waren gevestigd. In dit hoofdstuk ligt de nadruk op dit eerste optreden van specialisten en op de eerste specialismen. Ondanks het ontbreken van een prototype van de specialist zijn trends aan te geven. Dit hoofdstuk wil deze trends duidelijk maken en zo een antwoord zien te vinden op de vraag: wat was nu eigenlijk een specialist?² Bij het zoeken naar dat antwoord zal soms de hoofdlijn en zullen soms meer de details worden weergegeven. Deze benadering doet meer recht aan het beeld van 'de' specialist, omdat de plaatselijke omstandigheden sterk variëren. De details zijn, zoals gezegd, niet exemplarisch, maar illustratief.

Het eerste thema dat hierbij opdoemt, is over hoeveel specialisten het eigenlijk ging. De diverse bronnen geven daarop geen eensluidend antwoord. De bepaling van het aantal specialisten was bovendien niet echt goed mogelijk, omdat er geen consensus bestond over wat een specialist was.

Het volgende thema, het probleem van de definitie van het begrip specialist, is hiermee al aangegeven. Daar was al snel behoefte aan. Ten eerste als 'voorwaarde' voor aansluiting bij de collectieve ziekenfondscontracten. Voortvloeiend uit een NMG-besluit uit 1902 werden deze zoveel mogelijk collectief in de afdelingen gesloten, hetgeen in hoofdstuk 4 wordt besproken. Vervolgens bij de opstelling van gedragsregels voor het houden van een polikliniek: een ander fenomeen waarover veel problemen ontstonden. De artsenorganisatie wilde een algemeen geldende definitie, maar kon die in de periode 1890-1920 niet formuleren. Het grootste struikelblok was dat dit geen abstract begrip bleek te zijn. Een belangrijk uitgangspunt was het veiligstellen van de positie van de huisarts, hetgeen sterke repercussies had op specialisten. Bovendien was de eigen situatie bepalend voor de visie op specialisten. Die situatie verschilde van stad tot stad, waardoor er een heel scala aan beschrijvingen mogelijk was. Van de algemene praktijk kon men evenmin een definitie van specialisten afleiden, want ook daarover bestond geen duidelijkheid.³ Toch aanvaardde de NMG in 1916 een 'modeldefinitie', waarin onder meer twee aanbevelingen werden verwoord: een specialist was uitsluitend als specialist werkzaam en hij beperkte zich tot een bepaald onderdeel van de geneeskunde. Deze verwoordde een zeker ideaal; de NMG-afdelingen pasten de definitie aan de eigen, plaatselijke omstandigheden aan.

1. Discipline, als een geformaliseerde en door derden als zodanig erkende tak van de wetenschap met eigen instituten.

2. 'Verslag polikliniekcommissie over 1910 en 1911', 1039.

Het derde thema is het probleem van de afbakening van specialismen. Daarvoor probeerden NMG en specialisten aanvankelijk niet eens een oplossing te vinden. Vaststelling waar de grens lag tussen een gewone en een specialistische behandeling was voor de artsen nog veel moeilijker dan de definiëring van het begrip specialist. De eerste rangschikking van – heilkundige – specialistische verrichtingen was pas in 1920. Dit kwam echter niet voort uit het streven meer duidelijkheid in deze materie te brengen. De lijst was het neveneffect van de onenigheid die tussen Amsterdamse specialisten was ontstaan over de ziekenfondstarieven. Enkele specialisten hadden een uitpuittend ziekenfondstarief voor de eigen verrichtingen opgesteld, waardoor er voor andere specialisten niet veel meer viel te verdelen (zie bijlage 12).

Het vierde thema is de polikliniek. De polikliniek was, op een enkele uitzondering na, in de praktijkvoering van specialisten de belangrijkste werkplaats. Het was niet alleen een belangrijk werkterrein, het was ook de verzamelplaats van drie problemen die voor de praktijkvoering van specialisten belangrijk waren, te weten: intercollegiale problemen met huisartsen en hoogleraren, ziekenfondspatiënten en de honoreringsproblematiek in de afdelingen tengevolge van het ziekenfondsbeleid van de NMG. Deze problemen, die op tegengestelde belangen zijn terug te voeren, zijn onderwerp van hoofdstuk 4. Zij worden op deze plaats genoemd, omdat deze problemen als een rode draad door de praktijkvoering en het proces van de beroepsvorming van specialisten lopen. Tegengestelde belangen waren een belangrijke stimulans voor de oprichting van belangenverenigingen van specialisten, zowel plaatselijk (specialistenvereniging) als centraal (Specialistenorganisatie). Aan deze verenigingen wordt in dit hoofdstuk gerefereerd.

Het vijfde onderwerp is de erkenning van specialismen. Dit was, evenals de visie op de definitie, mede afhankelijk van de eigen situatie. De toename van het aantal artsen dat zich specialist noemde en de onderscheiden typen van specialismen waren voor huisartsen een bedreiging. Zij waren 'algemeen arts', maar zodra zich in hun woonplaats bijvoorbeeld een kno-arts vestigde, wilden hun patiënten als zij keelpijn hadden naar de specialist. Nu viel het met een kno-arts nog mee; het bezoek aan een kno-arts was meestal beperkt tot één of hooguit een paar keer. Dat was anders bij de interne, geneeskundige specialismen. Deze werden gekenmerkt door langdurige behandelingen.

Naar aanleiding van het hierboven genoemde besluit over de ziekenfondscontracten in 1902 stelde de door huisartsen gedomineerde NMG een lijst op van eventueel tot die contracten toe te laten specialismen. De mate van dreiging die er van een specialisme op de praktijk van de huisarts uitging, bepaalde mede de 'erkenning' van de diverse specialismen. Daarop was het terug te voeren, dat de NMG in de periode tot 1920 kindergeneeskunde en interne geneeskunde niet als specialismen wilde erkennen. Als motivatie voor de afwijzing werd echter gegeven dat deze vakken zich niet tot een onderdeel van de geneeskunde beperkten.

Het zesde en laatste thema is de bevoegdheid van specialisten. De regeling daarvan achtte de NMG sinds het begin van de twintigste eeuw gewenst, zij realiseerde dit echter niet. Het handelen van specialisten en hun organisaties bleef in eerste instantie op de beroepsuitoefening gericht. Pas veel later kwam er aandacht voor het wetenschappelijk niveau van 'de' specialist. De bevoegdheidskwestie brengt tevens de wetenschappelijke

3. ARA, archief NMG, inv. nr.47, 'Overzicht prae-adviezen over rapport specialisten-ziekenfondsen, 1916', afd. 's-Gravenhage, 201.



* Ellinger (Dr. A.), vrouwen-arts, spec. in onderbuikziekten, bergstraat 10.

* Maats (Dr. C.), oogheekundige, steenstraat 54

* Moll (P. J.), hoofd openbare school No. 3, korte walstraat 47.
 * Moll (Dr. A. C. H.), uitsl. v. oor-, neus- en keellijders, steenstr. 81.
 * Moll (A.), notaris, riinkade 24.

Jelen (A. van), behanger, van hasseltstraat 96
 Jelgersma (G.), speciaal arts v. zenuwziekten, sanatorium velperweg
 Jelgersma (mei. J. P.), onderwijzeres, prins Hendrikstraat 28

Boven: Committee van uitvoering van de Historische-geneeskundige tentoonstelling in 1899 in Musis Sacrum te Arnhem. Onder: Enkele van de specialisten die tussen 1890 en 1900 in Arnhem praktiseerden. Bron: gemeentearchief Arnhem.

verenigingen in beeld. Dit was het eerste specifieke platform voor specialisten. Op een enkele uitzondering na werden deze verenigingen na 1890 opgericht (zie bijlage 2). Deze bemoeiden zich evenmin met de formalisering van de bevoegdheid van specialisten.

2 SPECIALISTEN

In de laatste twee decennia van de negentiende eeuw vestigden zich in de grote steden geneesheren, die zich voornamelijk beperkten tot één of enkele onderdelen van de geneeskunde. Deze vrij-gevestigde 'specialisten' waren als algemeen medicus met een aanvullende kennis en ervaring een nieuw verschijnsel. Tot omstreeks 1900 noemden zij zich nog niet altijd specialist. In steden met een groter aantal specialisten vond het initiatief van enkelen navolging om zichzelf als specialist aan te kondigen.

De nieuw opkomende specialismen werden door recent afgestudeerde artsen beoefend.⁴ Zo waren in Arnhem, volgens het *Geneeskundig Jaarboekje* van 1905, in dat jaar 21 specialisten. De oudste specialisten waren de twee oogartsen, zij studeerden respectievelijk af in 1865 en 1866. Vervolgens vestigden zich twee kno-artsen (1875 en 1883) en een heelkundige die in 1905 inmiddels chirurg werd genoemd (1883). Verder waren de artsen die na 1890 als specialist optraden op één uitzondering na ook na 1890 afgestudeerd. Tot deze groep behoorden specialisten in verloskunde en vrouwenziekten, huid- en geslachtsziekten, ziekten van de borstorganen en spijsverterings- en stofwisselingsziekten. Alleen de kinderarts C.C. van der Heide (1872-1931), die pas omstreeks de eeuwwisseling onder die titel optrad, was al in 1886 afgestudeerd. Daarna ging hij echter nog 'zijn kennis vergroten' in het buitenland.⁵

Naast de relatief jeugdige leeftijd van deze generatie, lijkt het aantal gepromoveerden onder de specialisten iets hoger te zijn geweest dan onder huisartsen.⁶ Zo was tussen 1890 en 1923 het aantal gepromoveerden onder de specialisten in Arnhem steeds hoger dan dat onder de niet-specialisten.⁷ In 1905 waren er bijvoorbeeld van de 21 specialisten 11 gepromoveerd en van de 24 huisartsen 10. Bij de huisartsen was dit de wat oudere garde, 8 van de gepromoveerden waren vóór 1890 afgestudeerd. In 1923 waren er van de 23 specialisten 15 gepromoveerd en van de 38 huisartsen 6.

Het is niet mogelijk exact aan te geven hoeveel specialisten er waren. Het aantal varieert per bron. De belangrijkste bronnen zijn de ledenlijsten van de NMG, de *Geneeskundige Jaarboekjes*, plaatselijke adresboekjes en sinds omstreeks 1900 lijsten van ziekenfondsdeelnemers. Maar zelfs een uitputtend onderzoek van deze bronnen levert niet meer dan globale indicaties op.

Bovendien zorgden de zogenaamde halfspecialisten voor de nodige problemen en verwarring. Halfspecialisten waren geen volledige specialisten, omdat zij de specialistische en generalistische praktijk combineerden of anderszins van het 'geijkte' patroon afweken. De volgende paragrafen beogen door een nadere uitwerking van de periode 1890-1920 enig houvast te geven over het verschijnsel specialist. Daarbij wordt specifiek ingegaan op het gegeven dat de NMG aan halfspecialisten extra aandacht schonk. De stelling zal

4. Gegevens *Genk. Jrb.*, 1890-1910.

5. Onder meer bij de docent kindergeneeskunde in Berlijn, Adolph Baginsky, voorts bij Heubner, Neumann en Finkelstein; Van der Heide, 'Huisartsen en kinderartsen', 599.

6. Te oordelen naar gegevens van de wetenschappelijke verenigingen.

7. Van Hogerlinden, *Gids voor Arnhem over 1923*, 59-61.

worden verdedigd dat daardoor een vertekend beeld ontstond over het vóórkomen van deze variant.

2.1. Verwarring over vóórkomen en aantal van specialisten

De bepaling van het aantal specialisten door de historicus wordt ernstig bemoeilijkt door de complexe situatie tijdens de eerste decennia van hun optreden. Om te beginnen noemde nog niet iedere 'specialist' zichzelf al zo. Dit was weer van invloed op de ledenlijst van de NMG, waarin huisartsen en specialisten werden onderscheiden. Vervolgens zijn de gegevens over hun precieze aantal nogal variabel door de wisselende kijk op specialisten. Zelfs de opgaven voor een bron als de *Geneeskundige Jaarboekjes* waren niet uniform. Een plaatselijke geneesheer stelde de lijst op, waardoor eigen ideeën over specialismen konden doorklinken. Zo maakte de al eerder genoemde Arnhemse kinderarts Van der Heide in 1905 de lijst in Arnhem. Hij staat in dat jaar voor het eerst als specialist in het *Jaarboekje* vermeld. Het jaar daarop is Van der Heide, die 'alom' als kinderarts werd beschouwd, echter weer bij de huisartsen gerangschikt.

De verwarring over het aantal specialisten begint al met de eerste officiële opgaven, de ledenlijsten van de NMG. In 1883 meldden van de ruim duizend leden van de NMG 32 leden zich aan als specialist.⁸ Deze specialisten waren in zes steden gevestigd: in Amsterdam en Rotterdam acht, in Groningen en Utrecht vijf en in Den Haag en Leiden ieder drie. Volgens het ledenbestand van de NMG waren specialisten tot 1900 uitsluitend in genoemde steden te vinden, alwaar hun aantal intussen tot 136 was gestegen. Naar een opgave in een rapport over de ziekenfondsen in Amsterdam in 1898, waren daar in dat jaar 293 geneesheren. Daarvan behoorden 57 tot de specialisten en professoren, waarvan 28 specialisten als honorair deelnemer waren verbonden aan het Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam (AZA).⁹ Het *Geneeskundig Jaarboekje* komt daarentegen in dat jaar tot slechts 36 specialisten en professoren in Amsterdam.

De NMG-ledenlijst van 1900 blijkt minder accuraat dan men zou verwachten. De lijst noemt nog geen steden buiten de hierboven vermelde zes vestigingsplaatsen. Andere bronnen vermelden echter in 1900 ook elders specialisten. In Apeldoorn zouden in het laatste decennium drie specialisten hebben gewerkt, een oogarts, een zenuwarts en een kno-arts¹⁰ en in Zwolle in 1900 vier.¹¹ Het is niet duidelijk of dit nu geneesheren waren die zich hoofdzakelijk toelegden op een bepaald onderdeel van de geneeskunde, en daarbij af en toe de gehele geneeskunde betrokken, of dat zij hoofdzakelijk als huisarts optraden, en een enkel spreekuur als specialist erbij deden.

In Arnhem waren in ieder geval rond de eeuwwisseling specialisten gevestigd die zich hoofdzakelijk beperkten tot één onderdeel der geneeskunde. De oogarts, die sinds 1877 onder meer als gemeentelijk oogheelkundige werkte, staat ook als zodanig in de adresboekjes vermeld,¹² maar had zich niet als oogarts bij de NMG ingeschreven. Hetzelfde gold voor de vrouwenarts (1895), kno-arts (1895), zenuwarts (1895) en tweede oogarts (1900). Deze NMG-leden gaven allen te kennen dat zij uitsluitend op hun respectievelijke

8. Ten Doesschate, e.a., *Gedenkboek KNMG 1949*, 181.

9. *Rapport ziekenfondsen Amsterdam (1900)* 11, 174.

10. Mededeling W. Wijk, auteur van *Honderd jaar KNMG-afdeling Apeldoorn*.

11. Spanjaard e.a., *Afdeling 'Zwolle en Omstreken' der KNMG*, 48.

12. Te Winkel, *Adresboekje Arnhem 1880*.

deelgebieden werkzaam waren.¹³ De *Catalogus van de Historisch-Geneeskundige Tentoonstelling* in 1899 noemt nog een 'arts die uitsluitend gevestigd is voor orthopaedie en massage'.¹⁴ Deze arts blijkt tevens garnizoensarts te zijn geweest en is, volgens bepaalde opvattingen over het begrip, specialist.¹⁵ Ten slotte maakte het grootste plaatselijke ziekenfonds in 1901 voor het eerst een onderscheid tussen huisartsen en specialisten (zie paragraaf 4). Er bleken toen al dertien specialisten ingeschreven. Eén beperkte zich echter niet voornamelijk tot een onderdeel van de geneeskunde, hij oefende tevens een algemene praktijk uit.¹⁶ Dit was voor een ziekenfonds vrij vroeg; te meer, omdat volgens de NMG-lijsten in Arnhem nog niet eens specialisten waren!¹⁷

Volgens de NMG-lijsten verspreidden de specialisten zich na 1900 in een snel tempo over de middelgrote steden. In 1903 waren er 18 steden bijgekomen en was het aantal specialisten opgelopen tot 171.¹⁸ In 1910 vermeldde het *Geneeskundig Jaarboekje* in 26 steden 361 specialisten en exclusief hoogleraren en specialisten voor zenuw- en zielsziekten en mond- en tandziekten 276 (tabel 3).

Deze, op NMG-gegevens gebaseerde, snelle toename van specialisten in het begin van de twintigste eeuw en hun plotselinge vestiging buiten de 'randstad' dienen te worden gerelativeerd. Om te beginnen liet het merendeel van de specialisten buiten de grote steden zich vóór 1900 niet als zodanig bij de NMG inschrijven. Dat kwam pas na 1900 in zwang. Vervolgens gingen chirurgen, die voor de eeuwwisseling als 'specialist' optraden, zich pas na de eeuwwisseling als zodanig manifesteren. Dit komt in de *Geneeskundige Jaarboekjes* duidelijk naar voren.

Bij de vraag naar het aantal specialisten is het van belang te weten hoe artsen zichzelf noemden indien zij voor de 'titel' specialist in aanmerking kwamen. Noemden ze zichzelf specialist? In de negentiende eeuw werd in het *NTvG* gerefereerd aan een oogarts of oorarts, bijvoorbeeld in de rubriek 'personalia'. Andere gegevens hierover zijn echter vóór 1900 schaars. De weinige relevante correspondentie en receptenbriefjes die de archieven van de wetenschappelijke verenigingen uit die tijd bevatten, geven zowel voorbeelden van artsen die zichzelf als oogarts of kno-arts¹⁹ aankondigden als van 'specialisten' die dat niet deden. Het betrof altijd deze twee oudere specialismen. De representanten van de nieuwere specialismen (zie de volgende paragraaf van dit hoofdstuk) hadden eveneens een soort 'aanlooptijd'. Tussen 1890 en 1900 noemde een enkele specialist zichzelf specialist.

In het archief van de vereniging van dermatologen zijn in verhouding tot de andere verenigingen veel brieven en receptenbriefjes bewaard gebleven. Het valt daarbij op dat na 1900 de ene arts na de andere zich huidarts ging noemen. Dit archief bevat ook enkele brieven die tussen 1896 en 1900 zijn gedateerd. Twee artsen lieten achter hun naam 'huidarts' drukken. Vier brieven hebben de opdruk: 'arts, consultatiën voor huidziekten enz.'. Na 1900 hebben vrijwel alle briefschrijvers gekozen voor 'huidarts', eventueel met 'enz.', in combinatie met bijvoorbeeld blaasziekten of, na 1915, röntgen- of stralenarts.

13. *Adresboekje Arnhem, 1895-1900.*

14. *Catalogus 1849-1899*, hoofdstuk XI.

15. *Adresboekje Arnhem, 1897-1902.*

16. Dit is niet helemaal duidelijk; *Adresboekje Arnhem 1901.*

17. In 1909 waren aan 'Voorzorg' al 22 specialisten verbonden. *Adresboekje Arnhem, 1909.*

18. Boer, e.a., *Nederlandse Vereniging voor Urologie 1908-1983*, 47.

19. In die tijd was nko-arts de gebruikelijke terminologie.

Tabel 3:
Aantal specialisten per provincie en stad in 1910 met en zonder hoogleraren, zenuw- en zielsziekten en mond- en tandziekten, en aantal inwoners per provincie in 1909 (aantal inwoners per specialist, zie tabel 19)

		*	**	inwoners provincie
Groningen	Groningen	30	21	328.045
Friesland	Leeuwarden	8	7	359.550
Drenthe	—	—	—	173.318
Overijssel	Enschede	4	4	382.880
	Deventer	10	8	
	Zwolle	7	6	
Gelderland	Apeldoorn	4	3	639.600
	Arnhem	23	18	
	Nijmegen	10	7	
	Zutphen	6	3	
Noord-Brabant	Breda	4	4	623.080
	Den Bosch	6	4	
	Tilburg	3	3	
Limburg	Maastricht	3	—	332.010
Utrecht	Utrecht	40	27	288.510
Noord-Holland	Amsterdam	106	83	1.107.690
	Bussum	1	—	
	Haarlem	21	16	
	Hilversum	2	2	
	Zuid-Holland	Delft	4	
Den Haag	95	72		
Dordrecht	4	4		
Gouda	2	2		
Leiden	15	9		
Rotterdam	52	43		
Zeeland	Schiedam	1	1	232.515
	Middelburg	6	6	

* inclusief hoogleraren, zenuw- en zielsziekten en mond- en tandziekten

** exclusief deze bovengenoemde specialisten

Bron: *Geneeskundig Jaarboekje 1910*, Van der Woude, 'Bevolking en gezin', 22.

De indruk dat een 'specialist' zichzelf in de regel tussen 1900 en 1905 ook zo ging noemen, wordt versterkt door gegevens uit archieven van andere wetenschappelijke verenigingen en van de centrale belangenvereniging van specialisten. Het gebruik van de toevoeging 'arts' stierf evenwel ook onder de algemeen 'erkende' specialisten niet helemaal uit. Zo kon men titels aantreffen als: 'arts, privaattoecent ziekten urinewegen' (1913) en 'arts, dermato-venereoloog' (1911).²⁰ Een enkele keer bleef iemand zich als verstokte aanhanger van het eenheidsbeginsel consequent 'arts' noemen. Daartoe behoorde onder meer de voorzitter van de plaatselijke specialistenvereniging in Haarlem (1930).²¹

20. Respectievelijk Brongersma te Amsterdam en Angenent te Haarlem; archief Ned. Ver.v.Derm.

21. Mol; ARA archief NMG, inv. nr. 215, Z23, 'Verzekering ziekenhuis verpleging en doktershulp te Haarlem'.

In de grote steden Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht was na 1900 meer duidelijkheid over het aantal specialisten. Dit werd in de hand gewerkt, omdat specialisten zich gingen organiseren en ook dat gebeurde het eerst in die grote steden. Na omstreeks 1910 volgde de rest van het land.

In 1918 werd door de Specialistenorganisatie aan de leden-specialisten een vragenlijst gezonden. Deze organisatie verzond de lijst aan 576 van de omstreeks 600 leden.²² Dit aantal week niet veel meer af van de gegevens van NMG en *Geneeskundige Jaarboekjes*.

De toename van het aantal specialisten had overal een afname van het aantal huisartsen tot gevolg. Tabel 4a illustreert de verschuiving in de verhoudingen binnen de NMG die uit deze toename voortvloeide. (De getallen geven daarvan slechts een indruk. Het aantal specialisten voor 1910 is niet exact aan te geven en het betreffen hier alleen NMG-leden). Tabel 4b toont het aantal en percentage van de artsen dat tussen 1910 en 1944 specialist werd.

In enkele steden, waaronder Arnhem, ging deze verschuiving wel heel erg snel. Daar was in 1905 de verhouding tussen het aantal specialisten en huisartsen met 21 specialisten en 24 huisartsen al bijna 1 : 1. In 1915 waren er volgens het Arnhemse lid van de 'specialistencommissie' zelfs meer specialisten dan huisartsen: respectievelijk 28 en 24.²³ Daarna wijzigde de verhouding zich weer enigszins in het voordeel van de huisartsen. Arnhem was echter voor specialisten in veel opzichten een aantrekkelijke stad (zie blz. 60, 61).

2.2. Definiëringsproblemen

Ook buiten de grote steden ontgroeide de specialistische hulp aan het begin van de twintigste eeuw de status van randverschijnsel. De behoefte aan enig houvast groeide.²⁴ In de NMG motiveerde men deze behoefte aan een algemeen geldende definitie met deskundigheidsargumenten. Men wilde voorkomen dat een geneesheer zich ten onrechte specialist noemde. Het zal nog blijken dat de eigenlijke reden een andere was.

Intussen maakten enkele plaatselijke NMG-afdelingen een eigen omschrijving. De eerste door mij gevonden definities zijn uit 1905. Als eerste die van de afdeling Rotterdam, die te vinden is in het rapport dat deze afdeling in maart van dat jaar opstelde over het ontwerp-ziekteverzekeringswet: 'Specialisten zijn die medici, die, met uitsluiting der algemeene praktijk, alleen een onderdeel der geneeskunst uitoefenen en door een eventueel te vormen centraal lichaam als zoodanig zijn erkend.'²⁵ De volgende definitie is afkomstig uit de statuten van de specialistenvereniging in Amsterdam, de ASV. In hetzelfde jaar beschreef deze vereniging specialisten als geneeskundigen 'die zich in de uitoefening hunner praktijk beperken tot een bepaald gedeelte van de geneeskunde en die geen algemeene praktijk uitoefenen'.²⁶ Het specialistencircuit was destijds nog redelijk overzichtelijk. Voor de leden van de specialistenvereniging was een legalisering, in de zin van een toetsing, van deze kwalificatie nog niet relevant. Legalisering tegenover patiënten die deze geneeskundige hulp als 'hogere hulp' ervoeren,²⁷ moest nog worden 'uitgevonden'.

22. ARA, archief NMG, inv. nr.200, S19-I, 'Vergadering D.B.-NMG, 1-9-1918'.

23. ARA, archief NMG, inv. nr.199, S18-I, 'Positie specialisten-ziekenfondsen, verg. 3-1-1915'.

24. 'Verslag polikliniekcommissie over 1910 en 1911', 1039.

25. *NMG-Eindrapport ontwerp-ziektewet 1905*, 25.

26. Geciteerd uit de openingsrede van de voorzitter der geneeskundige kring afdeling Amsterdam, 26-1-1915, H. Brongersma, *Verslag vergaderingen 1915*, huishoudelijk gedeelte, 1e vergadering, 26-1-1915, 3.

27. Van der Meulen, 'De poliklinieken der specialiteiten', 728; Vermey, 'Ingezonden', 781.

Tabel 4a:
Verhouding aantal geneeskundigen, specialisten en percentage geneeskundigen dat lid was van de NMG, 1890 tot 1931

	aantal geneeskundigen	aantal specialisten	percentage geneeskundigen lid NMG
1890	33	1	71
1900	16	1	85
1910	5	1	88
1920	4	1	91
1931	5	1	74

Samengesteld uit Doesschate, e.a., *Gedenboek KNMG 1949*, 182-184.

Tabel 4b:
Aantal en percentage van de afgestudeerde artsen dat specialist werd, 1910-1944

Artsexamen	Totaal aantal afgestudeerde artsen	waarvan specialist	percentage
1910-1914	843	256	30.8
1915-1919	863	283	32.8
1920-1924	1053	304	28.9
1925-1929	1218	393	32.3
1930-1934	1539	492	32.0
1935-1939	1660	633	38.1
1940-1944	1153	667	57.8

Bron: *Rapport behoefte specialisten*, 51-52.

Na 1910 kreeg de definiëring van het begrip een bredere belangstelling. Door de populariteit van de specialistische poliklinieken voelden huisartsen zich bedreigd in hun praktijkvoering. Zij wilden gedragsregels voor specialisten en daarbij hoorde een definitie. Vervolgens maakte het ziekenfondsbeleid van de NMG een definiëring nodig.

De diverse 'specialistencommissies', die tussen 1906 en 1915 binnen de NMG werden ingesteld (zie hoofdstuk 4), drongen er in hun rapporten op aan het begrip specialist centraal vast te leggen. Een omschrijving als de Amsterdamse bleek daarvoor niet geschikt. Voor de afdelingen diende de definitie als vademecum voor de plaatselijke problemen die door de komst van specialisten ontstonden. Ook kon een geneesheer in kleinere steden zich uit financiële overwegingen niet altijd beperken tot een bepaald onderdeel van de geneeskunde. Dergelijke problemen, die aan belangen waren gerelateerd, werden nog aangevuld met die van de dynamiek van de geneeskunde. De kennis van 'de' algemeen arts en 'de' specialist was geen statisch gegeven. De samenstellers van de rapporten liepen dientengevolge allemaal tegen hetzelfde probleem op: hoe krijgen we een definitie die

algemeen geldig is.²⁸ Zij konden het in ieder geval niet. De rapporteurs konden slechts aanbevelen dat een specialist zich beperkte tot een onderdeel van de geneeskunde en geen algemene praktijk uitoefende.²⁹ Maar de afdelingen wilden zich niet binden aan deze beschrijving. Zij wilden de mogelijkheid open houden voor aanpassing aan de eigen omstandigheden.

Zestig NMG-afdelingen: zestig definities?

Intussen zat men ook buiten de commissies om aan het definiëeringsfront niet stil. De oprichting van eigen NMG-afdelingsziekenfondsen (zie hoofdstuk 4) maakte een herziening van de huishoudelijke reglementen van de NMG noodzakelijk. De eigen ziekenfondsen dienden de specialistische hulp in de statuten op te nemen en daarvoor had men een omschrijving van het begrip specialist nodig. De algemene vergadering van de NMG, die in 1915 opnieuw met dit probleem werd geconfronteerd, kon net zo min als de 'specialistencommissies' een definitie formuleren die voor het hele land gold. Het voorstel van één van de NMG-afdelingen dat de afdelingen zelf zouden vaststellen wat zij onder 'specialist' verstonden, leek nog de beste oplossing.³⁰ Het gevolg van dit besluit was, dat alle zestig NMG-afdelingen³¹ hun reglementen moesten aanpassen en laten goedkeuren door de 'commissie tot nazien van de huishoudelijke reglementen der afdelingen'.

Dat alleen al bezorgde de commissie veel werk. Bovendien schoven kleinere afdelingen het probleem op de lange baan, zoals Oldambt, Groningen en Tilburg. Daar waren nog geen of maar weinig specialisten, zodat er nog geen behoefte was aan een definitie. De afdelingskring Tilburg bijvoorbeeld, beantwoordde de vraag van de commissie hoe het begrip specialist was omschreven met: 'ons huishoudelijk reglement is nog niet vastgesteld'.³² In 1916 waren in Tilburg slechts drie specialisten gevestigd:³³ een chirurg-gynaecoloog, een oogarts en een kno-arts.³⁴ Ook grotere afdelingen bleken echter niet veel energie in de definitie te willen steken. De qua specialistenaantal grote afdeling Arnhem wenste te wachten tot de bespreking van het specialistenrapport in de algemene vergadering. Toch kostte het de commissie ook daarna nog het nodige heen en weer geschrijf alvorens de afdeling bereid was een beschrijving in het huishoudelijk reglement op te nemen. Toen die vergadering er eenmaal was geweest, was het volgens de afdeling niet meer nodig een definitie op te stellen.³⁵

De omschrijvingen van de afdelingen die dat wel deden, varieerden in lengte. Rotterdam en 's-Gravenhage volstonden met een kort en bondig leden, die uitsluitend

28. Onder meer: ARA, archief NMG, inv. nr.199, S18-I, 'Positie specialisten-ziekenfondsen, 26-7-1914', 4.

29. 'Verslag polikliniekcommissie over 1910-1911', 1039-1040; 'Rapport over de aan ziekenfondsen te verleenen hulp', (1914) (Rapport specialistenhulp ziekenfondsen) 2046; 'Rapport commissie verhouding specialisten - ziekenfondsen', (1915) (Rapport positie specialisten-ziekenfondsen) 1260.

30. Voorstel afd. Utrecht; in het eerste verslag van de polikliniekcommissie in 1908, was ook al op deze mogelijkheid gewezen: (1908), 1609.

31. Burger, e.a., *Gedenkboek NMG 1924*, tabel A.

32. Gemeentearchief Tilburg, 'Notulen NMG-afd. verg. 29-3-16'.

33. Ibidem, 27-9-16.

34. *Genk. Jrb.*, 1916.

35. ARA, archief NMG, inv. nr.233, 'Correspondentie in 1916 tussen secr. NMG en secr. bestuur afd. Arnhem', 25 mrt; 25 mei; 20 sept; 19 okt.

een onderdeel van de geneeskunde als afzonderlijk vak uitoefenen.³⁶ Het reglement van de Geneeskundige Kring in Amsterdam (1916) was veel uitvoeriger: 'de leden, die zich in de uitoefening hunner praktijk beperken tot een bepaald gedeelte der geneeskunde, niet als hoogleraar of buitengewoon hoogleraar aan een universiteit zijn verbonden, en die geen algemeene praktijk uitoefenen anders dan in hunne dienstbetrekking als officier van gezondheid'.³⁷ In het voorgaande werd weliswaar de 'Amsterdamse' definitie aangehaald, maar in Amsterdam zelf bleek die al spoedig na haar ontstaan niet meer te voldoen. Na 1905 waren daar de plaatselijke omstandigheden gewijzigd; de verstandhouding tussen sommige medische hoogleraren en de vrij-gevestigde specialisten was inmiddels slecht. Toch gingen, volgens de voorzitter van de plaatselijke geneeskundige kring, de hoogleraren met hun uitsluiting akkoord.³⁸ Deze omschrijving had als consequentie dat een Amsterdamse 'gemeente-arts die tevens specialist is',³⁹ zich niet bij de ziekenfondsen mocht aansluiten.

De specialisten in de afdeling van de universiteitsstad Leiden traden veel minder op de voorgrond dan hun Amsterdamse collega's. Deze afdeling had de uitsluiting van hoogleraren niet opgenomen in de definitie.⁴⁰ Leiden gaf daarentegen zowel een beschrijving van een specialist als van een halfspecialist, want er waren alle mogelijke gradaties in specialisten. Onder deze halfspecialisten rangschikte men een drietal varianten: huisartsen met een enkel spreekuur als specialist, kinderartsen die zowel huisarts als specialist van kinderen waren en specialisten met meerdere of ongebruikelijke combinaties van vakken.

Desondanks nam de algemene vergadering van de NMG in 1916 een 'modeldefinitie' aan om in de afdelingen als leidraad te dienen.⁴¹ De Amsterdamse invloed was evident. Het was vrijwel dezelfde als die van de Geneeskundige Kring aldaar. Alleen was er nog iets aan toegevoegd: het 'gedeelte van de geneeskunde' diende nauwkeurig te worden omschreven. De commissie inzake de herziening van de huishoudelijke reglementen kon nu tenminste de afdelingen die zelf nog geen definitie hadden geformuleerd, in overweging geven dit model over te nemen.⁴²

2.3. Halfspecialisten

In de visie van tijdgenoten dankten specialisten, zoals gezegd, hun ontstaan aan de geweldige omvang die de bijzondere vakken hadden aangenomen, de speciale technieken en de uitgebreide literatuur.⁴³ Dit impliceerde tevens dat combinaties onmogelijk waren. Officiële artseninstanties legden daarom in de definities van specialist zo'n nadruk op de beperking tot één bepaald onderdeel van de geneeskunde. Combinaties konden echter niet worden verboden.⁴⁴

36. ARA, archief NMG, inv. nrs.235 en 234, respectievelijk art. 50 van het huishoudelijk reglement van Rotterdam, 1916 en art. 107 van het huishoudelijk reglement van 's-Gravenhage, 1916.

37. ARA, archief NMG, inv. nr. 233, 'Huishoudelijke reglementen afd. Amsterdam'.

38. H. Brongersma; ARA, archief NMG, inv. nr.47, 'Handelingen NMG, 67e verg. (1916)', 580.

39. ARA, archief NMG, inv. nr.199, 518-1, 'Positie specialisten-ziekenfondsen, 5e verg. 24-1-1915', 248.

40. ARA, archief NMG, inv.nrs. 234 en 235, huishoudelijke reglementen 1916 van respectievelijk afd. Groningen, art. 30 en afd. Leiden art 60.

41. 'Besluiten 67e alg. verg.' art. 251 huishoudelijk reglement NMG, *NTvG* 60 (1916) II, 279.

42. ARA, archief NMG, inv. nr.235, 'advies NMG-secr. Schreve aan afd. Oldambt, 29-7-1916'.

43. Onder meer: J. Baart de la Faille, 'Openingsrede 40e alg.verg. (1889)': 'zijne wetenschap, die een zoo grooten omvang heeft gekregen vormde specialisten', 66; Burger, 'Het polikliniekvraagstuk', 1885.

44. 'Jaarverslag SC 1926', 2210-2211; 'Jaarverslag SC 1930', 2309.

De term halfspecialist was de verzamelnaam voor allerlei varianten op het begrip specialist 'uit de definities'. Een halfspecialist vervulde een soort dubbelfunctie. De eerste variant was dat hij zowel huisarts was als specialist. De huisarts voegde iets nieuws toe aan zijn praktijk en daarover kon men verschillend denken. Men kon dit als een goede oplossing beschouwen voor het probleem in de 'periferie' waar specialisten zich niet konden vestigen, omdat het inwonertal niet groot genoeg was. Daarentegen zagen anderen die meer moeite hadden met dit fenomeen dit als een impuls voor de huisartsenpraktijk. Het ongenoegen richtte zich dan vooral op de halfspecialist die zijn hoofdbestaan zocht in de algemene praktijk en daarnaast één of twee spreekuren hield als 'specialist'. Specialisten vonden overigens in het algemeen dat deze categorie halfspecialisten huisartsen waren. De algemene praktijk, of praktijk als gemeentearts, kon met ieder specialisme worden gecombineerd. Meestal waren dat echter enkele spreekuren op een consultatiebureau voor zuigelingen, tuberculose of huidziekten of (in een later stadium) werkzaamheden als patholoog-anatoom.

Kinderartsen waren eveneens halfspecialisten; zij legden zelfs het grootste beslag op deze titel. Kinderartsen beperkten zich weliswaar tot kinderen, maar het merendeel van de kinderartsen was tevens de huisarts van kinderen. Zij beperkten zich niet tot de consultatieve praktijk. De derde groep van halfspecialisten werd gevormd door specialisten die zich niet beperkten tot één onderdeel van de geneeskunde of tot de 'traditioneel' bij elkaar horende onderdelen. Deze halfspecialisten noemde men ook wel dubbelspecialist en de specialismen die zij uitoefenden: onzuivere specialismen. Ten slotte was er nog een groepje 'diversen'. Degenen met ongebruikelijke, meervoudige combinaties en huisartsen, die wel extra verrichtingen deden, maar waarbij het begrip halfspecialisme niet terecht was.

Bij de combinatie huisarts-heelkundige op het platteland komt er rond 1900 een probleem om de hoek kijken. Was dat een halfspecialist of een huisarts?⁴⁵ Was zijn heelkundige opleiding en ervaring veel groter dan die van de stadsarts? Dit wordt niet duidelijk uit de studie van Veltheer over de lotgevallen van de universiteitskliniek te Utrecht. Enerzijds concludeert deze auteur, dat op het gebied van de heelkunde voor de Utrechtse studenten tussen 1896 en 1906, de medische studenten goed waren voorbereid op de algemene praktijk. Dat was vooral van nut in die plaatsen waar geen ziekenhuizen met specialisten waren.⁴⁶ Anderzijds stelt hij dat tussen 1890 en 1910 menig chirurgisch-assistent assistent was, omdat hij zich op het platteland wilde vestigen.⁴⁷ Overigens was de keuze voor het platteland minder vrijwillig dan uit deze zinsnede van Veltheer valt op te maken. Rond de eeuwwisseling waren geneesheren door de 'overvulling' van het beroep gedwongen naar het platteland uit te wijken.

Maar zelfs met een aanvullende opleiding was een plattelandsarts nog geen halfspecialist. 'Van de groote operaties onthoudt hij zich wijzelijk'.⁴⁸ Na 1890 werden de grotere operaties door een chirurg in een daartoe ingericht ziekenhuis gedaan.⁴⁹ Ook de plattelandsbevolking werd in 'een van onze vele kleine ziekenhuizen door den zich verplaats-

45. Van 'oudsher' waren de geneesheren die zich op het platteland wilden vestigen heel- en verloskundigen.

46. Veltheer, *Heelkunde te Utrecht*, 157.

47. *Ibidem*, 195.

48. Bruinsma, 'Vrijheid uitoefening geneeskunst', 382.

49. Verslag gemeenteraad Arnhem over 1893, 2-12-1893, 939; raadslid Verschuier: 'De groote veranderingen gedurende de laatste jaren in de chirurgische wetenschap, hebben tot gevolg gehad, dat ieder belangrijk geval niet meer à domicile wordt behandeld, maar in de ziekenhuizen.'

ende chirurg' geopereerd.⁵⁰ Anders dan de stadsarts, nam de plattelandsarts wel de 'petite chirurgie' voor zijn rekening, zoals hechtingen, het verwijderen van onderhuidse cysten en het 'zetten' van gebroken polsen, armen en benen. Alleen in acute noodsituaties kreeg een plattelandsarts ook met grotere operaties te maken, waaronder zelfs radicale operaties bij mastoïditis:⁵¹ de tot de verbeelding sprekende operaties op de 'keukentafel'.

Behalve een aanvullende opleiding, was het 'houden' van een polikliniek een belangrijk criterium voor de 'titel' specialist. Dit is eveneens belangrijk bij de vraag of een plattelandsdokter een halfspecialist was. Op het platteland waren geen poliklinieken. Dat betekende overigens niet, dat de plattelandsbevolking deze faciliteiten niet wist te vinden. Zelfs de inwoners uit de qua artsendichtheid stiefmoederlijk bedeelde provincies als Limburg, Zeeland en Friesland bezochten poliklinieken, zij reisden daarvoor naar ver weggelegen steden.⁵²

Op het platteland vestigden zich ook artsen die een 'voldoende' opleiding tot chirurg hadden gevolgd. Zo vestigde C. Metzlar (1863-1939) zich in het begin van de twintigste eeuw als geneesheer in Apeldoorn, dat omstreeks 19.000 inwoners telde. Wat zijn opleiding betrof, mocht hij zich met goed recht chirurg-obstetricus noemen en door de combinatie met de algemene praktijk, halfspecialist. Na zijn algemene opleiding bekwaamde hij zich drie jaar in deze vakken in achtereenvolgens Berlijn, Rotterdam en in Leiden.⁵³ Desondanks was hij naar alle waarschijnlijkheid geen halfspecialist, omdat aan de specialistenbevoegdheid ook een ervaringsclausule was gekoppeld. Het ziet ernaar uit dat Metzlar niet voldoende patiënten had om zijn chirurgische vaardigheid te behouden. De afdeling heilkunde van de Arnhemse polikliniek behandelde veel patiënten uit Apeldoorn en het plaatselijke ziekenhuis was een huisartsenziekenhuis (zie daarvoor paragraaf 4 van dit hoofdstuk). Het telde slechts twaalf bedden en beschikte sinds 1896 over een operatiekamer.⁵⁴ In dergelijke kleine ziekenhuizen betekende dat meestal dat de ruimte niet geschikt was voor grotere operaties. De ruimte diende als EHBO- en onderzoekkamer voor de onvermogende patiënten van de huisartsen. De 'operatiekamer' was vooral ingericht, omdat het er hygiënischer, lichter en ruimer was dan in de woningen van de armen.

Specialist of halfspecialist?

In de NMG was de nodige kritiek op het fenomeen halfspecialist. De eigen functie, algemeen arts of specialist, bepaalde op welke categorie de kritiek was gericht. De kritiek van huisartsen richtte zich vooral op de variant huisarts-specialist. Patiënten uit een gewone huisartsenpraktijk zouden naar de algemene praktijk van die halfspecialist kunnen overlopen door de 'reclame' die deze maakte met zijn reputatie als specialist. De NMG trachtte deze concurrentieproblemen op te lossen door het opstellen van zogenaamde gedragsregels. De meeste kritiek van de huisartsen ging naar de kinderartsen. Juist deze halfspecialisten-kinderartsen waren het meest vertegenwoordigd; zoals blijkt uit cijfermateriaal uit 1906 en 1918.

50. Cammaert, 'Verdwijning of wedergeboorte huisarts', (1931), 5633.

51. Ibidem.

52. Verslag polikliniekcommissie over 1908', 1597.

53. Mededeling van W. Wijk, auteur van *Honderd jaar KNMG-afdeling Apeldoorn*.

54. Wijk, *Honderd jaar KNMG-afdeling Apeldoorn*, 6.

In het eerste rapport van de zogenaamde polikliniekcommissie deed de commissie verslag van haar onderzoek bij alle als zodanig bekendstaande poliklinieken voor on- en minvermogenenden.⁵⁵ Van de (volgens NMG-berekeningen) omstreeks 360 specialisten in 1906 kwamen naar het inzicht van de commissie 104 specialisten in aanmerking voor het onderzoek, 100 specialisten reageerden op de enquête van de commissie. Daarvan was viervijfde deel specialist, te weten 81. De overige negentien waren halfspecialist, zij combineerden hun specialistische praktijk met een algemene praktijk. Daaronder waren achttien kinderartsen.⁵⁶

Kinderartsen hadden ook geen andere keus. Alleen 'onder zeer gunstige persoonlijke omstandigheden' kon een kinderarts zich tot een consultatief specialisme beperken.⁵⁷ De combinatie huisarts en specialist van kinderen betekende dat de kinderarts de kinderen thuis bezocht, en dat hij niet alleen specialistische aandoeningen behandelde, maar ook allerlei lichte ongesteldheden. De polikliniekcommissie drong er echter ook bij de poliklinieken kindergeneeskunde op aan zich aan de voorschriften der commissie te houden en zich te beperken tot het specialisme. Zo kreeg de leider van de polikliniek van het Arnhemse kinderziekenhuis – een kinderarts die tevens gemeentelijk geneesheer was – het verzoek dat 'de polikliniek door speciale, uitsluitend beoefenaars van het speciale vak wordt geleid of daartoe door de afdelingsraad geadmitteerde beoefenaar.'⁵⁸

De beperkende maatregelen in de afdelingen betroffen niet de andere variant op het begrip halfspecialist, de dubbelspecialismen. De halfspecialisten die twee of meer specialismen beoefenden werden pas in 1931 gereguleerd met de inwerkingtreding van de specialistenregistratiecommissie (SRC). In 1937 besloot de SRC dat er slechts enkele dubbelspecialismen mochten worden gehandhaafd: huid- met geslachtsziekten, zenuw- met zielsziekten en verloskunde met vrouwenziekten.⁵⁹

De kritiek van specialisten was wél gericht op de niet voldoende geachte kwaliteit van halfspecialisten. De NMG besteedde daaraan vrijwel geen aandacht. Specialisten bedoelden daarmee vooral de dubbelspecialismen en de huisartsen met enkele spreekuren als 'specialist'. Zij beperkten hun acties tot het weren uit de ziekenfondsen van niet juist geachte combinaties. Vanaf het begin van de twintigste eeuw werd de combinatie huisarts-specialist min of meer uit de grote steden verdreven. Dat betekende niet, dat er rond de eeuwwisseling geen specialisten meer waren die nevenwerkzaamheden verrichtten. Vooral specialisten die zich net hadden gevestigd en die geen 'relaties' of eigen vermogen hadden, waren voor hun inkomen afhankelijk van bijverdiensten uit keuringen, controle, doodsschouw, schoolartsendienst of EHBO-lessen. Bij huisartsen en specialisten waren dergelijke functies erg in trek. Als een specialist zo'n functie kreeg, betekende het wel dat zijn 'hoofdberoep' specialist was.

Een halfspecialist kon zich sinds 1902 niet zonder meer in deze hoedanigheid aansluiten bij een ziekenfonds waarmee een collectief contract werd gesloten. Hij had daarvoor dispensatie nodig van de plaatselijke NMG-afdeling voor het voorschrift dat geen algemene praktijk mocht worden uitgeoefend. Deze dispensatie mocht slechts worden verleend als

55. 'Verslag polikliniekcommissie over 1908', 1593-1612.

56. *Ibidem*, 1595.

57. Archief Ned. Ver. v. Kindergenk., 'Notulen verg. 3- en 4-7-1908'.

58. *Ibidem*.

59. 'Jaarverslag SRC 1937', 1283. In zijn gedenboek van de SRC vermeldt De Vink dat de NMG in 1939 vier dubbelspecialismen erkende, de genoemde en heelkunde met gynaecologie; De Vink, *Geschiedenis SRC*, 35.

ter plaatse nog geen specialist was gevestigd in het specialisatiegebied van de halfspecialist. Omdat het merendeel van de specialisten voorlopig in de grote steden was gevestigd,⁶⁰ was daar de kans op dispensatie niet groot (zie bijlage 3, tabel 20). De huisartsen waren veel te beducht voor de concurrentie van de halfspecialisten hetzij als kinderarts hetzij als 'specialist' met een enkel spreekuur. De halfspecialisten moet men derhalve voornamelijk in de kleinere plaatsen zoeken. Voornamelijk, want er waren wel uitzonderingen. In Den Haag had bijvoorbeeld L. van der Hoeven (1857-1932) sinds 1885 een huisartsenpraktijk, terwijl hij tevens chirurg was in het kinderziekenhuis. Dit was slechts een kleine taak; hij stond dan ook als huisarts bekend en was bij de huisartsen ingeschreven.⁶¹ Bovendien sloot niet iedere arts zich aan bij de collectieve contracten. Eveneens in Den Haag was er veel kritiek op halfspecialisten. Dit bleken vooral de twee specialisten te zijn die uitsluitend waren te consulteren voor zowel vrouwenziekten als kinderziekten. Zij mochten niet meedoen aan de collectieve contracten.

De 'verbanning' naar kleinere plaatsen beperkte het totale aantal halfspecialisten. Het optreden van deze categorie moet als een niet-dominant verschijnsel worden aangemerkt. Dit wordt ondersteund door gegevens uit 1918 die vollediger zijn dan de hierboven aangehaalde cijfers uit 1906. In verband met de heersende ontevredenheid bij de specialisten over hun belangenbehartiging door de NMG, werd in 1918 een vragenlijst gezonden aan 576 van de omstreeks 600 leden-specialisten. Zij werden nader omschreven als 532 specialisten en 44 halfspecialisten.⁶²

3 SPECIALISMEN

Naast de bepaling van het aantal specialisten, de moeilijkheden rondom een uniforme definitie en het vóórkomen van halfspecialisten, is het volgende belangrijke thema van dit hoofdstuk: specialismen en de erkenning en afbakening daarvan.

3.1. De afscheiding van specialismen

De definiëring van specialismen was nog moeilijker dan de definiëring van specialisten. Wanneer er over medische specialismen wordt gesproken, verwacht men dat daaraan gemeenschappelijke technieken en concepten ten grondslag liggen en dat de medische faculteiten aanknopingspunten zouden geven dat er nieuwe disciplines gloorden. Het één noch het ander was het geval. Het vakgebied van de specialismen was, met uitzondering van oogheelkunde, in deze periode van opkomst (1890-1920) niet uitgekristalliseerd tot een duidelijk omljnd geheel.

Eulner, die de ontwikkeling van medische specialismen in Duitsland beschrijft, beschouwt de inrichting van nieuwe zelfstandige vakgebieden aan de universiteit als de belangrijke aanwijzing dat er nieuwe speciaalvakken ontstonden. De lijn professor-faculteit-regering was in Duitsland voor de specialisering van groot belang.⁶³ In Parijs daarentegen verzetten de faculteiten zich tegen de instelling van speciaalvakken in het curriculum

60. Ribbius, 'De specialisten en de Maatschappij', 1610: 'het overgrootte deel van de specialisten is in de drie groote steden gevestigd'.

61. Lindeboom, *Dutch medical biography*, 882.

62. ARA, archief NMG, inv. nr.200, S19; onder meer: 'Verg. DB-NMG, 1-9-1918', (het specialistenvraagstuk).

63. Eulner, *Entwicklung Spezialfächer*, 3, 22, 27.

van de algemene opleiding. Zij wilden geen afkalving van de bestaande klinische vakken. Een compromis werd gevonden door de instelling van zes aanvullende opleidingen in speciaalvakken, die niet door hoogleraren werden gegeven, maar die op een lager niveau werden gedoceerd.⁶⁴ Desondanks bleek deze uitbreiding in de lesstof voor de betreffende specialismen belangrijk.⁶⁵ In Engeland gaven de categorale klinieken de eerste aanzet tot de erkenning van specialismen.⁶⁶

In Nederland speelden de universiteiten bij de opkomst van de eerste specialismen geen initiërende rol. Net als in Engeland gaven ook hier enkele categorale klinieken een belangrijke aanzet tot de vorming van specialismen, zoals de oog-, kinder- en enkele vrouwenklinieken. Dit werd vrij snel daarna aangevuld met niet aan ziekenhuizen verbonden, 'extramurale' specialistische poliklinieken. Deze boden een breder scala aan specialismen dan de poliklinieken van de universiteitsziekenhuizen. Vervolgens kwamen er ook in enkele ziekenhuizen in de grote steden specialisten anders dan heelkundigen en 'internisten'. Deze initiatieven werden vroeg of laat gevolgd door de instelling van zelfstandige vakgebieden aan één of meerdere universiteiten voor dat bepaalde onderdeel van de geneeskunde. Het optreden van specialisten, die zich door zelfstudie in een vak hadden bekwaamd, bevorderde dat het vak een nieuw zelfstandig vakgebied, een speciaalvak werd. Zo waren poliklinieken van kno-artsen al jaren in bedrijf toen in 1907 kno-heelkunde een zelfstandig vak werd.⁶⁷

In de besluitvorming van de regering of een vak, dat in de praktijk dus reeds als een specialisme werd uitgeoefend, in de algemene opleiding ook die status kreeg, waren universiteit en hoogleraar wel een belangrijke schakel. Aan het ontstaan van zo'n speciaalvak ging geen algemene theorievorming vooraf die op de benodigde kennis en ervaring van een algemeen arts was geënt. Hoe een specialisme-in-wording aan de universiteit werd onderwezen, was erg afhankelijk van de persoonlijke opvattingen en belangstellingsfeer van een hoogleraar. Het Academisch Statuut maakte voor een aantal specialismen een eind aan deze situatie. Sindsdien was kindergeneeskunde een onderdeel van het artsexamen. Voorts moest voor de toelating tot het tweede gedeelte van het artsexamen een verklaring worden overgelegd dat de semi-arts voldoende kennis had van oogheelkunde, kno-heelkunde, huid- en geslachtsziekten en van vrouwenziekten.⁶⁸

Samengevat was in de periode 1890-1920 de algemene lijn bij het ontstaan en de erkenning van de eerste specialismen die niet tot de domeinspecialismen behoorden:

1. categorale klinieken, specialistische poliklinieken en enkele algemene ziekenhuizen
2. instelling van een zelfstandig vakgebied aan één of meerdere universiteiten
3. reglementering en opleiding.

De route van de vorming van een nieuwe discipline verliep daarnaast nog langs de oprichting van wetenschappelijke verenigingen en de titel 'specialist' waarmee de beoefenaars van een bepaald onderdeel van de geneeskunde zich gingen sieren. Een specifieke

64. Te weten: geestes- en zenuwziekten, huidziekten, geslachtsziekten, kinderziekten, oogziekten en ziekten der urinewegen; Weisz, 'Development of medical specialization', 164.

65. Ibidem.

66. De eerste oogkliniek die mogelijkheden voor de medische opleiding bood werd in 1804 in Londen geopend. Vanaf omstreeks 1880 werden de opleidingsmogelijkheden in Engeland wat groter. Sinds die tijd kwamen er ook in de algemene ziekenhuizen specialistische poliklinieken. Stevens, *Impact of specialization* 27.

67. Vanaf dat jaar werd er van Rijkswege geld ter beschikking gesteld voor kno-heelkunde.

68. Het Academisch statuut. KB van 15 Juni 1921, Stbl. nr. 800.

opleiding tot specialist gaf ten slotte aan dat de formatie van een nieuwe discipline was voltooid.

Kritiek op de algemene opleiding

'Langzamerhand snap ik wat specialiteit zijn in de grond wil zeggen: 't betekent dat je een ding doet en dat je dat ding een klein beetje kent, van welk ding de collegaas zeer ten onrechte absoluut niks afweten.⁶⁹

Deze passage is afkomstig uit een brief die de dermatoloog-uroloog L.M. de Buy Wenniger (1875-1943) in 1902 aan zijn verloofde schreef. Daaruit spreekt zowel verwarring over het specialist-zijn als kritiek op de algemene opleiding. Deze kritiek was niet nieuw. Sinds de ontwikkeling van de eerste specialismen kregen universiteiten het verwijt, dat zij de speciale vakken niet die aandacht gaven die zij verdienden. Na 1860 werd aan een deel van de universiteiten bijvoorbeeld het onderwijs in de oogheelkunde overgelaten aan de basisvakken docerende fysiologen, chirurgen of anatomen. Terwijl er juist op dat gebied in die tijd grote vorderingen waren gemaakt.⁷⁰ De Hoger-onderwijswet (1876) bepaalde dat aan elke universiteit de volgende vakken moesten worden onderwezen: ontleedkunde, fysiologie, ziektekunde en ziektekundige ontleedkunde, geneeskunde, heelkunde, verloskunde, kennis der geneesmiddelen en geneesmiddelenleer, gezondheidsleer, geneeskundige politie en gerechtelijke geneeskunde.⁷¹ Voor het onderwijs in de vakken psychiatrie, oogheelkunde en oorheelkunde bracht de wet enige verbetering. Tenminste één der rijksuniversiteiten moest deze vakken onderwijzen.⁷² Door de wetgeving werd het vakkenaanbod alleen maar onoverzichtelijker, dit verschilde toch al per universiteit: een universiteit had voor een speciaalvak een (buitengewoon) hoogleraar, een lector, een prievaatdocent of geen extra functionaris (zie tabel 5).⁷³

Een ander gevolg van de Hoger-onderwijswet was dat de uitgaven van de universiteiten aanmerkelijk toenamen. Dat kwam onder meer door de vele benoemingen: waren er in 1861 nog 20 docenten aan de medische faculteiten, in 1881 waren er al 45.⁷⁴ Door de economische recessie in de jaren tachtig en de toename van het aantal medische studenten verslechterde de situatie aan de universiteiten echter weer.⁷⁵ Omdat de universiteiten de toeloop niet aankonden, bleef er veel kritiek op de accommodatie voor de praktische vakken. Bovendien vroegen nu veel meer nieuwe 'speciaalvakken' de aandacht, zoals keelheelkunde, dermatologie, vrouwenziekten en kinderziekten. In het laatste decennium van de negentiende eeuw nam ook de kritiek op het onderwijs in de speciale vakken weer toe.

De hierboven genoemde huisarts Van der Hoeven beschrijft dat er in zijn tijd, omstreeks 1880, in Leiden nog geen onderwijs werd gegeven in huidziekten, oor- neus- en keelheel-

69. Verhoef, 'Ik voel niet dat ik nuttig ben', 59.

70. 'Verslag inaugurele rede Mulder', 65o.

71. De Knecht-van Eekelen, 'Intreeredes', 120.

72. Snellen, 'Oogheelkundige verpleging', IV; Quix, 'Onderwijs keel-, neus- oorheelkunde', 305.

73. Met de invoering van diezelfde wet werd het instituut van privaattoecent en buitengewoon hoogleraar wettelijk geregeld; Wachelder, *Universiteit*, 78.

74. Huet, 'Openingsrede 32e alg.verg.', 475.

75. Autos, 'Toestand en toekomst van de opleiding der geneeskundigen', 33 en 35; *Handelingen 1876-1890*, Staatsbegrooting, Bijlage A, hoofdstuk V.

Tabel 5:
Onderwijs in oog- en kno-heelkunde in Amsterdam, Leiden, Utrecht en Groningen in de tweede helft van de negentiende eeuw

	Oogheelkunde	Oorheelkunde	KNO-heelkunde
Amsterdam	1868 <i>l</i>	1873 <i>d</i> 1886 <i>bh</i>	1905 <i>h</i>
Leiden*	1869 <i>bh</i>		1907 <i>bh</i>
Utrecht	1877 <i>h</i>	1866 <i>d</i>	1907 <i>l</i>
Groningen	1890 <i>h</i>		1907 <i>bh</i>

d= *privaatdocent*, *l*= *lector*, (*b*)*h*= (*buitengewoon*)*hoogleraar*

* In Leiden was evenwel tot 1907 aan de hoogleraar oogheelkunde ook het onderwijs in de oorheelkunde opgedragen; Quix, 'Onderwijs keel, neus- oorheelkunde', 305. 'Na verloop van tijd' droeg deze hoogleraar echter het onderwijs oorheelkunde over aan een *privaatdocent* die 'tevens larynchologie doceert'; *Handelingen 1905-1906*, Verslag 28e verg. (1905) 760.

Bronnen: Struben, *Vooruitgang KNO-Heelkunde*, 144 en 'Binnenland', *NTvG* (1885) 42. Zie voor een volledig overzicht van de docenten en hun leeropdrachten: De Knecht-van Eekelen, 'Intree-redes', 140-147.

kunde, psychiatrie, kinderziekten en bacteriologie.⁷⁶ Anderen hadden kritiek op het onderwijs in vrouwenziekten. Voor A.E. Simon Thomas (1820-1886), die van 1848-1886 hoogleraar verloskunde te Leiden was, was 'het onderwijs in de leer der vrouwenziekten geheel bijzaak'. Zijn leerling T. Halbertsma (1841-1898), hoogleraar verloskunde te Utrecht van 1867-1898, zou 'de gynaecologie nog minder als bijzaak onderwijzen'.⁷⁷ Dit laatste lijkt in tegenspraak met hetgeen Halbertsma in zijn oratie stelde, namelijk dat er een innige band moest bestaan tussen de bestudering van vrouwenziekten en verloskunde.⁷⁸ Halbertsma kon echter zijn studenten geen kliniek voor verloskunde en vrouwenziekten bieden.⁷⁹ Hij beschikte over één operatiekamer, waarin hooguit tien studenten 'iets van eene operatie kunnen zien'. De kamer diende tevens als museum voor gynaecologische preparaten en instrumenten, als onderzoekkamer en als kamer voor de hoogleraar.⁸⁰

Ook na de eeuwwisseling bleef er kritiek, zoals al bleek uit het hierboven genoemde citaat van De Buy Wenniger. Hiaten in het onderwijs waren ook vrijwel onvermijdelijk. Ook enkele hoogleraren en docenten hadden kritiek op het onderwijs: de studenten kunnen niet voldoende praktische ervaring opdoen door een gebrek aan hulpmiddelen en ruimte,⁸¹ en 'het is dringend noodzakelijk een ingrijpende verbetering en uitbreiding van het onderwijs in kinderziekten aan de hoogeschole door te voeren [...], zoodat elke algemeen arts dit onderdeel ten volle zal beheersen'.⁸² Het onderwijs in andere 'specialismen' deugde volgens deze critici evenmin: 'Zooals algemeen bekend is wordt in Leiden, door genoemden titularis [de hoogleraar oorheelkunde] geen onderwijs in

76. Van der Hoeven, *Uit den praktijk van een medicus*, 112-113.

77. Geciteerd door: Van Rooy, *Een blik op heden en toekomst der gynaecologie en verloskunde*, 4, noten 1 en 2.

78. Beukers, 'De opkomst van het universitair onderwijs in verloskunde en gynaecologie', 251.

79. *Ibidem*.

80. Halbertsma drong jaar in jaar uit bij de regering aan op verbetering en uitbreiding van de lokalen voor het klinisch onderwijs. *Handelingen 1889-1890*, Bijlage A, Staatsbegroting 1890, Voorl. Verslag, V.2, 13.

81. Snellen, 'Oogheelkundige verpleging', I-XV, V.

82. Burger, 'Polikliniekvraagstuk', 1885.

oorheekunde gegeven';⁸³ 'Het feit is niet te weerspreken dat in het algemeen de geneeskundigen hier te lande op het gebied der keel-neus-oorheekunde vreemdelingen zijn gebleven [...]; slachtoffers zijn in gelijke mate de dermatologie, urologie en syphilologie en tot zekere hoogte ook de paediatric'.⁸⁴ Pas in 1918 werden er bij de algemene opleiding over kindergeneeskunde voor het eerst examenvragen gesteld.⁸⁵ Voor de vakken vrouwenziekten en kindergeneeskunde werd eerst in het Academisch Statuut in 1921 geëist dat de student daarvan voldoende kennis moest hebben.⁸⁶

Ten slotte is er nog een andere bron die wijst op tekorten in de algemene opleiding. Als reactie op het ongenoegen van de leden over de praktische vorming van aanstaande artsen, stelde de NMG begin 1900 een commissie in. De opleiding bleek inderdaad veel te wensen over te laten. Het eerste rapport, dat deze commissie in 1906 uitgaf, vermeldt: 'de ervaring bij klinisch onderzoek is niet voldoende, de kennis der therapie is onvoldoende, de kennis der speciale vakken is onvoldoende'.⁸⁷ De voorzitter van de commissie, P.K. Pel (1852-1919), achtte bij de bespreking van het derde rapport (1911) het gemiddelde gehalte der artsen beter dan in het buitenland. Hij vond het daarom niet goed dat men altijd zo jammerde over de opleiding.⁸⁸ Op de noodzakelijkheid van een aanvulling van de praktische opleiding ging het rapport niet eens meer in. Elders waren daarvoor al bewijzen in overvloed aangehaald.⁸⁹

Blijft de vraag waarom voor het ene vak wel en voor het andere geen aparte leerstoel werd ingericht. Dat was niet, omdat het ene vak zoveel belangrijker, moeilijker of uitgebreider werd geacht dan het andere vak. Voor de regering waren in de periode 1890-1920 de financiële mogelijkheden en vooral onmogelijkheden, de belangrijkste criteria voor het al dan niet instellen van een aparte leerstoel voor een bepaald onderdeel van de geneeskunde.⁹⁰ Daarbij was het van belang hoe hoogleraren daarover dachten. Een deel van de hoogleraren zette zich daarvoor in en ondersteunde adressen van universiteit of wetenschappelijke vereniging aan de regering met het verzoek geld beschikbaar te stellen voor een nieuwe leerstoel.⁹¹ Anderen wilden geen terrein prijsgeven. Dergelijke hoog-

83. Quix, 'Onderwijs keel-, neus-, oorheekunde', 305.

84. Burger, 'Practische opleiding in de speciale vakken', 250.

85. Marland, 'A woman's touch', 121.

86. KB 15-6-1921, Staatsblad nr. 800.

87. Geciteerd door de rapporteur van de commissie 1910-1911, Hijmans van den Bergh, 'Handelingen 62e alg.verg. (1911)', 520.

88. *Ibidem*, 514.

89. Hijmans van den Bergh, A.A., e.a., 'Derde rapport blijvende commissie praktische en aanvullende geneeskundig onderwijs', 1365.

90. De universiteit van Leiden kreeg in 1910 geen geld voor een leerstoel in de dermatologie. Dit bleek helemaal niet nodig te zijn, want 'de verleende verdienstelijke wijze waarop aldaar buiten bezwaar van 's Rijks schatkist door een assistent dit vak werd gegeven was bekend'; *Handelingen 1909-1910*, Bijlage A, Staatsbegroting, Memorie van Antwoord, V.13, 36.

91. De universiteit van Groningen richtte een verzoek tot de regering om een hoogleraar in de oogheekunde te mogen aanstellen. Dat verzoek stuitte op bezwaren van de Tweede Kamer. Een hoogleraar in de oogheekunde in Groningen was niet nodig, 'daar de studenten die zich in het bijzonder op dit vak wenschten toe te leggen' daartoe toch in Utrecht de gelegenheid hadden. In 1890 mocht het toch. De Kamerleden zetten hun financiële bezwaren opzij, omdat het een te belangrijk vak was. *Handelingen 1889-1890*, Bijlage A, Staatsbegroting 1890, Voorl. Verslag, V.13, 7.

leraren pleitten dan bijvoorbeeld voor verbeteringen van het laboratorium, want dat 'was verre te verkiezen boven uitbreiding van het aantal leerstoelen'.⁹²

Een ander punt van overweging bij de erkenning van een vak als speciaalvak was of dat werd erkend als staande buiten de traditionele genees-, heel- en verloskunde. De op de organen gerichte en duidelijk gelokaliseerde oogheelkunde en keel-neus-oorheelkunde werden dientengevolge vrij probleemloos erkend als aparte vakken. Gedeeltelijk voldeden huid- en geslachtsziekten ook daaraan. Die vakken waren echter net als bijvoorbeeld kindergeneeskunde en tuberculose, gericht op ziekten die bij de inwendige geneeskunde hoorden of een onderdeel van de heelkunde waren, zoals orthopedie en urologie. Deze vakken kregen niet zomaar een specialistische aanpak. Dat kostte geld en dat was schaars. Eerst moest het duidelijk zijn dat de voortschrijdende kennis en techniek dit absoluut noodzakelijk maakten.

Wanneer de regering ten slotte had besloten over te gaan tot 'het beschikbaar stellen van de nodige krachten', bleek ten tweede male het belang van de economische factor: of deze krachten aan één of meer universiteiten werden aangesteld en in welke vorm. Een hoogleraar was uiteindelijk duurder dan een lector en een lector duurder dan een pri-vaatdocent.⁹³

Specialisatie: toenemende kennis en hiaten in het onderwijs

In het voorgaande kwamen al enkele van de ontwikkelingen naar voren die een bijdrage leverden aan de opkomst en snelle toename van specialisten. Zoals al eerder werd opgemerkt, was dat voor tijdgenoten logisch. De toenemende kennis en technologie maakte de algemene medische opleiding zo overladen dat er wel een afsplitsing moest komen. In zijn inaugurele rede als hoogleraar in de oogheelkunde te Groningen, vroeg M.E. Mulder (1847-1928) zich al in 1890 af of bij de grote uitbreiding van de geneeskundige studie ook nog kennis van de oogheelkunde kon worden gevergd.⁹⁴

Een volgende stimulans voor specialisatie waren de hiaten in de algemene opleiding. Er was veel kritiek op de opleiding, en vooral op het onderwijs in specialismen-in-wording. Nu was de kwaliteit van alle opleidingen aan universiteiten altijd een gewilde bron van kritiek.⁹⁵ Bij de medische studie zijn bestaande tekortkomingen ongetwijfeld nog aangedikt om het doel te bereiken: de instelling van zelfstandige vakgebieden. Dat neemt niet weg dat de critici recht van spreken hadden zolang het onderwijs in speciale vakken niet was gereguleerd. Een aanstaand arts werd geacht het hele vakgebied zowel theoretisch als praktisch te beheersen. Wanneer de universiteit voor een speciaal vak geen hoogleraar of lector had aangesteld, en als de belangstelling van de bevoegde algemene docent niet naar

92. Prof.dr. G. Heymans doelde hierbij op het onderwijs in de dermatologie; *Handelingen 1909-1910*, Voorl. Verslag, Staatsbegroting, Bijlage A, hfV, nr12, 20. Een jaar eerder was de wetenschappelijke vereniging van dermatologen door een lid geïnformeerd over de onderwijssituatie in Groningen. 'Bij ons in Groningen is tegenwoordig, en ook reeds sedert het nieuwe ziekenhuis in gebruik is genomen, geen priaatdocent voor dermatologie en ook niet voor urologie.' Zo nu en dan stelt de hoogleraar een dermatologisch geval voor, en het urologisch gedeelte neemt hij ook geheel voor zijn rekening; *Archief Ned.Ver.v.Derm.*, 'Correspondentie 1907-1919, 16-3-1908'.

93. Onder meer: (Dermatologie) *Handelingen 1909-1910*, Staatsbegroting, Voorl. Verslag, Bijlage A, V, nr 12, 24; (Kindergeneeskunde) *Ibidem 1922-1923*, Staatsbegroting, Va, nr 6, Memorie van Antwoord, 7-8.

94. Mulder vond dat inderdaad noodzakelijk omdat er een verband was tussen bepaalde interne ziekten en bepaalde oogaandoeningen; 'Binnenland', *NTvG* 34 (1890) I, 650.

dat vak uitging, was er voor de studenten echter een probleem. Zowel op theoretisch als op praktisch niveau, want er was dan voor dat vak hoogstwaarschijnlijk ook geen polikliniek.

Het hing af van de instelling én geldmiddelen van de toekomstige huisarts in hoeverre hij zijn kennis aanvulde. Dat was echter een vrijwillige aangelegenheid, die niet alleen extra geld kostte, maar die ook niet op speciaalvakken hoefde te zijn gericht. In Rotterdam waren al sinds de tweede helft van de negentiende eeuw mogelijkheden de klinische opleiding te completeren.⁹⁶ Aan de universiteitskliniek in Utrecht konden huisartsen rond de eeuwwisseling een chirurgische 'applicatiescholing' volgen.⁹⁷ In veel plaatselijke NMG-afdelingen hielden leden of genodigden enkele malen per jaar lezingen en demonstraties. De kwaliteit van deze bijeenkomsten staat niet vast. Zij waren in ieder geval zo breed en incidenteel, dat de leden daarmee niet veel extra algemene kennis konden verwerven. De vergaderingen waren bovendien vrijblijvend en werden over het algemeen ook maar matig bezocht. De artsencursussen, die enkele afdelingen na 1900 organiseerden, waren evenmin op speciaalvakken gericht. Zij beperkten zich tot nascholing. De cursussen werden sinds 1901 in Rotterdam gegeven, Amsterdam volgde in 1908, vervolgens kwamen er artsencursussen in Leiden, Utrecht en Groningen.⁹⁸

Het steeds signaleren dat de medische kennis zich zo uitbreidde, hield het gevaar in dat het een excuus kon zijn de algemene opleiding niet aan te passen. Dit was heel reëel. Op de rijksbegroting waren de universiteiten zo'n grote post dat de regering steeds financiële afwegingen moest maken. De begrotingsdebatten voor het onderwijs in de Tweede Kamer verliepen vrijwel altijd in een 'hand-op-het-beursje'-sfeer. De benoeming van professoren of lectoren in bepaalde vakken betekende zonder meer een vermeerdering van de kosten. Dit moedigde Kamerleden aan bezuinigingen te bepleiten met het argument dat er teveel doctoraten waren gespecialiseerd.⁹⁹ Het is zelfs aannemelijk dat de opkomst van de specialisten een uitbreiding van de algemene opleiding heeft afgeremd. Hiaten in de opleiding tot algemeen arts hoefden immers geen desastreuze gevolgen te hebben. Patiënten waren daardoor voor specifieke gevallen niet alleen meer op een huisarts aangewezen.

Een niet-voldoende aanbod van theoretische en praktische kennis in de opleiding tot algemeen arts, relateert ook hedendaagse ideeën over de, in vergelijking met de tegenwoordige tijd, niet zo indrukwekkende hoeveelheid kennis die een specialist rond 1900 ter beschikking stond. Een specialist had op zijn gebied meer kennis dan die algemeen arts, die niet zijn kennis had aangevuld via een privatdocent, bijscholing aan een andere universiteit of assistentschap.

95. Wachelder, *Universiteit*, 9.

96. Van Lieburg, *Medisch onderwijs te Rotterdam*, 90.

97. Veltheer, *Heelkunde te Utrecht*, 195.

98. Burger, e.a., *Gedenkboek geneeskundigen kring Amsterdam*, (1923) 115-117.

99. Het kamerlid Van Houten hekelde de aandrang die er was om van alle vakken specialiteiten te hebben. Zo werd er een te groot aantal hoogleraren benoemd; tot schade van de schatkist; *Handelingen 1887-1888*, II, Staatsbegroting, Beraadsl.art. hoofdst.V, 445, 12-12-1887.

3.2. Heelkundige specialismen

In de periode 1860-1890 legden zo hier en daar individuele artsen een speciale belangstelling voor één of enkele onderdelen van de geneeskunde aan de dag. Dit was de tijd van de domeinspecialismen (genees-, heel- en verloskunde), maar men kan dan nog niet van een 'beroep' van specialisten spreken in de in hoofdstuk 1 genoemde betekenis, ook al noemde men zich bijvoorbeeld oogarts. Aan de andere kant was het optreden van dergelijke individuen wel de basis waaruit specialismen groeiden.

De eerste specialismen die zich vanuit dit standpunt bekeken als zodanig manifesteerden, waren successievelijk oogheelkunde, (kn)o-heelkunde, vrouwenziekten en chirurgie. In alle steden waar zich vroeg of laat specialisten vestigden, behoorden deze specialismen tot de wegbereiders. Dit bleef zo, ook nadat er meer specialismen waren bijgekomen. In het *Geneeskundig Jaarboekje* van 1884 werden in zes steden 31 specialisten vermeld, van wie 21 voor oogziekten, vrouwenziekten en (kn)o-ziekten. In middelgrote steden bleef het aanbod daarentegen vaak gedurende langere tijd beperkt tot hooguit deze drie, waarbij vrouwenziekten werden gecombineerd met chirurgie. Pas na 1920 kwamen in deze steden meer specialismen. De opkomst van de eerste specialismen kan men op verschillende manieren benaderen, zoals de in hoofdstuk 1 genoemde domein-, instrument- en sociale specialismen. In de volgende paragrafen wordt een chronologische indeling gemaakt.

Oogheelkunde en oorheelkunde

Oogheelkunde was het eerste onderdeel in de geneeskunde dat zich vanaf 1850 als specialisme ontwikkelde (in de betekenis van de universitaire algemene medische opleiding met aangevulde kennis en ervaring).¹⁰⁰ In dit specialisatieproces kan men de oogspiegel zien als het organiserende object voor de inrichting van klinieken: daaromheen bouwde men als het ware een organisatie op. De oogspiegel was een belangrijke stimulans voor het afscheiden van oogheelkunde als speciaalvak én het mobiliseerde de geneesheren. Datzelfde proces ziet men min of meer bij röntgenapparaten en bij de mechanisatie van de nijverheid.¹⁰¹ Pasveer gaat nog verder. Zij betoogt dat de longtuberculose zich door de röntgenfoto's aanpaste aan de standaard van het nieuwe instrument.¹⁰² De belangrijke rol van een instrument in het specialisatieproces werkte op tweeërlei wijze. Zo hadden specialisten vóór 1920 weinig vertrouwen in de artsen van de consultatiebureaus ter bestrijding van tuberculose. Dat waren geen specialisten, maar huisartsen. Na 1920 maakten ook consultatiebureau-artsen gebruik van röntgenapparaten. Dat verhoogde hun prestige, omdat zij daarmee gingen werken, erkenden specialisten hen voortaan als specialist.¹⁰³

De oogspiegel was een belangrijke medische ontwikkeling. Daarmee kon men beter een diagnose stellen. Oogziekten en blindheid waren in de negentiende eeuw een grote plaag als gevolg van de veel voorkomende geslachtsziekten en de onhygiënische omstan-

100. Oogheelkunde behoorde tot één van de oudste 'specialismen'. Volgens Herodotus waren in Egypte ten tijde van de XIIe dynastie onder meer oogartsen: Eulner, *Entwicklung Spezialfächer*, 322, noot 363.

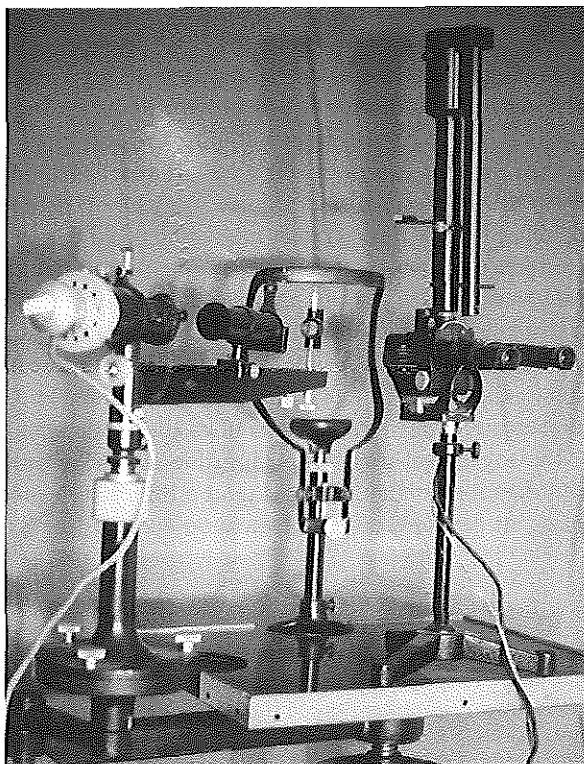
101. Lintsen, *Techniek en samenleving*.

102. Pasveer, *Shadows of knowledge*, V.

103. Heynsius van den Berg, *Herdenkingsrede*, 8-9.



Boven: Oogspiegel met gaslamp.
 Onder: Spleetlamp van Gullstrand (begin twintigste eeuw) voor het onderzoek van fijne bijzonderheden in het voorste gedeelte van het oog. De spleetlamp verlicht zeer scherp een gedeelte van het oog, met de hoornvliesmicroscopie kan in het levende oog microscopische veranderingen worden waargenomen. Bron: Museum Griffioen, Delft.



digheden waaronder veel gezinnen leefden.¹⁰⁴ De besmettelijke oogziekte trachoom was zelfs eenvoudig te bestrijden. Zolang echter in gezinnen de 'reinheid zeer veel te wenschen overliet' bleef trachoom woekeren.¹⁰⁵ De eveneens veel voorkomende oogziekte glaucoom kon effectief worden bestreden, mits zij vroegtijdig werd herkend. Maar dat gebeurde nog niet genoeg. Aan het einde van de negentiende eeuw was nog steeds omstreeks negen procent van de blindheid aan glaucoom te wijten.¹⁰⁶ De Groningse hoogleraar oogheelkunde Mulder pleitte daarom in 1890 voor verbetering van het onderwijs in de oogheelkunde in de algemene opleiding. Intussen waren al diverse oogklinieken opgericht en werkten in de steden één of meerdere oogartsen (zie de paragraaf over de categorale klinieken in dit hoofdstuk).

De oogspiegel was de eerste belangrijke stimulans tot deze specialisatie, de tweede was de grote vraag. Er waren behalve de vele patiënten met ernstige oogziekten, ook veel met andere oogziekten en oogafwijkingen, zoals ver- en bijziendheid, en afwijkingen die operatief konden worden verholpen, zoals staar. Daardoor kon een geneesheer zich in zijn praktijk uitsluitend tot het oog beperken. Door het grote aanbod kreeg hij bovendien voldoende mogelijkheden om zijn specifieke chirurgische kennis te ontwikkelen.

Deze verklaring lijkt aannemelijker dan de verklaring die Eulner aanvoert voor de toch vrij vroege stoot tot afscheiding van de oogheelkunde van de chirurgie. Deze auteur zoekt dat in de bijna gelijktijdig plaatsvindende ontdekking en invoering van narcose en oogspiegel.¹⁰⁷ In deze vroege periode was dat echter geen voldoende verklaring voor de afscheiding tot een apart specialisme. Wel kan daarmee de toename in oogoperaties worden verklaard.

In beginsel was ook het terrein duidelijk van het tweede zich ontwikkelend specialisme, de oorheelkunde. De oorheelkunde ontstond in de praktijk. Eulner beschrijft het als een chirurgisch vak, dat als het ware onder de handen van degenen die zich daarop toededen tot een specialisme uitgroeide.¹⁰⁸ De oorheelkunde als specialisme ontstond rond één operatie, de mastoïdoperatie. Men vond dat een moeilijke operatie, waarvoor de nodige ervaring was vereist. De ingreep was tijdrovend,¹⁰⁹ maar als alles goed ging levensreddend. Zo kon een fatale hersenvliesontsteking worden voorkomen. Daarmee hadden de oorartsen, evenals de oogartsen, iets heel bijzonders te bieden. Zij hoefden hun specifieke kwaliteit ook niet bij hun collega's aan te bevelen. Alhoewel er volgens de secretaris van de Nederlandsche Keel- Neus- Oorheelkundige Vereeniging ook wel algemene chirurgen waren die 'wanneer zij daartoe de gelegenheid kunnen aangrijpen' ooroperaties uitvoerden. De secretaris vond dat niet in het voordeel van de patiënten.¹¹⁰ Bovendien waren chirurgen, volgens een bericht in het *NTvG* in 1893, bijna zonder uitzondering niet vertrouwd met de techniek van de rhinoscoop. Voor hen bleef daardoor de vinger-exploratie van de neus-keelholte de enige methode van onderzoek.¹¹¹ Ook dat was niet in het voordeel van de patiënt.

104. Mulder gaf in zijn inaugurele rede als voorbeeld: 'De oogontsteking der pasgeborenen, het dikwerf voorkomende glaucoma en de ook in Drenthe bijvoorbeeld epidemisch heersende granuleuse ophthalmie', 'Verslag inaugurele rede Mulder', 650.

105. Rigter, 'Trachoom, de gesel van de Amsterdamse jodenbuurt', 620.

106. 'Verslag inaugurele rede Mulder', 650.

107. *Ibidem*, 346.

108. Eulner, *Entwicklung Spezialfächer*, 349.

109. ARA, archief NMG, inv. nr.199, S18-I, 'Positie specialisten-ziekenfondsen, 3-1-1915', 101.

110. Quix, 'Onderwijs keel-, neus-, oorheelkunde', 306.

111. 'Bladvulling', Citaat over rhinoscopie.

Nog in 1890 bestond het werk van een oorarts voornamelijk uit het wegnemen van ziek weefsel.¹¹² Een ontsteking van het mastoid was een complicatie van een middenoorontsteking en kwam veel voor zolang er geen geneesmiddelen voor waren, in dit geval antibiotica. Desondanks was een specialisme dat alleen de ziekten van het oor omvatte, voor een specialist te klein. Oorheelkunde werd rond 1890 vrijwel altijd in combinatie uitgeoefend met keel-¹¹³ en neusheelkunde. Deze samenvoeging was naar de mening van Eulner niet zozeer het gevolg van overeenkomsten in pathologie, aetiologie of symptomatologie. Het gemeenschappelijke bij deze drie onderdelen van de geneeskunde was het nauwe en donkere arbeidsgebied en de ontoegankelijkheid ervan voor de doorsnee chirurg.¹¹⁴ Door de samenvoeging had een kno-arts het nu wel druk. Vooral met de behandeling van de veel voorkomende en gevaarlijke bijholte- en middenoorontstekingen en infectieziekten als tuberculose en syfilis.

Over de terreinafbakening van kno-heelkunde als speciaalvak bleef men vooralsnog in het ongewisse. Zo verwijderde in 1902 een kno-arts (met succes) een hersenabces.¹¹⁵ In 1918 wist de voorzitter van de Nederlandsche Vereeniging voor KNO-heelkunde, de fysioloog H. Zwaardemaker (1857-1930), nog niet of 'ons specialisme ook de hypophyse chirurgie, de hersen- en de strumachirurgie tot haar terrein zal maken'.¹¹⁶

Chirurgie, van tweederangsvak naar specialisme

Tot aan het eind van de negentiende eeuw was chirurgie als specialisme minder duidelijk dan men zou verwachten. De medische opleiding omvatte ook een praktische opleiding in de heelkunde, zodat iedere geneesheer tevens heelkundige was. Na omstreeks 1880 ontstond daarnaast een specialistische vorm van chirurgie. Deze chirurgen werden vanaf de eeuwwisseling als specialisten beschouwd.

Vóór 1880 was de ontdekking van de narcose halverwege de negentiende eeuw, één van de belangrijkste ontwikkelingen op het gebied van de chirurgie. Daarmee werd in principe de weg geopend tot operatief ingrijpen op grotere schaal, want nu hoefde de operateur niet langer zijn ingrepen vooral zeer snel te doen. Op die vaardigheid berustte de faam van de heelkundige voor de invoering van de narcose. De narcose alleen hielp echter de geavanceerde chirurgie in de dagelijkse praktijk geen stap verder op weg.¹¹⁷ De grootste vijand bleef voorlopig de wondinfectie, waaraan het over het algemeen hoge mortaliteitscijfer na operaties was te wijten.¹¹⁸ In theorie konden ingewikkelde en tijdrovende operaties worden uitgevoerd, maar door het besmettingsgevaar bleef het risico veel te groot. De eigenlijk 'alledaagse' aandoeningen als cystes op gynaecologisch terrein, waren daardoor gevaarlijke operaties met een hoog mortaliteitscijfer.

112. Jongkees, *Wat bleef, wat verdween*, 8.

113. De laryngologie was, anders dan de oorheelkunde, oorspronkelijk [aan het begin van de tweede helft van de negentiende eeuw] in handen van 'internisten' en huisartsen; geciteerd uit: H. Burger, voordracht tijdens de feestelijke herdenking van het veertig-jarig bestaan der Nederlandsche KNO-heelkundige Vereeniging (1933), 13.

114. Eulner, *Entwicklung Spezialfächer*, 347.

115. Haneveld, 'Chirurgie', 97.

116. Geciteerd door Jongkees, *Gedenkboek Nederlandse Keel-, neus-, oorheelkundige vereniging*, 15.

117. De Moulin, *A History of surgery*, 283.

118. *Ibidem*.

Zo veel werd er ook nog niet geopereerd. In het Coolsingelziekenhuis in Rotterdam werden tussen 1852 en 1869 gemiddeld negentien grotere operaties per jaar uitgevoerd. De mortaliteit was daarbij gemiddeld 29,5 procent per jaar.¹¹⁹ De academische kliniek in Utrecht vertoonde tot omstreeks 1885 een zelfde beeld. 'Zo er al geopereerd werd', waren dit voornamelijk amputaties van ledematen en gewrichtsresecties. In de academische kliniek in Groningen was de situatie al niet anders: er werd voor 1878 'nauwelijks geopereerd'.¹²⁰

Niet alleen de wondinfectie eiste veel slachtoffers, ook de narcose zelf was niet zonder risico. Van Lieburg noemt in dit verband de chloroformdood. Vanwege deze complicatie was de chirurg die tussen 1851 en 1869 in het Rotterdamse Coolsingelziekenhuis werkte, nogal terughoudend met het toedienen van chloroformnarcose. Bij bepaalde kleinere operaties gebruikte hij zelfs helemaal geen narcose, ook niet als de pijn hevig was.¹²¹

Na 1880 maakte de chirurgie echter op het gebied van anesthesie, antisepsis en aseptis, revolutionaire ontwikkelingen door.¹²² Infecties kregen daardoor minder kans, waardoor men niet meer zo terughoudend hoefde te zijn om te opereren. Dat was vooral te merken aan de toename van grote buikoperaties, waaronder gynaecologische operaties. Deze operaties bestonden voor een belangrijk deel uit het radicaal verwijderen van zieke organen of ziek weefsel. Een chirurg moest voor dergelijke grote operaties het nodige kunnen presteren: hij moest over specialistische vaardigheden beschikken. Deze vaardigheden waren van een andere orde dan de op snelheid gebaseerde vaardigheid, die in de voorgaande periode de heelkundige zijn faam bezorgden.

In het Rotterdamse Coolsingelziekenhuis was de toename van het aantal grote chirurgische ingrepen duidelijk waarneembaar: via 38 in 1870 naar 400 in 1895.¹²³ De operaties werden ook in dit ziekenhuis ingewikkelder, grote buikoperaties en – in de jaren negentig – zelfs al een enkele op het gebied van de neurochirurgie.¹²⁴

Door de grotere operaties namen echter ook de risico's toe. Niet alleen voor de patiënt, maar volgens chirurgen ook voor de chirurg. Nog jaren later claimden zij, refererend aan de 'grote verantwoordelijkheid' die zij bij al die 'levensgevaarlijke ingrepen' op zich namen, een honorering waarmee collega-specialisten het helemaal niet eens waren.¹²⁵ Dat was niet het enige gevolg. De risico's stimuleerden het ontstaan van heelkundige 'deelspecialisten'. Deze specialisten konden door het beperkte gebied een veel grotere ervaring opbouwen. Bovendien was er in de grotere centra werk genoeg. Tegen de veel voorkomende infectieziekten bijvoorbeeld, bestonden nog geen effectieve geneesmiddelen. Het wegsnijden van het zieke weefsel bood dan vaak de enige kans op herstel. Zo ontstond er binnen de niet-bloedige vakken een indicatie tot chirurgie, zoals bij maag-darmziekten.¹²⁶

119. Van Lieburg, *Coolsingelziekenhuis*, 5.

120. Veltheer, *Heelkunde te Utrecht*, 33 en 37. Zie voor de geschiedenis van de invoering van narcose in het Academisch Ziekenhuis in Leiden: Van Wijhe, *From stupefaction to narcosis*.

121. Van Lieburg, *Coolsingelziekenhuis*, 477.

122. De Moulin, *History of surgery*, 304 en 308.

123. Van Lieburg, *Coolsingelziekenhuis*, 496.

124. Van Alphen, 'Neurochirurgie in Nederland', 208.

125. ARA, archief NMG, inv.nr.216, Z30, 'Gecombineerde verg. HC en SC, 24-2-1934'.

126. Maag-darmziekten kwamen veel voor en vroegen een langdurige behandeling van rust en dieet. Als deze behandeling bij bijvoorbeeld maagzweren niet hielp, restte alleen nog operatief ingrijpen. (Effectieve geneesmiddelen, de antaciden, waren er nog niet.)

Tussen 1880 en 1900 werd het imago van de chirurg enorm opgevijseld. De resultaten imponeerden op zichzelf al, maar bovendien had de voorheen 'heelkundige' er als het ware terrein bijgekregen: de genezing van ziekten. Sinds 1880 kon daardoor het chirurgisch vak opklimmen van het tweederangsvak, dat het een groot deel van de negentiende eeuw was, tot specialisme. Aanvallen op de nieuwe status van het vak¹²⁷ konden met gemak worden weerstaan. Na omstreeks 1910 kwamen deze aanvallen niet meer voort uit een hang naar de traditionele opstelling over chirurgie als onderdeel van de algemene geneeskunde. De steeds verdere afsplitsingen van het vakgebied riepen 'kwaliteits' vragen op over een 'algemeen' chirurg.

In het merendeel van de kleinere ziekenhuizen bleef echter in de eerste decennia van de twintigste eeuw de algemene chirurg de enige keus. Ook grotere ziekenhuizen met een vaste staf beperkten zich soms tot één chirurg. Stafuitbreiding verhoogde weliswaar de status van het ziekenhuis, maar het betekende tevens een extra kostenpost.

Met de opkomst van het specialisme chirurgie, raakte in plaats van de titel 'heelkundige' voor deze groepering meer de benaming van chirurg ingeburgerd, eventueel nog voorafgegaan door de titel van geneesheer.¹²⁸ In de *Geneeskundige Jaarboekjes* worden voor 1900 bij de rubriek 'specialisten' nog geen chirurgen vermeld.¹²⁹ Na 1900 halen chirurgen hun 'schade' duidelijk in. De heelkundigen die al vóór die tijd specialistisch waren gevormd, noemden zich na 1900 voortaan specialist. Daarnaast blijkt uit de vermeldingen in de *Geneeskundige Jaarboekjes* de voortschrijdende opdeling van het chirurgische vak. Zelfs de combinatie chirurg-gynaecoloog, die na de instelling van de SRC mocht blijven bestaan, was na 1920 in de grote steden vrijwel verdwenen.¹³⁰ Als daar die combinatie nog voorkwam was dat een chirurg van de oudere garde. Deze 'bevordering' van chirurg tot specialist laat zich met het volgende voorbeeld illustreren.

Een biografische illustratie van deze ontwikkeling bieden de lotgevallen van de Arnhemse medicus Willem Renssen. Willem Renssen (1856-1917) studeerde van 1874 tot 1883 geneeskunde aan de universiteit in Groningen. Daarna was hij aldaar achtereenvolgens assistent bij de hoogleraren H.A. Kooyker (1832-1904), interne geneeskunde, W.M.H. Sanger (1833-1898), gynaecologie en J.R. Ranke (1849-1898), chirurgie.¹³¹ Renssens dissertatie was getiteld: *Historisch kritisch en experimenteel onderzoek van de periphere temperatuur bij den gezonden mensch* (1884). Alhoewel dit onderwerp weinig met heelkunde heeft te maken, vestigde hij zich in 1885 als chirurg in Arnhem. Renssen had naast de chirurgische armenpraktijk in het Gemeenteziekenhuis, toegang tot het Diaconessenhuis, het Sint-Elisabethsgasthuis en het Kinderziekenhuis.¹³² Verder was hij nog voorzitter van het Arnhemsch Medico Zander Instituut. Hij was bovendien één van de initiatiefnemers tot de oprichting van de 'Vereeniging tot verzorging van gebrekkige en mismaakte kinderen

127. De uroloog Brongersma was van menig dat de chirurg geen recht had op de naam specialist; ARA, archief NMG, inv. nr.20, 'Buitengewone HB-NMG verg. 3-7-1910', 346.

128. Nu wordt er weer gesproken van het specialisme heelkunde en de wetenschappelijke vereniging voor heelkunde.

129. *Genk. Jrb.*, 1884, 1885, 1886, 1891, 1898.

130. De vereniging van gynaecologen protesteerde bij de SRC tegen deze combinatie, maar de combinatie werd toch geaccepteerd; 'Verslag SRC 1938', 616; 'Verslag SRC 1939', 680.

131. Lindeboom, *Dutch Medical Biography*, respectievelijk cds. 1075-1977, 1723-1725 en 1589.

132. Ribbius, 'Medici en medische toestanden te Arnhem', 644.

in Nederland' in 1899 en tot de oprichting van de Johannastichting.¹³³ Renssen noemde zichzelf eerst chirurg en na de eeuwwisseling, 'chirurg-gynaecoloog'.

Vanaf 1885 behandelde Renssen veelal kosteloos de zaalpatiënten in het Diaconessen-huis en verzorgde hij de opleiding van de verpleegsters.¹³⁴ Pas bij zijn dood in 1917 werd hij als 'deze wijd vermaarde *chirurg en orthopeed*' in het jaarverslag van het Diaconessen-huis gememoreerd.¹³⁵ Al die jaren sprak men verder over zijn functie hooguit in de trant van 'het verrichten van chirurgische diensten'. In de jaarverslagen en bestuursnotulen van het Kinderziekenhuis refereerde men aan Renssen als één van de 'heeren doktoren' die gebruik maakten van de mogelijkheid de eigen patiëntjes te behandelen. (Van de positie van Renssen in het Sint-Elisabethsgasthuis is mij niets bekend.) Daarnaast werd Renssen in 1887 tot *gemeentelijk heel- en verloskundige* benoemd.¹³⁶ Via *gemeentegeneesheer voor de heelkundige dienst in het ziekenhuis* in 1890 werd hij in 1893 *gemeentegeneesheer voor het ziekenhuis*.¹³⁷ De eenheid van stand eiste immers dat de benamingen gemeentelijke genees-, heel- en verloskundige werden vervangen door 'gemeentegeneesheer'? Anders dan men uit deze titel zou kunnen afleiden, erkende het gemeentebestuur wel degelijk dat heilkunde in het ziekenhuis een speciaal vak was. 'Door de groote veranderingen in de chirurgische wetenschap konden belangrijke gevallen niet meer à domicile worden behandeld. Dit moest in het ziekenhuis plaatsvinden en daar waren dus chirurgen nodig.'¹³⁸ In de raadsvergaderingen sprak men over chirurgen en specialisten. De officiële benaming van de functie was evenwel de hierboven genoemde.

In deze gemeentelijke titel kwam bij het leven van Renssen geen verandering meer. Daarentegen promoveerde hij in geschrifte bij het ziekenfonds 'Voorzorg' tot specialist. Tot 1900 stond Renssen daar als *heelmeester* ingeschreven,¹³⁹ daarna als *specialist*. Sinds 1900 was er, althans volgens de normen van de voorzitter van de specialistenvereniging in Amsterdam (zie paragraaf 4 van dit hoofdstuk), helemaal geen twijfel meer mogelijk over de specialistenstatus van Renssen. Vanaf die tijd was hij verbonden aan de Algemeene Arnhemsche Polikliniek die in dat jaar in werking was gesteld, alwaar hij de afdeling 'Heelkunde' voor zijn rekening nam.

3.3. Interne specialismen

De eerste specialismen die in de negentiende eeuw opkwamen, waren heilkundige specialismen. Rond de eeuwwisseling ontstonden vervolgens geneeskundige specialismen. Een belangrijke katalysator bij de opkomst daarvan waren de nieuwe diagnostische mogelijkheden. De diagnostiek kreeg een impuls van verschillende ontwikkelingen in de basiswetenschappen anatomie en fysiologie, en uit ontwikkelingen in de bacteriologie, klinische chemie, pathologische anatomie en röntgenologie. Een volgende impuls kwam

133. In de Johannastichting kregen lichamelijk gebrekkige kinderen een medische behandeling, scholing en vakonderricht. Zie ook: Dietz, e.a., *Johanna Stichting 1900-1990*.

134. Jaarverslagen Diaconessenhuis Arnhem, 1884-1917.

135. *Ibid.*, 1916, 5.

136. Verslag gemeenteraad Arnhem over 1887, 163-164.

137. *Ibidem*, 1893, 930-934.

138. *Ibidem*, 1891, onder andere raadslid Verschuer, 939.

139. De eerste vermelding was in het adresboekje van 1895; daarvoor werd niet aangegeven wie er bij dit ziekenfonds waren ingeschreven.

Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.



BUITENGEWONE ALGEMEENE VERGADERING,

op Zondag 25 Maart 1906,

te Utrecht in het Gebouw voor „Kunsten en Wetenschappen" (Mariaplaats),
des voormiddags te HALF TWAALF ure.

Gedurende de pauze van 1 tot 1½ uur bestaat gelegenheid tot Koffiedrinken.

De Hoofdbestuurder-Secretaris,
DR. C. F. SCHREVE.

Nederlandsche Vereeniging van Dermatologen.

30^e Algemeene Vergadering

op ZONDAG 26 MAART 1911,

des middags 1½ uur

te AMSTERDAM in het Binnengasthuis.

WERKZAAMHEDEN:

Mededeelingen van ervaringen bij
de behandeling met salvarsan.

H. H. Leden die voornemens zijn patiënten voor te stellen of mededeelingen te doen, worden beëld verzocht, daaraan, zoo mogelijk, vooraf aan den Secretaris kennis te geven.

Den Leden wordt verzocht deel te nemen aan een gemeenschappelijken maaltijd, waarvoor men zich vooraf kan opgeven bij den Secretaris.

Op de Vergadering bestaat gelegenheid tot voldoen der Contributie (f 7.50).

L. M. DE BUY WENNIGER,
Secretaris.

De Buy Wenniger, de secretaris van de vereniging van dermatologen, was de eerste dermatoloog die Salvarsan bij zijn patiënten toepaste. (Verhoef, 'Vroege receptie van Salvarsan', 2521). Alle vergaderingen waren in de regel op zondag. Bron: Ned.Ver.v.Derm.

van de autopsieën, die sinds die tijd veel algemener in ziekenhuizen werden uitgevoerd. Daarmee kon men gestelde diagnoses toetsen.

Deze specialismen richtten zich op een geneeskundige therapie voor één bepaalde ziekte of ziektecategorie als maag- en darmziekten, longtuberculose¹⁴⁰ en geslachtsziekten. Dit laatste specialisme werd altijd gecombineerd met het orgaanspecialisme huidziekten, hetgeen een logische combinatie was. De eerste verschijnselen van geslachtsziekten openbaarden zich vaak aan de huid. Dermatoloog-venerologen combineerden bovendien hun specialisme wel met urologie, omdat gonorrhoe een ziekte van de urinewegen was. Bij de opkomst van kindergeneeskunde speelde eveneens een ziekte een belangrijke rol, namelijk de voedingsstoornissen bij zuigelingen.

Kenmerkend voor deze ziekten was dat zij vaak voorkwamen en dat er niet altijd een effectief geneesmiddel voorhanden was. Toch hadden deze specialisten, naast een sociale en psychologische hulpverlening, hun patiënten in het begin van de twintigste eeuw wel degelijk iets te bieden. Men kon nu om te beginnen een juiste diagnose stellen en dat was een noodzakelijke voorwaarde voor een causale therapie. Vervolgens paste men doelgericht medicamenten toe met, net als de huisarts deed, aanbevelingen over dieet en rust. Genezing was niet uitgesloten en dat kwam niet alleen omdat spontane remissies voorkwamen.

Zo richtten therapie en geneesmiddelen bij longtuberculose zich vooral op de verhoging van de weerstand van de tuberculoselijder. Na 1910 combineerde men dit eventueel met het chirurgisch immobiliseren van de long.¹⁴¹ Maag-darmpatiënten ondergingen een vaak maandenlange behandeling in een ziekenhuis, die voornamelijk berustte op bedrust en dieet. Dermatologen behandelden hun syfilispatiënten met kwik en kaliumjodide.¹⁴² Bij de behandeling van gonorrhoe pasten zij 'bij nacht en ontij' lavages toe met zilver-eiwit preparaten. In het eerste decennium van de twintigste eeuw verbeterde zowel de syfilisdiagnostiek als de behandeling. Dermatologen maakten nu veel gebruik van de therapeutische werking van röntgenstralen.¹⁴³ Zij beschikten na de introductie van Salvarsan in 1910 eveneens over een effectief geneesmiddel tegen syfilis.¹⁴⁴

Het resultaat van deze therapieën was minder spectaculair dan de resultaten die bij de algemene chirurgie en oog- en oorheelkunde konden worden bereikt. Desalniettemin waren recente ontwikkelingen in de geneeskunde de eerste stappen op weg naar de interne behandeling van de heelkundige patiënt, zoals de ontdekking van de bloedgroepen in 1900 door Karl Landsteiner.¹⁴⁵ Een deel van de heelkundige patiënten kon weliswaar genezen de kliniek verlaten, maar de moderne chirurg kon ook niet alles. Zolang geneesmiddelen afwezig of ontoereikend waren, gaf een radicale chirurgische ingreep niet altijd het verlossende antwoord op de gevolgen van geslachtsziekten, tuberculeuze uitzaaiingen en maagzweren, die bij een conservatieve behandeling niet wilden genezen. De patiënt kreeg ook dan geen genezingscertificaat mee naar huis.

140. Vrijwel alle specialismen hadden ook tuberculose in het 'pakket'.

141. Eerst door de zogenaamde pneumothorax; deze methode werd in de jaren twintig vervangen door de collaps therapie.

142. Verhoef, 'Vroege receptie van Salvarsan in Nederland', 2520.

143. Fokkema, *Schade door röntgen- en radiumstraling*, 15.

144. Ibidem.

145. Mededeling van J.Ph. Staal, kno-arts Rozendaal.

Tabel 6:
Aantal naar hun specialisme gerangschikte specialisten, zonder hoogleraren, zenuw- en zielsziekten en mond- en tandziekten in 1915, zoals in de *Geneeskundige Jaarboekjes* vermeld

oogziekten	64	dermatologie/venereologie ²	37
oog en kno-ziekten	7	derma/vener/urol	8
oog en oorzkt	2	urologie	17
kno-zkt ¹	73	kinderzkt ³	23
chirurgie	42	spijsv/stofw/maag enz ⁴	20
chir/gyn/(obst)	28	hart/long enz ⁵	13
chir/urologie	1	röntgen/radiol	6
chir/orthopedie	2	tropische zkt	4
chir/urol/gyn	3	fys.therapie enz	7
orthop. enz.	11	path/bacteriologie	5
gyn/obst	48	anesthesie	2

1 waarvan 1 keelaandoeningen en spraakstoornissen

2 waarvan 1 huidarts-internist

3 waarvan 1 kinderarts-internist

4 waarvan 2 internisten en verder maag/ingewandzkt, spijsverterings/stofwisselingszkt, alleen of in combinaties

5 al of niet in combinatie: longzkt, tuberculose, ademhalingszkt, hart/vaatzkt, zkt van de borstorganen

Bron: *Geneeskundig Jaarboekje* 1915

Erkenning of acceptatie van specialismen?

Aan het begin van de twintigste eeuw was, zoals gezegd, het merendeel van de vakken die naar de kwalificatie 'specialisme' streefden nog afgeleid van de chirurgie: oogheelkunde, kno-heelkunde, verloskunde en vrouwenziekten, en chirurgie-als-specialisme. Daarbij voegden zich nog orthopedie aan het einde van de eeuw en urologie in het begin van de twintigste eeuw.¹⁴⁶ Dermatologie had door de combinatie met geslachtsziekten zowel een chirurgische als een interne invalshoek, terwijl tuberculose-artsen, kinderartsen en specialisten in spijs- en stofwisselingsziekten een onderdeel van de interne geneeskunde beoefenden. In 1915 waren de 'grootste' specialismen volgens de opgave van het *Geneeskundig Jaarboekje*: chirurgie (inclusief de combinaties), kno-heelkunde, oogheelkunde, gynaecologie-obstetrie en dermatologie (eventueel in combinatie met urologie) (zie tabel 6).

Wie bepaalde binnen de NMG of een vak een specialisme was, zodat het vak als zodanig in het *Geneeskundig Jaarboekje* werd vermeld of toegelaten tot bepaalde ziekenfondscontracten? Een vak was een specialisme als dat onderdeel van de geneeskunde tot de gebruikelijke, 'universeel' uitgeoefende specialismen behoorde én als het vak in de NMG-afdeling als zodanig was geaccepteerd. De opsomming van specialismen in de *Geneeskundige Jaarboekjes* was veelal uitgebreider dan de specialismen die de NMG-afdelingen tot de ziekenfondsen toelieten.

146. Orthopedie kon eigenlijk nog niet als zelfstandig vak worden uitgeoefend. Urologie was voor een enkele uroloog wel een zelfstandig uitgeoefend vak. Bij de oprichting van de wetenschappelijke vereniging telde deze vereniging vijf leden.

Zoals al diverse malen ter sprake kwam, stelde het NMG-bestuur lijsten op met specialismen die tot ziekenfondsen mochten worden toegelaten. De lijst werd door de algemene vergadering geaccordeerd, hetgeen op het eerste gezicht niet verwonderlijk is. Specialismen kwamen niet echt 'uit de lucht vallen', zij werden ook niet 'uitgevonden'. In alle landen zag men hetzelfde specialisatieproces in een vrijwel overeenkomstige volgorde.¹⁴⁷ Desondanks diende de lijst slechts als 'leidraad', zodat de NMG-afdelingen uiteindelijk bepaalden welk specialisme wel en welk niet werd toegelaten.

De NMG beschouwde het ontstaan van specialismen als onontkoombaar door de toenemende kennis en technologie. *Theoretisch* legde men zich daarbij neer. Als norm voor de erkenning van specialismen gebruikte de NMG drie criteria: 1. een specialisme is een onderdeel van de geneeskunde 2. de benodigde kennis en vaardigheden zijn zo groot geworden dat de algemene arts dit niet meer kan overzien 3. de algemene opleiding vertoont grote hiaten op het betreffende gebied. Het daadwerkelijke NMG-beleid bevestigde deze criteria echter niet, zoals blijkt uit de ziekenfondscontracten (zie hoofdstuk 4). In de *praktijk* bleek de NMG specialisatie slechts met moeite te aanvaarden. Over de criteria voerde men geen wetenschappelijke discussies, noch in de NMG noch in het *NTvG*. Wat precies een onderdeel was van de geneeskunde en welke onderdelen voor specialisatie in aanmerking kwamen, waren vragen die vrijwel niet aan bod kwamen. Evenmin werd besproken welke mate van gecompliceerdheid en kennistoename moest leiden tot afscheiding in een specialisme. Nog in 1928 schreef de auteur van een ingezonden stuk in de *Geneeskundige Gids*, dat de vraag maar weinig werd gesteld wanneer het wenselijk was een bepaald onderdeel in de geneeskunde als 'specialisme' aan te merken.¹⁴⁸ In werkelijkheid bepaalden de formele uitgangspunten niet de 'erkenning' van specialismen, maar vooral de mate van dreiging die van een specialisme uitging op de praktijk van de huisarts.

In de NMG-afdelingen verliep deze acceptatie van specialismen niet altijd geruisloos. Huisartsen hadden vooral problemen met bepaalde specialismen, vooral met de interne vakken. Wanneer een groot deel van de algemene praktijk werd afgekald, was dat voor de eigen praktijk zorgelijk. Dit was veel ingrijpender dan het moeten afstaan van bepaalde onaangename aspecten van de praktijk. Daarnaast waren er medici die specialismen, op een enkele na, overbodig vonden. Zij accepteerden niet dat de eigen kennis en kunde onvoldoende of verouderd konden zijn. Dat gold zowel voor huisartsen als specialisten, want door de komst van deelspecialismen kregen specialisten eveneens te maken met een afbrokkeling van het vak. Voor chirurgen was het moeilijk te erkennen dat vrouwenziekten, orthopedie en urologie aparte specialismen waren. Een enkele negeerde zelfs de ontwikkelingen binnen de oog- en kno-heelkunde.

Röntgenologie als zelfstandig specialisme kwam nog niet zoveel voor. In de eerste vijftien jaar van de twintigste eeuw waren er allerhande combinaties, als: huisarts-, tuberculosearts-, dermatoloog-, vrouwenarts- en internist-röntgenoloog en dan waren er ook nog niet-medici die een röntgenapparaat aanschafte. De combinatiemogelijkheden en de hoge prijs van het apparaat maakten dat röntgenologie weinig problemen had met de

147. Weisz gaat in zijn artikel over de ontwikkeling van de medisch-specialismen in Parijs van een andere begripsbepaling uit. De auteur concludeert, dat de eerste specialisten in Frankrijk al vóór 1850 optraden en wel de verloskundigen, les 'médecins-accoucheurs'; Weisz, 'Development of medical specialization', 154.

148. Mes, 'Wat is een specialisme?', 87-89.

erkenning als specialisme. Maar de specialisten die röntgenologie toepasten, hadden wél veel moeite met de röntgenologen-specialisten. Zij vonden dat zij, als vakspecialist, op hun terrein beter op de hoogte waren dan de röntgenoloog. Een zekere animositeit was daarvan het gevolg, hetgeen nog werd versterkt door de honorering van de röntgenoloog. Deze was in het algemeen voor dezelfde verrichting hoger.

Huisartsen hadden meestal weinig problemen met de acceptatie van de, qua incidentie en gebied beperkte, eerste chirurgische subspecialismen. Een huisarts zou het normaliter, noodsituaties daargelaten, niet in zijn hoofd halen oog- of ooroperaties uit te voeren. Noch uit praktische noch uit medische overwegingen. Hij was afhankelijk van de toegang tot een daartoe geoutilleerd ziekenhuis en met dergelijke operaties zou hij een groot risico nemen. Bovendien was een deel van deze operaties erg tijdrovend.¹⁴⁹ Het verwijzen naar een oog- of kno-arts was evenmin een grote bedreiging voor zijn praktijk. Verwijzing naar een oogarts betekende veelal een eenmalig bezoek.

Voor huisartsen was de acceptatie van geneeskundige vakken als specialisme moeilijker. Van de interne ziekten passeerden tuberculose-artsen en (huidartsen)-venerologen nog het gemakkelijkst de specialisme-erkenningsbarrière. Tuberculose was zo'n gevreesde ziekte – ook voor de arts – dat alleen daaruit al een zekere tendens tot specialisering ontstond. Vooral onder armen en minvermogenden was het aantal zieken groot. Bovendien was het stellen van de diagnose en de lokalisatie van de cavernen in de pre-röntgentijd een tijdrovend onderzoek. Het sterftecijfer was hoog. De cijfers daarover liepen tengevolge van de 'inrichting van de statistieken' uiteen tussen één-twaalfde en één-vijfde van de bevolking.¹⁵⁰ De medewerking van de huisartsen aan de consultatiebureaus voor tuberculosebestrijding varieerde. De patiënten hadden vrije toegang tot deze bureaus, maar 'enkele gemeenteartsen' weigerden patiënten verder te behandelen als zij daar naartoe gingen.¹⁵¹ De oprichting van sanatoria bracht de tuberculosearts als specialist in beeld. Het specifieke van veel tuberculose-artsen was dat zij zeer direct betrokken waren bij deze ziekte, omdat zij zelf tuberculeus waren (geweest). Zo had het sanatorium in Davos ook in een latere periode nog steeds een speciale aantrekkingskracht op assistenten die daar voor hun eigen gezondheid wilden werken.¹⁵² De bezwaren tegen deze specialisten waren niet groot. Het ging maar om een klein aantal én zij werkten voornamelijk intramuraal.

De eveneens veel voorkomende patiënten met geslachtsziekten¹⁵³ of 'vieze' huidziekten als schurft, vereisten op een andere wijze een specifieke instelling van de arts. Daarbij hoorde onder meer de organisatie van het spreekuur, want schurft was duidelijk zichtbaar en nette mensen wilden daarmee niets te maken hebben. Voor geslachtsziekte gold dat nog veel meer. Deze 'geheime ziekte' moest dat zolang mogelijk blijven, zelfs voor de eigen huisarts en zeker voor de andere patiënten van de dokter. Wanneer deze patiënten elkaar bij de dokter tegenkwamen, zouden zijn 'nette' patiënten een andere huisarts nemen. Een bijkomend probleem was nog, hoe onvermogene patiënten aan de gratis

149. ARA, archief NMG, inv. nr.199, S18-I, 'Positie specialisten-ziekenfondsen, 3-1-15', 101.

150. Geciteerd door het Kamerlid Van Kol tijdens de debatten over een rijkssubsidie voor de bestrijding van tuberculose; *Handelingen 1903-1904*, 846.

151. Heynsius van den Berg, *Herdenkingsrede*, 7.

152. Archief sanatorium Davos, 'Notulen HB-verg, 25-4-25 en 20-3-26'.

153. Van Deinse geeft onder meer cijfers over de ziektedagen tengevolge van geslachtsziekten bij de Nederlandse marine. In 1911 waren 74.675 van de 167.080 ziektedagen te wijten aan geslachtsziekten, in 1912 82.129 van de 171.522 en in 1913 87.196 van de 170.429; Van Deinse, *Het vraagstuk venerische ziekten bij de marine*, 108.

– door de gemeente betaalde – geneesmiddelen moesten komen. Als zij deze medicijnen in de stadsapotheek moesten ophalen, werd het bekend dat zij een geslachtsziekte hadden. Gemeentebesturen zagen graag dat de huisarts meewerkte aan de levering daarvan. Maar ‘daar bedankten de geneeskundigen voor’.¹⁵⁴

Erg enthousiast over dit aspect van de praktijk waren huisartsen in de regel niet.¹⁵⁵ Zij hadden er minder problemen mee hun patiënten te verwijzen naar een consultatiebureau van een dermatoloog, dan naar de polikliniek van bijvoorbeeld een specialist voor maag- en darmziekten. Weliswaar blijkt uit het onderzoek van Mooy over geslachtsziekten en besmettingsangst, dat de huisartsen de consultatiebureaus voor geslachtsziekten als concurrentie zagen,¹⁵⁶ relatief gezien viel dat mee. Eulner constateert bij Duitse chirurgen en ‘internisten’ eenzelfde bereidwilligheid om geslachtsziekten en schurft aan dermatologen af te staan.¹⁵⁷ Zelf waren de leden van de vereniging van dermatologen ervan overtuigd dat de behandeling van een lijder door huisartsen niet in het belang was van een patiënt. Zeker niet zolang de studie van de huidziekten nog niet verplicht was. Het vak stelde grote eisen aan de kennis van de arts. Een voortdurend toezicht van de vakman was nodig voor de noodzakelijke therapie en de juiste toepassing daarvan.¹⁵⁸ Zij kregen ondersteuning van de Amsterdamse hoogleraar H. Burger (1864-1957), die als redacteur-gérant van het *NTvG* tot de opinieleiders behoorde: ‘In Nederland echter mag men nog altoos arts worden, zonder syphilis of lepra te kunnen herkennen, zonder favus van eczeem te kunnen onderscheiden, zonder iets te verstaan van de behandeling der gonorrhoe!’¹⁵⁹

Kindergeneeskunde en interne geneeskunde

Vervolgens waren er artsen die zich op kinderziekten of interne ziekten toelegden, maar huisartsen wilden deze vakken niet als specialisme erkennen. Zij vonden dat het optreden van specialisten in het algemeen moest worden beperkt, en van kinderartsen en internisten in het bijzonder.¹⁶⁰ Wanneer er desondanks artsen waren die uitsluitend deze vakken wilden beoefenen, dan dienden zij zich te beperken tot een consultatieve praktijk. Specialisten vonden daarentegen dat patiënten gebaat waren met een behandeling door een internist of kinderarts. Die stelden tenminste een diagnose die op moderne inzichten was gebaseerd. Bovendien wisten specialisten veel meer af van de specifieke behandeling dan een huisarts.

De algemene arts accepteerde geen kinderartsen; dat betekende een belangrijke reductie van het patiëntentotaal. Hij gaf dat niet zonder meer prijs,¹⁶¹ want als er zich ergens een

154. Onder meer: Verslag gemeenteraad Arnhem over 1902, 915.

155. Een gemeentearts in Arnhem wilde buiten het ziekenhuis niet belast worden met het onderzoek op geslachtsziekten van publieke vrouwen. B&W stonden dat toe, maar nu bleek dat de andere gemeentegeneesheren er óók moeite mee hadden. Verslag gemeenteraad Arnhem over 1883, 112, 196-201; ‘De geneesheeren willen niet de patiënten bij zich aan huis hebben, en evenmin die patiënten de volgende dag weer bij hun andere patiënten zien. Daar bedanken de geneesheeren voor’; Thijssen, Verslag gemeenteraad Arnhem over 1903, 915-918.

156. Mooy, *Geslachtsziekten en besmettingsangst*, 93.

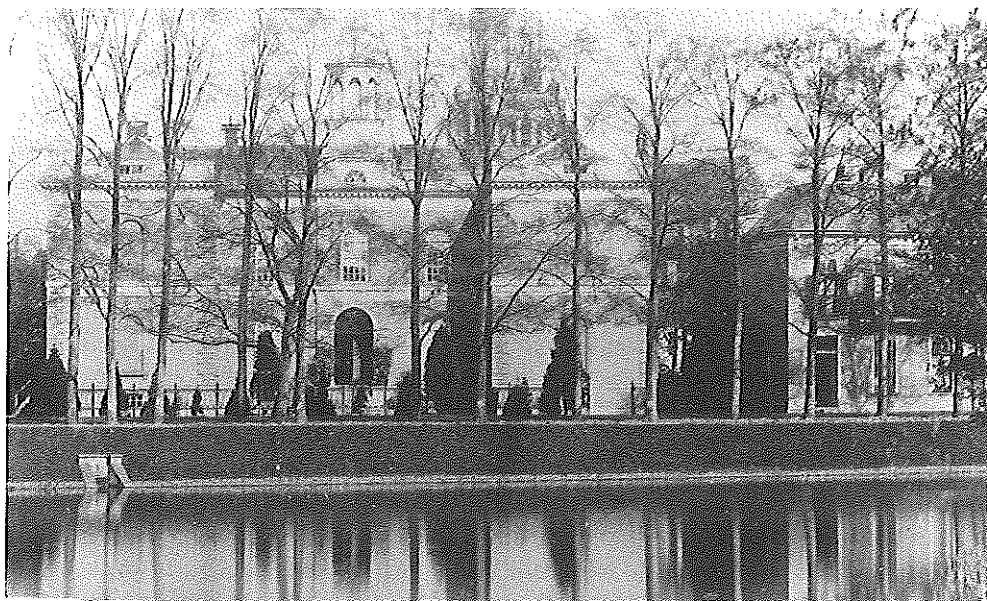
157. Eulner, *Entwicklung Spezialfächer*, 223.

158. Archief Ned.Ver.v.Derm., ‘Jaarverslagen 1897-1915’, 1905.

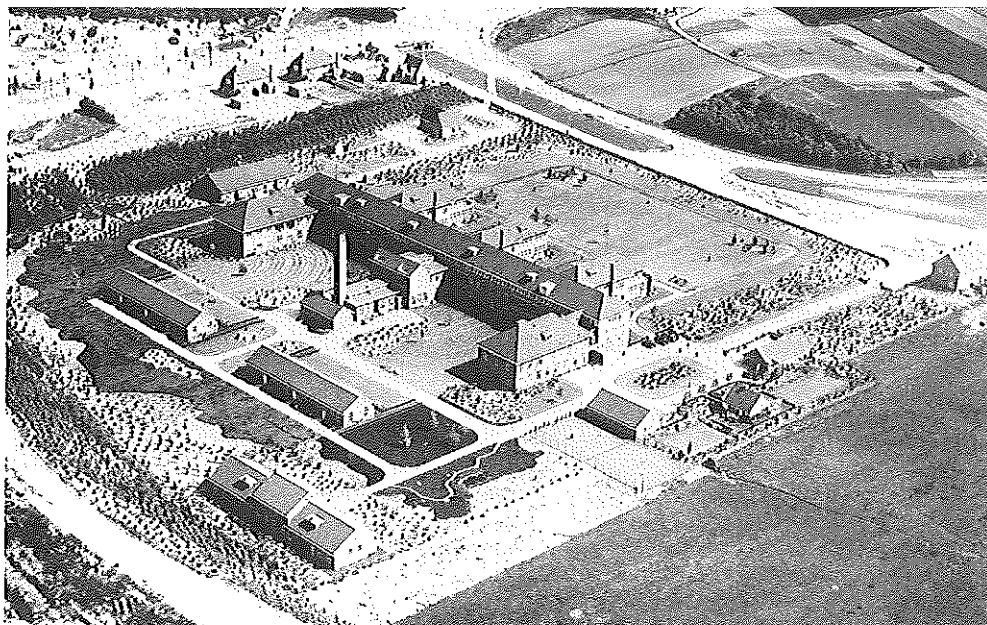
159. Burger, ‘Practische opleiding geneeskundigen in speciale vakken’, 251.

160. ARA, archief NMG, inv. nr.200, S18-II, ‘Positie specialisten-ziekenfondsen, 3-1-15’, 101.

161. ARA, archief NMG, inv. nr.200, S18-II, ‘Positie specialisten-ziekenfondsen, 1915’.



Stedelijk Ziekenhuis.



Boven: Ondanks de vele verbouwingen bleef het gemeente- of stadsziekenhuis in Arnhem te klein. Tot 1931 moest men zich behelpen met een hulpziekenhuis en een aantal barakken die over de stad verspreid lagen. Onder: Nieuwbouw van het gemeenteziekenhuis Arnhem, omstreeks 1932. Bron: gemeentearchief Arnhem.

kinderarts vestigde, kon zijn praktijk met de helft afnemen.¹⁶² De combinatie kinderarts-vrouwenarts was voor hem nog veel rampzaliger. De eerder genoemde Haagse arts Van der Hoeven schrijft in zijn praktijkherinneringen, dat er enkele vrouwelijke kinderartsen waren die tevens de verloskunde uitoefenden. Wanneer hij zo'n dokter aanbeval voor een aanstaande bevalling, dan bemerkte hij na verloop van tijd dat alleen de heer des huizes als 'cliënt' voor hem was overgebleven.¹⁶³ Deze combinatie, die specialisten eveneens afwezen, was echter gemiddeld genomen voor de huisarts geen al te grote bedreiging. Er waren er in totaal slechts enkelen, met een in verhouding 'groot' aantal in Den Haag. Zowel Heerlen als Deventer hadden één huisarts voor vrouwenziekten en voedingsstoornissen bij zuigelingen.¹⁶⁴ In Hilversum praktizeerde een vrouwelijke huisarts 'uitsluitend voor vrouwen en kinderen'¹⁶⁵ en in 's Hertogenbosch een specialist voor zowel verloskunde als vrouwen- en kinderziekten. Uiteindelijk lieten zich in 1931 drie specialisten als specialist in vrouwen- en kinderziekten bij de SRC inschrijven, waarvan twee in Den Haag waren gevestigd. Zij werden door de specialisten aldaar consequent als halfspecialisten aangeduid.

Bij hun streven naar erkenning van hun vak als specialisme, konden kinderartsen niet verwijzen naar ontwikkelingen waaraan vertegenwoordigers van minder controversiële specialismen konden refereren: de ontwikkeling van een bepaald instrument, een opzienbarende behandeling of een aantoonbare specifieke vaardigheid. Zij hadden evenmin profijt van de stimulans van specifieke gebeurtenissen, waarmee Gritzer en Arluke de opkomst van specialismen verklaren.¹⁶⁶ Zo konden orthopeden in de belligerente landen profiteren van de Eerste Wereldoorlog. De specialismen radiologie en revalidatiegeneeskunde werden daardoor eveneens gestimuleerd.¹⁶⁷ Ook op het gebied van de kindergeneeskunde waren er specifieke gebeurtenissen. Zo stierven in het laatste kwart van de negentiende eeuw veel zuigelingen door besmette koemelk aan darmtuberculose. Kinderartsen waren weliswaar actief betrokken bij de propaganda voor borstvoeding en de oprichting van zuigelingenbureaus, maar dat was geen echte doorbraak voor hun vak als specialisme. Kinderartsen beperkten zich trouwens niet alleen tot zuigelingen.¹⁶⁸ Al met al kregen kinderartsen meer te maken met contrariërende dan met stimulerende krachten.

Een belangrijke handicap voor de erkenning van kindergeneeskunde als specialisme, was de vrij algemene mening dat kindergeneeskunde een onderdeel van de algemene geneeskunde was. Naar de mening van G. Scheltema (1864-1951), buitengewoon hoogleeraar kindergeneeskunde te Groningen, betreurden artsen het, dat zij in hun studententijd niet in de gelegenheid waren geweest meer van kindergeneeskunde te leren. Pediatrie moest echter niet als hoger onderwijs worden beschouwd, want het was geen specialisme.¹⁶⁹

162. Scheltema, 'Sociale beteekenis kindergeneeskunde', 59.

163. Van der Hoeven, *Uit den praktijk van een medicus*, 115.

164. *Genk. Jrb.* 1925.

165. *Ibidem* 1920.

166. Gritzer en Arluke, *Making of rehabilitation*, 26 en 165.

167. Fokkema, *Schade door röntgen- en radiumstraling*, 56.

168. Zie onder meer: Van der Hoeven, *Uit den praktijk van een medicus*, 114.

169. Scheltema, 'Sociale beteekenis kindergeneeskunde', 61.



VERSLAG OVER 1909.

Met voldoening kunnen we een terugblik werpen op het afgelopen jaar.

Ons gebouw voldeed in alle opzichten aan onze hooggespannen verwachtingen, terwijl de belangrijke vermeerdering van het aantal ter verpleging opgenomen patienten met niet minder dan 30.1 $\%$, ten opzichte van 1908 en 57.2 $\%$, ten opzichte van 1907 opnieuw bewees, hoezeer onze Inrichting in een bestaande behoefte voorziet.

In den loop van het jaar werd bovendien een dagelijks gehouden poliklinisch spreekuur geopend, dat zich terstond in een druk bezoek mocht verheugen en waarop tot ultimo December 737 personen voor de eerste maal werden ingeschreven.

Dit spreekuur is uitsluitend voor on- en minvermogenen bestemd. Tal van malen werd bovendien nog aan de Inrichting bij ongelukken eerste hulp verstrekt.

Uit een hier achter volgenden staat, vermeldende de plaatsen, buiten Arnhem gelegen, vanwaar patienten hulp bij ons zochten, moge blijken, hoezeer het bestaan der Inrichting niet alleen voor onze Oeemte, maar ook voor de Provincie, als van steeds toenemend belang moet worden beschouwd.

Over de leiding der verpleging en huishouding heeft het Bestuur niets dan lof, terwijl het zuinig beheer overtuigend blijkt uit de geringe vermeerdering der huishoudelijke uitgaven, vergeleken met het vermeerderd personeel en patienten-tal.

Dat aan onze installatie, vooral wat het meubilair betreft, nog al een en ander ontbreekt, spreekt van zelf. De noodige

Boven: Inrichting voor Ooglijders te Arnhem.
 Rechts: Dagelijks spreekuur in de polikliniek.
 Bron: gemeentearchief Arnhem.

De weg naar erkenning van kindergeneeskunde als specialisme was geen gemakkelijke weg. Hoe probeerden kinderartsen anderen te overtuigen van hun bestaansrecht? Hulpmiddelen die hun nog restten, waren te vinden op het gebied van kennis, ideologie en vraag. Sinds het begin van de twintigste eeuw legitimeerden kinderartsen zichzelf door te wijzen op hun kennis van kinderen, kinderziektes, voedingsstoornissen en preventie. De leemten in het onderwijs van kindergeneeskunde waren een belangrijk argument van de kinderartsen om hun specialisme te rechtvaardigen. Kinderartsen waren geen luxe, zolang kindergeneeskunde niet als apart vak werd onderwezen en geëxamineerd. Evenals de dermatologen, kregen de kinderartsen op dit punt steun van de hoogleraar Burger: 'naarmate het onderwijs beter zal zijn, verdwijnt de behoefte aan bijzondere kinderartsen'.¹⁷⁰ De wet op het Hoger-onderwijs (1920 en 1921) en het Academisch Statuut, dat de examens en promoties regelde, stelde het vak verplicht, maar dat bleek voor kinderartsen geen reden dit argument te laten vervallen.

Vervolgens zochten kinderartsen hun heil in een ideologie. Groeperingen, waaronder degenen die veel tegenwerking ondervinden, motiveren hun optreden of visie onder meer met een ideologie. De ideologie van de kinderartsen was dat het belang van het kind altijd voorging, ook als dat tegen de financiële belangen van de kinderartsen inging. Zich beroepend op het belang van het kind, onthield de vereniging van kinderartsen zich van financiële eisen of actie tegen maatregelen van de NMG die voor hen ongunstig waren. Dat vond men zelf een positieve houding en dat kan het ook zijn geweest. Aan de andere kant was de belangenbehartiging niet de sterkste kant van kinderartsen.

Het enige dat het optreden van kinderartsen als specialist echt stimuleerde was de vraag. Er waren niet alleen zieke arme kinderen genoeg, ouders uit de particuliere sector neigden ertoe voor hun zieke kinderen direct een kinderarts te raadplegen. Dat hoefde niet per se te zijn, omdat de huisdokter niet zou weten hoe hij mazelen, roodvonk, kinkhoest en andere kinderziektes moest behandelen. In landen waar kindergeneeskunde wel werd gedoceerd en geëxamineerd¹⁷¹ was de kinderarts evenzeer een grote concurrent van de algemeen arts. Ook in Nederland zochten deze ouders na de wettelijke regeling van het onderwijs in kindergeneeskunde nog bij voorkeur de hulp van een kinderarts.

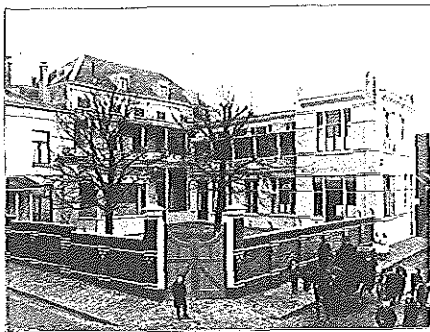
De uiteindelijke acceptatie als specialisme van kinderziekten ging moeizaam. Eerst moest de NMG vele 'gedragsregels' opstellen voor de verhouding tussen huisarts en kinderarts. Terwijl kinderartsen ervan overtuigd waren dat zij hard nodig waren en dat, zolang de huisarts 'niet als goed onderlegd paediatr moet worden beschouwd, er vooralsnog het recht op een specialiteit in kinderziekten bestaat'.¹⁷² De problemen die hieruit voortvloeiden, kwamen in de jaren twintig tot een hoogtepunt, waardoor deze ontwikkelingen buiten de in dit hoofdstuk behandelde periode vallen.

De NMG erkende evenmin interne geneeskunde als specialisme. Toch gaf het bestaan van dit specialisme minder aanleiding tot het in de openbaarheid brengen en opstellen van specifieke gedragsregels. In tegenstelling tot het werk van de kinderartsen lag het

170. Burger, 'Het poliklinievraagstuk', 1885.

171. In Zweden, Noorwegen, Zwitserland, Finland, Roemenië, Oostenrijk-Hongarije, Italië, Spanje, Engeland (niet overal), N-Amerika (veelal), Z-Amerika, Azië, Frankrijk en Rusland; Scheltema, 'Sociale betekenis kindergeneeskunde', 58.

172. Archief Ned.Ver.v.Kindergenk., 'Notulen verg. 21- en 22-11-1902'.



VERSLAG

over het jaar 1908

VAN HET

KINDER-ZIEKENHUIS

te ARNHEM.

Bijna onherkenbaar is in 1908 ons Kinder-ziekenhuis, zoowel in- als uitwendig, veranderd, maar in elk opzicht ten goede. De indruk van een zonnige, vriendelijke inrichting, dien het op den eersten aanblik maakt, wordt voortdurend versterkt als één voor één de grootere en kleinere afdelingen bezocht worden, waar wel bittere tranen worden geschreid, maar toch ook vroolijk kindergesnap wordt vernomen, ja dikwijls gejuich wéerklinkt, en menige kleine in het jonge leven geniet

4

van waarlijke wijze, trouwe en vriendelijke zorg, om tevens een indruk van vrede en liefde te ontvangen, die zoo dikwijls een scherpe tegenstelling vormt met de toestanden in de onderlijke woning, en voor het leven gezegend kan zijn. Wanneer wij een Kinder-ziekenhuis uit een medisch oogpunt beschouwen, of uit dat van den wijsgeer, die het groote levensraadsel wil doorgronden, dan worden wij bij den aanblik van die lijdende kinderwereld somber gestemd. Maar als wij een oogenblik bedenken, dat de leeftijd der kleinen zelf meebreugt zich om medische en filosofische vragen nog niet te bekommeren, het leed wel luid te kennen te geven maar spoedig met vreugd en licht en liefde bedeeiden, juist een plaats kan en moet zijn waar, meer dan in eigen omgeving, van het leven wordt genoten. En wie onze inrichting bezoekt ontvangt zeer sterk dien indruk. Wij geloven dat hier voor een groot deel de verklaring ligt van de sympathie die kinder-ziekenhuizen in het algemeen genieten. Ook het onze; wie komt en ziet is gewonnen.

Er is thans op het gebied der kinder-ziekenverpleging zooveel te zien, dat weldadig aandoet. Vergun ons, lezer, met u in gedachten een wandeling door het gebouw te maken. Wij beginnen dan met de in de eerste helft van 1908 reeds gebouwde nieuwe operatiekamer, uitstekend ingericht door de goede zorgen van onzen chirurg, Dr. SIKEMEIER. Het klare daglicht valt van alle zijden zóó helder door de groote ruiten en, zoo noodig, komt het electrisch licht, dat hier gelijk overal in onze inrichting aangebracht is, het daglicht zóó krachtig vervangen als men slechts wenschen kan. Alles is hier zooveel mogelijk in overeenstemming met de eischen der chirurgische practijk van den tegenwoordigen tijd. Hiernaast vinden wij een badvertrek met ruime kast voor verbandstoffen en allerlei he-noodigheden voor de operatie.

5

Van hier gaan wij door de groote benedenziekenzaal met ruime veranda. De zaal is nieuw bevolverd en, onder de welwillende leiding van den Heer ROSKAM, in een keurig verkleed gestoken, maar bleef overigens dezelfde. Alleen hebben wij hier goede gelegenheid de zoo practisch ingerichte kribben te bezien; door de gansche inrichting zijn ze thans van hetzelfde model.

Door den achtergang komen wij nu in de melkkeuken, waar dagelijks gedurende eenige uren Mej. OESTERHOF bezig is de kleine fleschjes voor de zuigelingen te bereiden, en waar alles is ingericht in het belang van de zuigelingen-hygiëne, die zulke hooge eischen stelt.

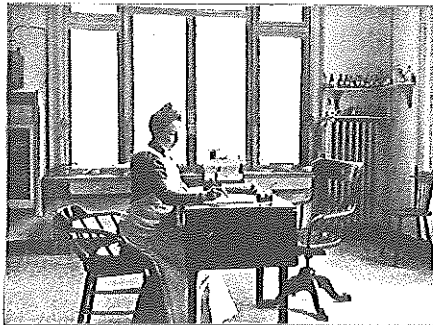
Van hier komen wij in den nieuwen vleugel. Hier is de zuigelingenkamer met badkamer, en ook het kleine vertrekje, waar reeds zoo menige moeder met groote belangstelling naar de conveuses heeft gezien, vooral naar die eens door welke voortdurend een stroom verwarmde en vooraf gezuiverde buitenlucht gaat. Deze conveuse deed reeds dienst, en met succes. Van hier gaan wij naar de zoo practisch ingerichte wachtkamer van de polikliniek, en naar de polikliniek zelf, waar tevens voor het microscopisch onderzoek de noodige hulpmiddelen gevonden worden. Hiernaast is een donkere kamer met elektrische lamp.

Nu gaan wij naar boven, naar de kleine ziekenzaal met aangrenzend vertrekje voor ernstige patiëntjes, of zoodanige die afzondering noodig hebben; waarachter ook nog een ruime zaal, die thans als slaapvertrek voor een vijftal zusters dient, maar voor ziekenzaal is gebouwd. En hiernede hebben wij den nieuwen vleugel in zijn geheel bezien. Wat maakt alles een aangename indruk. De kleuren zijn helder, de wandversiering is vroolijk; de zon treedt zoo vriendelijk binnen en komt de kleinen koesteren, die ook hier op de veranda kunnen liggen, een genot dat, ook met het oog op de genezing, niet te hoog kan worden aangeslagen.

Ons rest nu nog de groote bovenzaal van de oude afdeling

6

te bezoeken, waar de vloer werd vernieuwd en alles geverfd. De hierachter gelegen operatiekamer is echter onherkenbaar veranderd door het aanbrengen van een groot raam, waardoor het licht met volle stroomen, en de lucht naar meer of minder wordt gewenscht, kan binnen komen. Ook hier vindt de chirurg wat hij kan wenschen voor de behandeling van septische patienten; gelijk in de eerste operatiekamer voor de aseptische gevallen.



Directrice in de Polikliniek.

werkterrein van een internist voornamelijk in de ziekenhuizen. De term internist was allang ingeburgerd alvorens het vak zich officieel als specialisme mocht profileren; hetgeen met de inwerkingtreding van de SRC in 1931 werd gerealiseerd. Dit waren echter niet altijd specialisten *avant la lettre*. Ook huisartsen noemde men in het eerste decennium van de twintigste eeuw nog wel internist. Volgens een lid van de centrale belangenorganisatie van specialisten, de Specialistenorganisatie, werd 'vroeger' (hij zei dit in 1930) de benaming internist voor huisartsen zelfs veel gebruikt.¹⁷³ In Arnhem spraken de gemeenteraadsleden in een raadsvergadering over de instructie van de gemeentegeneesheren, inderdaad al in 1893 over internisten.¹⁷⁴ Die terminologie bleef daar ingeburgerd, want regelmatig dook die term op alle mogelijke plaatsen op.¹⁷⁵ Dat werkte verwarrend, omdat ook 'echte' huisartsen hun patiënten in ziekenhuizen behandelden.

Al met al kreeg de interne geneeskunde als specialisme in de periode tot 1920 niet veel aandacht. Van specialisten werd verwacht dat zij interne geneeskunde niet als specialisme erkenden en dat zij 'de huisartsen de hand boven het hoofd zouden houden'.¹⁷⁶ Tegen het specialisme maag-darmziekten kon minder bezwaar worden ingebracht. Dat was beperkter dan interne geneeskunde en het klinische onderzoek vereiste de nodige ervaring.¹⁷⁷ Na 1920 bleek echter dat internisten intussen in de ziekenhuizen – al of niet als specialist aangeduid – geruisloos een stevige plaats hadden veroverd. Een internist was geneesheer-directeur of hoofd van de afdeling en het klinisch laboratorium, hij deed eventueel klinisch-chemisch, röntgen- en elektro-cardiografisch onderzoek.¹⁷⁸ Daarnaast hield hij, zoals vrijwel alle aan een ziekenhuis verbonden specialisten, een vrije, consultatieve praktijk. Vooral dat laatste deel van zijn werk accepteerden de plaatselijke NMG-afdelingen niet zonder slag of stoot.

De Specialistenorganisatie stelde inmiddels dat internisten moesten worden toegelaten tot de afdelingsfondsen (dat waren ziekenfondsen die door de NMG-afdeling waren opgericht; dit wordt in hoofdstuk 4 verder uitgewerkt).¹⁷⁹ Degenen die inwendige ziekten niet als specialisme wilden erkennen, beriepen zich uitsluitend op artikel drie van het reglement der Specialistenorganisatie. Dat bepaalde dat een specialisme een 'scherp omschreven onderdeel was van de geneeskunde'.¹⁸⁰ De Specialistenorganisatie was het daarmee volkomen eens. Daarom waren internisten juist specialisten! Dat betekende immers, dat als iemand zich uitsluitend met de behandeling van inwendige ziekten bezig hield, hij dus specialist was?¹⁸¹ G.C. Nijhoff (1837-1932), hoogleraar, consulterend vrouwenarts en voorzitter van de NMG, vond echter dat niet het beperkte gebied het bijzondere uitmaakte van de specialist-internist. Het was vooral de wijze waarop een specialist werkte. Om 'praktische redenen' vond hij het soms beter het woord specialist voor inwendige ziekten te vermijden.¹⁸²

173. Schnitzler; ARA, archief NMG, inv. nr.215, Z23, 'Notulen verg. HC en SC, 4-11-30'.

174. Thijssens; Verslag gemeenteraad Arnhem over 1893, 954.

175. Onder meer: ARA, archief NMG, inv. nr.199, S18-I, 'Positie specialisten-ziekenfondsen, 26-7-14'.

176. Ibidem.

177. Het standpunt van de NMG in deze was, dat dit specialisme tot de ziekenfondsen moest worden toegelaten.

178. Lindeboom, *Schets geschiedenis Nederlandsche Internisten Vereeniging*, 69.

179. 'Jaarverslag SC 1925', 1258.

180. Onder meer: ARA, archief NMG, inv. nr.171, I5; Ibidem, inv. nr.191, RII.

181. ARA, archief NMG, inv. nr.171, 'Correspondentie lid SC aan secr. specialistenvereniging Nijmegen, 31-10-1925'.

182. Nijhoff, 'Specialisme en specialist', 4187.

Hoe het nu in de praktijk met de 'erkenning' van internisten verliep, hing af van de 'plaatselijke omstandigheden', van de huisartsen en van de opstelling van een ziekenfonds. Zo 'erkende' men in grote steden als Amsterdam en Rotterdam geen internisten,¹⁸³ met als motief dat er al interne deelspecialisten waren (in hoofdstuk 5 zal blijken dat er nog andere beweegredenen waren). In Utrecht erkende men interne ziekten wel als specialisme¹⁸⁴ en in Gouda ook. Het 'Contract tot regeling van het ziekenfondswezen te Gouda' uit 1927 noemt bij de specialistische hulp twaalf vakken, waaronder inwendige ziekten.¹⁸⁵ In Den Haag kreeg een vrij-gevestigde internist daarentegen problemen met het NMG-afdelingsfonds. Dat wilde hem niet als deelnemer-specialist inschrijven, terwijl hij aan andere plaatselijke ziekenfondsen wel als zodanig was verbonden. Zijn collega's beschouwden hem, volgens zijn zeggen, als specialist van inwendige ziekten. Huisdokters riepen hem herhaaldelijk in consult en zonden patiënten naar zijn polikliniek. En nu weigerde het afdelingsfonds hem in te schrijven, omdat volgens het bestuur inwendige ziekten geen specialisme was!¹⁸⁶

Dergelijke problemen kon een internist omzeilen als hij zich in een ziekenfondspraktijk beperkte tot maag- en darmziekten. Bij het Haagse OZG-fonds stond deze Haagse specialist ook niet als specialist voor inwendige ziekten, maar als specialist in maag-, darm- en stofwisselingsziekten ingeschreven.¹⁸⁷

De aandacht in dit hoofdstuk voor het klinische werk van chirurgen, kan de indruk wekken dat 'de' specialist al vanaf 1890 een klinisch werkende specialist was. Dat was niet zo: met uitzondering van de chirurg was het belangrijkste werkterrein van een specialist, de polikliniek, zijn spreekuur voor particuliere patiënten en de behandeling ten huize van deze patiënten.

4 WERKLOCATIE

Eén van de weinige onderwerpen waarover rond het werk van specialisten in de periode van hun opkomst tenminste nog enige duidelijkheid bestond, was hun werklocatie: de polikliniek. In de jaren 1890-1920 was het werken in een polikliniek nog zo'n belangrijk gegeven dat dit als criterium voor het specialist-zijn werd gehanteerd. De voorzitter van de specialistenvereniging in Amsterdam (de ASV) ontkende in 1918 nog zonder tegenspraak dat een vrouwelijke collega specialist was met het argument: 'zij heeft nooit een polikliniek gehouden'.¹⁸⁸ Nu had deze collega zich onder meer acht jaar in een gynaecologische kliniek 'bekwaamd', was van 1896-1915 secretaris van de Nederlandsche

183. ARA, archief NMG, inv. nr.185, P2, 'Brief D[rooglever] F[ortuyn] aan prof. Nijhoff, 4-9-1928'.

184. Mes, 'Wat is een specialisme?', 88.

185. Art. 11 van 'Contracten tot regeling van het ziekenfondswezen te Gouda', ARA, archief NMG, inv. nr.178, M12.

186. ARA, archief NMG, inv. nr.185, P2, Correspondentie tussen betreffende geneesheer, secr. HB-NMG, lid specialistenvereniging Den Haag, afdelingsraad Den Haag, bestuur AAZ-fonds en prof. Nijhoff, 1928. De secr. van de NMG vond dat de AAZ-fondsen dergelijke zaken zelf moesten regelen. Een enkel ontevreden lid zal dan weliswaar zijn zin niet krijgen, maar dat is beter dan ontevreden afdelingen en besturen.

187. ARA, archief NMG, inv. nr.185, P2, 'Naamlijst ziekenfonds 's-Gravenhage, OZG, 1928'.

188. Brongersma over Mejuffrouw A.P.C van Tussenbroek; ARA, archief NMG, inv. nr.197, SIII-II, 'Alg. verg. ASV, 25-1-18'.

Vereeniging voor Obstetrie en Gynaecologie geweest¹⁸⁹ en als specialist, honorair medewerker aangesloten bij het Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam (AZA).¹⁹⁰

Men moet de uitspraak van de voorzitter van de ASV in deze situatie ook met enige scepsis bekijken. Deze gynaecologe liet herhaaldelijk blijken het niet met zijn optreden eens te zijn, terwijl hij helemaal niet gewend was aan tegenspraak. Dat neemt niet weg dat in de polikliniek het merendeel van de specialisten was te vinden. En van de patiënten ook, te oordelen naar alle commotie die er al sinds 1900 ontstond rondom de poliklinieken. Poliklinieken waren in principe niet bestemd voor particuliere patiënten. Voor deze in verhouding kleine categorie patiënten hield een specialist spreekuur in zijn eigen huis, in een aparte locatie in de stad of hij bezocht de patiënt thuis.

Een ziekenhuis was aan het begin van de twintigste eeuw, met uitzondering van chirurgen, nog niet het specifieke werkterrein van 'de' specialist. Er is derhalve geen causaal verband tussen de min of meer gelijktijdig optredende toename van specialisten en de toename van ziekenhuizen. In de ziekenhuizen gebeurde er met de patiënten qua specialistische verrichtingen nog niet zo veel. Bovendien ging het daar om een beperkt aantal zieken, dat langdurig werd behandeld en verzorgd. Wel oefenden sinds die tijd ziekenhuizen een toenemende aantrekkingskracht uit op specialisten. Naast hygiënische en economische redenen had dat ook te maken met de verbeterde reputatie van ziekenhuizen. Dit 'specialisatieproces' werkte naar twee kanten. Het aanbieden van specialistische hulp verhoogde weer de aantrekkingskracht van de ziekenhuizen. Maar specialisten bleken niet vrijelijk hun werkterrein naar de ziekenhuizen te kunnen verplaatsen. Voor specialisten die na 1890 een plaatsje in een groter ziekenhuis wilden 'veroveren', was behalve een consulentschap, een ziekenhuispolikliniek een ideale *porte d'entrée* om dit proces te versnellen.

Naast privéspreekuren, poliklinieken en algemene ziekenhuizen werkten specialisten nog als consulent in een ziekenhuis of van een huisarts, in categorale klinieken, consultatiebureaus, sanatoria en inrichtingen voor medico-mechano- of andere therapieën.

De verschillen tussen de diverse ziekenhuizen waren groot. Er bestonden zeer kleine en grote ziekenhuizen, 'huisartsen'- en specialistische ziekenhuizen, ziekenhuizen met of zonder poliklinieken, ziekenhuizen met één of twee specialisten en ziekenhuizen met meer specialisten, ziekenhuizen die door gemeente of particulieren waren opgericht en ziekenhuizen met een open of gesloten organisatiestructuur. Voor de hand liggende vragen zijn: in welke ziekenhuizen waren specialisten werkzaam en welke specialismen vond men dan noodzakelijk?

4.1. Ziekenhuizen

Het hele gebied van de gezondheidszorg was rond de eeuwwisseling nog weinig gestructureerd. Niet alleen specialisten, ook ziekenhuizen waren bij lange na niet onder één noemer te vangen (om van de financiers nog maar te zwijgen). De stichtingshousse sinds het einde van de negentiende eeuw leverde een groot aantal ziekenhuizen op (zie tabel 7). Vanuit de oprichtingsachtergrond kan men deze ziekenhuizen ruwweg in drie categorieën indelen. Per categorie varieerde daarbij de positie van de specialisten die daar werkten.

1. De (zeer) kleine ziekenhuizen, die rond de eeuwwisseling door particulieren werden

189. Schaepman-van Geuns, 'De vrouwelijke gynaecologen', 128-130.

190. Gegevens uit 1898; *Rapport ziekenfondsen Amsterdam (1900)*, 174.

- opgericht. Het aantal bedden varieerde tussen één en vijftig. Deze ziekenhuizen stonden meestal onder de directe leiding van het bestuur, geassisteerd door een hoofdverpleegster of een adjunct-directrice. Hieronder vallen de zogenaamde huisartsen-ziekenhuizen.
2. De stads- of gemeenteziekenhuizen die door de overheid waren opgericht. In de grotere gemeenteziekenhuizen ging de voorkeur uit naar een geneesheer-directeur met een vaste staf van specialisten. Het waren voor de zaalpatiënten vrijwel altijd gesloten ziekenhuizen, dat wil zeggen dat de opgenomen patiënt geen vrije artskeuze had.
 3. De particuliere ziekenhuizen die na 1880 vanuit religieuze achtergrond werden opgericht: joodse, hervormde (diaconessenhuizen), katholieke en gereformeerde ziekenhuizen. Diaconessenhuizen stonden rond de eeuwwisseling nog onder leiding van een predikant met een besturend zuster. Deze neigden, net als de katholieke en andere particuliere ziekenhuizen, meer naar een vrije specialistenkeuze, de zogenaamde open ziekenhuizen.¹⁹¹

In de kleinere 'ziekenhuizen' met slechts enkele bedden waren geen specialisten. De patiënten werden niet alleen door hun huisarts behandeld, maar ook door hem geopereerd. Dit waren, noodingrepen daargelaten, kleine ingrepen als wondbehandeling en fracturen.¹⁹² In deze kleine ziekenhuizen was de 'operatiekamer' veelal zo eenvoudig dat patiënten voor grotere operaties naar een naburig, beter geoutilleerd ziekenhuis moesten. Niemand betwistte dat deze ziekenhuisjes tot het terrein van de huisarts behoorden. De kleinere ziekenhuizen die wel over een geschikte operatieruimte beschikten, maakten gebruik van een 'zich verplaatsende' chirurg die één keer in de zoveel tijd kwam opereren. Verder waren ook deze ziekenhuizen, huisartsen-ziekenhuizen.

In grotere ziekenhuizen werd de huisarts als operateur uit de operatiekamer geweerd. De huisarts kon zijn eigen patiënten nog wel in het ziekenhuis behandelen, hetgeen de specialisten echter in toenemende mate zelf wilden doen. De kritiek op dit systeem nam toe met het moderner worden van ziekenhuizen (zie hoofdstuk 5). Dergelijke ziekenhuizen probeerden de huisartsen te ontmoedigen hun patiënten zelf te behandelen. In de jaren dertig werd de kritiek luider. In het openbaar omkleedden critici hun afkeur omzichtig: als patiënten door een 'andere medicus gezien worden' komt er 'zoo misschien' een 'nieuw gezichtspunt' naar voren.¹⁹³ In de praktijk was men minder voorzichtig. Tot in de jaren zestig van de twintigste eeuw functioneerde de huisarts echter nog in het ziekenhuis, maar nu als narcotiseur of assistent van de chirurg.¹⁹⁴ Ook daarop kwam steeds meer kritiek. In 1955 had de geneeskundig inspecteur van Gelderland bezwaren tegen een huisarts in Oosterbeek. Deze verrichtte ongeveer veertig narcoses per week als assistent van zijn vader die chirurg was. De inspecteur vond dat deze arts moest kiezen tussen de huisartsenpraktijk en het specialisme anesthesiologie, maar de koepelorganisatie van de huisartsen kon daartegen niet optreden. Huisartsen werkten niet alleen als 'narcotiseur' in kleine ziekenhuizen in de 'periferie'. In grote ziekenhuizen in de 'randstad' kwam dat ook voor. De Groningse hoogleraar heekkunde P.J. Kuijjer (1921), die tussen 1957-1966 als

191. Van Roojen, 'Verhouding ziekenhuisdirecties-geneesheeren', 3 en 5.

192. Cammaert, 'Verdwijning of wedergeboorte', 5633.

193. Van Roojen, 'Verhouding ziekenhuisdirecties-geneesheeren', 5.

194. Van ziekenfondswege ging dit meestal zonder extra betaling, een uitzondering hierop waren de ziekenfondsen in Arnhem. Daar was wel een regeling getroffen om deze hulp te vergoeden. Archief Heekkunde, 'Algemeen 1945-1970'; Archief LHV, 'Verslag verg. Onderhandelingscommissie LHV-ziekenfondsen, 11-3-1955'.

Tabel 7:
Aantal ziekeninrichtingen per provincie en aantal inrichtingen < 50 bedden en > 100 bedden
in 1924

	gem/rijks inricht.	part. inricht.	totaal	< 50 bedden	> 100 bedden
Groningen	1	4	5	2	1
Friesland	2	8	10	5	1
Drenthe	1	3	4	3	—
Overijssel	2	16	18	9	3
Gelderland	2	35	37	26	4
Utrecht	4	10	14	8	4
Noord-Holland	10	31	41	13	15
Zuid-Holland	12	35	47	22	16
Zeeland	4	7	11	9	1
Noord-Brabant	1	58	59	47	5
Limburg	1	14	15	9	3
Totaal	40	221	261	153	53

Bron: samengesteld uit: *Unificatierapport*, bijlage B.

afdelingshoofd werkte in het grote Haagse ziekenhuis de Zuidwal met 1200 bedden: 'Helaas bestond nog de misstand dat huisartsen zelf wilden narcotiseren of wilden assisteren bij de narcose.'¹⁹⁵

In de grotere stadsziekenhuizen waren sedert het laatste decennium van de negentiende eeuw in ieder geval heekundigen aangesteld en geneeskundigen, die zich met de behandeling bezighielden. Heel- en geneeskundigen betitelde men, zoals al werd beschreven, nog niet als specialist. In de gemeenteziekenhuizen bekleedde de heekundige tot het einde van de negentiende eeuw een minder zelfstandige positie dan de geneeskundige. Hij was zelfs veelal ondergeschikt aan deze functionaris. Heekundigen moesten eerst hun lagere-status-imago ontgroeien, want dat was niet meteen verdwenen met de wetgeving van 1865.¹⁹⁶ Ziekenhuizen die een medisch-directeur hadden aangesteld, benoemden in die functie zelden heekundigen.

De lagere status bleek eveneens uit de lagere honorering. Dit verschil kon vrij groot zijn als het honorarium nog steeds was gebaseerd op de tijd voor 1880, de tijd dat heekundigen maar weinig opereerden. Dr. J.Th. Wartmann (1841-?), de gemeenteheekundige in het ziekenhuis in Arnhem,¹⁹⁷ verzocht in 1877 in een adres aan de gemeenteraad om een betere positie en honorering: 'Betrekkelijk zijn positie in het ziekenhuis, hem als gemeenteheekundige, belast met de behandeling van de chirurgische lijders, eene even zelfstandige positie op zijn afdeling van het ziekenhuis, als aan de geneesheer der inwendige afdeling en zijn bezoldiging evenredig aan zijn meerdere uit deze betrekking voortkomende werkzaamheden.'¹⁹⁸ Het verzoek werd gehonoreerd. In 1878 werd de bezoldiging gelijk-

195. Kuijjer, 'Heekunde in de laatste 40 jaar', 17-18.

196. Er waren in 1908 nog 77 plattelands- en stadsheekmeesters in functie; Grond, 'Positie geneeskundigen in Nederland', 33.

197. *Adresboekje Arnhem 1880*.

gesteld aan die van de gemeentegeneesheren: in plaats van *f* 200 kreeg hij voortaan voor deze deeltijdbaan *f* 500 per jaar.

De gemeenteziekenhuizen die alleen geneeskundigen en heekkundigen 'in huis hadden', boden hun patiënten soms wel meer gevarieerde deskundigheid. Ziekenhuizen in grotere bevolkingsgebieden maakten gebruik van assistent-geneesheren met een specialistische inbreng¹⁹⁹ of van 'consulterende' specialisten. Aan het einde van de negentiende eeuw was dat nog vooral voor de afdeling heekkunde, want specialisten die een onderdeel van de heekkunde uitoefenden waren er het meest. Kleinere ziekenhuizen, zoals het gemeenteziekenhuis in Zutphen, riepen zelfs oogartsen in consult.²⁰⁰ Een consulentenschap was voor specialisten aantrekkelijk, omdat dit een mogelijkheid was om toegang tot het ziekenhuis te krijgen. In de instructie van de heekkundige van het Coolsingelziekenhuis in Rotterdam was zelfs de verplichting vastgelegd, dat het advies van één of meer deskundigen moest worden ingewonnen als de heekkundige of de geneesheer dit wenselijk oordeelde.²⁰¹

In de periferie waren de middelgrote ziekenhuizen aangewezen op de reizende specialisten: specialisten uit de steden die op vaste tijden in verder afgelegen ziekenhuizen werkten. Dit fenomeen nam na 1900 wat af. Door de verspreiding van de specialisten over het land kwamen er in steeds meer plaatsen specialisten. De reizende specialisten verdwenen echter niet, want er kwam ook nieuw werkkerrein beschikbaar. Een deel van de 'huisartsen-ziekenhuizen' schakelde vroeger of later over op een 'reizende' specialist. In het huisartsen-ziekenhuis te Velp kwam vanaf 1911 een Arnhemse chirurg-gynaecoloog-verloskundige één keer per week opereren.²⁰² Voor een ziekenhuis in een kleine plaats was dat vrij vroeg, maar Arnhem lag vlakbij en daar waren al vier chirurgen.²⁰³ Een tiental jaren later deed zich hetzelfde verschijnsel in Boxtel voor. Sinds 1926 kreeg het St. Liduïna ziekenhuis aldaar versterking van drie specialisten uit Den Bosch.²⁰⁴

De grotere ziekenhuizen werden vervolgens door de opkomst van chirurgische deelspecialismen geconfronteerd met de vraag of de chirurg in het ziekenhuis nog wel een algemeen chirurg kon zijn. Dezelfde vraag volgde over de interne specialismen. Tussen 1900 en 1920 ontstond er zo, ook al in een deel van de gemeenteziekenhuizen, een vaste staf van specialisten. De toestand van de gemeentelijke financiën, de opstelling van de geneesheer-directeur en de grootte van het ziekenhuis bepaalden zowel het tijdstip waarop deze stafvorming in gemeenteziekenhuizen plaatsvond als het aantal specialisten dat daarvoor werd aangesteld. Deze specialisten die men destijds al stafspecialisten noemde, moet men niet verwarren met de medische staf. Dat werd pas in de jaren zestig van de twintigste eeuw meer ingevoerd.

Ook bij de grotere particuliere ziekenhuizen was rond 1900 de vraag naar specialisten nog niet erg groot. Het verschil was evenwel dat de toegang niet – jarenlang! – werd geblokkeerd door vast aangestelde specialisten. Deze particuliere ziekenhuizen hadden een vrije specialistenkeuze. Dit bleek vaak meer theorie dan praktijk te zijn, want, zoals nog zal blijken, gold dat vaak alleen voor klassepatiënten. Voor specialisten betekende de

198. Verslag gemeenteraad Arnhem over 1877, 33.

199. Bijvoorbeeld in het Coolsingelziekenhuis in Rotterdam, Van Lieburg, *Coolsingelziekenhuis*, 390.

200. Wartena, *Gasthuis Zutphen*, 50.

201. Van Lieburg, *Coolsingelziekenhuis*, 472.

202. Kooger, *100 jaar ziekenhuis Velp*, 10.

203. *Genk. Jrb.* 1910.

204. Huizenga, *Geschiedenis van de intramurale gezondheidszorg*, 71.

vrije specialistenkeuze dat zij vrij toegang hadden tot het ziekenhuis. Eén van de consequenties daarvan was, dat zodra zich ergens bijvoorbeeld een gynaecoloog vestigde, de combinatie chirurg-gynaecoloog 'in waarde' verminderde. Door de vrije toegang kon het ziekenhuis sneller inspelen op dergelijke ontwikkelingen. Dat vergrootte weer de aantrekkingskracht van de particuliere ziekenhuizen.

Alles bij elkaar genomen, was rond de eeuwwisseling bij alle categorieën ziekenhuizen de vraag naar specialisten nog beperkt. Aan het gemeenteziekenhuis in Arnhem waren toentertijd een chirurg en een oogarts verbonden en de positie van de oogarts was niet eens zeker. Toen in het begin van de jaren negentig het aantal specialisten 'zeer was toegenomen', kwam de gemeenteraad toch even in de verleiding enkele honderden guldens 's jaars aan salaris uit te sparen. Was er eigenlijk wel een gemeentelijke oogheelkundige nodig, kon de functie van een gemeentelijke oogarts niet worden opgeheven? Enkele gemeenteraadsleden bedachten dat 'het belang der armen' niet zo bij een gemeentelijke voorziening was betrokken, de specialisten behandelden de armen toch gratis. De oogarts bleef uiteindelijk voor het ziekenhuis behouden. Het aantal behoeftigen was zo groot, dat de meerderheid van de gemeenteraad het traktement toch gerechtvaardigd vond.²⁰⁵

Het Burgerziekenhuis in Amsterdam had daarentegen in 1900 al een vaste staf van zes specialisten.²⁰⁶ Overigens wordt niet duidelijk welke dit dan zijn geweest. Het *Geneeskundig Jaarboekje* uit dat jaar noemt slechts drie aan het ziekenhuis verbonden specialisten: één voor inwendige ziekten-zenuwziekten, één voor chirurgie-gynaecologie en één voor het onderzoek van pathologische weefsels. Wel hielden er nog een kno-arts en een arts voor huidziekten een polikliniek. Het Nieuwe Gasthuis in Zutphen kreeg in 1906 de eerste specialist, een chirurg. Omstreeks 1914 waren er al vier: een chirurg, een oogarts, een kno-arts en een internist.²⁰⁷ Maar gezien de spraakverwarring rond de term 'internist' hoeft deze internist geen specialist te zijn geweest.

Vrijwel altijd was de eerste specialistische 'aanschaf' in een ziekenhuis een chirurg. Eén van de talloze voorbeelden hiervan is het Algemeen Burgerlijk Ziekenhuis in Maastricht. Dit ziekenhuis stelde al in 1881 een chirurg aan die uitsluitend in het ziekenhuis zou werken. Philips ziet deze specialisatie als een doorbreking van het systeem een huisarts aan het ziekenhuis te verbinden.²⁰⁸ Eerder is al opgemerkt dat tijdgenoten dit echter nog niet als specialisatie wilden zien. Wanneer men de specificatie van de tijdgenoten wil aanhouden dan waren het in de negentiende eeuw eerst de oogartsen, gevolgd door de inmiddels tot specialist bevorderde chirurgen – al of niet met de toevoeging gynaecoloog – en kno-artsen, die als specialisten meer toegang tot de ziekenhuizen kregen of daar een polikliniek mochten houden. In de grote bevolkingscentra kwamen daar nog specialismen bij zoals urologie of orthopedie – alleen of in combinatie met chirurgie –, spijsverteringsstoornissen en stofwisselingsziekten. In kleinere steden varieerde voor 1920 het aantal specialismen tussen de één en vier.

205. Verslag gemeenteraad Arnhem over 1893, 956-957.

206. Huijzena, *Geschiedenis van de intramurale gezondheidszorg*, 53.

207. Wartena, *Gasthuis Zutphen*, 69.

208. Philips, *Gezondheidszorg Limburg*, 87.

Categorale klinieken

Naast de algemene ziekenhuizen met nog niet zoveel vraag naar specialisten, ontstonden in de negentiende eeuw categorale klinieken.²⁰⁹ Deze werden vaak door plaatselijke notabelen opgericht. De initiatiefnemers zorgden tevens voor een financiële ondersteuning. Het rijkst vertegenwoordigd waren de oogklinieken, de kinderziekenhuizen en vanaf het begin van de twintigste eeuw de sanatoria voor tuberculoselijders. Deze ziekenhuizen waren net als de gemeenteziekenhuizen voor armen en minvermogenden. Het merendeel van deze klinieken startte met maar weinig bedden.

De invoering van aparte klinieken voor oog- en kinderziekten aan het begin van de tweede helft van de negentiende eeuw, had veel te maken met de functie van de algemene ziekenhuizen en hun slechte reputatie. Aan het eind van de jaren negentig bleek dat ook tuberculoselijders, weliswaar om andere redenen, in ziekenhuizen niet op hun plaats waren. Vervolgens werden er nog enkele vrouwenklinieken opgericht. Het waren er niet veel, omdat vrouwenziekten meer het werkerrein van de ziekenhuizen bleven. Met uitzondering van de vrouwenklinieken richtten de categorale klinieken zich in de eerste plaats op armen en minvermogenden. Zij leverden een bijdrage aan de 'werkvoorziening' van specialisten, maar stelden er weinig of geen financiële compensatie tegenover. De inkomsten van de klinieken waren gering; zij draaiden voornamelijk op legaten, giften en subsidies van gemeente en eventueel provincie.²¹⁰

Oogklinieken: Het Ooglijders Gasthuis, dat in 1858 in Utrecht werd opgericht, was een nieuw denkbeeld in Nederland. Tot die tijd was de operatieve oogheelkunde een onderdeel van de algemene chirurgie.²¹¹ De kliniek introduceerde het al eerder genoemde nieuwe diagnostische instrument, de oogspiegel. Daarop was ook het grote succes van de kliniek terug te voeren, want daarmee wilde men worden onderzocht.²¹² Naast de beperking tot het oog en de invoering van de oogspiegel, vervulde de kliniek nog op een ander gebied een voortrekkersrol. Het Gasthuis fungeerde tevens als 'opleidingskliniek' waar assistenten zich tot oogarts konden bekwamen. Deze oogartsen zwermden uit over het hele land en richtten op hun beurt weer oogklinieken op.²¹³

De eerste meer bekende was de oogkliniek in Rotterdam die in 1874 werd geopend.²¹⁴ Daarvoor was overigens te Amsterdam al 'de kundige oogarts' dr E.E. Hoyak (1826-1868) overleden. Volgens een bericht in het *NTvG* was hij de eerste wetenschappelijk gevormde arts die zich hier te lande uitsluitend aan de beoefening der oogheelkunde wijdde.²¹⁵ In het begin van de twintigste eeuw waren de oogklinieken tot een 'regionale' serie van

209. Zie voor een overzicht van deze specialistische klinieken, met hun oprichters, Van Lieburg, *Coolsingel-ziekenhuis*, 38-40.

210. Bijvoorbeeld de subsidieaanvraag aan de gemeente van de Inrichting voor Ooglijders te 's-Gravenhage. Jaarlijks kregen daar ongeveer 2500 on- en minvermogene ooglijders kosteloze oogheelkundige hulp; *NTvG* 34 (1890) I, 652.

211. Snellen, 'Oogheelkundige verpleging,' II.

212. Hoppenbrouwer, *125 jaar ooglijdersgasthuis*, 45-48.

213. Dat was overigens niet de bedoeling geweest van de leiding van de 'moederkliniek' (Donders en Snellen). De oprichting van meerdere klinieken werd gezien als een aanslag op de positie van de Utrechtse kliniek; zie: Henkes en Crone, *Een eeuw Nederlandse oogheelkunde*, 10 en 12.

214. Zie voor een uitvoerige beschrijving: Van Lieburg en Rigger, *Vier eenwen oogheelkunde Rotterdam*.

215. 'Personalialia', *NTvG* 12 (1868) 208.

Tabel 8:
Plaats en oprichtingsjaar van de eerste oogklinieken en kinderziekenhuizen

Oogklinieken	Jaar	Kinderklinieken	Jaar
Utrecht	1858	Rotterdam	1863
Rotterdam	1874	Amsterdam	1865
Amsterdam	1874	Arnhem	1882
Den Haag	1879	Den Haag	1885
Groningen	1879	Dordrecht	1885
Rotterdam	1879	Groningen	1890
Maastricht	1898	Amsterdam	1895
Nijmegen	1903		
Arnhem	1906		

Bronnen: *Catalogus 1899* en Henkes en Crone, *Een eeuw Nederlandse oogheelkunde*, 19-20.

negen over het land verspreide klinieken uitgegroeid (zie tabel 8).²¹⁶ De klinieken waren of 'één-mans' klinieken of zij werkten met een vaste staf. Niet-betalende patiënten hadden geen vrije specialistenkeuze. Zo behandelde de geneesheer-directeur in de Arnhemsche Inrichting voor Ooglijders de armen en minvermogenden. Betalende patiënten hadden wel een vrije specialistenkeuze.²¹⁷

De oogklinieken waren 'regionale topklinieken' met soms zelfs een landelijk patiëntenbestand. Gezien de herkomst van de patiënten bleek er naast het fenomeen van reizende specialisten, ook één te zijn van reizende patiënten.²¹⁸ Veel gemeenten uit de regio betaalden een kleine subsidie aan deze klinieken, omdat inwoners uit hun gemeente gebruikmaakten van de kliniek. De Inrichting voor Ooglijders te Arnhem (1906-1929) ontving van ongeveer 25 gemeenten op de Veluwe, in de Achterhoek en in de Betuwe bedragen variërend van f 3 tot f 100 per jaar.²¹⁹ Ook kreeg de kliniek vanwege haar betekenis voor de provincie Gelderland een provinciale subsidie. De meeste inrichtingen voor ooglijders ontvingen provinciale steun.²²⁰

In hoofdstuk 3.1. werd als één van de elementen van de oogspiegel genoemd, zijn organiserende functie voor de inrichting van klinieken. Aan het eind van de negentiende eeuw had de oogspiegel deze functie voldoende verricht. De organisatie had haar nut bewezen en stond op zichzelf.

216. In die tijd was er naast deze particuliere klinieken één Rijkskliniek voor oogheelkunde (Leiden); zie: Henkes en Crone, *Een eeuw Nederlandse oogheelkunde*, 19.

217. RAG, Archief Prov. Staten, toegangsnr. 16.015, 'Aan GS', 26-1-12.

218. Zie bijvoorbeeld de gegevens van de oogheelkundige kliniek in Utrecht en Arnhem, de orthopedische kliniek in Leiden en de heelkundige kliniek in Utrecht.

219. RAG, Archief Prov. Staten, (6/6) 'Adressen aan GS'.

220. Te weten de inrichting in Groningen (f1400), Nijmegen (f500), 's-Gravenhage (f1250), Rotterdam (Geld.kade f1500) en (Nadortstr. f3000), Maastricht (f1000) en Utrecht (f2000). RAG, Archief Prov. St., inv. nr.63 (6/6) 'Memorie van Toelichting bij adres', 4-8, omstreeks 1911) aldaar 7-8.

Kinderziekenhuizen: Bij de oprichting van de eerste oogkliniek had men iets 'grijpbaars': de toepassing van een nieuw instrument. Dat had de volgende categorie ziekenhuizen waarvan in de negentiende eeuw een hele serie werd opgericht niet: de kinderklinieken. De eerste van deze ziekenhuizen ontstonden niet omdat er zoveel nieuwe, specialistische kennis op dat gebied was ontwikkeld. Integendeel, die was er nog helemaal niet. D.L. van Wely (1849-1920), de geneesheer-directeur van het kinderkliniek in 's-Gravenhage, verklaarde het ontstaan van de kinderklinieken uit het mededogen met het zieke kind.²²¹ In deze ziekenhuizen waren wel de eerste kinderartsen te vinden.

De rij werd in 1863 geopend met het kinderkliniek in Rotterdam, nog zeven volgden (zie tabel 8).²²² De meeste startten op kleine schaal en bleken binnen de kortste keren aan uitbreiding toe: het Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam had in de locatie aan de Hoogstraat twaalf bedjes,²²³ het kinderkliniek in Arnhem zeven en in Dordrecht drie. Aan het Arnhemse kinderkliniek was bij de oprichting een polikliniek verbonden, waar tevens eenvoudige operaties konden worden uitgevoerd. De geneesheer en 'heelkundige' die aan het ziekenhuis waren verbonden, ontvingen daarvoor 'geene belooning'.²²⁴ Vanaf omstreeks 1890 gaven meerdere specialisten hulp aan de kinderen, onder wie de gemeentelijke oogarts, de gemeentelijke chirurg en de Arnhemse kno-arts. In 1899 besloot het bestuur voortaan elke Arnhemse geneesheer tot het ziekenhuis toe te laten.²²⁵ De lijst van specialisten vermeldde na die tijd onder meer drie oogartsen, twee dermatologen, een zenuwarts en een kinderarts.

Vrouwenklinieken: Naast oogklinieken en kinderklinieken was er aan het einde van de eeuw nog een enkele vrouwenkliniek als specialistisch werkterrein. Deze klinieken waren meer voor de particuliere clientèle. Nijhoff noemt er drie, in Amsterdam, 's-Gravenhage en Dordrecht.²²⁶ Het waren er niet veel, omdat veel chirurgen de gynaecologie nog gewoon als hun werkterrein beschouwden. Ook in de grotere algemene ziekenhuizen in onder andere Rotterdam, 's-Gravenhage en Amsterdam werden aan het eind van de negentiende eeuw vrouwenziekten nog behandeld door de stafchirurgen.²²⁷ Hetgeen Nijhoff voor deze grote steden constateerde, gold ook voor het gemeenteziekenhuis in Arnhem. Daar nam de algemeen chirurg Renssen, die al eerder ter illustratie werd aangevoerd, ook operaties op het gebied van urologie, gynaecologie en orthopedie voor zijn rekening. In de tijd dat hij zich vestigde (1885) waren er in Nederland nog slechts een paar gynaecologen.²²⁸ Na de eeuwwisseling ging hij zichzelf chirurg-gynaecoloog noemen.²²⁹ In die tijd waren er in Arnhem nog drie andere chirurgen die zich tevens gynaecoloog noemden en sinds 1893 een gynaecoloog-obstetricus.²³⁰

221. Van Wely, 'Kinderziekenhuizen en herstellingsoorden voor zieke kinderen', II.

222. Ibidem, II-III.

223. Van Lieburg, *Sophia Kinderziekenhuis*, 32.

224. Gemeentearchief Arnhem, inv. nr.5, Kinderziekenhuis, 'Notulen ledenverg 1884-1912', statuten, art. 7.

225. Ibidem, inv. nr. 86; 'Jaarverslagen 1886-1905', 1900.

226. Nijhoff, 'Vrouwenklinieken in Nederland', II.

227. Ibidem.

228. *Genk. Jrb.* 1884, 1885, 1886, 1887, 1888, 1889, 1890 en 1891.

229. Opdruk op brief in 1913 van Renssen: Dr. W. Renssen, uitsluitend chirurgie en gynaecologie; *Archief Ned.Ver.v.Orth.*, II.

230. *Geneeskundig Jaarboekje* 1905.

Orthopedische inrichtingen: Vervolgens treden rond de eeuwwisseling de orthopeden voor het voetlicht. Dat waren heelkundigen die zich bezighielden met ernstige misvormingen van skelet en bewegingsapparaat. In onder andere 's-Gravenhage, Arnhem, Amsterdam en Rotterdam²³¹ stonden inrichtingen voor mechano-therapie onder leiding van orthopeden.²³² Zij probeerden de houding en algemene conditie van patiënten met misvormingen te verbeteren. De patiënten kregen massages en 'apparato[mechano]-therapie': oefeningen met behulp van ingewikkeld uitzierende apparatuur. De instituten kenden maar een korte bloeiperiode waarin zij worstelden met hun imago van veredelde gymnastiekverenigingen. Orthopeden kregen hierin bovendien veel concurrentie van heilgymnasten en masseurs, die in hun ogen onbevoegd waren.²³³

Deze niet-klinische orthopedische behandeling bestond onder meer uit het aanmeten van gipsorsetten en harnassen. De orthopedische klinieken waren meer in de lijn van de oog- en andere specifieke klinieken. De orthopedische klinieken werden in het leven geroepen omdat het een specifieke behandeling was, die niet in algemene ziekenhuizen kon worden gegeven. Deze klinieken kwamen echter pas later. De Annakliniek in Leiden was de eerste op dit gebied. Deze kliniek werd in 1929 geopend; in 1936 gevolgd door de Sint-Maartenskliniek in Nijmegen.²³⁴

Sanatoria: Ten slotte kwamen er steeds meer sanatoria voor arme en minvermogende tuberculoselijders. De oog-, kinder- en orthopedische klinieken werden in Nederland laat opgericht, in vergelijking met bijvoorbeeld Duitsland. Datzelfde gold voor deze sanatoria. Het eerste Nederlandse tuberculosesanatorium werd in 1897 in Davos geopend; het had plaats voor dertig patiënten.²³⁵ In de negentiende eeuw was een sanatorium een voorziening voor goeude particuliere patiënten. Daaronder vielen onder meer de sanatoria voor de geneeskundige verpleging van vermogende zenuwlijders. Zo'n sanatorium was 'Boschruist' in Apeldoorn, dat in 1893 werd opgericht.²³⁶ De zenuwarts en latere hoogleraar G. Jelgersma (1859-1942) richtte in Arnhem in 1896 een sanatorium op voor geneeskundige verpleging van zenuwlijders.²³⁷ Deze sanatoria vallen buiten het kader van dit boek, als zijnde het werkteerrein van psychiaters.

Het Rotterdamsch Sanatorium, dat in 1890 werd geopend, was eveneens een kliniek voor de goeude burgerij waarvan vooral de oogarts, de kno-artsen en de gynaecologen gebruik maakten.²³⁸ In Apeldoorn was in de jaren negentig van de negentiende eeuw een 'Sanatorium voor vrouwen en kinderen met huiselijk verkeer voor lijders aan de gevolgen van malaria en bloedarmoede'.²³⁹ Dergelijke luxe sanatoria waren in Nederland echter een

231. Baart de la Faille, 'Inrichtingen voor mechano-therapie in Nederland', I-V.

232. De geneesheer-directeur van het Medico-Mechanisch Zander Instituut in Arnhem (1900-1906) was lid van de in 1898 opgerichte Nederlandsche Vereeniging voor Orthopaedie; hetzelfde gold voor onder meer de geneesheer-directeur van het Rotterdamse Zanderinstituut.

233. Terlouw, *Opkomst heilgymnastisch beroep*, 260; ARA, archief NMG, inv. nr.19, 'Notulen HB-NMG, 4-7-09 en 31-10-09'.

234. Bär, *Vijf en twintig jaar orthopaedie Sint Maartenskliniek*.

235. Juch, 'Het 'nut' van sanatoria', 230.

236. Bijvoorbeeld in Apeldoorn Sanatorium Boschruist (1893), zie Wijk, *Honderd jaar KNMG-afdeling Apeldoorn*, 7 en in Arnhem (1896).

237. *Adresboekje Arnhem 1896*. Jelgersma werd in 1898 hoogleraar te Leiden.

238. Van Lieburg, *Coolsingelziekenhuis*, 96.

239. Wijk, *Honderd jaar KNMG-afdeling Apeldoorn*, 7.

marginaal verschijnsel. Het aantal sanatoria voor arme en minvermogende tuberculoselijders nam daarentegen in het begin van de twintigste eeuw snel toe.

In het laatste decennium van de negentiende eeuw vestigde zich met de groei van het bacteriologisch denken de overtuiging dat longtuberculose, zeker in het beginstadium, was te genezen. Behalve op de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek was dit optimisme gebaseerd op de gunstige resultaten van buitenlandse sanatoria.²⁴⁰ Het percentage 'genezen' patiënten was daarbij onveranderlijk hoog. Deze praktijkervaringen kregen een wetenschappelijke ondersteuning toen uit obductieverslagen bleek dat de meeste mensen in hun leven weleens tuberculose kregen, maar daarvan vanzelf genazen.²⁴¹ De gunstige berichten gaven de aanzet tot een 'sanatoriumbeweging', met als resultaat dat er in 1920 al 21 sanatoria in bedrijf waren (zie tabel 9).²⁴²

De sanatoria kenden geen vrije specialistenkeuze. De geneesheer-directeur was tuberculosearts en werd eventueel door assistenten bijgestaan. De sanatoria hadden rond de eeuwwisseling nog een verpleeghuisfunctie met veel nadruk op 'licht, lucht, goede voeding en rust'. Zij beschikten over een min of meer eenvoudige operatiekamer waar lichtere ingrepen als de collapstherapie werden uitgevoerd. Voor ingrijpendere operaties moesten de patiënten of in een ziekenhuis worden opgenomen of moest de operatiekamer worden aangepast en een 'reizende' chirurg aangetrokken.²⁴³

In het geheel gezien boden de intramurale voorzieningen als werkterrein voor specialisten nog niet zo veel perspectief. Bovendien was het werk in de klinieken, met uitzondering van de sanatoria, nog parttime. Klinieken voor bijvoorbeeld kno-ziekten komen in bovenstaande opsomming niet voor, die waren er dan ook vrijwel niet. Wel waren er klinieken, zoals het hierbovengenoemde sanatorium voor betalende patiënten, waar men terecht kon voor een beperkt aantal specialismen, onder andere op het gebied van de kno-heelkunde. De kno-arts verrichtte het merendeel van zijn werk poliklinisch. Er zijn wel meer specialismen op te noemen waaromheen geen specifieke kliniek ontstond, uiteindelijk bleef de hoofdmoot in het algemene ziekenhuis. Hiermee komen we dan op de voor specialisten belangrijkste locatie, de polikliniek. Hier waren zowel de specialisten te vinden die al gedeeltelijk toegang hadden tot één van de bovengenoemde werklocaties als degenen die vooralsnog niet 'intramuraal' optraden.

4.2. Poliklinieken (1)

Aan het eind van de jaren negentig van de negentiende eeuw verschenen in het *NTvG* ingezonden stukken met 'de polikliniek' als onderwerp. Deze artikelen waren een weer-

240. Wijnhoff, 'Sanatoria voor phthisici', 902-903; 'XIIe Congrès International de Médecine'; 'Boekaankondigingen', *NTvG* 43 (1899) II, 31-33.

241. Ringeling, 'Over de prophylaxie der tuberculose', 303; Kooyker, 'De ligue tegen de tuberculose', 172; *Handelingen 1903-1904*, Staatsbegroting, 37e verg., 11-12-1903, 844, mededeling kamerlid Aalberse.

242. Per 1-5-1948 waren er ongeveer zestig sanatoria; De Josselin de Jong, e.a., *Leerboek der tuberculosebestrijding*, 440-441.

243. In Davos begon men in 1911 met de collapstherapie. Vanaf 1922 werd deze therapie aangevuld met de zogenaamde thoracoplastiek, een veel ingrijpendere methode die (een deel van) de borstkas verkleinde. De operatie werd eerst door de internationaal bekende specialisten Maurer, Sauerbruch en Brunner in het ziekenhuis in Davos uitgevoerd. In de jaren veertig kreeg het sanatorium een volwaardige operatiekamer, waardoor de operaties voortaan in eigen huis konden plaatsvinden; Juch, 'Het nut van sanatoria'.

Tabel 9:
Plaats en oprichtingsjaar van Nederlandse sanatoria tot 1920

	Naam	Plaats
1897	Ned. Sanatorium	Davos
1900	Dennenoord	Doorn
1901	Oranje Nassau's Oord	Renkum
1902	Volkssanatorium	Hellendoorn
1903	Hoog Laren	Laren
1905	Dennenrust	Renkum
1906	Dag-en Nachtverblijf	Nijmegen
1908	R'damsch Zeehospitium	Katwijk aan Zee
1908	Sonnevanck	Hardewijk
1910	Heremastate	Joure
1910	Violetta	Heerenveen
1912	Hoog Blaricum	Bussum
1912	Beekbergen	Beekbergen
1913	Dekkerswald	Groesbeck
1913	Huis ter Drift	Doorn
1914	Bosch en Heide	Blaricum
1918	Sint-Liduina Gesticht	Bemmel
1918	Maria Oord	Rosmalen
1919	Noord-Brabantsch Sanatorium	Son
1920	Berg en Bosch	Bilthoven

Bron: Josselin de Jong, *Leerboek tuberculosebestrijding*, 440-441

gave van de onrust daarover onder huisartsen. De op- en aanmerkingen richtten zich niet eens zozeer op de geneeskundige merites van deze instellingen, maar meer op de dreiging die daarvan op de huisartsenpraktijk uitging. Poliklinieken waren vrij toegankelijk én zij namen vooral in de grote steden in korte tijd snel in aantal toe.

Poliklinieken waren 'lokalen, waar armen en minvermogenden gratis of voor een gering bedrag, geneeskundige adviezen en behandeling op een bepaald geneeskundig deelterrein kregen'. Er was pas sprake van een polikliniek als er specialistische hulp werd verstrekt, hulp op een deelgebied van de geneeskunde. Het als 'polikliniek' aangeduide lokaal, dat een huisarts in 1899 in Oosterbeek opende, was derhalve geen echte polikliniek. Deze arts plaatste een advertentie in de *Oosterbeeksche Courant* waarin hij zijn polikliniek aanpreeft, alwaar armen en minvermogenden kosteloos zijn genees- en heilkundige hulp konden krijgen.²⁴⁴ Het 'zittingslokaal' was, als het ook maar enigszins mogelijk was, niet ten huize van de specialist. Daar hield hij eventueel middagspreekuren voor de particuliere clientèle, want niemand van de meer-gegoeden had graag het 'onbeschaafde' deel van de minvermogenden in huis; ook de dokter niet. Bij medici kwam er dan nog een 'organisatorisch' probleem bij, omdat particuliere patiënten niet mochten worden geconfronteerd met ziekenfonds- en armenpraktijkpatiënten.

244. Datema, *Met de zuster op stap*, 56.

Niet alleen in Nederland, overal waar specialistische poliklinieken populair werden, voerde men er heftige discussies over.²⁴⁵ Poliklinieken waren overigens geen echt nieuw verschijnsel, noch in Nederland noch in het buitenland: Engeland had al in de achttiende eeuw een polikliniekstelsel. Dat diende weer als voorbeeld voor de Verenigde Staten, waar sinds het einde van de achttiende eeuw poliklinieken werden opgericht. Deze generalistische poliklinieken moesten vanaf omstreeks 1875 plaats maken voor specialistische.²⁴⁶ In Nederland bestonden poliklinieken ook al 'eeuwen': Boerhaave had reeds een afzonderlijke polikliniek voor ooglijders.²⁴⁷ Een echte traditie van generalistische poliklinieken was hier echter niet.

In deze paragraaf wordt onder meer ingegaan op organisatie, financiering van en werkwijze in de poliklinieken. De polikliniek blijkt één van de belangrijkste onderdelen in deze 'geschiedenis van specialisten'. Dat was niet alleen het belangrijkste werkerterrein voor specialisten, ook de tegenstellingen tussen de diverse groeperingen in de NMG kwamen daar aan het licht. Dit maakt 'de polikliniek' zo complex dat gekozen is dit in een apart hoofdstuk (4) onder te brengen, waarin de nadruk op belangen valt.

Soorten poliklinieken

Sinds de laatste decennia van de negentiende eeuw beschikten de universiteitsziekenhuizen en enkele grote ziekenhuizen over een polikliniek. Daarop richtte de bezorgdheid van de huisartsen zich echter niet. Zij hadden meer problemen met de poliklinieken van de vrij-gevestigde specialisten, want daarvan ontstonden er na 1890 zovéél: Algemeene, zoals de Haagsche, Utrechtsche, Rotterdamsche en Arnhemsche Polikliniek, ziekenfondspoliklinieken en alle mogelijke éénmanspoliklinieken. En dat in een onrustbarend tempo voor de niet-polikliniek houdende huisartsen.

Behalve de grote algemene poliklinieken kwamen er nu ook meer ziekenfondspoliklinieken. Bij het grootste ziekenfonds van het land, de AZA in Amsterdam, was al in 1881 de eerste polikliniek geopend. Na deze polikliniek voor ooglijders, volgde enkele jaren later de rest van het gebruikelijke arsenaal aan poliklinieken: oogziekten, kno-ziekten, huidziekten, zenuwziekten, vrouwenziekten, orthopedie en massage, en elektrische behandeling van inwendige ziekten.²⁴⁸

De AZA-poliklinieken waren begin 1900 niet de enige poliklinieken in Amsterdam. Er was nog de zogenaamde kosteloze polikliniek, met de afdelingen kno-, kinder-, huid-, oog- en vrouwenziekten.²⁴⁹ Voorts was er een aantal éénmans-poliklinieken: twee voor zenuwziekten, vier voor vrouwenziekten, één voor nier-, blaas- en geslachtsziekten, één voor ziekten der urinewegen, één voor kno-ziekten en één voor spijsverterings- en stofwisselingsziekten.²⁵⁰ Ten slotte waren er in Amsterdam behalve een aantal ziekenhuis-poliklinieken nog de universiteitspoliklinieken. Het Binnengasthuis in Amsterdam had

245. In Berlijn was zelfs een vereniging opgericht tot wering van misbruik van poliklinieken; in Frankrijk verscheen een rapport waarin maatregelen tegen het misbruiken van poliklinieken door gegoede personen werden voorgesteld en in Amerika waren er ook altijd wel klachten over de oneerlijke concurrentie van de poliklinieken; respectievelijk: 'Beroepsbelangen', *NTvG* 50 (1906) II, 1123, *Ibidem*, 1190 en Rosenberg, 'Dispensary', 282.

246. Rosenberg, 'Dispensary', 273.

247. Snellen, *Catalogus 1849-1899*, III.

248. *Gedenkboek AZA*, 92.

249. *Genk. Jrb.* 1900.

250. *Gedenkboek AZA*, 92.

bijvoorbeeld sinds 1853 een polikliniek voor ooglijders²⁵¹ (dit ziekenhuis was sinds 1877 in gebruik als universiteitskliniek). Patiënten met oorklachten konden terecht bij de polikliniek van de privaattoecent, en later buitengewoon hoogleraar oorheelkunde (respectievelijk 1873 en 1886), A.A.G. Guye (1839-1905).

Sinds 1903 werd de poliklinische specialistische hulp aan ziekenfondsleden voornamelijk gegeven door geneesheren die zich uitsluitend met een bepaald onderdeel van de geneeskunde bezighielden. Als dergelijke specialisten niet voorhanden waren, kon een arts die zowel een algemene praktijk had als een specialistische, zich als specialist aan het ziekenfonds verbinden. Hij diende dan wel een keuze te maken, want het uitoefenen van beide functies binnen één ziekenfonds was niet toegestaan. Dat was door de NMG in 1902 ter bescherming van de positie van de huisarts overeengekomen bij de besluitvorming over de collectieve contracten.

Het totale aantal poliklinieken in Nederland is niet bekend. Het verslag van de werkzaamheden van de zogenaamde polikliniekcommissie van juli 1908 tot mei 1909 vermeldde, dat er in grote NMG-afdelingen 'vele poliklinieken' bestaan. Een niet met name genoemde afdeling telde er bijvoorbeeld 57.²⁵² Een deel van de éénmanspoliklinieken leidde maar een kortstondig leven. Niet alle poliklinieken bleken voldoende redenen van bestaan te hebben en ook bleek een specialist de eraan verbonden kosten lang niet altijd te kunnen opbrengen.

Volgens De Vink, die de geschiedenis van de SRC beschreef, waren 'specialisten genoodzaakt zich in poliklinieken te vestigen, omdat de ziekenhuizen voor hen gesloten bleven'.²⁵³ Deze visie laat het belang van de eigen, 'extramurale' polikliniek onderbelicht. Specialisten zelf voelden de oprichting van poliklinieken beslist niet als een soort tweede keus.

Ziekenhuizen oefenden na omstreeks 1900 weliswaar een toenemende aantrekkingskracht uit op specialisten, maar die was niet voor ieder specialisme even groot. Zoals gezegd, verrichtte het merendeel van de specialisten zijn werkzaamheden nog voornamelijk via spreekuur en polikliniek. Van tijd tot tijd kwam daar dan een klinische behandeling bij van patiënten in ziekenhuizen.²⁵⁴ Poliklinieken hadden een heel lage toegangsdrempel, waardoor patiënten konden toestromen. En dat deden zij in de regel ook. In de Algemeene Arnhemsche Polikliniek waren rond 1910 gemiddeld ruim honderd consulten per dag.²⁵⁵ (De gronden waarop dit succes van poliklinieken berustte, worden duidelijk in hoofdstuk 4.) De polikliniek was een goede leerschool, zij bood een ruime gelegenheid om ervaring op te doen en te onderhouden. Dat was voor specialisten van belang, zolang noch universiteit noch ziekenhuis daartoe voldoende gelegenheid bood. Een specialist kon vervolgens door zijn werk in de polikliniek algemene naamsbekendheid krijgen bij betalende patiënten. Zo waren poliklinieken, zeker voor beginnende 'specialisten', hét middel om het doel, een lonende of bloeiende praktijk, op een ogenschijnlijk belangeloze wijze te bereiken (zie ook hoofdstuk 4).

251. Rigter, 'Trachoom', 617.

252. 'Verslag polikliniekcommissie over 1908', 2022 en 2021.

253. De Vink, SRC, 15.

254. ARA, archief NMG, inv. nr. 221, 'Stukken betreff. scheidsgerecht, 1926-1940', Bemiddelingscie, (omstreeks 1937).

255. RAG, Archief Prov.Statens, Algemeene Arnhemsche Polikliniek, inv. nr.129, bijlagen Memorie van Toelichting, 4.

Algemene poliklinieken

In grote steden richtte een aantal specialisten gezamenlijk algemene poliklinieken op. Deze poliklinieken vertoonden karakteristieke organisatorische overeenkomsten: een aparte locatie, zo mogelijk de hulp van een verpleegster, en het inhuren van een 'manusje-van-alles': conciërge-bode-dienstregelaar-schoonmaker. De specialisten maakten in de beginjaren nog gebruik van eigen instrumentarium. Bij de ene polikliniek bleef dit systeem bestaan, een andere ging over tot de aanschaf van het instrumentarium op kosten van de polikliniek. De poliklinieken beschikten in de regel niet over een laboratorium, alhoewel een enkele polikliniek een laboratoriumassistent aanstelde. Patiënten kregen gratis hulp als zij zelf geen bijdrage konden betalen, en niet bij de armenzorg konden aankloppen, of wanneer zij bij een ziekenfonds waren aangesloten dat de polikliniekhulp niet vergoedde.

Naast de doelgroep (armen en minvermogenden) en organisatorische overeenkomsten, was een volgend punt van overeenkomst de financieringsproblematiek waarmee de algemene poliklinieken te maken kregen. Het bestuur van de polikliniek vroeg meestal al in het eerste werkjaar subsidie aan bij de gemeente, want er werden veel gemeente-armen behandeld. Na verloop van tijd kregen deze 'stads'-poliklinieken dat ook altijd. De subsidie moest jaarlijks worden aangevraagd.²⁵⁶ Zo kreeg de in 1893 opgerichte algemene polikliniek in Den Haag sinds 1897 een gemeentelijke subsidie. Daarvoor moesten de specialisten de stadsarmlastigen en de arme kinderen der openbare en bijzondere scholen kosteloos behandelen.²⁵⁷ Later kreeg deze polikliniek een subsidie per specialistische afdeling, met een maximum van tien. Om in aanmerking te komen voor de subsidie moest de afdeling in het voorafgaande jaar minstens dertig gemeente-armen hebben behandeld.²⁵⁸

De inkomsten van de poliklinieken bestonden verder uit giften en zogenaamde maand- en guldenkaarten, eventueel nog aangevuld met de opbrengsten van de verhuur van het gebouw. Desondanks kampten veel algemene poliklinieken met een chronisch geldgebrek. Intussen werden de uitgaven alsmaar hoger, mede door nieuwe, dure instrumenten die moesten worden aangeschaft, zoals een electrocardiograaf en röntgenapparatuur.²⁵⁹ De inkomsten gingen in een centrale pot om de polikliniek draaiende te kunnen houden. Specialisten werkten honorair, zoals in Arnhem, of kregen als de kas dat toeliet een klein honorarium voor het werk, bijvoorbeeld in Den Haag.

De beschrijving van de Algemeene Arnhemsche Polikliniek illustreert dit reilen en zeilen van poliklinieken. Deze gegevens geven onder meer inzicht in de problemen waarmee dergelijke organisaties te maken kregen, voor welke specialismen men er terecht kon en welke verrichtingen in Arnhem als specialistisch werden beschouwd.

Algemeene Arnhemsche Polikliniek

De Arnhemse polikliniek werd op 1 januari 1898 opgericht en functioneerde als zodanig van 1900 tot 1921. Op initiatief van een twaalfstal specialisten werd de polikliniek geopend met een afdeling voor heelkunde, huidziekten, geslachts- en blaasziekten, keel-, neus- en oorziekten, oogziekten, tandziekten, vrouwenziekten en verloskunde. De afdelingen heelkunde en vrouwenziekten en verloskunde hielden elke werkdag een uur spreekuur.

256. Zie bijvoorbeeld 'Beroepsbelangen', *NTvG* 49 (1905) I, 111.

257. De Groot, 'De Algemeene Haagsche Polikliniek', 8.

258. Gemeentearchief Den Haag, Archief Haagsche Polikliniek, inv. nr.11. 'Jaarverslag 1936, 6.'



Boven: Prinsengracht Den Haag. In dergelijke herenhuizen openden specialisten hun poliklinieken. Onder; In het witte gebouw uiterst rechts was de Algemeene Haagsche Polikliniek gevestigd. Bron: gemeentearchief Den Haag.

De andere afdelingen twee à drie keer per week.²⁶⁰ Later werden hieraan nog de afdelingen zenuwziekten en hart- en vaatziekten toegevoegd.²⁶¹ De behandeling was gratis of per maandabonnement, waarvoor de polikliniek zogenaamde maandkaarten verstrekke. Om de polikliniek te kunnen inrichten en kosten als huur, gas, instrumentarium en verbandmiddelen te betalen, doneerden de oprichters ruim f 4.600 en zuiverden zij het tekort aan van omstreeks f 850, dat in 1900 was ontstaan.²⁶²

De ziekenfondsen die poliklinische hulp vergoedden, werkten meestal met een maandkaartenstelsel, als 'Voorzorgkaart' of 'Nutskaart'. Het 'Arnhemsch Ziekenfonds' vergoedde geen specialistische hulp. Toch waren de leden van dat ziekenfonds niet verstoken van specialistische hulp, want, zo meldde dit ziekenfonds, zij 'kunnen zich aanmelden op de kosteloze spreekuren der specialisten'.²⁶³ De inkomsten uit de maandkaarten van 'Voorzorg' dienden als een tegemoetkoming in de exploitatiekosten van de polikliniek. Dat was niet genoeg om alle onkosten te dekken.²⁶⁴

Ziekenfondspatiënten waren echter maar een deel van de doelgroep van poliklinieken. Enkele patiënten konden zelf een klein bedrag betalen, de zogenaamde 'guldenskaart', en de rest van de patiënten viel onder de verantwoordelijkheid van armbesturen, de patiënten met 'stadskarten'. Voor de behandeling van deze laatste groep vroeg het bestuur van de Arnhemse polikliniek een bijdrage aan het Armbestuur om zo de jaarlijkse exploitatie-tekorten te voorkomen.²⁶⁵ Uit het bijgevoegde jaarverslag bleek immers duidelijk dat dit exploitatietekort structureel was: negentig procent van de polikliniekpatiënten kwam met een stadskart.²⁶⁶ In 1900 waren de specialisten 27.302 keer geconsulteerd; dat zei genoeg over het belang van de polikliniek.²⁶⁷ Het Armbestuur zond het verzoek door aan de gemeente, die de polikliniek een gemeentelijke subsidie toewees van f 500 per jaar (dit bedrag werd in de loop der jaren verhoogd tot f 2.000). Die subsidie werd niet zomaar gegeven, daaraan gingen eerst langdurige discussies in de gemeenteraad vooraf. De raadsleden waren bang dat als de gemeente eenmaal aan een subsidie voor zoiets begon, er meer poliklinieken zouden komen die een subsidie wilden.

Bij de jaarlijkse subsidieaanvragen vestigde het bestuur van de polikliniek er nadrukkelijk de aandacht op dat de geneesheren het werk geheel belangeloos deden. Zij ontvingen immers geen honorarium. In de gemeenteraad was echter niet iedereen onder de indruk van dat altruïsme. Eén van de raadsleden bestempelde de polikliniek als een 'kongsi van

259. Volgens het bestuur van de Arnhemse polikliniek had juist deze polikliniek zoveel patiënten en zo weinig inkomsten. De 'inkomsten uit maandkaarten in Utrecht en 's-Gravenhage zijn belangrijk hooger dan hier in Arnhem'; Jaarverslag Algemeene Arnhemsche Polikliniek 1900, 6.

260. Jaarverslag Algemeene Arnhemsche Polikliniek 1902.

261. De jaarverslagen van de Algemeene Arnhemsche Polikliniek zijn niet compleet. In 1912 zijn deze afdelingen er in ieder geval bij.

262. Jaarverslag Algemeene Arnhemsche Polikliniek 1902, 3; Jolles, Verslag gemeenteraad Arnhem over 1901, 885.

263. Van Eden, *Rapport ziekenfondsen* (provincie Gelderland), 4. Het ziekenfonds kon dit op den duur niet volhouden. Op de begroting van de polikliniek over 1913 staat een gift vermeld van het betreffende fonds van f100,- 'wegens de hulp aan zijne leden verstrekt.' Het is door het niet volledig bewaard gebleven archief niet bekend wanneer het Arnhemse ziekenfonds daartoe overging. RAG, Archief Prov. Staten, inv. nr.129, 'Toelichting begroting 1913, 8'.

264. Het eerste jaar ontving de polikliniek f 647; de geraamde kosten over dat jaar bedroegen f 1.546,50.

265. In maart 1901; Verslag gemeenteraad Arnhem over 1901, 876.

266. Jaarverslag der Algemeene Arnhemsche Polikliniek 1900, 6-7.

267. *Ibidem*, 9.

een twaalfstal geneesheeren [...] die zich samen hebben verbonden, ten nadeele van alle andere medici wier medewerking niet is verzocht'.²⁶⁸ De meerderheid van de raadsleden was echter overtuigd van het grote nut van de polikliniek voor de armen. Die hadden tenslotte ook een zenuw-, vrouwen- of huidarts nodig.²⁶⁹

De gemeentelijke subsidie, de opbrengst van maandkaarten en de andere inkomsten van de polikliniek waren nog steeds niet genoeg om de exploitatiekosten te dekken. Er werd derhalve naar andere subsidieverstrekkingen uitgezien. Daarbij viel het oog op de provincie, want de polikliniek voorzag eveneens in een provinciale behoefte: in 1911 kwamen er uit 95 Gelderse gemeenten patiënten naar de polikliniek.²⁷⁰ Het provinciaal bestuur zag eveneens het algemeen belang in van de polikliniek; vanaf 1913 kreeg de polikliniek ook een provinciale subsidie.²⁷¹ Het aldus bij elkaar gesprokkelde geld hield de polikliniek draaiende. Volgens het bestuur was het echter niet voldoende om het gebouw aan de eisen des tijds aan te passen. Dat was hard nodig, want het gebouw beantwoordde 'geenszins aan ook slechts matige eischen'.²⁷² De verhuur van het gebouw aan andere instanties als een volgende potentiële inkomstenbron, zoals de polikliniek in Den Haag kon doen, liep men daardoor ook mis.²⁷³

De financiële situatie van de polikliniek in Den Haag stak overigens gunstig af bij die van Arnhem. In 1907 kreeg de Haagse polikliniek zo'n groot legaat, dat daarmee een ultra moderne polikliniek, met inrichting, kon worden gebouwd.²⁷⁴ Naast 'licht, lucht en ruimte' beschikte de polikliniek sinds die tijd over een grote wachtkamer, die zó goed kon worden geventileerd dat het er niet vies meer rook. De afdeling huid- en geslachtsziekten had zelfs de beschikking over twee badkamers. Verder was er onder meer een operatiekamer, verwarming en aansluiting op het elektrisch net.²⁷⁵ Deze moderne uitrusting was één van de redenen dat de Haagse polikliniek veel langer als zelfstandige polikliniek kon blijven bestaan dan de (stads)poliklinieken, die het met marginale financiële middelen moesten zien te redden. Ondanks de sterke daling van inkomsten, waarmee de Haagse algemene polikliniek te maken kreeg nadat enkele ziekenhuizen in 1932 poliklinieken voor ziekenfondsleden hadden geopend.²⁷⁶

Daartegenover staan de vele klachten van de Arnhemse specialisten. De schoolartsen stuurden veel kinderen met schurft naar de afdeling huid- en geslachtsziekten. Voor deze patiëntjes was een badkamer nodig. Daarvoor ontbrak echter de ruimte, zodat de huidarts

268. De Haan, Verslag gemeenteraad Arnhem over 1901, 878.

269. *Ibidem*, 876-886; Jaarverslag Algemeene Arnhemsche polikliniek 1902.

270. RAG, Archief Prov. Staten, Algemeene Arnhemsche Polikliniek, inv. nr.129, (6/1) 'Memorie van Toelichting begroting 1913'.

271. RAG, Archief Prov. Staten, Algemeene Arnhemsche Polikliniek (1912-1921), 20-12-1912, 3-1-1913, 21-1-1913. De polikliniek kreeg van de provincie f500 en van drie omliggende gemeenten jaarlijks f50.

272. Jaarverslag Algemeene Arnhemsche Polikliniek 1911, 5.

273. Rosenberg vindt de frequent voorkomende praktijk van het verhuren van een ruimte een bruikbare index voor de netelige financiële positie van de poliklinieken in Amerika. De huur kon niet worden opgezegd als men zelf meer ruimte nodig had, omdat de inkomsten niet konden worden gemist; Rosenberg, 'Dispensary', 274. Poliklinieken in Nederland die een ruimte konden verhuren, deden dat zo mogelijk in de middaguren; dan stond het gebouw toch leeg.

274. De Groot, 'Algemeene Haagsche Polikliniek', 19.

275. Gemeentearchief Den Haag, archief Algemeene Haagsche Polikliniek. inv. nr.1, 'Notulen jaarlijkse algemene vergaderingen 1893-1945'.

276. *Ibid.*, 'Notulen algemene vergadering 7-6-1943'.

moest uitwijken naar het badhuis. Ook de andere specialisten kampten met ruimtegebrek.²⁷⁷ Een nieuw gebouw was de enige oplossing, maar dat kon de polikliniek niet zelf betalen. Het zag er enkele jaren naar uit dat de gemeente een lening zou geven voor een nieuw gebouw. Voor de gemeente was dat een voordelige oplossing en zo kon dit 'weinig kostbare en nuttige' werk in de polikliniek worden voortgezet. De gemeenteplannen waren echter zeer tegen de zin van de geneesheer-directeur van het gemeenteziekenhuis, dr W.H.A. van Os (1888-1918). Hij wilde juist in zijn ziekenhuis poliklinieken, om het ziekenhuis 'nog beter' te maken. Via rapporten en 'netwerken' trachtte Van Os het gemeentebestuur te overtuigen van het belang van het gemeenteziekenhuis als centrum van de gemeentelijke geneeskundige zorg, want 'feitelijk heeft de gemeente met het particuliere gedoe van een aantal medici niets te maken'.²⁷⁸ Van Os kreeg onder meer ondersteuning van de inspecteur van de volksgezondheid R.N.M. Eykel (1873-1961). De inspecteur schreef aan burgemeester en wethouders, dat hij het principiële onjuist vond dat de gemeente misbruik bleef maken van de niet-gehonoreerde hulp van specialisten.²⁷⁹ Het gemeentebestuur wist niet goed raad met dit probleem en schoof de nieuwbouw op de lange baan. In 1921 berichtte het polikliniekbestuur de gemeenteraad dat het de polikliniek moest ontbinden, wegens de geringe medewerking van burgemeester en wethouders. Dat was het einde van de 'stads'-polikliniek, maar niet van de polikliniek.²⁸⁰ In 1922 nam het Diaconessenhuis de polikliniek over.²⁸¹

Wat gebeurde er in een polikliniek?

In de poliklinieken viel de nadruk op de specialismen oogheelkunde, kno-heelkunde, zenuwziekten, huid- en geslachtsziekten, chirurgie en vrouwenziekten, gevolgd door blaasziekten of ziekten der urinewegen en orthopedie. Aan het begin van de twintigste eeuw voegden zich daarbij nog de consultatiebureaus (die bepaalde overeenkomsten hadden met poliklinieken) voor tuberculosebestrijding,²⁸² voor zuigelingen²⁸³ en voor geslachtsziekten.²⁸⁴ Bovendien waren er enkele niet aan klinieken verbonden poliklinieken voor kinderziekten en spijsverterings- en stofwisselingsziekten. Zoals gezegd, hadden huisartsen veel bezwaar tegen deze specialismen en hun poliklinieken.

Specialisten deelden in het algemeen deze bezwaren niet, maar onder druk van de NMG sloten begin 1900 de algemene poliklinieken de afdelingen kinderziekten en interne ziekten. Zo besliste het bestuur van de algemene Arnhemse polikliniek aan het einde van het eerste werkjaar, dat het de afdelingen kinderziekten en inwendige ziekten 'uit

277. Juch, *Voorkomen is beter*, 34-35.

278. Secretarie-archief gemeente Arnhem 1917-1924, inv. nr. 1281.

279. *Ibidem*.

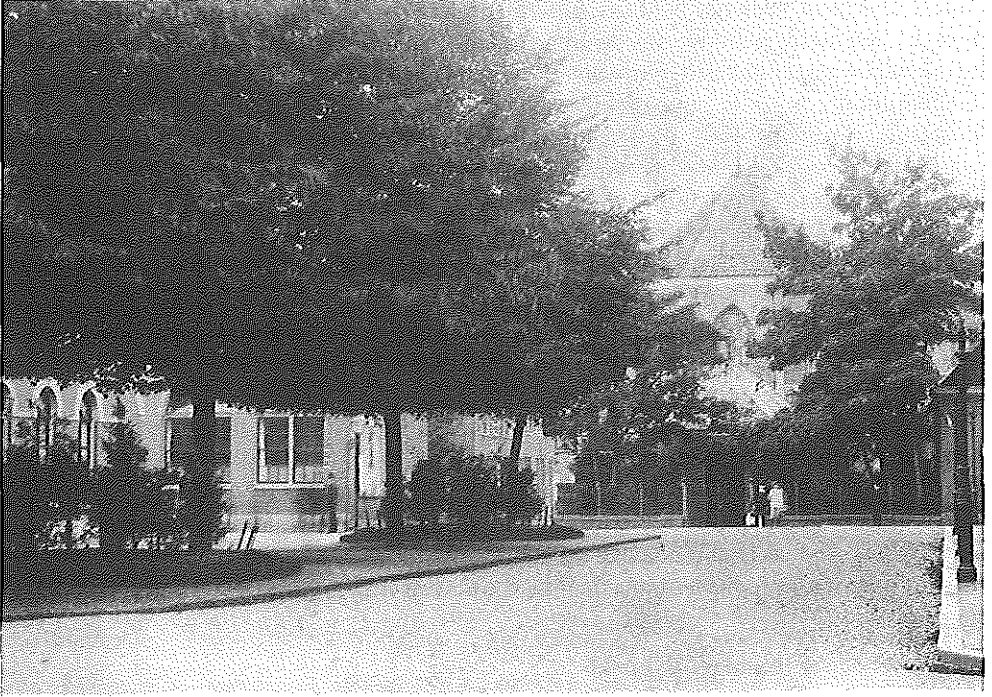
280. Juch, *Voorkomen is beter*, 37.

281. Jaarverslag Diaconessenhuis 1921, 14-15.

282. In Nederland werd in 1903, in verband met het geplande Internationale Congres in Parijs in 1905, een Centraal Comité tot Bestrijding van Tuberculose opgericht; *NTvG* 48 (1904) I, 94.

283. Het eerste consultatiebureau voor zuigelingen werd in 1901 in Den Haag opgericht. In 1908 werd de Nederlandsche Bond tot Bescherming van Zuigelingen opgericht, plaatselijke afdelingen volgden, zoals in Utrecht en Arnhem; 'Binnenland', *NTvG* 52 (1908) II, 899 en *Ibidem* 54 (1910), 1433 en 1858. Zie ook: De Knecht-van Eekelen, 'B.P.B. Plantenga', 24.

284. In 1903 werd in Rotterdam de eerste polikliniek voor geslachtsziekten geopend; zie Mooy, *Geslachtsziekten en besmettingsangst*, 83.



Boven: Koningsplein Arnhem. De Algemeene Arnhemsche Polikliniek huisde in het gebouw met de boogramen. Onder: Sprekuren van de polikliniek specialisten.

JAARVERSLAG

DRR

Algemeene Arnhemsche Polikliniek over het jaar 1900.

De verslaggever over het eerste werkjaar der Algemeene Arnhemsche Polikliniek vervult zijn taak met groote voldoening, nu de van haar gekoesterde verwachtingen ten volle zijn uitgekomen.

Alvorens evenwel een overzicht te geven van den arbeid door haar verricht, past het te vermelden wat op administratief en huishoudelijk gebied is voorgevallen.

Na half Januari werden de verschillende afdelingen successievelijk geopend, zoodat half Februari de geheele zaak marcheerde.

Dr. v. Bommel v. Vloten hield dit jaar consultatiën voor inwendige ziekten 3 maal 's weeks, Dinsdag, Donderdag en Zaterdag van 8—9; Dr. Tjaarda voor Kinderziekten 3 maal 's weeks, Maandag, Woensdag en Vrijdag van 8 $\frac{1}{2}$ —9 $\frac{1}{2}$; Dr. Hensen voor Heelkunde alle werkdagen van 8 $\frac{1}{2}$ —9 $\frac{1}{2}$; Dr. Fijan voor Geslachts- en Blasziekten 2 maal 's weeks, Dinsdag en Vrijdag van 2 $\frac{1}{2}$ —3 $\frac{1}{2}$; Dr. Moll en Dr. Braat gesamenlijk voor Keel-, Neus- en Oorziekten 3 maal 's weeks, Maandag, Woensdag en Zaterdag van 8 $\frac{1}{2}$ —10, terwijl de Dinsdag en Vrijdag morgens voor poliklinische operaties waren aangewezen; Dr. Greve voor Oogziekten de eerste maanden alle werkdagen van 9—10, later alleen Maandag, Woensdag en Vrijdag, terwijl patiënten, die dagelijkse behandeling behoeften, de andere dagen door hem te zijnen huize

verschillende overwegingen' tijdelijk zou sluiten.²⁸⁵ De algemene polikliniek in Den Haag sloot rond de eeuwwisseling de afdeling inwendige ziekten, omdat deze 'aan een specialistenpolikliniek eigenlijk niet op haar plaats was'.²⁸⁶ De éénmanspoliklinieken voor deze specialismen verdwenen daarentegen niet.

De huisarts koesterde niet alleen de nodige argwaan tegen poliklinieken voor kinderziekten en interne ziekten. Als het aan hem lag, gingen alle patiënten alleen naar een polikliniek voor een consult en niet voor een behandeling. Dit zou een te verdedigen standpunt zijn als polikliniekbehandelingen ook eigenlijk meer generalistische, tot het domein van de huisarts behorende, behandelingen waren. Op de vraag of dat ook zo was, is echter geen algemeen geldend antwoord te geven. Het onderscheid generalist-specialist was nu eenmaal vaag en dat werkte door in het poliklinische werk. Dat gold veel minder voor het klinische werk, omdat dit een veel duidelijker terrein was. Een lid van de 'specialistencommissie' vroeg zich in 1915 af wat de heren specialisten onder polikliniekhulp verstonden. De spreker kende poliklinieken waar de 'chirurg-specialist zelfs geen mesje heeft, nog minder een pincet'. Sommige specialisten in Rotterdam vonden dat de 'petite chirurgie' tot de polikliniek behoorde, maar anderen dachten daarover volgens hem weer heel anders.²⁸⁷

Gegevens van plaatselijke poliklinieken zouden in ieder geval wat meer duidelijkheid kunnen brengen in het onderscheid tussen specialistische-poliklinische en generalistische verrichtingen. Er zijn echter nog niet veel van dergelijke casestudies verschenen. Consultatiebureaus voor zuigelingen komen mede ter sprake in de onderzoeken van De Knecht-van Eekelen en Marland, en consultatiebureaus voor geslachtsziekten in het onderzoek van Mooy.²⁸⁸ Deze onderzoeken hebben echter een andere vraagstelling dan de hierboven genoemde. De gegevens uit de afdeling kno-ziekten van de Algemeene Arnhemsche Polikliniek tussen 1901 en 1910 geven een eerste aanzet. Deze gegevens zijn vooral interessant, omdat de plaatselijke huisartsen en specialisten overeen waren gekomen dat er in de polikliniek alleen specialistische verrichtingen werden gedaan.

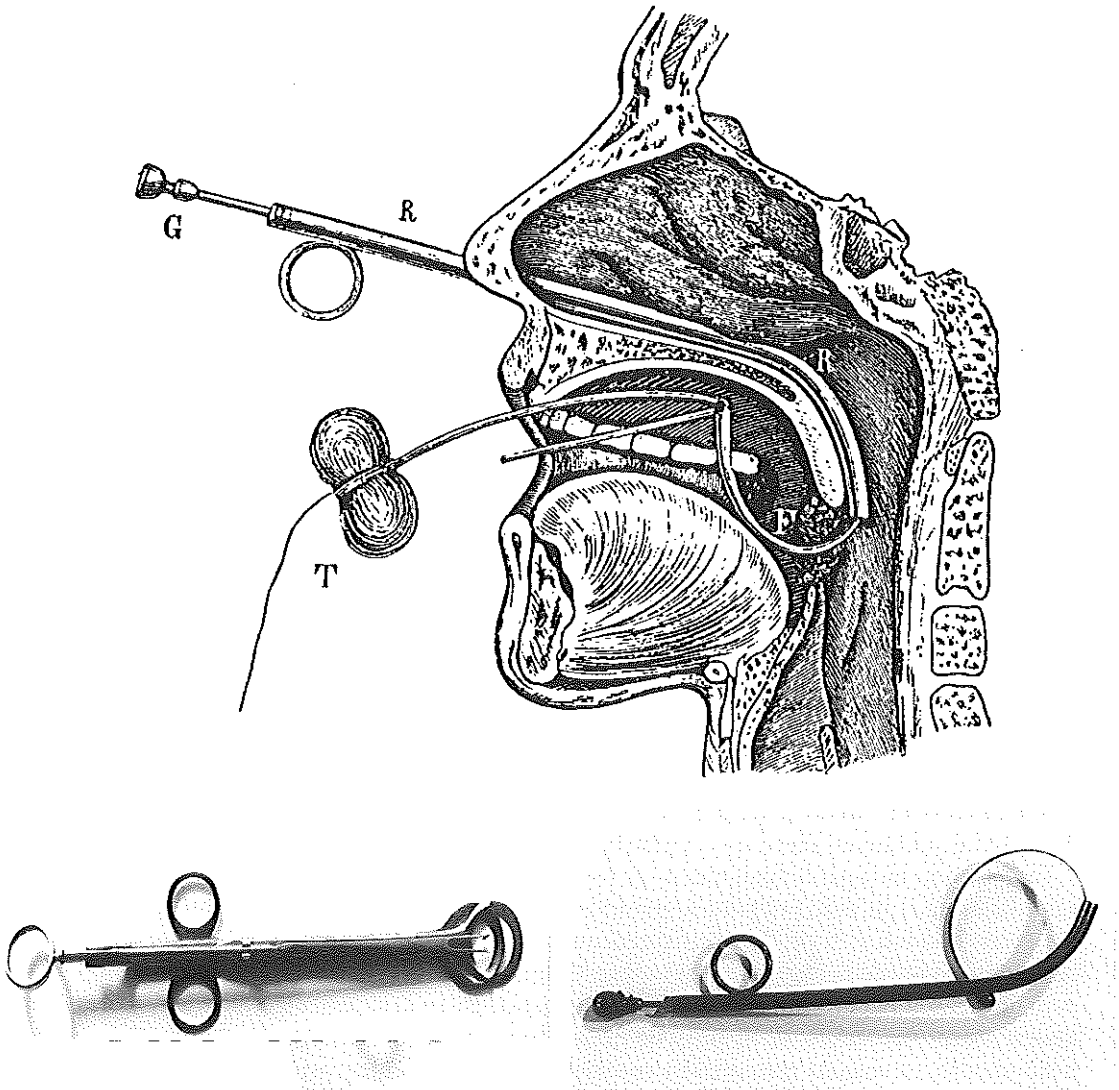
Tussen 1900 en 1910 behandelden de twee kno-artsen op dinsdag-, donderdag- en zaterdagmorgen in deze polikliniek gemiddeld ieder twintig patiënten per ochtend. De patiënten konden zich op dit open spreekuur tussen 8.30 en 10.00 uur aanmelden; de zitting zelf nam de hele morgen in beslag. Gemiddeld kwam er op elk spreekuur een patiënt met een hypertrofie aan neus- of keelamandelen en drie patiënten met de één of andere vorm van acute of chronische neus-, keel- of oorontsteking. De kno-artsen behandelden vervolgens gemiddeld tweemaal per week patiënten met oorklachten, die konden worden verholpen met het uitspuiten van het oor. Minder frequent kwamen patiënten met neusbloedingen, abscessen, poliepen en vreemde voorwerpen in neus, keel of oor; gemiddeld een keer per maand. Nog wat minder vaak bezochten patiënten de polikliniek voor de behandeling van struma, ingrepen aan neustussenschot en neuschelp, tuberculose aan de neus en syfilis aan keel en verhemelte. Opmerkelijk is ten slotte, dat er per jaar maar enkele patiënten met kaak- of keelkanker naar de polikliniek kwamen.

285. Jaarverslag Algemeene Arnhemsche Polikliniek 1900, 3.

286. De Groot, 'Algemeene Haagsche Polikliniek', 10.

287. ARA, archief NMG, inv. nr.199, S18-I, 'Positie specialisten-ziekenfondsen', 5e verg. 24-1-1915'.

288. De Knecht-van Eekelen, *Naar een rationele zuigelingenvoeding*, Marland, 'A woman's touch' en Mooy, *Geslachtsziekten en besmettingsangst*.



In de polikliniek hield de kno-arts zich onder meer bezig met de verwijdering van neus- en keelamandelen en neuspoliepen, het doorprikken van trommelvliezen, de behandeling van neusbloedingen en aandoeningen van de gehoorgang. Verder met kaakholtespoelingen, evenwichtsonderzoek, gehooronderzoek en het aanmeten van hoortoestellen en kleine operaties van oorschelptumoren en neustussenschot. In de kliniek deed hij onder andere mastoïd- en kankeroperaties, verwijderde amandelen bij volwassenen en behandelde kaak- en voorholteontstekingen. Particuliere patiënten werden of bij de patiënt thuis of ten huize van de specialist behandeld. Zo werden, als de ouders daar prijs op stelden, neus- en keelamandelen van kinderen nog thuis geknipt. Deze ingreep kon voor kinderen een akelige ervaring zijn, ondanks de vertrouwde omgeving. Een (plaatselijke) verdoving was nog geen algemene gewoonte. Ook eventuele nabloedingen werden aan huis behandeld. Boven: de werking van de zogenaamde 'Bellocqsche sonde'. Onder links: Instrument voor het knippen van de keelamandelen: de 'guillotine'; rechts: instrument voor het stelpen van neusbloedingen. Bron: Museum de Griffioen, Delft.

In hoeverre dit werd beïnvloed door de slechte behandelingsresultaten van deze ziekte of door een ontoereikende diagnostiek, kan uit deze opsommingen niet worden afgeleid.

Specialistische diagnose en behandeling

Wanneer men vanuit de huidige situatie geneigd is een deel van deze behandelingen als niet-specialistisch te classificeren, moeten daarbij toch nog andere factoren worden betrokken. Men kan niet zonder meer de conclusie trekken dat een specialist dus generalistische verrichtingen deed. Het specifieke was niet slechts afhankelijk van hetgeen men objectief tot specialistische verrichtingen zou kunnen rekenen. Dit werd mede bepaald door uiteenlopende zaken als: soort polikliniek, plaatselijke afspraken tussen specialisten en huisartsen en de kennis en leeftijd van de huisarts.

Het meest duidelijke voorbeeld is het uitspuiten van het oor als een – in Arnhem – ‘erkende’ specialistische verrichting. Gezien de ‘strijd om de ziekenfondspatiënt’ tussen huisarts en specialist in de ‘polikliniekkwestie’ (zie hoofdstuk 4) is het niet erg waarschijnlijk, dat de huisartsen hierbij erg zijn beïnvloed door hun over het algemeen negatieve beeld van ziekenfondspatiënten. Het was wel een eenvoudige handeling, die in de polikliniek vaak werd verricht. Voor deze behandeling gebruikte men een instrument, dat eveneens eenvoudig was. Aan de andere kant ging er altijd enige tijd voorbij alvorens een nieuwe techniek meer algemeen werd toegepast. (Het geven van injecties bijvoorbeeld, was eerst uitsluitend het werk van enkele deskundigen, na verloop van tijd gaf iedere huisarts injecties, gevolgd door verpleegkundigen en laboranten.) De behandeling van het oor kan bovendien niet los worden gezien van het stellen van de diagnose. Behandeling en diagnose waren, volgens specialisten, de zwakke kanten van de huisarts.

Specialisten beschouwden huisartsen als niet erg competent en niet erg wetenschappelijk. De al eerder genoemde dermatoloog De Buy Wenniger had zelfs kritiek op de visie van de internist en onderzoeker professor A.A. Hijmans van den Bergh (1869-1943)²⁸⁹: ‘Hijmans [...] zegt altijd: je kunt wel eens dit of dat doen. Dat is een verkeerd standpunt; ’t moet zijn: hier is dit of dat ge-in-di-ceerd [vet en onderstreept in het origineel]. Andere therapie is onzin!’²⁹⁰ Specialisten illustreerden hun bezwaren tegen huisartsen met de nodige voorbeelden. Dat werd allicht door huisartsen bestreden; zij vonden het merendeel van de specialisten niet nodig. Specialisten hadden geen oog voor het algemene beeld of voor sociale factoren. Nu waren er inderdaad specialisten waarop kritiek op hun werk en kennis terecht was. ‘De’ algemene arts bestond evenmin. Desondanks geeft dit onderzoek veel aanwijzingen die de veronderstelling kunnen bevestigen, dat er toch een verschil in ‘instelling’ kon zijn tussen een deel van de huisartsen en een deel van de specialisten. De kennis van een huisarts kon verouderd zijn door het ontbreken van een leeftijdsgrens, het moeten doorwerken wanneer men geen goede pensioenvoorziening had, hiaten in de algemene opleiding, het ontbreken van een verplichte nascholing, en een gebrek aan contact met collega’s. Een huisarts die aan deze criteria ‘voldeed’, stelde ook geen diagnose die was verkregen uit onderzoek dat op moderne inzichten was gebaseerd. Die huisarts stelde dan minder de ‘waarom-vraag’ en was eerder geneigd eerst maar eens het symptoom te bestrijden.

289. Zie voor een overzicht van zijn leven en zijn wetenschappelijke werk: Pannekoek, ‘Hijmans van den Bergh’.

290. Geciteerd in: Verhoef, ‘Ik voel niet dat ik nuttig ben’, 59.

Ook de polikliniekcommissie signaleerde deze tekortkomingen. Zij werd door haar onderzoek 'bevestigd in haar overtuiging dat er onder geneesheeren helaas ook zulke zijn, die zelfs een eenvoudig onderzoek niet verstaan'.²⁹¹ Deze geneesheren neigden er dan naar een ziektebeeld te constateren en het daarbij te laten. Zo konden zij constateren dat een patiënt doof was, zonder uit te zoeken waardoor deze doofheid werd veroorzaakt. Daardoor kon dan de behandeling van een verstopte uitwendige gehoorgang een specialistische verrichting worden, hetgeen weer bijdroeg aan de faam van de specialist. Dat in dit geval zowel de diagnose als de behandeling vrij eenvoudig was, doet niet zoveel ter zake.

De eigen poliklinieken verliezen terrein

Een polikliniek had een moderne inrichting nodig om patiënten aan te trekken, zeker als er ter plaatse meerdere poliklinieken waren. Patiënten die iets voor een polikliniek-behandeling konden betalen, de patiënten met een 'guldenskaart', beslisten zelf naar welke polikliniek zij gingen. Hun keuze voor een bepaalde polikliniek berustte vooral op de toegang tot het gebouw en zijn inrichting. Poliklinieken met weinig inkomsten konden niet goed aan die voorwaarden voldoen. Dat was allemaal niet zo'n groot bezwaar, zolang er geen concurrentie van andere poliklinieken te duchten was. Maar intussen tekende zich een nieuwe ontwikkeling af, namelijk de inrichting van ziekenhuispoliklinieken.

De verschuiving van particuliere naar ziekenhuispoliklinieken was een algemene trend, die in het ene land eerder inzette dan in het andere. In Amerika waren al in het begin van de jaren twintig de particuliere poliklinieken een marginaal verschijnsel. Zelfs de oudste poliklinieken konden niet als zelfstandige instelling blijven bestaan.²⁹² Rosenberg schrijft het verdwijnen ervan onder meer toe aan de snelle veranderingen in de techniek. Men vond dat het voor een zelfstandige polikliniek vrijwel onmogelijk was adequate zorg te bieden zonder de faciliteiten van een groot modern ziekenhuis.²⁹³ In Nederland verliep dit proces veel geleidelijker, ongeveer tussen 1920 en 1960, zonder overigens helemaal te verdwijnen. De Haagse polikliniek werd in 1972 ontbonden.

Deze ontwikkeling had verschillende oorzaken. Ten eerste nam de betekenis van een ziekenhuis als behandelcentrum toe. In dergelijke moderne ziekenhuizen hoorde een moderne polikliniek (zie daarvoor hoofdstuk 5). Vervolgens was een ziekenhuispolikliniek dé oplossing voor de financiële problemen van de eigen poliklinieken. Het ziekenhuis schafte steeds vaker het instrumentarium en de apparatuur aan. Er was bovendien een laboratorium en de kosten waren lager, de ruimte, het personeel en soms de apparatuur waren niet in eigen beheer, maar werden voor een aantal uren van het ziekenhuis gehuurd. De verschuiving van de polikliniek naar een ziekenhuislocatie werd bovendien vergemakkelijkt, omdat de betekenis van de eigen polikliniek als leerschool begon af te nemen.

Veel specialisten probeerden een polikliniek in een ziekenhuis te bemachtigen. Een deel lukte dat, maar veel kregen nul op het request. Ziekenhuizen zaten wat poliklinieken betrof al snel 'vol'. Vooral de polikliniekhoudende specialisten met 'netwerk'-connecties in een groter ziekenhuis konden hun poliklinieken naar dat ziekenhuis verplaatsen. Op

291. 'Verslag poliklinieken over 1908', 1605.

292. Rosenberg, 'Dispensary', 281 en 283.

293. *Ibidem*, 281.

deze wijze kon de Arnhemse algemene polikliniek in het begin van de jaren twintig in het Diaconessenhuis worden voortgezet.²⁹⁴ Het lag voor de hand dat juist dit ziekenhuis de polikliniek overnam. Al jaren bestond er een innige samenwerking tussen de geneesheren van de polikliniek en het Diaconessenhuis, onder andere in de vorm van assistentie van verpleegsters uit dit ziekenhuis.

In 1920 konden de eigen poliklinieken nog niet verdwijnen. Het poliklinische werk bleef gedurende de hele periode 1890-1941 voor veel specialismen hoofdzaak. Deze specialisten konden niet allemaal hun polikliniek naar een aantrekkelijk, modern ziekenhuis verplaatsen. En als de inkomsten van de polikliniek de uitgaven deden, had een eigen polikliniek ook wel weer haar voordelen (zie hoofdstuk 4).

5 BEVOEGDHEID

Het laatste thema in dit hoofdstuk is de bevoegdheid van specialisten. Dit bleef tot de inwerkingstelling van de SRC in 1931 een kwalificatie die niet aan uniforme of bindende voorwaarden was gebonden. Hierdoor kon in principe iedere huisarts die daar lust toe voelde, zich specialist noemen en zich als zodanig vestigen. Dit kwam ook voor, maar de meningen over de frequentie daarvan liepen uiteen. Die mening werd mede beïnvloed door de eventuele aanwezigheid van halfspecialisten in de eigen omgeving. In dit geval de variant van de huisarts die in hoofdzaak zijn bestaan in die praktijk zoekend, daarnaast een specialistische praktijk uitoefende.²⁹⁵ De afdeling Groningen vond in 1913 dat het meeviel met het misbruik van de titel: 'Hoewel er misschien thans nog geen zeer slecht onderlegde specialisten gevestigd zijn, is de kans niet uitgesloten dat zoo iets te eeniger tijd wel het geval zal zijn'.²⁹⁶ De Haagse chirurg-uroloog F. Hijmans (1881-?), secretaris van de Algemeene Nederlandsche Vereeniging van Medisch Specialisten (zie hoofdstuk 4), meende in 1924 dat dergelijke gevallen 'gelukkig nog tot de groote uitzonderingen behooren en dank zij de regelende invloed van de publieke opinie' dat wel zouden blijven.²⁹⁷

Rond 1915 maakte een zekere huisarts als 'uroloog' de nodige indruk. Deze huisarts zou zich als 'uroloog' hebben gevestigd en wel 'drie dagen na zijn afstudeeren en zonder eenige practische voorbereiding'.²⁹⁸ Meer dan een jaar lang werd hij, naam- en plaatsloos, overal in het land als voorbeeld aangehaald.²⁹⁹ In principe was het echter de gewoonte dat een arts, alvorens hij zich als specialist profileerde, eerst enige tijd als volontair of assistent bij een hoogleraar of in een speciale kliniek werkte. Waar en hoe lang bleef min of meer een persoonlijke zaak; door wetenschappelijke verenigingen werd rond 1900 gemiddeld twee jaar als minimum genoemd.

Het officiële standpunt van de NMG in de bevoegdheid van specialisten was gedurende deze jaren een vertrouwen in het 'fatsoen' van de medische stand. De beroepscode ging ervan uit dat het specialist-zijn was gebaseerd op een grotere kennis en ervaring in een

294. Die overheveling ging overigens vergezeld van een batig saldo; Jaarverslag Diaconessenhuis Arnhem 1921, 15.

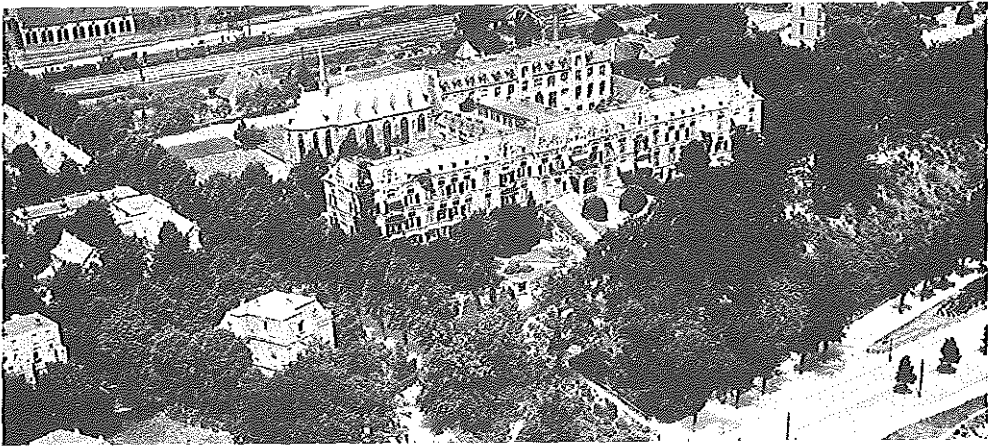
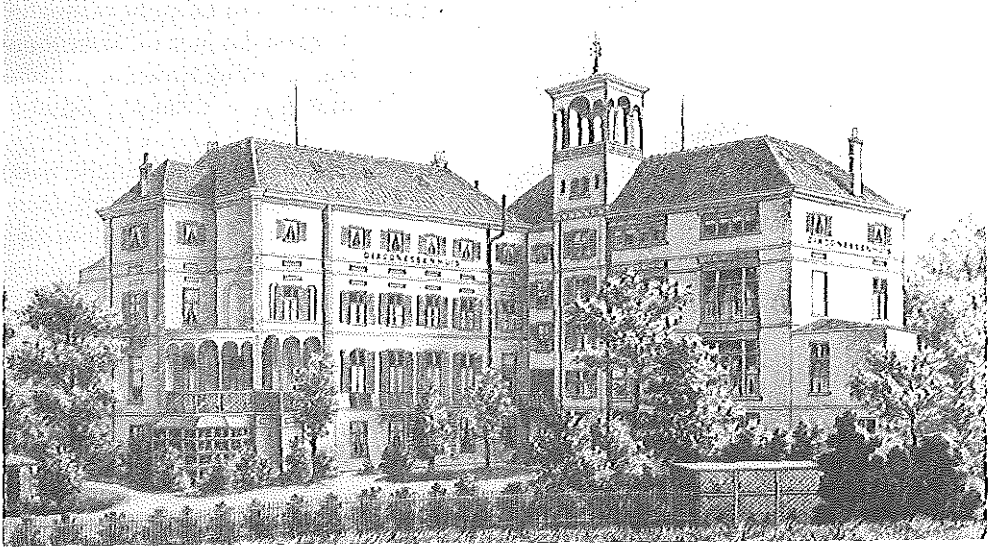
295. Zie onder meer de discussies over de specialistenbevoegdheid in: 'Verslag 64e alg.verg. (1913)', 1153-1263.

296. *Ibidem*, 1240.

297. Hijmans, 'Opleiding en bevoegdheid specialisten', 21.

298. Onder meer: H. Brongersma; ARA, archief NMG, inv. nr.199, S18-I, 'Positie specialisten-ziekenfondsen, 24-1-1915' en 'Eerste vergadering geneeskundige kring te Amsterdam, 26-1-1915', 3.

299. Zoals o.a. in de afd. Tilburg en in de vergadering van de 'specialistencommissie'.



Geheel boven: Eerste behuizing van het Diaconessenhuis Arnhem; daaronder het Sint Elisabethsgasthuis Arnhem. Onder: Nieuwbouw Diaconessenhuis Arnhem omstreeks 1932. Bron: gemeentearchief Arnhem.



bepaald onderdeel van de geneeskunde, dan men van een generalist mocht verwachten. Behalve op het nogal vage begrip van 'een assistentschap' na, waren geen criteria vastgesteld waaraan het al of niet bevoegd zijn kon worden afgemeten. De opleiding diende in ieder geval 'voldoende' te zijn.

In het begin van de twintigste eeuw ervoer men zowel binnen als buiten de artsenorganisatie de hele bevoegdheidskwestie niet als een groot probleem. Er waren in een handjevol steden nog geen tweehonderd specialisten, onder wie een aantal privatdocenten. Het was nog een overzichtelijk circuit waar 'iedereen' waarschijnlijk 'iedereen' kende. Maar het aantal specialisten nam snel toe. Zo'n tien, vijftien jaar later was daarom dit informele beoordelingscriterium over het al dan niet terecht voeren van de 'titel' specialist niet overtuigend meer. De NMG gaf er de voorkeur aan de specialistenkwestie als een interne aangelegenheid te beschouwen en daarin kreeg zij de volle medewerking van de overheid. Gezien de problemen die de NMG had met de definiëring van specialisten, lijkt de vooronderstelling gerechtvaardigd dat de bevoegdheid van specialisten ook als een 'zeer moeilijke kwestie' zou worden betiteld. De formalisering van de specialistenbevoegdheid kwam inderdaad pas in 1931 tot stand.

Negentiende-eeuwse specialisten waren beter gesitueerde autodidacten. Zij verkregen hun kennis tijdens een studiereis naar een bekende kliniek, gecombineerd met een stage. De klinieken van bekende buitenlandse hoogleraren en specialisten (vooral in Duitsland en Oostenrijk, in mindere mate in Frankrijk), golden zonder meer als kwaliteitswaarborg voor het specialist-zijn. Aan het einde van de negentiende eeuw moest deze buitenlandse studiereis al enig terrein prijsgeven aan het equivalent van een assistentschap in een Nederlands ziekenhuis.

Nederland had in tegenstelling tot poliklinische, niet veel klinische opleidingsmogelijkheden, hetgeen één van de redenen was van het succes van de poliklinieken. Naast de universitaire klinieken, die qua opleiding maar weinig konden bieden, kwamen de categorale klinieken op. Maar ook daarmee namen de opleidingsplaatsen niet veel toe. Alleen het ooglijdersgasthuis in Utrecht leverde in de negentiende eeuw vrij snel na de oprichting specialisten af.³⁰⁰ In de kinderziekenhuizen had een geneesheer echter geen belangrijk instrument of veelbelovende therapie als uitgangspunt, zoals de oogartsen dat hadden. De pioniers moesten eerst al doende zelf de nodige kennis opbouwen en ervaring opdoen wat kindergeneeskunde was. Net als bij de eerste oorartsen was het bij deze artsen meer het principe 'al smedende wordt men smid', waarmee zij in het kinderziekenhuis geleidelijk het predikaat kinderarts gingen verdienen.

Een 'opleiding' tot specialist was niet voor iedere geneesheer weggelegd. Alvorens hij assistent in een geschikt Nederlands ziekenhuis kon worden, moesten er enkele barrières worden genomen. Hij mocht om te beginnen niet gehuwd zijn, want dan kon hij geen genoeg nemen met de lage vergoeding. Als hij bij een befaamde hoogleraar wilde assisteren had hij 'relaties' nodig (bijvoorbeeld 'als zoon van'). Dan waren er nog de nodige financiële barrières: assistenten moesten óf héél zuinig leven óf een lening sluiten óf over eigen middelen beschikken. Tèn slotte was de beoordeling over het functioneren

300. Donders wilde dat deze specialisten zich als huisarts vestigden. Met hun oogheekundige ervaring zouden zij gemakkelijk een praktijk kunnen opbouwen. Dat veroorzaakte een ruzie met de Rotterdamse oogarts De Haas; zie: Van Lieburg en Rigter, *Vier eeuwen oogheekunde Rotterdam*, 54. Deze opstelling van Donders was niet zozeer op de bevoegdheid als specialist van zijn assistenten gebaseerd, maar kwam meer voort uit concurrentiemotieven.

van de assistent niet altijd objectief. De hoogleraar beoordeelde tijdens het assistentschap of hij de assistent geschikt vond als specialist. Een deel van de hoogleraren was zeer autoritair en dulde geen tegenspraak. Wanneer een assistent zich niet kritiekloos tegenover de hoogleraar opstelde, liep hij een groot risico te worden weggestuurd.

De overheid bepaalde hoeveel assistenten de universiteitsklinieken mochten aanstellen. De betreffende hoogleraar was en bleef echter in de beschreven periode de sleutelfiguur. Hij bepaalde wie hij aanstelde en tot op zekere hoogte ook het aantal. Want, naast de betaalde assistenten, waren er assistenten aangenomen die 'buiten bezwaar van 's Rijks Schatkist' vielen en ook uit andere bronnen geen salaris ontvingen.³⁰¹ Het aanbod van assistentsplaatsen bleef echter onvoldoende. In de jaren twintig verslechterde deze situatie nog door de bezuinigingen tengevolge van de economische recessie. In die tijd ontstond het fenomeen dat assistenten een goed aangeschreven hoogleraar betaalden om hem te 'mogen' assisteren. Niet-academische klinieken van allerlei formaat profiteerden ook van het grote aanbod.³⁰² Zo had het sanatorium in Davos 'kandidaten genoeg'. Men kon gemakkelijk assistenten krijgen, terwijl zij nog minder verdienden dan de keukenmeid: respectievelijk Zw.fr. 150 en Zw.fr. 175 per maand.³⁰³ (Dat lage salaris gold overigens ook voor de verpleegsters.)

Omdat het aantal plaatsen beperkt was en er geen alternatieven waren, werd misbruik van assistenten in de hand gewerkt. Assistentenschap en polikliniekervaring waren de enige opleidingscriteria voor specialisatie. Er werden geen eisen gesteld aan opleider of opleidingsplaats en al helemaal niet aan de te vergaren theoretische en praktische kennis. De kwaliteit van de 'opleiding' van aanstaande specialisten hing sterk af van de instelling van hoogleraar of andere opleider. Hoogleraren waren in het algemeen geen erg 'actieve' opleiders. Al in 1910 stelde de minister van Binnenlandse Zaken vast dat het assistentschap zich in de laatste jaren in een andere richting ontwikkelde. Een assistent was er niet zozeer voor de eigen vorming, maar als hulp van de hoogleraar: 'hoogleraren hebben kundige hulpkrachten noodig'.³⁰⁴ De naam van een bepaalde hoogleraar of kliniek straalde af op de 'faam' van de specialist-in-spe. Dat was bij de opzet van een eigen praktijk een voorsprong op andere specialisten, hetgeen gezien de toenemende concurrentie belangrijk was.

In het navolgende wordt beschreven van wie er acties op dit gebied waren te verwachten en waarom er in de periode 1890-1920 geen regeling kwam. Vragen die daarbij worden gesteld zijn onder meer: Hoe stonden overheid en financiers tegenover deze kwestie? Waarom werd een regeling uitgesteld? Uiteindelijk regelden andere organisaties van vrije-beroepsbeoefenaren dergelijke zaken wel (zie hoofdstuk 5). Was de formalisering binnen de beroepsgroep uitsluitend een taak van de NMG of kon men nog van anderen acties in deze verwachten? Bijvoorbeeld van de specialisten die waren verenigd in zogenaamde wetenschappelijke verenigingen of van de centrale belangenvereniging van specia-

301. De minister schreef aan de Kamer: 'Niet alleen in de klinieken van inwendige ziekten, maar ook in andere klinieken zijn assistenten werkzaam zonder bezoldiging. Minister heeft daar geen bezwaar tegen; dit is zoowel in het belang van de kliniek als van de betrokkene.' *Handelingen 1930-1931*, Bijlage A, VI, 1-2, Rijksbegroting De universiteit van Groningen schreef de Specialistenorganisatie dat daar 'enkele' onbezoldigde assistenten waren; ARA, archief NMG, inv. nr.137, A32, 'Aantal assistenten in ziekenhuizen' (1923).

302. ARA, *ibidem*.

303. Archief sanatorium Davos, 'Notulen HB-verg., 25-4-25 en 24-10-28'.

304. *Handelingen 1909-1910*, Bijlage A, Staatsbegroting 1910, Memorie van Antwoord, V.13, 33.

listen. Uiteindelijk was een formalisering van de bevoegdheid van groot belang voor bepaalde specialisten, omdat dat tevens een erkenning was van het eigen optreden als specialist.

5.1. Wetgever en de 'titel' specialist

De eerste wetsontwerpen voor een ziektekostenverzekering noemden de specialistische hulp nog niet. Alleen in de artikelen over de betaling van de geneeskundigen was er zijdelings sprake van speciale verrichtingen. Zo gaf de Memorie van Toelichting van het ontwerp van ziekwet van 1910 aan, dat 'geneeskundigen bovendien een afzonderlijke vergoeding zouden ontvangen voor verrichtingen, die niet tot de gewone geneeskundige behandeling behoorden'.³⁰⁵

In het begin van de twintigste eeuw was de specialistenbevoegdheid geen zaak die de overheid terwille van het algemeen belang wettelijk diende te regelen. In de eerste plaats omdat er officieel geen bevoegdheidsvraagstuk bestond. Iedere arts was bevoegd tot het uitoefenen van de geneeskunde. Wanneer hij zich daarbij wilde beperken tot een bepaald onderdeel, moest hij dat zelf weten. Vanuit sociale overwegingen was er evenmin dringend behoefte aan overheidsoptreden. De specialistische hulp voor on- en minvermogende patiënten functioneerde goed en de poliklinieken waren voor deze patiënten goed toegankelijk. Het bestaande stelsel kostte de overheid geen extra geld. Een wettelijke regeling van de specialistenopleiding bracht daarentegen alleen maar extra kosten met zich mee door de onvoldoende capaciteit van de universiteiten. Pas na 1920 ontstond er van overheidswege meer belangstelling voor dit onderwerp door de invoering van het zogenaamde Academisch Statuut en andere ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

Van de kant van de ziekenfondsorganisaties was ook geen actie te verwachten. Zij waren in deze periode in het algemeen niet in de specialistenopleiding geïnteresseerd. Dat maakte overigens niets uit; de ziekenfondsen waren tot de jaren twintig als pressiegroep een te verwaarlozen factor. Door de grote verscheidenheid in ziekenfondsen keken de plaatselijke fondsen verschillend aan tegen specialisten en specialistische hulp. De ziekenfondsen die aan de bevoegdheid van de specialist eisen stelden, beperkten zich tot het 'te goeder naam en faam' bekendstaan van een specialist. Ook de NMG-ziekenfondsen beperkten zich tot dit vage criterium (zie hoofdstuk 4). Zij hadden geen eisen aan het voeren van de 'titel' specialist op schrift gesteld. Wel rangschikte de plaatselijke opsteller van de lijsten in het *Geneeskundig Jaarboekje* 'onbevoegde' specialisten bij de huisartsen en niet bij de specialisten.

5.2. NMG en de 'titel' specialist

Specialisten waren vóór 1920 al een pluriforme groep met organisatievormen op plaatselijke en landelijke niveaus. De NMG en de Specialistenorganisatie (zie hoofdstuk 4) leken daarvan de meest aangewezenen de specialistenbevoegdheid te formaliseren. Daarnaast was van de wetenschappelijke verenigingen enigerlei actie op dit gebied te verwachten.

305. *Handelingen 1909-1910*, Memorie van Toelichting, Ontwerp ziekwet, nr. 302, art. 95-2.

In de NMG werd in deze periode een regeling van de specialistenbevoegdheid 'gewenst geacht'. De ziekenfondswetgeving, die sedert 1904 bij herhaling 'aanstaande' was, wakkerde de belangstelling voor het onderwerp aan (zie bijlage 1). Dit kwam niet alleen voort uit de gedachte dat bij wetgeving gelegaliseerde hulp hoorde. Voor de NMG was het heel belangrijk dat er bij een eventuele regeling met haar wensen rekening werd gehouden. Door deze parallel met de wetgeving lopende belangstelling kwam het fenomeen specialist in ieder geval rond 1906, 1911-1913, 1920 en 1930 ter sprake. De NMG gaf als motief voor deze 'acties', dat indien de specialistische hulp aan ziekenfondsverzekerden wettelijk werd vastgelegd, daar toch een zekere garantie tegenover behoorde te staan.³⁰⁶ Zodra echter deze externe stimulans was verdwenen, eisten andere onderwerpen de aandacht op. Er dienden zich voldoende problemen aan die om een directe oplossing vroegen. Hierbij moet vooral worden gedacht aan de regeling van de belangenbehartiging en de opzet en organisatie van de eigen NMG-ziekenfondsen.

Bij de eerste wetsontwerpen hoefde de NMG nog niet te vrezen voor externe druk. Daarvoor was het verschijnsel specialist nog te pril. Het eerste wetsontwerp ziektekostenverzekering (1904) besteedde, zoals gezegd, aan specialisten geen aandacht. Ook het bestuur van het uitvoeringsorgaan van de ongevallenwet (1901), de Rijksverzekeringsbank (RVB), stelde geen voorwaarden aan specialisten. De RVB liet het helemaal aan de geneesheer zelf over in welke hoedanigheid hij zich inschreef. Zij had daarvoor een aangifteformulier opgesteld dat bij de postkantoren kon worden opgehaald. Sinds omstreeks 1904 stond er op dit formulier, dat 'ingeval een deskundige slechts bereid is een bijzonder gedeelte der genees- of heelkunde voor rekening der bank uit te oefenen, zulks uit zijne aangifte blijkt'.³⁰⁷ De RVB nam zonder meer aan dat er 'deskundigen' waren. Dit gaf bij de indeling in huisarts of specialist weinig problemen. Door deze vage aanduiding liepen echter bepaalde specialismen op tegen onverwachte, niet-medische concurrentie: zoals oogartsen van opticiens en röntgenologen van instrumentmakers en andere geïnteresseerden.³⁰⁸ Een chirurg liet in 1910 de vereniging van röntgenologen weten dat in Vlissingen al jaren een onderwijzer de röntgenbehandeling beoefende. 'Hij behandelde zoowel op eigen houtje als op advies van medici[!] kanker, lupus etc.'³⁰⁹

De eerste signalering in de NMG van een bevoegdheidskwestie van specialisten kwam niet voort uit een behoefte de 'kwaliteit' van specialisten te garanderen tegenover patiënten en financiers, maar door het onbehagen van de huisarts over zijn zogenoemde standsbelangen. Deze werden door de populaire poliklinieken bedreigd. De oppositie tegen het bestaande stelsel bleek echter ook in de NMG weer niet zo sterk dat om die reden een oplossing moest worden geforceerd. Ook NMG-commissies als de 'polikliniekcommissie' en de 'ziekenfondscommissie' lieten het bij het voornemen dat er iets 'zou moeten' worden geregeld.

De NMG bleef, zoals gezegd, vertrouwen in het 'fatsoen' van de medische stand. Men vond dat dit ook kon. De enkeling die dat vertrouwen beschaamde door zich ten onrechte voor specialist uit te geven, zou door de concurrentie vanzelf afvallen. De voorzitter van de NMG schreef in 1908 over deze kwestie: 'Ik meen dat wij [...] de beslissing

306. Zie o.a.: 'Buitengew. alg. verg. (1911)', 450-454.

307. Bibliotheek Sociale Verzekerings Bank, *Jaarboek RVB* 1905, 37; zie ook: Ongevallenwet 1908, zoals gewijzigd 13-1-1908.

308. Van der Hoeven, 'Huisarts en specialist', 563.

309. De Knecht-van Eckelen, 'Röntgenologen verenigen zich', 96.

omtrent de werkelijke bevoegdheid moeten overlaten aan het oordeel van de vakgenooten en het publiek'.³¹⁰ Reeds in 1910 bleek dat er aan deze visie bezwaren kleefden. De consequentie daarvan kon de NMG echter nog jaren op de lange baan schuiven. NMG en specialisten motiveerden deze 'laksheid' met te wijzen op de problemen die zich daarbij zouden voordoen. Daarvan konden zij genoeg voorbeelden geven, terwijl er eigenlijk nog niet eens zo veel specialisten waren.

Het eerste probleem waar men tegenop liep, was het eenheid-van-stand-principe. In de tweede helft van de negentiende eeuw was dat bijna een dogma, zodat men in het begin van de twintigste eeuw er nog van uitging dat daaraan niet kon worden getornd. De eenheid van stand was in 1865/1876 wettelijk geregeld met de volledige bevoegdheid van de algemene arts. Deze regeling had zoveel hoofdbreken gekost dat de regering er, naar het oordeel van de NMG-leden, weinig voor zou voelen dit principe te laten varen. Een deel van de NMG-leden vond zelfs dat de volledige bevoegdheid in gevaar kwam als er een examen werd afgenomen. Regulering van de specialistische praktijk bracht nog de vervelende complicatie met zich mee, dat daardoor de huisartsen geen specialistische verrichtingen meer zouden mogen doen.³¹¹ Dit laatste, steeds weer aangehaalde excuus was discutabel, daar deze specialistische verrichtingen nog niet eens waren omschreven.

Vervolgens waren er praktische problemen die men als het ware à priori als onoplosbaar aanvaardde. Hoe moest één en ander worden geregeld, wie moest over de bevoegdheid beslissen en waar haalde men de opleidingsplaatsen vandaan? Bij deze bedenkingen speelde bovendien nog de angst voor reguleringen mee. Tot in de jaren twintig van de twintigste eeuw associeerde men regelgeving met 'gildentoestanden'. De verstarde gildenregels waren met de opheffing van de gilden in 1798 weliswaar verdwenen, maar dat hield niet in dat daarmee ook de gedetailleerde en ontelbare plaatselijke overheidsbepalingen verdwenen. Deze al-regulerende staatsopvatting was nog niet zo lang geleden, pas na 1860, vervangen door de liberalere ideeën over staatsonthouding en vrijhandel.³¹² In het verlengde daarvan werd vrije mededinging als een groot goed ervaren. De NMG onderschreef deze opvatting volledig.

Ook de al vaker genoemde 'polikliniekcommissie' ging, in haar rapport in 1908, ervan uit dat de concurrentie onbekwame specialisten liet verdwijnen. Zij wilde weliswaar bepaalde waarborgen over de bevoegdheid van specialisten, maar in eerste instantie voor de huisarts: 'De geneesheeren, aan poliklinieken verbonden, moeten voldoen aan (nader te omschrijven) eischen, welke het recht geven als specialist op te treden tegenover huisartsen en patiënten'.³¹³ Bij de bespreking van de rapporten van de polikliniekcommissie wist men niet hoe die bevoegdheid nader te omschrijven. Dit punt werd door de NMG dan ook op een 'pro memorielijst' geplaatst. In 1913 kwam het vraagstuk door diverse ontwikkelingen opnieuw ter sprake.

Om te beginnen kwam tussen 1913 en 1916 een ziekenfondswetgeving wederom in de actualiteit. Vervolgens bracht de oprichting van NMG-ziekenfondsen vanaf 1914 met zich mee dat ook specialisten een positie in een ziekenfonds dienden te hebben. Daarvoor wilde men eerst duidelijkheid over wat nu eigenlijk onder een specialist werd verstaan en wie zich specialist mocht noemen. Een aantal leden van de NMG kreeg tot

310. Burger, 'Poliklinievraagstuk', 1885.

311. Onder meer de afgevaardigde afdeling Alkmaar, 'Verslag 64e alg.verg. (1913)', 1240.

312. De Hen, 'Industrialisatie van Nederland', 16.

313. 'Verslag polikliniekcommissie over 1908', 1606.

taak deze moeilijke materie te onderzoeken en uit te werken. Het rapport van deze 'specialistencommissie' dat in 1915 uitkwam, hield het bij de specialistenbevoegdheid toch maar op het oude en vertrouwde 'te goeder naam en faam' bekend staan.

De commissie achtte het ongewenst als het bestuur van een ziekenfonds een specialist zou vragen zijn bevoegdheid aan te tonen. Wel was het bestuur verplicht zich door de plaatselijke geneeskundig-farmaceutische commissie te laten voorlichten of de specialist goed bekend stond.³¹⁴ Daarmee werden er eisen aan de specialist gesteld, zonder dat bekend was welke dat nu waren. Dit zou kunnen impliceren dat in barre tijden de plaatselijke specialistenverenigingen hun eisen opschroefden om ongewenste concurrentie te weren. De beoordeling leverde in de loop der jaren inderdaad de nodige wrijvingen op. Voor sommige specialisten die toch te goeder trouw waren, kon het ontbreken van criteria nog op een andere wijze nadelig zijn. Te 'goeder naam en faam' bleek niet alleen een bevoegdheidswaardering te zijn. De beoordeling bleek tevens een solidariteits-'afdwinging' in de strijd tegen de ziekenfondsen.

Toch was er omstreeks 1913 in de NMG-afdelingen een zekere ontevredenheid met de bestaande situatie. Enkele afdelingen dienden een voorstel in bij de algemene vergadering om door een commissie 'de wenschelijkheid te laten onderzoeken, dat de bevoegdheid tot de specialistische praktijk in enig diploma of anderszins wordt vastgelegd'.³¹⁵ Drie van de vijf hoogleraren die een pre-advies over het voorstel hadden uitgebracht, vonden het echter niet gewenst de specialistenopleiding te reglementeren. Dat veroorzaakte te grote moeilijkheden.³¹⁶

Tijdens de behandeling van het voorstel was men het er over eens dat er zich 'hier en daar' specialisten zonder voldoende vakkennis vestigden. Als mogelijke oorzaak van deze ongewenste ontwikkeling noemden diverse sprekers de onvoldoende opleidingsmogelijkheid in Nederland.³¹⁷ Deze discussies leverden al een blauwdruk op voor de latere SRC: assistentschap, een lijst van door de NMG erkende specialisten, en een commissie die over toelating of afwijzing moest beslissen.³¹⁸ De vergadering was het ermee eens dat het moeilijk zou zijn de bevoegdheid te regelen, maar het was aan de commissie dat probleem op te lossen. Die commissie ging in 1915 ijverig aan het werk en stuurde een vragenlijst aan de specialisten,³¹⁹ maar daarbij bleef het.³²⁰

De regeling van de bevoegdheid kreeg van de NMG geen prioriteit. In België gaf de 'specialistenkwestie' aanleiding tot debatten over specialisatie en reglementering; overigens zonder tastbare resultaten.³²¹ De NMG debatteerde niet echt over de bevoegdheid van specialisten; tenminste niet in vergelijking met de discussies die in het eerste decennium van de twintigste eeuw werden gevoerd tussen de voor- en tegenstanders van respectieve-

314. 'Rapport verhouding specialisten - ziekenfondsen', 1261.

315. '64e alg.verg. (1913)', 1153-1263, voorstel van de afdeling Alkmaar; het voorstel van de afdeling Groningen was van gelijke strekking; respectievelijk 1250 en 1239.

316. H. Burger, J.A. Korteweg en B.J. Kouwer ontraadden het formaliseren van het begrip specialist; G.F. Rochat en E. Wiersma achtten een regeling wenselijk; '64e alg. verg. 1228-1239.

317. Ibidem, afgevaardigde Leeuwarden, 1249.

318. Ibidem, J.A. Korteweg, 1231; B.J. Kouwer, 1232/1233; G.F. Rochat, 1237; E. Wiersma, 1239; afgevaardigde Alkmaar, 1243; Groningen, 1245; Delft, 1250.

319. D.G. 'Opleiding der specialisten', 45.

320. *NTvG* 59 (1915) II, 901, 'Verslag 70e alg.verg. (1919)', 643.

321. Schepers, 'Debat over specialisatie'.

lijk sanatoria voor tuberculeuzen of consultatiebureaus. Als het erop aankwam maakte in de NMG niemand zich druk over de bevoegdheid van specialisten. Zolang er niet meer pressie werd uitgeoefend, waren de 'onoverkomelijke moeilijkheden'³²² van dit vraagstuk voldoende reden om het op de lange baan te schuiven. In 1931 bleek echter dat deze motivatie voor het uitstel van de regeling van de bevoegdheid een drogreden was. Ook hierbij was het huisartsenbelang in het geding. De regeling van de bevoegdheid van specialisten impliceerde tevens de erkenning van specialismen. Dat kon een legitieme afkalving van zijn vak betekenen waaraan niet meer viel te ontkomen.

Aan het einde van deze eerste fase in het bevoegdhedenvraagstuk werden de werkzaamheden van deze commissie overgedragen aan de nieuwe, eind 1918 ingestelde Specialistenorganisatie.³²³ Vóór die tijd was er van de Specialistenorganisatie geen actie te verwachten. Zij had door de vele problemen rond de belangenbehartiging wel wat anders aan het hoofd (zie hoofdstuk 4). Blijven dan nog de wetenschappelijke verenigingen. Daarvan was gezien de doelstelling van deze verenigingen, iets op dit gebied te verwachten. De leden van de verenigingen waren in ieder geval 'bevoegd'.

5.3. Wetenschappelijke verenigingen

Voorals tussen 1890 en 1910 werden veel zogenaamde wetenschappelijke verenigingen opgericht (zie bijlage 2). Hoogleraren, specialisten en geneesheren met een bijzondere belangstelling voor een bepaald specialisme wilden met andere gelijkgestemden discussiëren over en zich verdiepen in een specifiek vak. De NMG bood dat platform niet, daarom richtten zij 'eigen' verenigingen op met als voornaamste doel de bevordering van de studie, en de verbreiding der kennis van het betreffende specialisme. Geleidelijk kregen zo alle specialismen hun eigen wetenschappelijke vereniging. De oprichting van de diverse verenigingen liep min of meer synchroon met de eerder geconstateerde volgorde van opkomst van specialismen. Met uitzondering overigens van de oogartsen, die hadden daaraan minder behoefte. Zij organiseerden sinds 1866 nationale oftalmologische congressen.³²⁴

Wetenschappelijke verenigingen waren geen geheel nieuwe ontwikkeling. Zij waren enigszins te vergelijken met de vroegere geleerde genootschappen. Deze sociëteiten waren vooral in de achttiende eeuw zeer populair; in het algemeen waren zij interdisciplinair. Daarnaast dienden de specialistische verenigingen in het buitenland als voorbeeld. Deze ontstonden al eerder, zoals het oogheelkundig genootschap dat in 1863 in Duitsland werd opgericht.³²⁵ Ten slotte stimuleerden de vele internationale specialistische congressen het ontstaan van wetenschappelijke verenigingen; onder meer het internationale oftalmologische congres, dat voor de eerste keer in 1857 in Brussel werd gehouden; het eerste internationale congres van dermatologen in Parijs in 1889; het eerste internationale congres ter bestrijding van geslachtsziekten in 1899 in Brussel en in datzelfde jaar het eerste internationale congres ter bestrijding van de tuberculose in Berlijn.³²⁶

322. Zoals Burger, 'Poliklinievraagstuk', 1884 en Korteweg '6.4e alg.verg.', 1230.

323. *Ibidem*.

324. Geciteerd in 'Vereenigingsverslagen', *NTvG* 137 (1993), nr 6, 324; Keunen, e.a., *Bestaat het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap wel 100 jaar?*

325. Ophthalmologische Gesellschaft, zie: Eulner, *Entwicklung Spezialfischer*, 346.

326. 'Berichten' *NTvG* (1889) I, 179; *Ibidem* (1899) II, 370-371; *Ibidem* (1899) II, 38-43.

Nederlandsche Vereeniging van Dermatologen.

31^e Algemeene Vergadering

op ZONDAG 18 JUNI 1911,
voormiddags 11 uur

te ROTTERDAM in het Ziekenhuis aan den Coolsingel.

HUISHOUDELIJK GEDEELTE:

- 1^o. Voorlezing der notulen en ingekomen stukken.
- 2^o. Openen der stembriefjes.
- 3^o. Subsidieaanvraag voor de bibliotheek.
- 4^o. Tijd- en plaatsbepaling der volgende Vergadering.

WETENSCHAPPELIJK GEDEELTE
aanvang 1½ uur

- 1^o. Prof. Mendes da Costa. Over adenie.
- 2^o. Demonstratie van patiënten.
- 3^o. Bezoek aan en demonstratie van de inrichting voor behandeling van lupuslijders te Rotterdam.

Na afloop boottocht langs de havens van Rotterdam; daarna gemeenschappelijke maaltijd, waaraan de leden worden verzocht deel te nemen; zij gelieven zich daarvoor vooraf bij den secretaris op te geven.

H. H. Leden die voornemens zijn patiënten voor te stellen of wetenschappelijke mededeelingen te doen, worden beleefd verzocht, daarvan zoo mogelijk, vooraf aan den secretaris kennis te geven.

L. M. DE RUY WENNIGER,
Secretaris.

**NEDERLANDSCHE VEREENIGING VAN
DERMATOLOGEN.**

OCTOBER 1910.

Aan de Leden!

Geachte Collega,

Op de vergadering onzer Vereeniging van den 10^{en} Juli van dit jaar, werd door het Bestuur voorgesteld, een bibliotheek te stichten op dermatologisch en vengreologisch gebied.

Het Bestuur wensch daardoor te bereiken, dat de leden op voor hun gemakkelijke en weinig kostbare wijze van de talrijke tijdschriften en publicaties op bovengenoemd gebied, kennis zullen kunnen nemen.

Het plan van uitvoering is, om de voornaamste tijdschriften en monografiën, geen atlasen, hand- en leerboeken, aan te schaffen. Deze met de present-exemplaren, zouden de boekerij vormen, waaruit de pas verschenen tijdschriften in circulatie gegeven worden, die daartoe den wensch te kennen hebben gegeven, terwijl elk werk uit de catalogus aangevraagd kan worden.

Daarvoor is echter noodig, dat de leden zich eenige offering getroosten in den vorm van een contributie-verhooging, die zoo kan worden aangeduid, dat een kleine verhooging van f 2.50 zou worden geheven van alle leden en dat voor de leden die van de circuleerende bibliotheek gebruik mochten willen maken, nog eene verhooging zou volgen van f 2.50.

Om die verhooging van contributie mogelijk te maken, is wijziging der Statuten noodzakelijk, waarvoor een meerderheid van $\frac{2}{3}$ ter vergadering aanwezige leden vereischt wordt.

Het Bestuur zou er prijs op stellen de meening van alle leden over deze gewichtige aangelegenheid te mogen vernemen voor er over een wijziging in de statuten wordt gestemd; omdat

Het belangrijkste onderscheid met de NMG was de oriëntering van de wetenschappelijke verenigingen op de wetenschap.³²⁷ De NMG richtte zich niet op de wetenschap, zij richtte zich vooral op maatschappelijke vraagstukken. Weliswaar was er tijdens de jaarlijkse algemene vergadering van de NMG een wetenschappelijk programma, maar dat had niet het niveau dat de leden van de nieuwe verenigingen zochten.

De toevoeging 'wetenschappelijke' betekende dat de verenigingen hun leden met de ontwikkelingen binnen het vak op de hoogte wilden houden en eventueel 'bijscholen'. Leden en genodigden hielden daartoe voordrachten, inviteerden op zater- of zondagen mede-leden bij operaties, toonden hun kliniek of instrumenten en demonstreerden op vergaderingen patiënten. De animo was groot onder de vrij vaste kern van leden die de vergaderingen bezocht, om dergelijke demonstraties en lezingen te houden. Het bestuur en diezelfde vaste kern van leden waren erg enthousiast over hun vak. In de één tot drie keer per jaar gehouden bijeenkomsten stimuleerde men elkaar, en buiten deze vergaderingen om vroeg men elkaar om advies. Men beschouwde de vergaderingen als leerzaam, vooral voor de jonge leden.³²⁸

Onder de leden circuleerden voorts nog leesmappen met wetenschappelijke (buitenlandse) literatuur. Dat was tenminste de bedoeling, want de doorstroming was afhankelijk van de strengheid van secretaris of bibliothecaris. Alleen krachtdadig optreden bij te late doorzending van de tijdschriften waarbij boetes werden opgelegd en geïnd, kon de leden ertoe brengen de tijdschriften tijdig door te sturen. Daarnaast discussieerde men in alle verenigingen op gezette tijden over de oprichting van een eigen tijdschrift, als ultieme uiting van een volwaardige wetenschappelijke vereniging. Vanwege de daaraan verbonden kosten stelde het merendeel van de verenigingen dit voorlopig uit. Zij beperkten zich tot een verslag van de vergaderingen in het *NTvG*, hetgeen de leden al duur genoeg vonden. Enkele verenigingen, waaronder de vereniging van gynaecologen, stapten over dat bezwaar heen. Zij besloot twee jaar na haar oprichting tot de uitgave van het *Nederlandsch Tijdschrift voor Verloskunde* (1889).

Het meest internationaal waren de vergaderingen van de vereniging van kno-artsen, met regelmatig sprekers of toehoorders van buitenlandse zusterverenigingen. Een deel der verenigingen vertaalde de jaarberichten of de notulen van de wetenschappelijke vergaderingen en stuurde die naar buitenlandse zusterverenigingen. De jaarberichten van de vereniging van dermatologen gingen bijvoorbeeld naar het *Dermatologische Zeitschrift*.³²⁹ De notulen van de kno-vergaderingen werden in het *Monatschrift für Ohrenheilkunde* gepubliceerd en alle andere buitenlandse zusterverenigingen kregen de notulen toegestuurd. De kno-vereniging kreeg de verslagen van Amerikaanse, Engelse, Franse, Italiaanse en diverse Duitse verenigingen.³³⁰

Het lidmaatschap van een wetenschappelijke vereniging was niet gekoppeld aan het NMG-lidmaatschap, maar was wel aan bepaalde toelatingsvoorwaarden gebonden. Daarbij was de wetenschappelijke belangstelling van het aspirant-lid een belangrijk uitgangspunt. Een deel van de verenigingen accepteerde alleen een nieuw lid op voorspraak van één of meer leden. Deze veelal op 'receptenbriefjes' geschreven aanbevelingen ver-

327. Pas in een later stadium gingen wetenschappelijke verenigingen zich ook met niet-wetenschappelijke vraagstukken bezighouden.

328. Orthopedie bijvoorbeeld, archief Ned.ver.v.Orth., 'Notulen vergadering nov.1928'.

329. Archief Ned.Ver.v.Derm., 'Ingekomen stukken', 1902.

330. Archief Ned.Ver.v.KNO-heelk., 'Verslag huishoudelijk gedeelte', 1895.

meldden opleiding of werkervaring van het aspirant-lid en verwezen nogal eens naar zijn wetenschappelijke belangstelling, waar de vereniging 'nog eer mee kon inleggen'.³³¹ Interesse in het vak alléén was echter niet genoeg voor een gewoon lidmaatschap. Daarmee kon men hooguit buitengewoon lid worden.

De vereniging oordeelde over de specialisten 'opleiding' (een assistentschap aan een universiteitskliniek of bijzondere (poli)kliniek) en over de praktijkvoering (het zich toeleggen op een bepaald onderdeel van de geneeskunde). Aan dit laatste criterium konden niet alle verenigingen stringent de hand houden. De orthopeden zouden dan vrijwel geen leden hebben overgehouden, want in de eerste bestaansjaren van de orthopedische vereniging waren de meeste orthopeden tevens chirurg.³³² Halfspecialisten die zich 'beperkten' tot teveel of te diverse onderdelen van de geneeskunde, werden uit de verenigingen geweerd. Tegen leden-halfspecialisten die tevens een algemene praktijk uitoefenden, had men daarentegen weer weinig bezwaar. Terwijl specialisten in het algemeen juist vonden dat deze halfspecialisten geen specialisten waren. Geleidelijk verscherpten de verenigingen de toelatingseisen. Omstreeks 1920 was het de gewoonte geworden dat aspirant-leden bij hun aanvraag voor het lidmaatschap gegevens over hun assistentschap moesten overleggen.³³³

De opkomst bij de vergaderingen liep per vereniging uiteen en werd nogal eens teleurstellend genoemd. Zo bezocht in 'goede' jaren een enkele keer de helft van de leden van de vereniging van kno-artsen de vergadering. Verder schommelde de aanwezigheid van de leden tussen één derde en één kwart.³³⁴ Voor alle verenigingen gold dat er steeds een getrouwe kern van leden op de vergaderingen aanwezig was.

Een deel van de verenigingen hield zich min of meer krampachtig vast aan een wetenschappelijke doelstelling, zoals heilkunde en kno-heilkunde. Deze verenigingen waren nogal elitaire, intellectuele verenigingen die zich beperkten tot een vrij persoonlijk, wetenschappelijk doel. Andere verenigingen formuleerden een bredere doelstelling. Zo had de vereniging van de kinderartsen onder meer als doelstelling te 'strijden in het belang van het kind'. Kinderartsen wilden het lot van kinderen verbeteren door het verspreiden van hun inziens juiste inzichten omtrent de verzorging van gezonde en zieke kinderen. Dit doel valt te verklaren vanuit de leefsituatie van kinderen aan het eind van de negentiende eeuw. De kno-vereniging had daarentegen niet als onmiddellijk doel om het eveneens niet zo rooskleurige lot van bijvoorbeeld doven en doofstommen te verbeteren, alhoewel de leden individueel zich er wel degelijk voor inzetten. De vereniging van orthopeden betrok in de doelstelling de behartiging van de sociale belangen van de artsen die de orthopedie beoefenden. Dat klinkt eigentijds; zoals in hoofdstuk 2 werd beschreven, werden in de laatste twee decennia van de negentiende eeuw vele belangenbehartigingsorganisaties opgericht. Weliswaar was ook de NMG zelf tevens een belangenbehartigingsvereniging, maar om daar zo openlijk voor uit te komen was in die tijd progressief in artsenkringen.

331. In het archief van de Ned.Ver.v.Derm. zijn veel van dergelijke aanvragen bewaard gebleven.

332. Archief Ned.Ver.v.Orth., 'Notulen vergadering mei 1915'.

333. Archief Ned.Ver.v.KNO-heelk., 'Notulen vergadering nov. 1916': men besloot de statuten nog niet te wijzigen; archief Ned.Ver.v.Kindergenk., 'Notulen vergadering mei 1922'; archief Ned.Ver.v.Orth., 'Notulen vergadering mei 1915'.

334. Archief Ned.Ver.v.KNO-heelk., samengesteld uit gegevens notulen en ledenlijst.

Voor de verschillen in de doelstelling van de diverse verenigingen zijn meerdere verklaringen te geven. Als een specialisme als zodanig door de NMG nog niet zo werd geaccepteerd, werkte dat door in de wetenschappelijke verenigingen. In dat geval participeerden de leden met meer enthousiasme aan de huishoudelijke vergaderingen; daarin kwamen de niet-wetenschappelijke onderwerpen aan de orde. De notulen van de diverse wetenschappelijke verenigingen ademen derhalve een rijke 'sfeer-schakering' uit. Bovendien konden leeftijd en samenstelling van het bestuur de bepaling van de doelstelling van een vereniging beïnvloeden. Als er één of meerdere hoogleraren zitting in het bestuur hadden, bleek de kans groter dat een verenigingsdoelstelling beperkt werd geïnterpreteerd. Hoogleraren hadden als bezoldigde functionarissen weinig te maken met de problemen waar een vrij-gevestigde specialist tegenop liep. Hetzelfde gold als er één of meer 'ouderen' in het bestuur zaten, want in die tijd was er geen leeftijdsbegrenzing aan het werken, waardoor 70- en 80-jarige praktiserende geneesheren geen uitzondering waren.

Bij alle verenigingen gaf het bestuur sterk richting aan vergaderingen en verenigingsactiviteiten. Bovendien regelden besturen veel buiten de vergaderingen om.³³⁵ Leden sputterden af en toe over het feit dat het zo vanzelfsprekend was dat altijd de bestuursleden de vereniging op buitenlandse congressen vertegenwoordigden. Of, waarom bepaalde (bestuurs)leden hun voordrachten of demonstraties altijd aan het begin van de dag mochten houden. Deze liepen doorgaans zo uit, dat de leden die onderaan op de agenda waren geplaatst niet aan bod kwamen. Het enthousiasme voor het vak – en bij een deel van de leden voor zichzelf – maakte de animo groot om voordrachten en demonstraties te verzorgen. Kritiek op het bestuur dat de agenda opstelde bleef niet uit, evenmin als kritiek op langdradige sprekers die zichzelf te graag hoorden. De ene vereniging veranderde dan iets aan de agenda en stelde een spreektijd in en de andere vereniging veranderde naar aanleiding van de kritiek van de leden niets.

Zolang er over de werkwijze van het bestuur geen al te grote problemen rezen, had het bestuur weinig 'te vrezén' van de leden. In de regel bemoeiden de leden zich niet met de gang van zaken.

Desinteresse van de wetenschappelijke verenigingen voor de opleiding

Het was vanwege de doelstelling van de wetenschappelijke verenigingen te verwachten dat zij enig initiatief ontwikkelden om de kwalificatie 'specialist' te legitimeren. Zij stelden uiteindelijk zelf ook de nodige voorwaarden voor het verkrijgen van het lidmaatschap. Alle verenigingen hadden tot doel, de bevordering van de studie van hun specifieke specialisme en de verbreiding van de kennis daarvan. Bovendien staken de verenigingen hun bezorgdheid over de opleiding tot huisarts ook niet onder stoelen of banken. Toch besteedden de wetenschappelijke verenigingen voor de invoering van de specialistenregistratie in het algemeen weinig aandacht aan de opleiding tot specialist. Bij een enkele vereniging kwam dit vraagstuk sinds de eeuwwisseling wel ter sprake, maar dat waren steeds min of meer losse opmerkingen over de duur van het assistentschap. Twee jaar vond men daarvoor toch wel gewenst. Pas zo'n vijftien à twintig jaar later hanteerden de wetenschappelijke verenigingen deze twee jaar als onvoorwaardelijk criterium voor het lidmaatschap van de vereniging.

335. Hiervan getuigen onder andere ook de talloze 'bestuursbriefjes' in het archief van de Ned.Ver.v.Derm.

Het gebrek aan belangstelling voor een opleiding tot specialist lijkt in strijd met de doelstelling. Tot in de jaren twintig beschouwde het merendeel van de verenigingen het echter helemaal niet als zijn taak om de eigen opleiding te regelen. De heelkundige vereniging hield dit standpunt nog het langste vol. Het was een wetenschappelijke vereniging en daarom kon men zich niet met vragen als de regeling van de specialistenopleiding inlaten.³³⁶ Pas aan het eind van de jaren dertig zwichtte het bestuur voor signalen van leden en druk van onder meer de SRC.

Bij deze afzijdige houding speelt een rol welk belang de verenigingen zelf bij de regeling van de opleiding hadden. In het algemeen hadden de verenigingsbesturen, zolang de externe situatie niet al teveel wijzigde, daarbij weinig belang. Niemand twijfelde aan de intentie en de goede naam en faam van de eigen leden. De naam van degene die een kandidaat voordroeg, was al een zekere waarborg voor de 'opleiding' van die kandidaat.³³⁷

Bovendien waren de meningen verdeeld of de opleiding wel moest worden geregeld.³³⁸ Als de vereniging dat zou reguleren, haalde zij zichzelf alleen maar problemen op de hals. Want als er iets geregeld moest worden, hoe moest dat dan? De wetenschappelijke verenigingen legden zich neer bij de motivatie voor het niet-regelen van de NMG: regulering stuitte op onoverkomelijke problemen. Het was bovendien veel aangenamer om wetenschappelijke voordrachten te houden, dan over zulke zaken te discussiëren.

Alleen in de verenigingen van kinderartsen en orthopeden werd bij herhaling gewezen op de noodzaak van een goede opleidingsregeling voor specialisten. Deze specialisten konden zich ook geen afzijdige houding permitteren, zij voelden zich voortdurend in hun positie bedreigd door respectievelijk huisartsen en chirurgen. Een reguliere opleiding zou in ieder geval het eigen optreden een legitieme basis geven. Maar zelfs in deze verenigingen ondernam men verder geen enkele actie, ook niet voor het eigen specialisme. Zij legden zich zonder meer neer bij de constatering dat aan het eenheid-van-stand-principe niet te tornen viel. Men ging daarbij steeds van de veronderstelling uit dat anderen geen regeling wilden, bijvoorbeeld de regering,³³⁹ de NMG of de andere wetenschappelijke verenigingen.³⁴⁰

De betrokkenheid van de wetenschappelijke verenigingen met de algemene opleiding van de diverse deelspecialismen bleek een heel ander chapter. Aan de tekortkomingen in de algemene opleiding besteedden de verenigingen de nodige tijd. Nu was het ook gemakkelijker aan de regering eisen over de opleiding te stellen dan aan de eigen beroepsgeenoten. Bovendien was dit voor de algemene opleiding ook eenvoudiger, want er was bij de algemene opleiding tenminste overeenstemming over de uitgangspunten.

Zolang er nog geen apart professoraat voor hun speciale vak was ingevoerd drongen de betreffende verenigingen zoals kno, kindergeneeskunde, orthopedie en dermatologie bij herhaling bij universiteit en bewindslieden erop aan daartoe over te gaan.³⁴¹ Voor de

336. Archief Ned.Ver.v.Heelk., 'Notulen vergadering 29-5-1920; 6-3-1932; 12-12-1937'.

337. Ibidem, 6-12-1908.

338. '64e alg.verg.', pre-advies hoogleraren, 1228-1239.

339. Bij de eerste wetsontwerpen ziekenkostenverzekering.

340. Vooral de kinderartsen waren die mening toegedaan.

341. Zie archief Ned.Ver.v.Kindergenk., 'Notulen vergadering juni 1902', juli 1906 en nov. 1911; Ibidem Ned.ver.v.Derm., 'Jaarverslag 1906-1907; Ibidem Ned.Ver.v.Orth.: 'Notulen vergadering nov. 1912' en jan. 1920; Ibidem Ned.Ver.v.KNO-heelk., 'Notulen vergadering okt. 1905'.

betreffende specialisten was het instellen van een leerstoel in hun specialisme een vorm van bevestiging van de eigen status. De verenigingen beargumenteerden hun verzoeken als zijnde noodzakelijk voor de kwaliteit van het onderwijs. Het eigen optreden als specialist was in eerste instantie zelfs een gevolg van deze tekortkomingen in het onderwijs.³⁴² De bezorgdheid over de kwaliteit van het onderwijs werd meestal via universiteit of Kamerleden aan de regering bekendgemaakt. De kno-vereniging overtrof daarbij alle andere verenigingen met haar acties in 1905 en 1906.

Om te beginnen werden de tekortkomingen in het kno-onderwijs breed uitgemeten in het verslag van de wetenschappelijke vergadering.³⁴³ Deze verslagen werden altijd in het *NTvG* gepubliceerd. Inmiddels had de vereniging al een motie over het kno-onderwijs ingediend bij de NMG-commissie die de regeling van de praktische vorming van artsen onderzocht.³⁴⁴ De leden brachten tevens op meer informele wijze de hiaten in het onderwijs en de gevolgen daarvan naar buiten. Dit resulteerde in 1905 in Kamervragen over het onderwijs in keel- en oorheelkunde aan de minister. Het Kamerlid Tijdeman wees erop dat deze vakken aan de rijksuniversiteiten stiefmoederlijk waren bedeed, waardoor 'de studenten met leemten de wereld ingezonden werden'.³⁴⁵ En of dit allemaal nog niet genoeg was, verscheen er óók nog een ondersteunend artikel over de nadelige gevolgen van de tekortkomingen in het onderwijs in het *NTvG*.³⁴⁶

De campagne had succes. De begroting van 1907 vermeldde voor de universiteiten van Leiden en Groningen een buitengewoon hoogleraar kno-heelkunde en voor Utrecht een lector.³⁴⁷ (De Amsterdamse universiteit had sinds 1905 een hoogleraar kno-heelkunde.) Voor kinderartsen en orthopeden was de instelling van leerstoelen als ondersteuning en 'erkenning' van hun specialismen van veel groter belang dan voor kno-artsen. Zij trachtten keer op keer de regering te overtuigen van de noodzaak daarvan. Deze tot adressen beperkte initiatieven hadden echter niet het gewenste resultaat.³⁴⁸

Alhoewel het erop leek, was het niet helemaal zo dat het alleen aan het lobbyen van de kno-leden was te danken, dat de kno-vereniging succes had en de kinderartsen, orthopeden en dermatologen met hun minder campagne-achtige acties niet. Zoals gezegd was kno-heelkunde een duidelijk op organen gericht, gelokaliseerd en afgebakend vak, waardoor het als specialisme niet zoveel erkenningsproblemen had. Dat gold veel minder voor de tot de interne vakken behorende kinderziekten en voor de tot de heelkunde behorende geslachtsziekten en orthopedische misvormingen.

De minister van Binnenlandse Zaken, Heemskerk, voerde dat in de Kamer als motief aan. Hij gaf niet toe aan verzoeken voor de instelling van een leerstoel voor deze vakken, omdat hij beducht was voor een te ver doorgedrongen specialisatie.³⁴⁹ Tegen de bestuursleden van de vereniging van kinderartsen zei Heemskerk echter iets anders. De vereniging zond een adres aan de regering met het verzoek bij de universiteiten de nodige krachten en

342. Bijvoorbeeld kindergeneeskunde, 'Notulen vergadering nov. 1902'.

343. Ouis, 'Onderwijs keel- neus- oorheelkunde', 307.

344. 'KNO-heelkunde, notulen vergadering okt. 1905', *NTvG* 49 (1906) I, 298-328, 307.

345. Vragen van kamerlid Tijdeman, kiesdistrict Tiel aan de minister van Binnenlandse Zaken; *Handelingen* 1905-1906, 28e vergadering, XX, 26-12-1905, 760.

346. Burger, 'Practische opleiding geneeskundigen in de speciale vakken', 249-253.

347. *Handelingen* 1906-1907, Bijlage A, V, nr 13, 52.

348. Kindergeneeskunde: *Handelingen* 1906-1907, Bijlage A, V, nr 13, 15; *Handelingen* 1922-1923, Staatsbegroting 1923, Bijlage A, I, IVa, 7-8; Orthopedie: *Ibidem*, 1923, art. 18, 6.

349. *Handelingen* 1909-1910, Bijlage A, Staatsbegroting, Memorie van Antwoord, V-13, 35-36.

hulpmiddelen beschikbaar te stellen voor het onderricht in pediatrie.³⁵⁰ In een daaropvolgend gesprek zei de minister dat hij daartoe zeer genegen was, maar dat er financiële bezwaren waren.³⁵¹ De Kamerleden waren bij ieder debat op onderwijsgebied erg beducht voor een verhoging van de kosten en specialisatie veroorzaakte hoe dan ook extra uitgaven. De kans dat een krachtiger campagne van de kinderartsen – die door de NMG nog niet eens als specialisten waren erkend – dat patroon had kunnen doorbreken, is gering.

6 BESLUIT

Dit hoofdstuk beschrijft hoe in de periode 1890-1920 een sociale samenbundeling ontstond van specialisten en hoe de specialismen werden gevormd. Dit proces wordt niet voldoende verklaard door het op toenemende kennis en kunde gefundeerde 'specialisatieproces'. Specialisten traden voor het voetlicht als deskundigen op een bepaald gebied. Het bleek dat hiaten in de algemene opleiding, het gebruik van een specifiek instrument, het veelvuldig vóórkomen van 'ziekten van de armoede' en de grote toestroom van patiënten naar de polikliniek, evenzovele stimulansen waren voor dit specialisatieproces. De samenbundeling werd bovendien beïnvloed door maatregelen van anderen. De formatie van deze nieuwe groepering in de NMG, veroorzaakte de nodige turbulentie in de NMG. Deze onrust kan niet alleen aan de specialisten zelf worden toegeschreven, de rol van de NMG daarin zal nog diverse keren naar voren komen.

Enkele van de rode lijnen in deze 'geschiedenis van specialisten' kan men nu al enigszins reconstrueren: de tegenkrachten die door de manifestatie van specialisten in de NMG werden opgeroepen en de verwevenheid met NMG en NMG-beleid. Exponenten daarvan in dit hoofdstuk waren: de problemen over de definitie van specialisten en de erkenning van specialismen. Beide vraagstukken werden een probleem, omdat eerst de belangen van de huisarts veilig moesten worden gesteld. Het resultaat was niet bevredigend: een officiële NMG-definitie en 'erkenningslijst' van specialismen – die slechts als 'leidraad' dienden – en daarvan afwijkende 'praktijk'-situaties in de NMG-afdelingen. Dit leidraad-beleid zette specialisten aan tot tegenacties, zoals in het volgende hoofdstuk zal blijken.

Beide kwesties waren voornamelijk bedoeld als oplossing voor het grote probleem: de polikliniek, de belangrijkste associatie met specialistische hulp. Deze eigen, 'extra-murale' poliklinieken waren gratis of vrijwel gratis, zodat veel patiënten van deze voorziening gebruik konden maken. Specialisten gaven te kennen dat zij deze poliklinieken nodig hadden als leerschool. De patiënten moest derhalve niets in de weg worden gelegd de polikliniek te bezoeken. De polikliniek was echter tegelijkertijd erg praktisch als reclame; zo kregen specialisten naamsbekendheid bij betalende patiënten. Niet iedereen was dan ook overtuigd van het belangeloze optreden van specialisten in deze.

350. Niet aan alle universiteiten waren studenten helemaal verstoken van onderwijs in de kindergeneeskunde. Aan de universiteit van Utrecht was sinds 1890 een privaatdocent verbonden, aan de (gemeente)-universiteit in Amsterdam sinds 1892 en in Leiden sinds 1908; Groningen kreeg in 1909 een leerstoel in de kindergeneeskunde, Utrecht in 1920 en Leiden in 1923; De Knecht-van Eekelen, *Naar een rationele zuigelingenvoeding*, 86-87.

351. Archief Ned. Ver.v. Kindergenk., 'Notulen vergaderingen 20- en 21-7-1902 en 21- en 22-11-1902'.

Gezien de populariteit van de poliklinieken, gaven patiënten de voorkeur aan de specialistische hulp boven die van de huisarts. De poliklinieken waren echter niet alleen bij de patiënten erg populair. Veel gemeentebesturen subsidieerden 'stads'-poliklinieken, omdat deze zorg voordelig was en deel uitmaakte van de geneeskundige armenzorg. Zo lijkt het alsof er niets dan positiefs was te melden over de poliklinieken. Door de opzet van dit hoofdstuk kwamen tot nog toe voornamelijk de supporters van poliklinieken aan bod. Het bleek echter al dat er niet alleen supporters waren van poliklinieken.

In het volgende hoofdstuk wordt verduidelijkt hoe centraal poliklinieken stonden, ook vanuit een belangen-optiek gezien. Daar kristalliseerden zich de belangentegenstellingen van huisartsen, hoogleraren én specialisten met die van een polikliniekhoudende specialist. Het ging daarbij om de ziekenfondspatiënten, als enig collectief en als groepering waarvoor een honorering werd verlangd. Deze op zichzelf al gecompliceerde materie zou door het ziekenfondsbeleid van de NMG alleen maar ingewikkelder worden.

4 – Belangen en belangenbehartiging

*Inleiding – Externe dreiging: reactie van de NMG – Interne bedreiging van specialistenbelangen –
Ziekenfondshonorering van de specialisten – Behartiging van specialistenbelangen*

Hoofdstuk 2 beschreef dat er sinds 1890 binnen de artsenorganisatie naast de traditionele opvattingen over belangen en belangenbehartiging meer eigentijdse ideeën ontstonden. De jongere generatie artsen wilde dat de organisatie meer aandacht kreeg voor de materiële problemen waarmee zij werd geconfronteerd. Een collectieve ondersteuning vanuit de organisatie kon de positie van geneesheren versterken. Niet alleen tegenover honoraria verlagende gemeente- en ziekenfondsbesturen, maar ook tegenover andere bedreigende ontwikkelingen in de samenleving. Aanvankelijk schoof de NMG deze problemen min of meer terzijde. Het paste niet bij de artsenorganisatie, als een nog traditioneel opgezette 'standsvereniging', materiële belangen als zodanig in de doelstelling te betrekken.

1 INLEIDING

In het laatste decennium van de negentiende eeuw ontkwam de NMG er echter niet meer aan dat in de algemene vergadering over materiële belangen werd gesproken. Een aanleiding daartoe was onder meer de oprichting van een verzekeringsmaatschappij in Den Haag; een soort 'ziekenfonds-voor-particulieren'. Eerst waarschuwde de NMG-afdeling Dordrecht in enkele bladen ertegen een benoeming bij deze maatschappij aan te nemen.¹ Vervolgens diende deze afdeling bij de algemene vergadering van de NMG een voorstel in deze opvatting als 'leidend besluit' aan te nemen. De afdeling beargumenteerde dit voorstel met de schade die dergelijke verzekeringsmaatschappijen toebrachten aan prestige en onafhankelijkheid van medici. Bovendien waren zij niet in het financiële belang van artsen.² De vergadering accordeerde het voorstel, zij het in een enigszins gewijzigde vorm. De leden vonden het beter als het financiële belang niet werd genoemd. Het 'publiek kon anders de indruk krijgen, dat medici in hun praktijk teveel hun private belangen op de voorgrond doen treden'.³

1. Waaronder de *Geneeskundige Courant*, 19-4-1896, geciteerd door: Croin [directeur van de betreffende verzekeringsmaatschappij] 'Brief aan redacteur', 778.

2. 'Onderwerpen alg. verg. 1896', *NTvG* 40 (1896) I, 656-672, aldaar 663-664.

3. Afgewaardigde Leerdam, '47c alg. verg. (1896)', *NTvG* 40 (1896) II, 72-87, aldaar 84.

De algemene vergadering motiveerde haar besluit met de nadelige invloed die van dergelijke maatschappijen uitging op het prestige van het artsenberoep. Indien het aanzien van de medicus zou afnemen, zouden de besten niet meer voor dit beroep kiezen.⁴ Dat zou het algemeen belang schaden, goede geneeskundige hulp was immers al sinds de wetgeving van 1865 als algemeen belang erkend.

Zo verschoof in dit besluit de nadruk van een materieel belang van de arts, via standsbelang naar het algemeen belang. Dit herformuleren van een beroepsbelang in het algemeen belang was voor de NMG bijna een standaard procedure.

Ondanks deze 'afleidingsmanoeuvres' staan in dit hoofdstuk de materiële belangen van artsen centraal, specialistenbelangen vormen daarvan een onderdeel. De 'prikkel' die de NMG tot actie aanzetten, waren overheid en ziekenfondsen. De NMG wilde zelf het heft in handen houden bij ontwikkelingen en maatregelen waarbij artsen waren betrokken. De specialisten, die steeds meer op de voorgrond traden, waren daarbij een probleem. Daardoor ontstond – zoals in hoofdstuk 3 al is uiteengezet – in de NMG verwarring over de te ontwikkelen koers in de belangenbehartiging.

De huisartsen voelden zich door de specialisten bedreigd. Zij probeerden door tegenmaatregelen zoveel mogelijk de gevolgen te beperken die voor hen nadelig waren. Rond 1900 was in de NMG 'de arts' gelijk aan 'de algemene arts'. Het NMG-beleid was derhalve gericht op het huisartsenbelang. Bovendien oriënteerde de NMG zich op de situatie in Amsterdam als grootste NMG-afdeling en zetel van de NMG. De belangenbehartiging door de NMG was voor specialisten door de fixatie op het huisartsenbelang in het gunstigste geval niet relevant. Als reactie op dit NMG-beleid stichtten specialisten eigen belangenverenigingen. Het gevolg was dat er een complex stelsel ontstond van zowel plaatselijke als centrale belangenverenigingen, en zowel binnen als buiten NMG-verband.

Minstens zo belangrijk was het NMG-ziekenfondsbeleid, met om te beginnen de collectieve belangenbehartiging. Deze was in 1902 ingesteld voor artsen die aan ziekenfondsen waren verbonden. De grote invloed van ziekenfondsen op de belangenbehartiging had verschillende oorzaken. Ten eerste kwam dat door de categorie patiënten: alleen voor ziekenfondspatiënten werd een wetgeving voorbereid. Het was te verwachten dat daardoor hun aantal zou toenemen, maar het was helemaal niet zeker dat de wetgever de nadelige kanten zou uitbannen die er voor artsen aan de bestaande ziekenfondsen kleefden (hierop wordt in de volgende paragrafen van dit hoofdstuk nog verder ingegaan). In vergelijking met armenzorgpatiënten en particuliere patiënten moesten de NMG en haar afdelingen veel energie in de ziekenfondspatiënten investeren. Armenzorgpatiënten vormden immers geen collectief, er was voor deze groep geen wetgeving te verwachten én een geneesheer had voor zijn honorering met de gemeente als 'tussenpersoon' te doen. Bij een ziekenfonds kon het bestuur uit arbeiders bestaan. Officieel betrokken de NMG-afdelingen particuliere patiënten niet in de belangenbehartiging, ofschoon veel afdelingen een inkomensafhankelijke tarievenlijst opstelden. Voor deze patiënten konden zij hooguit een gedragsregel formuleren. Deze was niet 'hard' te maken: het was uiteindelijk de patiënt die besliste. Financiële of anderszins nadelige maatregelen lagen voor particuliere patiënten niet in het verschiep, zij stelden zich bovendien nog nauwelijks op als collectief.

4. Ibidem, 83-86.

Een tweede oorzaak van de belangrijke invloed van ziekenfondsen op de belangenbehartiging, ligt in het feit dat zij vrijwel de enige collectieve ziektekostenverzekeraars waren. Ten slotte voelden vooral huisartsen zich door ziekenfondsen en het ziekenfondsstelsel bedreigd, zowel in materiële zin als in hun positie.

In de nu te beschrijven periode (1890-1920) waren NMG en de behartiging van de belangen van zowel huisartsen als specialisten nog intens met elkaar verweven. In het eerste deel van dit hoofdstuk lijken specialisten daardoor zelfs iets uit het zicht te verdwijnen. Specialistbelangen zijn echter niet los te denken van de ontwikkelingen die daarin worden beschreven. Aan de orde komen de NMG-belangen, de bedreiging daarvan en de reactie daarop, zoals de oprichting van de 'vakbond', de invoering van een collectieve belangenbehartiging in de afdelingen, de instelling van een goedkeuringsstelsel van ziekenfondsen en de oprichting van eigen NMG-fondsen. De aanvankelijke verdediging van belangen van artsen in het algemeen, maakte duidelijk dat er specialistbelangen waren die konden afwijken van het huisartsenbelang. De specialisten vonden dat de NMG hun belangen niet vertegenwoordigde, terwijl het door de NMG gevoerde ziekenfondsenbeleid hen evenmin aansprak.

2 EXTERNE DREIGING: REACTIE VAN DE NMG

Gezien de diffuse taal die in de NMG wordt gebruikt wanneer het over belangen gaat – een taal die voor een deel misschien wel representatief was voor de denkwijze over belangen – is het om te beginnen de vraag wat de NMG in de praktijk nu eigenlijk precies voor ogen stond als zij het over verschillende belangen had.

2.1. Formulering van belangen

De gang van zaken rond het hiervoor genoemde 'leidend besluit' over ziekenfondsen-voor-particulieren, geeft het onderscheid al aan dat de NMG maakte tussen enerzijds het stands- of vakbelang van de 'artsenstand' en anderzijds het persoonlijke belang van de enkeling of van een beperkt collectief. Boven deze belangen stond een 'algemeen' belang. Dit was voor de NMG veel 'neutraler' dan standsbelang of persoonlijk belang. Het algemeen belang en het standsbelang stonden voor de NMG beide op een 'hogere', een 'morele' niveau dan individuele belangen van artsen, om van puur eigenbelang maar helemaal te zwijgen. Ter verdediging van standsbelang en eigenbelang moest men meer argumenten zoeken dan voor de verdediging van algemeen belang. Dit gaf een extra impuls aan de neiging van de NMG de eigen wensen te herformuleren in maatregelen die het algemeen belang dienden.

De motivering van de NMG, en de relatie die zij legde tussen haar standsbelang en de bijdrage daarvan aan het algemene belang, waren voor een buitenstaander niet altijd even relevant. De redenering kon daardoor in plaats van te overtuigen een averechte werking hebben op de 'publieke opinie'. Ondanks alle 'ombuigingspogingen' kwamen juist de stands- en persoonlijke belangen van artsen regelmatig in de schijnwerpers te staan.

De NMG wierp zich om te beginnen op als bewaker van het algemeen belang, alhoewel dit een taak is die in de eerste plaats aan de rijksoverheid is toebedacht. De overheid stelt geen wettelijke voorzieningen voor zonder daarvoor aan het algemeen belang ontleende

motieven aan te voeren.⁵ Ook bij de indiening van de diverse wetsontwerpen ziektekostenverzekering, waarin tevens in een ziekenfondswetgeving was voorzien, beriep de wetgever zich op het algemeen belang. De NMG, als deskundige én belanghebbende op dit gebied, reageerde op deze wetsontwerpen met een reeks van voorstellen. Zij motiveerde deze voorstellen met argumenten die het algemeen belang ervan beklemtoonden. Op zich zelf stonden de aanspraken die de NMG maakte op het bewaken van het algemeen belang niet ter discussie. Integendeel, dit werd zelfs van artsen – en juristen, ingenieurs, hoogleraren, onderwijzers en geestelijken – verwacht.⁶ De opstelling van de NMG was bij lange na niet uniek. In professionaliseringsliteratuur wordt er op gewezen, dat praktisch alle beroepsorganisaties van vrije-beroepsbeoefenaren hun betekenis in het kader van het algemeen maatschappelijk belang plaatsen.⁷

Evenmin uniek was de wijze waarop de NMG een stands- of financieel belang tot een algemeen belang omsmeedde. Organisaties van vrije-beroepsbeoefenaren, comités en anderen die het algemeen belang te hulp riepen, deden dat dikwijls uit financiële overwegingen. Het bewaken van het algemeen belang was de taak van de rijksoverheid. Gemeenten waren daarentegen verantwoordelijk voor het nemen van maatregelen ter leniging van individuele noden, zoals voorzieningen in de gezondheidszorg voor armlastige zieken uit de gemeente. Nu waren er weinig kapitaalkrachtige gemeenten; veel wensen op dat gebied konden dan ook niet worden gerealiseerd.⁸ Alhoewel de rijksoverheid ook vrijwel 'altijd en eeuwig' met geldgebrek kampte, waren de mogelijkheden van de rijksoverheid in de regel toch groter. Het gevolg was dan ook dat 'iedereen' die ergens geld voor nodig had, regering en Kamerleden inclusief, het begrip 'algemeen belang' te pas en te onpas hanteerde.⁹ Dat gaf nog de meeste kans op succes. Het 'algemeen belang' is een rekbaar begrip, zodat een bijzonder belang van een beroepsgroep en het algemeen belang best samen konden gaan. Hiervan maakte de NMG gebruik in haar ziekenfondsbeleid. Vaak zelfs in die mate, dat bij ontwikkelingen die voor de eigen beroepsuitoefening nadelig waren, eventuele nadelige gevolgen voor het algemeen belang daarvan er met de haren werden bijgesleept.

Ofschoon er geen scherpe scheidslijnen te trekken zijn tussen de NMG-activiteiten betreffende de diverse typen belangenbehartiging, zijn globaal de volgende inhoudten te onderscheiden van algemeen belang, standsbelang, eigenbelang en een vierde groep: het patiëntenbelang.

5. Poelje en Polak, 'Het begrip algemeen belang', 43.

6. Pas omstreeks 1970 werd deze 'autoriteits'-taak, onder invloed van auteurs als Illich, als een negatieve ontwikkeling gezien.

7. Baayens, Kik en Tilburg, *Toetredingsreguleringen*, 79-80.

8. Bovendien was sinds de invoering van de gemeentewet in 1851 het plaatselijke beleid erg autonoom.

9. In de debatten in de Tweede Kamer in 1904 over de toekenning van een rijkssubsidie voor tuberculosebestrijding aan behoeftige tuberculoselidjers, kwam dit bijvoorbeeld nadrukkelijk aan de orde. Vooral met de hulp aan die bepaalde (bedoeld werd een bepaalde categorie) individuele zieken konden de (oud-)liberalen zich niet verenigen, omdat dat een gemeentetaak was. Maatregelen voor een bepaalde categorie van de bevolking vond men (nog) geen algemeen belang. De minister van Binnenlandse Zaken wees daarom herhaaldelijk op het algemene belang van tuberculosebestrijding. De subsidie zou niet zozeer worden verleend 'uit barmhartigheid, maar omdat de algemeene volksgezondheid erdoor werd aangetast'; *Handelingen 1903-1904*, Vaststelling der Staatsbegroting voor 1904; 37e verg., 11-12-1903, 841-856, aldaar 853.

In het kader van het *algemeen belang* leidde de taakopvatting van de NMG om te beginnen tot het signaleren van misstanden op het gebied van de volksgezondheid. Vervolgens propageerde de artsenorganisatie hygiënische maatregelen, zij drong aan op vaccinatie en bestrijding van besmettelijke ziekten, keuring van voedingsmiddelen, voorlichting, goede geneeskundige hulp en een goed ziekenfondsstelsel. Hierbij maakte de NMG gebruik van de diensten van interne commissies die over de problematiek rapport uitbrachten. Deze rapporten waren veelal onderbouwd met statistische gegevens en vergezeld van adviezen op welke wijze de situatie kon worden verbeterd. Daaropvolgend drong men aan op maatregelen in publicaties, adressen aan de regering of via persoonlijke contacten met bewindslieden. Het daadwerkelijk zelf iets doen was meer een aangelegenheid van leden van de plaatselijke NMG-afdelingen, zoals het opzetten van consultatiebureaus voor tuberculosebestrijding. De grootste 'operatie' in dit kader van de NMG zelf was waarschijnlijk de instelling van een keuringsstelsel voor ziekenfondsen en de oprichting van ziekenfondsen. Alhoewel ook daarbij de afdelingen het leeuwedeel van het werk voor hun rekening namen.

De armen en minvermogenen profiteerden het meest van dit NMG-optreden. Toch waren dergelijke acties ten dienste van de volksgezondheid in het belang van het hele volk. Was het niet uit het oogpunt van besmettingsgevaar, dan was het wel vanuit het economisch nut.¹⁰ Desondanks waren de leden van de NMG die lid waren van de SDAP, van mening dat de NMG ook daarin te kort was geschoten. Ingenieurs en architecten presteerden daarin dikwijls meer dan geneeskundigen.¹¹

De volgende taak was het hooghouden van de *standsbelangen*. Daartoe behoorden een goede algemene opleiding, het bevorderen van het maatschappelijk aanzien, het weren van beunhazerij en het streven naar een redelijke vergoeding. Dit laatste was nodig, zo betoogde de NMG, omdat anders de kwaliteit van de geneeskundige zorg zou worden aangetast. Het behartigen van deze standsbelangen leek een niet-aflatende zorg, er werd voortdurend op gewezen. Dit betekende nog niet, dat waar de organisatie op dat gebied zelf maatregelen kon treffen, zij dat ook altijd deed. Vóór de reorganisatie van 1902 deed de NMG niets om een redelijke vergoeding voor bijvoorbeeld ziekenfonds- of gemeente-artsen te verkrijgen. Na de instelling van de collectieve belangenbehartiging bleef de honorering van de individuele leden voor het NMG-bestuur overigens van ondergeschikt belang. Bij een ander belangrijk standsbelang, het waarborgen van een behoorlijk produkt, was de daadkracht van de NMG ook niet overtuigend. Daadkracht was in veel situaties in sterke mate afhankelijk van externe druk.

Naar *persoonlijke belangen* werd in het openbare debat weinig direct gerefereerd. Deze kwamen op meer indirecte wijze naar voren, ondanks het gegeven dat – of juist omdat – persoonlijke belangen voor de meeste beroepsbeoefenaren belangen van de eerste orde zijn. Het verwerven en veilig stellen van een inkomen om in het levensonderhoud te voorzien is voor vrijwel iedereen het belangrijkste motief voor het verrichten van beroepsarbeid. Daarna kunnen dan de 'luxere' doelstellingen als goede arbeidsvoorwaarden, waardering, uitdaging en 'eer en aanzien' van het beroep aan bod komen. Van leden van een 'standsvereniging' werd en wordt echter verondersteld dat zij eventueel een deel

10. Met de consolidering van de industrialisatie aan het eind van de negentiende eeuw kwam het motiveren met de economische gevolgen door ziekte van arbeiders in zwang. Het verlies aan arbeidskracht was nadelig voor de economie, bovendien viel de zieke weer terug op de armenzorg.

11. Heyermans, 'Ziektewet Treub', 876.

van deze belangen ten gunste van het algemeen belang terzijde schuiven. De NMG verstond onder 'het najagen van persoonlijke belangen' onder meer oneerlijke concurrentie, waaronder ook het 'afkraken' van een collega was begrepen, optreden uit financieel gewin en het zich niet houden aan de zogenaamde leidende besluiten. Deze besluiten waren in zwang voor de invoering van de bindende besluiten die de NMG in 1902 instelde. Dergelijk optreden was onder de noemer te vangen van het zich niet naar 'eer en aanzien' van de stand gedragen. Dit had als neveneffect dat men niet te goeder naam en faam bekend stond.

Aan het begin van de twintigste eeuw riep de voorbereiding van een ziektekostenwetgeving nog een nieuw belang in het leven: het *patiëntenbelang*. Uit de wijze waarop de NMG sinds die tijd dit begrip interpreteerde, bleek zij hiermee voornamelijk belangen van ziekenfondsleden te bedoelen. De ziekenfondswetgeving leek enkele regelingen te bestendigen die artsen als nadelig beschouwden. Tegelijkertijd bood de op handen zijnde wettelijke ziektekostenverzekering een mogelijkheid daaraan nog iets te veranderen. Daarmee was er tevens een taak voor de NMG weggelegd: het bewaken van de belangen van de ziekenfondspatiënt. Deze patiënt zou, volgens de NMG, niet gebaat zijn bij de voorgestelde wetgeving. Sinds de indiening van het eerste ziekenfondswetsontwerp was 'het patiëntenbelang' een veel verdedigd belang. Vóór die tijd leefde dat niet echt in de artsenorganisatie.

Terwijl de traditionele invulling van de NMG aan het begrip algemeen belang in- noch extern veel kritiek opleverde, was dat met het 'patiëntenbelang' wel het geval. Het algemeen artsenbelang werd zo vaak verwoord als patiëntenbelang, dat critici van de NMG dat 'patiëntenbelang' niet dan met groot wantrouwen bekeken. Voor de NMG was het een begrip waarmee zij als het ware kon lezen en schrijven. In de formuleringen van haar wensen hoefde zij met behulp van dit begrip eigenlijk niet voor het artsenbelang op te komen. Alle voorstellen die de NMG in het 'belang van de patiënt' deed, waren bijna automatisch in het belang van de artsen. Door het convergeren van het standsbelang, en zelfs het eigenbelang, met het patiëntenbelang kon dit laatste begrip breed worden geïnterpreteerd: de inrichting van de ziekenfondsen én de positie van de arts daarin. Overigens waren met (een deel van) de voorstellen en acties van de NMG de belangen van de ziekenfondsleden wel degelijk direct gediend.

2.2. De NMG als vakbond

De NMG werd in het laatste decennium van de negentiende eeuw op kleine schaal geconfronteerd met leden, die een collectieve financiële belangenbehartiging voorstonden onder leiding van de NMG. Hoofdstuk 2 liet zien dat deze ideeën niet los waren te zien van de ontwikkelingen en gebeurtenissen die zich vanaf omstreeks 1880 enerzijds voordeden in de samenleving en anderzijds bij de medische beroepsuitoefening. De daarbij genoemde 'toenames' van artsen, ziekenfondsen en ziekenfondspatiënten, deden een aanslag op de positie van artsen die toch al niet zo rooskleurig was. De toenemende welvaart en een cultuuromslag in het denken over economische zaken, gekoppeld aan de ontluikende politieke aandacht voor een ziektekostenwetgeving, stimuleerden de onvrede over het traditionele NMG-beleid nog meer. Voor een deel van de NMG-leden was er echter een 'cultuuromslag' nodig om te aanvaarden dat hun standsvereniging *van* medici een vakvereniging *voor* medici moest worden.

De reorganisatie van de NMG in 1902 in een vakvereniging met een collectieve, meer materieel gerichte belangenbehartiging was geen novum. Rond 1900 stond een collectieve materiële belangenbehartiging in de volle belangstelling van allerlei beroepsgeledingen. Artsen die werden geconfronteerd met besluiten van gemeente- en ziekenfondsbesturen die voor hen nadelig waren, wilden al sedert het einde van de negentiende eeuw een collectieve verdediging van hun belangen. Honoraria werden steeds verder verlaagd, waarbij artsen en zelfs al specialisten tegen elkaar werden uitgespeeld. Tegen dergelijk optreden was een vakbond van artsen nodig en daar was niets op tegen. Er was immers toch ook een advocatenbond en bond van notarissen?¹² Als collectief kon men tenminste de strijd tegen de ziekenfondsen aanbinden. Het NMG-bestuur kreeg echter pas belangstelling voor dit onderwerp door de voorbereiding van de ziektekostenverzekeringswet.

Tussen artsen en ziekenfondsen was er al sprake van een 'conflictmodel' alvorens er noemenswaardige contacten op wat bredere schaal tussen de twee partijen plaatsvonden. De terminologie 'strijd' was ook hier te lande in zwang; analoog aan de 'strijd tegen de Krankenkassen' die sinds de jaren negentig van de negentiende eeuw in Duitsland woedde. In België kwamen dokters eveneens in conflict met de ziekenfondsbesturen,¹³ maar de strijd tegen de Duitse Krankenkassen sprak het meest tot de verbeelding.

In Duitsland en België¹⁴ concentreerde de strijd zich op de afhankelijke positie van de arts in de ziekenfondsen. In de Nederlandse strijd was dat weliswaar een belangrijk punt, maar in de negentiende eeuw was de aandacht van de NMG nog op de meer objectief als malafide te beschouwen ziekenfondsen gericht. Om te inventariseren wat er nu precies mankeerde aan het ziekenfondsstelsel stelde de NMG in de loop der jaren enkele commissies in.¹⁵ Het ongenoegen van de ziekenfondsartsen richtte zich daarentegen voornamelijk op hun positie in een ziekenfonds en op het honorarium. Vanaf begin 1900, toen een ziekenfondswetgeving aan de horizon verscheen, verbreedde deze meer individuele of plaatselijke strijd zich tot een strijd van de NMG. Sinds die tijd was er ook in Nederland sprake van een aaneenschakeling van conflicten en wrijvingen. De conflicten beperkten zich niet alleen tot artsen en ziekenfondsen, ook de verhouding tussen artsen en NMG en artsen onderling was nogal eens uit balans. Vrijwel alle conflicten en irritaties waren evenwel op de één of andere manier gelieerd aan ziekenfonsaangelegenheden.

Het NMG-bestuur liet zich minder door de praktijkervaringen leiden dan de plaatselijke ziekenfondsartsen. Zij had als het ware de wetgeving nodig om tot actie over te gaan. In zijn gedenkboek over de (K)NMG schrijft Festen over de materiële belangenbehartiging onder meer, dat hoofdbestuur en algemene vergadering vóór 1900 weinig of niet geneigd waren dergelijke belangen van artsen in behandeling te nemen. Er was, volgens deze auteur, een bijzonder accident nodig om te aanvaarden dat de NMG tevens een vakvereniging moest zijn. Dat accident was het voorstel in 1901 van een lid uit 's-Gravenhage een artsenbond op te richten.¹⁶

12. ARA, archief NMG, inv. nr.95, 'Reorganisatie Maatschappij 1898-1902: Verslag van de vergadering bijeengeroepen door dr. F. Ockerse, 24-5-1901'.

13. Na de verlaging van de honoraria en 'voorstellen van ziekenfondsbesturen' staakten Belgische artsen begin 1900 hun werk voor die ziekenfondsen en richtten een artsenbond op; Ibidem.

14. Schepers, 'Geneesheren, medische armenzorg en ziekenfondsen in België', 33.

15. Deze commissies brachten een rapport uit in 1890, 1900 en 1908.

16. Festen, *125 jaar geneeskunst*, 207.

Deze gebeurtenis geeft echter geen bevredigende verklaring voor de grote ommezwaai die de NMG in zo'n kort tijdsbestek maakte, van 'standsvakvereniging' naar 'beroepsvakvereniging', met bindende besluiten en al. De vergadering die was bijeengeroepen om een artsenbond in het leven te roepen trok om te beginnen maar weinig belangstellenden.¹⁷ Buiten dat was het NMG-bestuur ook niet erg onder de indruk van dit optreden. Vlak voor de reorganisatie bleek, volgens Festen die zich hiervoor op de verslagen van bestuursvergaderingen baseert, dat het hoofdbestuur op één lid na helemaal niet voor een reorganisatie voelde.¹⁸ De door Festen gesignaleerde bijzondere betekenis van de artsenbond als 'accident', moet derhalve als niet meer dan één van de incidenten worden gezien die getuigde van de onvrede onder medici.

Het bestuur maakte zich veel meer zorgen over de gebeurtenissen in de belangrijkste afdeling van de NMG, Amsterdam. Daar hadden, eveneens in 1901, de ziekenfondsartsen de Amsterdamsche Vereeniging van Ziekenfondsgeneesheeren opgericht. Anders dan de artsenbond, toog deze vereniging ook onmiddellijk aan het werk! Naar de mening van het NMG-bestuur waren los van de organisatie staande verenigingen van ziekenfondsartsen een aantasting van de machtspositie. Terwijl de NMG als het gevaar dreigde, gemobiliseerd moest zijn om de slechte gevolgen van de immer 'aanstaande' ziekenfondswetgeving af te wenden.¹⁹ Een dergelijke vereniging heeft nooit eenige invloed bij de regeering.²⁰

In 1901 kwam de omwenteling van de NMG naar een vakvereniging in een stroomversnelling terecht. Tijdens één van de bijeenkomsten van de artsenbond in 1901 vroeg een aanwezige zich af of de NMG de taak die de bond voorstond niet op zich wilde nemen.²¹ De NMG-afdeling 's-Gravenhage nam dat idee over. Zij diende in 1901 bij de algemene vergadering van de NMG het voorstel in of de NMG wilde onderzoeken of deze onder de veranderde tijdsomstandigheden haar organisatie en wijze van werken moest handhaven.²² De algemene vergadering besloot daarop tot het instellen van een adviescommissie. Intussen kregen echter enkele leden van het NMG-bestuur inzage in het concept wetsontwerp ziektekostenverzekering van Kuyper. De eisen die daarin aan ziekenfondsen waren gesteld, lieten enige NMG-wensen on vervuld. Enkele maanden later was de reorganisatie een feit. Aan de hand van het rapport dat de adviescommissie uitbracht, besloot men in een buitengewone algemene vergadering in 1902 de opzet van de organisatie te wijzigen.²³

De belangenbehartiging werd op twee niveaus gerealiseerd, centraal en in de afdelingen. De Centrale Commissie van beroepsbelangen regelde de overkoepelende werkzaamheden, gaf adviezen over overeenkomsten en beoordeelde de bindende besluiten van de afdelingen. De afdelingen bleven vrij autonoom. Zij zouden proberen de ziekenfondsovereenkomsten zoveel mogelijk gezamenlijk te sluiten. Als dat niet mogelijk was, moest de

17. Straub, (z.t) *NTvG* 45 (1901) I, 1289-1292, aldaar 1290.

18. Festen, *125 jaar geneeskunst*, 218.

19. ARA, archief NMG, inv. nr.199, S18-I, 'Positie specialisten-ziekenfondsen, 27-12-1914'.

20. ARA, archief NMG, inv. nr.19, 'Notulen HB-NMG 1909, Oprichting van een centrale vereniging van ziekenfondsgeneesheeren'.

21. ARA, archief NMG, inv. nr.95, 'Reorganisatie Maatschappij 1898-1902: Verslag van de verg. bijeengeroepen door dr. F. Ockerse, 24-5-1901'.

22. 'Handelingen 52e alg. verg. (1901)', 167-171.

23. Juda, Van Dooremaal en Huizinga, 'Rapport over het voorstel 's-Gravenhage', 1079-1115; 'Buitengew. alg. verg. (1902)', 259-261.

afdeling de individuele overeenkomsten van de leden keuren. De grotere afdelingen stelden daartoe een ziekenfondscommissie in (zie overzicht organisatiestructuur NMG, p. 172, 173).

Het besluit tot reorganisatie ontmoette weinig tegenstand. Zelfs de instelling van bindende besluiten en een weerstandskas ging vrij geruisloos. In de praktijk verliep evenwel de eerstkomende vijftien jaar van de belangenbehartiging heel wat minder soepel: de belangen moesten ook worden behartigd. Bovendien kregen specialisten daarmee daadwerkelijk te maken met de gevolgen van het op huisartsen gerichte NMG-beleid. Terwijl specialisten in de afdelingen in de minderheid waren en de huisartsen zich bedreigd voelden door de specialistische poliklinieken, moesten huisartsen en specialisten gezamenlijke overeenkomsten sluiten. In de praktijk betekende dit, dat huisartsen een belangrijke invloed hadden op de eventuele toelating van specialismen tot de ziekenfondsen en op de vaststelling van de honorering van de polikliniekhulp, als die al werd gehonoreerd.

'Culturele omslag' van het NMG-bestuur?

De verbreding van de doelstelling wilde niet zeggen dat er nu een volledige synthese was bereikt tussen de in hoofdstuk 2 genoemde antithese, de geestelijke versus de materiële belangen. Geleidelijk groeide men hier meer naar toe. Het besluit van de NMG in 1913 eigen ziekenfondsen op te richten maakte dat deze synthese werd bereikt. Voor zover dat mogelijk was, want tot een volledige synthese kon het niet komen mede tengevolge van de door artsen en anderen aan dit beroep toegedachte ethische fundering. Deze was onder meer aan het algemeen belang gerelateerd.

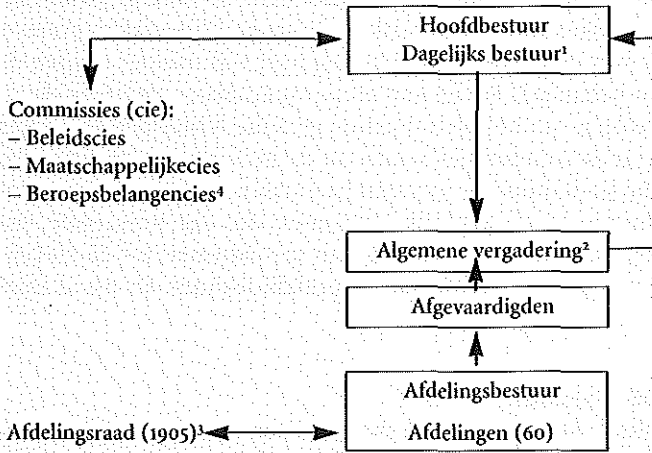
Een deel van de leden had geen enkel probleem met de overgang van de NMG van standsorganisatie naar een standsorganisatie annex vakorganisatie. Het wetsontwerp-Kuyper hielp andere NMG-leden die daarover nog aarzelden over de drempel. Zelf tot actie overgaan was daardoor nog het enige redmiddel om 'slechte' ziekenfondsen te weren. Deze ziekenfondsen zouden vanzelf uitsterven als medici weigerden zich daarbij aan te sluiten. De ervaring leerde echter dat dergelijke collectieve besluiten alleen effectief waren als dat bindende besluiten waren. Dat middel gebruikten vakbonden destijds vaak om krachtig actie te kunnen voeren. De 'cultuuromslag' van het NMG-bestuur, dat enkele maanden daarvoor nog niets voor een vakvereniging voelde, leek derhalve het meest opvallend. Maar was dat eigenlijk zo'n grote ommezwaai?

Sedert het laatste decennium van de eeuw verschenen in toenemende mate in het *NTvG* opmerkingen over de wantoestanden bij bepaalde ziekenfondsen, zoals op winst beluste ziekenfondsen en onderlinge fondsen. Het bestaande ziekenfondswezen gaf ziekenfondsartsen redenen te over te pleiten voor ondersteuning door een vakvereniging. Zoals gezegd, kregen zij daarvoor tot aan het eerste wetsontwerp ziektekostenverzekering weinig gehoor bij het NMG-bestuur. Nu zaten in dat bestuur ook geen medici met een vrij-gevestigde praktijk, zodat het bestuur weinig voeling had met de praktijk.²⁴ Wetgeving leek dit gebrek aan belangstelling volledig te veranderen.

Na 1902 waren ziekenfondszaken niet meer als NMG-onderwerp weg te denken. De NMG wees er voortdurend op dat niet het verzekeringsstelsel als zodanig verwerpelijk was, maar de inrichting ervan. Wetgeving maakte de inrichting van ziekenfondsen tot een urgent probleem dat in het belang van de patiënt moest worden opgelost. Als zove-

24. Ockerse, 'Aan prof.dr. M. Straub', 1384.

Schematisch overzicht 2a:
Organisatiestructuur NMG



Doelstelling

1. toezien en meewerken aan ontwikkeling en uitvoering der geneeskunde en andere, de belangen van de volksgezondheid en geneeskundigen rakende wetten;
2. het optreden tot bevordering en verdediging der maatschappelijke belangen van de geneeskundigen, voor zover deze belangen niet in strijd zijn met het algemeen belang;
3. bevorderen en ontwikkelen van de medische wetenschap en kennis; in 1902 ad.2 aangevuld met: dat de NMG bij de verdediging der maatschappelijke belangen van de geneeskundigen gebruik kan maken van alle wettige middelen die haar geschikt voorkomen, met een huishoudelijk reglement voor onder meer bindende besluiten en weerstandskas. (NTvG 46 (1902) II, 1308-1309.)

1 Hoofdbestuur, Dagelijks bestuur

Het aantal leden van het hoofdbestuur (HB) en dagelijks bestuur (DB) wisselde in de loop der jaren. In 1849 werd begonnen met vijf leden in het HB en drie in het DB. In 1919 werden negen hoofdbestuurleden gekozen door districten die uit verschillende afdelingen bestonden. Het bestuur werd aangevuld met de vertegenwoordigers van de Huisartsenorganisatie (HO), Specialistenorganisatie (SO) en Centrale organisatie (CO). Het DB bestond uit vier leden uit het HB en vertegenwoordigers van SO en CO. In 1925 werd de districtsgewijze verkiezing afgeschaft en koos de algemene vergadering negen HB-leden. Jaarlijks kozen deze negen leden een voorzitter uit hun midden. Het bestuur werd met drie afgevaardigden van de CO en de Huisartsen- en Specialistenorganisatie aangevuld. Deze drie bestuursleden hadden in het DB een raadgevende stem. De zittingsperiode was vijf jaar.

2 Algemene vergadering en afgevaardigden

Dit was het constitutionerend orgaan, dat éénmaal 's jaars werd bijeengeroepen (eventueel kon een buitengewone algemene vergadering worden bijeengeroepen). De afdelingen wezen één of enkele afgevaardigden aan naar de algemene vergadering. Kenmerkend voor deze vergadering was – als afspiegeling van de situatie in de afdelingen –: a. de belangrijke stem van de grote steden, b. de minderheidspositie van de specialisten.

Tot 1919 was bijna eenderde van de stemmen afkomstig uit Amsterdam. Daarna hadden Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht bijna eenkwart van het aantal stemmen. Het aantal stemmen dat de afgevaardigden (huisartsen en specialisten) van de afdelingen konden uitbrengen was afhankelijk van het aantal leden dat de afdeling telde.

Amsterdam had als grootste afdeling het meeste aantal stemmen:

	aantal stemmen
Amsterdam	20
Den Haag	15
Utrecht	11
Rotterdam	10
20 afdelingen	3

De resterende afdelingen hadden hetzij één hetzij twee stemmen.

3 Afdelingsraad

In 1905 ingesteld voor het oplossen van geschillen en klachten over artsen. Voor die tijd waren er raden van discipline en raden van toezicht.

4 Beroepsbelangencommissies

- 1902 Centrale Commissie van Beroepsbelangen (huisartsen en specialisten gezamenlijk; ziekenfondszaken).
- 1910 Centraal Comité tot behartiging van de belangen van het ziekenfondswezen (ibid.).
- 1913 Centrale Organisatie van ziekenfondsen (ibid.).
- 1915 Centrale Vertegenwoordiging van Specialisten, 3 leden, adviescommissie naar HB, bijwonen HB-vergaderingen zonder stemrecht.
- 1919 Specialisten Organisatie (zie schematisch overzicht 2b.).
- 1925 Specialisten Commissie (ibid.).

Schematisch overzicht 2b:

Specialisten Organisatie (1919) Specialisten Commissie (1925)

Doel:

behartigen van de bijzondere belangen van de specialisten; adviseren aan het hoofdbestuur van de NMG; het bestuur van de Specialistenorganisatie doet via het NMG-bestuur voorstellen aan de algemene vergadering.

Bestuur:

aspirant-bestuursleden aangewezen op voordracht van de specialistenverenigingen; de afgevaardigden van deze plaatselijke of regionale verenigingen kozen drie specialisten en één plaatsvervangend lid; zittingsduur vijf jaar; voorzitter: tevens lid HB-NMG; secretaris: gesalarieerd; lid-specialist, gekozen voor vijf jaar met onmiddellijke herverkiezing.

Afgevaardigden:

eigen ledenvergadering werd door het bestuur, in overleg met het hoofdbestuur van de NMG, in groepsvergadering bijeengeroepen; groepsvergadering bepaalde het te voeren beleid; afgevaardigden van de specialistenverenigingen hadden een aantal stemmen; dat was afhankelijk van het aantal leden dat zij vertegenwoordigden; de afgevaardigden werden geacht alle specialismen te vertegenwoordigen.

len tot een ziekenfondsverzekering werden verplicht, moesten dat goede instellingen zijn met goede ziekenfondsartsen. Volgens de NMG konden slecht-ingerichte ziekenfondsen dat niet garanderen, omdat die ook een negatieve uitstraling hadden op de kwaliteit van het werk van de medicus. Het was derhalve niet in het belang van de patiënt als een ziekenfonds de onafhankelijke positie van artsen aantastte, hen slecht honoreerde of als de praktijken te groot waren. Zo kon de NMG beredeneren dat om de slecht-ingerichte ziekenfondsen te laten verdwijnen een vakvereniging met bindende besluiten nodig was.

Ook deze herformulering in het patiëntenbelang en de daarbij aangepaste argumentatie vermocht niet iedereen te overtuigen. Het Kamerlid Schaper, als sociaal-democraat tegenstander van de wijze waarop de NMG haar visie trachtte door te voeren, had een heel andere kijk op de NMG-als-vakvereniging. 'Wanneer er ooit een vakvereniging is geweest, die het onderste uit de kan wil hebben, dan is het die van de medici. Ik heb mij meermalen verbaasd over de vrijmoedigheid, om geen scherper woord te gebruiken, over het gebrek aan scrupule van de heeren.'²⁵

De Amsterdamse vereniging van ziekenfondsartsen, die inmiddels op eigen houtje was begonnen de problemen aan te pakken, drukte daarbij het NMG-bestuur met de neus op de feiten. Het bestuur vond het uitermate belangrijk dat acties binnen het kader van de NMG zouden vallen. Anders zou men niets kunnen veranderen in de plannen van minister Kuyper.²⁶

De 'ommezwaai' van het NMG-bestuur was derhalve minder radicaal dan het op het eerste gezicht leek. Het lag geheel in de lijn van het optreden in die jaren, waarin stands- en financiële belangen werden geformuleerd als algemene of patiëntenbelangen. Bij het bestuur bracht de financiële belangenbehartiging het ook nooit tot een hoge prioriteit. Daarentegen stortte het zich met volle overgave op de 'inrichting van ziekenfondsen'. Het kreeg daartoe volop de gelegenheid toen het wetsontwerp Talma aan de horizon verscheen.

2.3. Wetsontwerpen voor een ziektekostenverzekering

Aan het einde van de eeuw waren de politieke inzichten over sociale vraagstukken zodanig gewijzigd dat een reeks van sociale wetten kon worden uitgevaardigd. Tijdens het kabinet Pierson-Goeman Borgesius (1897-1901) was vooral de ongevallenwet (1901) voor medici belangrijk. Bij de totstandkoming van de ongevallenwet (1901) was noch de NMG geraadpleegd noch waren medici bij de voorbereiding betrokken geweest.²⁷ Toch had de NMG niet zoveel aan te merken op de positie en honorering van de RVB-artsen, zoals die in deze wet waren vastgelegd. Iedere geneesheer die wilde meewerken aan de uitvoering van de wet kon zich laten registreren bij de Rijks Verzekeringsbank (RVB), het uitvoeringsorgaan van de ongevallenwet. Wanneer de deskundige 'slechts bereid was een bijzonder gedeelte van de genees- of heilkunde voor rekening van de bank uit te oefenen', kon hij dat op het inschrijfformulier aangeven.²⁸

25. *Handelingen 1912-1913*, 17-4-1913, 2922.

26. Ten aanzien van bestuursamenstelling, welstandsgrens en vrije-artsenkeuze.

27. Van der Burgh, e.a., *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 6.

28. De tariefregeling van de RVB was geen landelijk uniforme regeling, maar bood wel een houvast waarmee andere collectief vastgestelde tarieven konden worden vergeleken; *Jaarboek RVB 1905*, 37.

Het kabinet Kuyper (1901-1905) verving het kabinet Pierson-Goeman Borgesius. Dit kabinet ging op dezelfde lijn door als zijn voorganger. Kuyper voerde onder meer de schoolartsdienst in en een rijkssubsidie voor tuberculosebestrijding. Op het gebied van de sociale wetgeving had dit kabinet echter minder succes. Een groot aantal sociale wetten werd weliswaar voorbereid, maar verder dan een ontwerp kwam het tijdens deze kabinetsperiode niet. Dat lot viel onder meer het wetsontwerp ziektekostenverzekering ten deel. In de Memorie van Toelichting wees Kuyper op het algemeen belang van een wettelijke regeling op dit gebied. Volgens de minister ging men tegenwoordig wel van het principe uit, dat degenen die zelf de gevolgen van ziekte niet konden betalen zich behoorden te verzekeren.²⁹ Dit wetsontwerp bleek het eerste in een hele reeks (zie bijlage 1).

De discussies over het wetsontwerp-Kuyper waren ternauwernood verstonnd of het volgende ontwerp diende zich aan, dat van minister Veegens (1906). Ook hier kwam een kabinetswisseling tussenbeide; al een jaar later trad het kabinet af. Het daarop volgende wetsontwerp Talma veroorzaakte veel beroering, zowel in de Kamer als bij de NMG. Vooral de sociaal-democratische Kamerleden hadden moeite met het hoofdstuk over de ziekenfondswetgeving dat teveel aan de wensen van de geneeskundigen zou toegeven. In zijn betoog over de 'zoogenaamde doktersquaestie' verweet het sociaal-democratische Kamerlid Schaper de minister dat deze 'in zijn ontzettende eerbied voor de belangen van de geneeskundigen zit te sidderen, wanneer dezen op hun achterste beenen gaan staan, zooals zij doen sedert eenige jaren, nu de sociale verzekering aan de orde is'.³⁰ De NMG was het daarmee niet eens. Zij was dan ook niet van plan lijdelijk toe te zien dat de Tweede Kamer het wetsontwerp aannam. Van het moment dat het in voorbereiding was (1909) tot het moment dat alleen het ziekengelddeel ervan werd aangenomen (1913), hield de NMG zich zeer intensief bezig met de 'inrichting van ziekenfondsen'.

Tussen 1904 en 1941 werden zo vele wetsontwerpen ingediend (zie ook hoofdstuk 5). Het uitblijven van een wettelijke ziekenfondsregeling had als gevolg dat het overheidsbeleid op dit onderdeel van de gezondheidszorg beperkt en fragmentarisch bleef. Vervolgens bleek dit fenomeen van een repeterende aanstaande ziekenfondswetgeving diverse belangenorganisaties tot acties aan te zetten. Niet alleen de NMG, ook de ziekenfondsen wilden, in een wat later stadium, de onvolkomenheden van de bestaande situatie via de wetgeving verholpen zien. In de jaren twintig gingen hieraan onder meer nog ziekenhuizen meedoen. De meningen over wát er nu precies aan mankeerde, liepen echter nogal uiteen. Derhalve moest de wetgever ervan worden overtuigd, dat het in het algemeen belang was als de tekortkomingen die de NMG in het bestaande ziekenfondsstelsel signaleerde door de wetgeving zouden verdwijnen. Daarbij was een goede relatie met minister en hogere ambtenaren van groot belang. Het NMG-bestuur vond dat het alleen zelf die taak goed kon doen; dat kon zij niet aan de leden toevertrouwen.

Het beleid van de ministers in deze was verschillend.³¹ Kuyper vroeg de NMG om advies over zijn wetsontwerp voor een ziektekostenverzekering, waar hij vervolgens weinig mee deed. Minister Veegens richtte zich niet tot de NMG. De NMG gaf in adressen aan

29. *Handelingen 1904-1905*, Memorie van Toelichting wettelijke verplichting tegen geldelijke gevolgen van ziekte, kraam en overlijden, Bijlagen 120 (1-2), 23.

30. *Handelingen 1912-1913*, II, 2922, 14; Regeling der arbeidersziekteverzekering, 17-4-1913.

31. ARA, archief NMG, inv. nrs.206 tot 209, 'Van Minister van Binnenlandse Zaken aan HB van NMG, 19-11-1903'; 'Buitengew. alg. verg. (1906)', 938.

de regering en in persoonlijke contacten met bewindslieden ook ongevraagd advies over de inrichting van de ziekenfondsen. Minister Talma werd op deze wijze benaderd door de secretaris van de NMG, C.F. Schreve (1867-1933). Volgens zijn zeggen, sprak Schreve geruime tijd met minister Talma over diens plannen met betrekking tot een ziekteverzekeringwet. Schreve beschreef aan de andere leden van het bestuur hoe positief Talma over de NMG dacht: het was een prachtorganisatie, die wars was van eigenbelang! De minister juichte het – volgens Schreve – vooral toe dat het hoofdbestuur de oprichting van de vereniging van ziekenfondsartsen had tegengegaan. Het was hem evenwel niet gelukt de minister op andere gedachten te brengen over de vrije artsenkeuze, hetgeen de NMG graag bij wet geregeld wilde zien.³² Of dergelijke gesprekken nu werkelijk zoveel invloed hadden als deze NMG-lobbyist ons wilde doen geloven, valt nog te bezien. In dit geval was Schreve zelf tegen de oprichting van genoemde belangenvereniging. De minister beaamde dat dan misschien wel, maar dat kostte ook niets. Het was voor hem in ieder geval veel gemakkelijker om daarin met de afgevaardigde van de NMG mee te gaan, dan met een wettelijke regeling van de vrije artsenkeuze. Dat punt was voor de NMG veel belangrijker, maar daarin bereikte Schreve niets.³³

De NMG liet het niet bij dit lobbyen, zij ging nog veel verder. Dat begon al bij de voorbereiding van het wetsontwerp Kuypers. De aanstaande wetgeving had als neveneffect dat binnen de NMG een nauwkeurige standpuntbepaling plaatsvond over 'goede' en 'slechte' ziekenfondsen. Dit wetsontwerp gaf tevens de doorslag aan de vakbondsvorming van de NMG. Een uitvloeisel daarvan was weer dat er een 'keuringsstelsel' van ziekenfondsen in het leven werd geroepen. Alvorens een arts een overeenkomst met een ziekenfonds sloot, moest de NMG-afdeling het contract voortaan (1902) eerst goedkeuren. Deze maatregel werd naar aanleiding van het wetsontwerp Talma nog verscherpt, want dat ging aan belangrijke eisen van de artsen voorbij.³⁴ Op dat wetsontwerp had de NMG twee 'antwoorden': de boycot van 'verboden fondsen' en de oprichting van eigen, NMG-afdelingsziekenfondsen: de AAZ-fondsen.³⁵

Voorlopig leverde 'het ziekenfonds' genoeg werk op met deze lijst van nieuwe activiteiten: vakbondsvorming, keuringsstelsel, de boycot van bepaalde ziekenfondsen en de oprichting van eigen ziekenfondsen. Vóór alles moest de NMG echter haar visie op de inrichting van ziekenfondsen definiëren en naar buiten brengen. Alleen dat al maakte de 'ziekenfondsstrijd' tot een tijdrovende kwestie.

2.4. Eisen van de NMG aan de inrichting van ziekenfondsen

In het voorafgaande is tussen de regels door al een glimp op te vangen van de criteria waarop artsen aan ziekenfondsen het predikaat 'goed' of 'slecht' toekenden. Niet alle cri-

32. ARA, archief NMG, inv. nr.19, 'Notulen HB-NMG, 4-7-1909'.

33. Schreve zelf was een andere mening toegedaan. In een reactie op kritiek op het NMG-beleid inzake de wetsontwerpen Talma merkte hij op: 'Wat ge omtrent de wet-Talma opmerkt, is onjuist. [...] èn met het voorontwerp èn met het ontwerp konden wij, door de kracht van onze organisatie, alles bereiken wat wij wenschten'; ARA, archief NMG, inv. nr.200, S24, 'Schreve aan Koch, 23-11-1917'.

34. Het wetsontwerp-Talma dat in 1913 uiteindelijk werd aangenomen was een compromis. De fondsen kregen de vrijheid om maar twee artsen als deelnemer te accepteren en maar één arts in het bestuur op te nemen.

35. De NMG was niet de enige organisatie die daartoe overging, de vakbonden waren al sinds het einde van de negentiende eeuw plaatselijk zeer actief bij de oprichting van ziekenfondsen.

teria zijn al genoemd, mede omdat de NMG aan deze eisen later nog enkele toevoegde. Een deel van de kritiek op ziekenfondsen spreekt min of meer vanzelf, bij de 'nieuwere' kritiek is dat niet altijd het geval.

Hoofdstuk 2 noemde al de bezwaren van slecht-ingerichte ziekenfondsen, zoals commerciële ziekenfondsen die uit waren op winstbejag of hoge overheadkosten hadden door een hoog directeurssalaris of ziekenfondsen met dubieuze bode-praktijken. Andere slechte ziekenfondsen waren die welke te klein waren, waar de geneesheer in een afhankelijke positie verkeerde of die onbetrouwbaar waren in het nakomen van hun verplichtingen op het gebied van verstrekkingen of honorering.³⁶ Hoe kleiner een ziekenfonds was, des te meer financieringsproblemen zich konden voordoen. Daarvan waren zowel de leden als de deelnemers de dupe. Vervolgens waren de artsen tegenstanders van het uitsluiten van verzekerden op grond van drankzucht en ander 'onbehoorlijk gedrag'. Waarom moest aan moreel zwakken de hulp worden onttrokken?³⁷ Staatstoezicht zou aan deze misstanden bij de ziekenfondsen een eind kunnen maken.³⁸ Daarnaast zag de NMG veel heil in unificatie van de ziekenfondsen; met dit laatste waren ook wetgever en ziekenfondsen het eens.

De komende ziektekostenwetgeving bood een unieke kans tot hervorming van het ziekenfondsstelsel. Het eerste wetsontwerp (Kuyper) stelde echter op veel van de bovenstaande punten teleur. Kleine ziekenfondsen vanaf vijftig leden konden blijven bestaan. Het wetsontwerp verbood noch de winstbeogende ziekenfondsen noch het uitsluiten van ziekgeld op grond van onbehoorlijk gedrag, alcoholisme of ongehuwd moederschap. En ten slotte waren ook nog de voorgestelde tarieven veelal zelfs lager dan de in die tijd geldende en gaf het geen uitsluitel over een minimumhonorarium.³⁹

Bovendien werd het voor een ieder steeds duidelijker dat het ziekenfondsstelsel een blijvend fenomeen was. Vanuit die optie was het van groot belang dat er een regeling kwam waarin ook de deelnemers aan de ziekenfondsen zich konden vinden. Met het in zicht komen van de wetgeving breidde de NMG haar 'criteria' uit en benadrukte het belang van een *onafhankelijke positie* van ziekenfondsartsen in het ziekenfonds.⁴⁰ Verder waren de *vrije artsenuitvoering*, de hoogte van de loongrens of *welstandsgrens*, en de *bestuursamenstelling* van een fonds punten van aandacht. Het NMG-besluit (1902) om voortaan zoveel mogelijk de ziekenfondscontracten collectief in de afdelingen te sluiten, maakte het mogelijk dat de NMG deze eisen alvast in praktijk kon gaan brengen. Specialistenvoelden zich bij deze eisen niet zo betrokken. Extern gaven de eisen aanleiding tot veel kritiek op de NMG. Tot 1941 bereikten de medici in totaliteit geen overeenstemming, noch met de overheid noch met de ziekenfondsen die zich vanaf 1913 ook gingen organiseren op overkoepelend niveau.

Een onafhankelijke positie van de arts

Al in 1898 brak er een strijd uit over de positie van de geneesheren tussen het bestuur van het onderlinge ziekenfonds 'Helpt Elkander Medicinaal' in Koog-Zaandijk en twee

36. In een brochure die in 1846 in Amsterdam werd uitgegeven, werden deze punten al genoemd: 'Is eene hervorming van de ziekenbussen noodzakelijk en uitvoerbaar? Een woord van eenige aan alle geneskundigen'; aangehaald in: *Gedenkboek AZA*, 18.

37. *Eindrapport ontwerpziektewet 1905*, 80.

38. Preadvis NMG over het wetsontwerp ziekteverzekering 29-2-1905, (Overdruk) 3 en 8.

39. *NMG-Eindrapport ontwerpziektewet 1905*.

plaatselijke dokters. Tijdens de onderhandelingen over deelname aan dit ziekenfonds bleken de ideeën uiteen te lopen over de hoofdprincipes waaraan een ziekenfonds diende te voldoen. De onderhandelingen liepen vast, waarop beide partijen hun stellingen betrokken, met een boycot als wapen. De beide artsen besloten toen zelf een ziekenfonds op te richten. Daarop reageerden de 'socialistische leiders' van het ziekenfonds weer met een oproep tot een boycot van dit doktersfonds. Zij verspreidden een circulaire onder de inwoners waarin hun hoofdgrief tegen de geneesheren werd uitgezet. 'De Heeren (Doctoren en Apothekers) hebben de zaak, door het Bestuur beoogd, eenvoudig op den kop gezet, en in plaats van *de ondergeschikten* te worden eener vereeniging, – wat toch als *loontrekkenden* of belooning ontvangenden billijk zou wezen – hebben zij een fonds gevormd, waarvan door hen de voordeelen worden genoten en waarbij de arbeiders geheel afhankelijk kunnen worden van hun willekeur.'⁴¹ De artsen daarentegen, konden niet accepteren dat zij van de 'willekeur van arbeiders' afhankelijk zouden zijn. Zij zochten steun bij hun afdeling en bij de NMG. In het NTvG riepen zij op tot de vorming van een vakvereniging en vroegen zij steun van hun collega's in hun strijd 'tegenover den gemeenschappelijken vijand'.⁴²

Nederlandse artsen waren in die tijd uitermate alert op het belang van een onafhankelijke positie bij de ziekenfondsen. De 'socialistische geest' onder de bevolking⁴³ en de gebeurtenissen bij de Duitse Krankenkassen maakten diepe indruk. De gebeurtenissen in Duitsland kregen veel aandacht van het NTvG. Een geneesheer die een ondergeschikte plaats in een fabrieksfonds innam, kon zijn werk onmogelijk goed doen. Hij was dan afhankelijk van een werkgever die schade ondervond als zijn werknemers ziek waren. Bovendien maakte een ondergeschikte positie hem tot ambtenaar en dat had een negatieve uitstraling op het beroep. In de negentiende eeuw had men van ambtenaren over het algemeen een zeer lage dunk: ambtenaren werkten niet, zij waren ingeslapen en onbekwaam.⁴⁴ Nu was afhankelijkheid volgens de NMG precies wat 'de' ziekenfondsen in Nederland ook wilden. Men baseerde deze mening op de houding van een deel van de commerciële ziekenfondsen en fabrieksfondsen die artsen in dienstverband aanstelden, maar vooral op die van de onderlinge fondsen. De NMG trad veel coulanter op tegen bepaalde grotere ondernemersfondsen die toch ook met artsen in dienstverband werkten.

De onderlinge fondsen, die door arbeiders werden opgericht en bestuurd, beschouwden artsen als werknemers in loondienst van de ziekenfondsen.⁴⁵ Conflicten daarover konden niet uitblijven, want in die tijd was een aan deze leden ondergeschikte positie een revolutionaire omkering van de maatschappelijke verhoudingen. Bovendien wilden veel kleine ziekenfondsen met hun honorering van de artsendiensten óók nog voor een dubbeltje op de eerste rij zitten. De onderlinge fondsen wilden over de positie van de arts van geen wijken weten. Zij hadden deze ziekenfondsen zélf opgericht. Voor beide partijen, NMG en onderlinge fondsen, was dit derhalve een belangrijke kwestie. De 'strijd' om een onafhankelijke positie laaide steeds weer op.

40. Deze werden ter kennis van de minister gebracht in het geheime pre-advies over het wetsontwerp Kuyper; *Ibidem*, onder meer 6.

41. Geciteerd door: Van der Horst en Vrendenberg, 'Eenige sociaal-medische opmerkingen', 467.

42. *Ibidem*, 469.

43. *Ibidem*, 467.

44. De Jonge, *Industrialisatie*, 335-336.

45. Van der Hoeven, *Om de macht bij het fonds*, 53-54.

In Amsterdam brandde daarover in 1916 een ziekenfondsstrijd los tussen de Amsterdamse ziekenfondsartsen en een aantal plaatselijke ziekenfondsen.⁴⁶ Het bestuur van de vereniging van ziekenfondsartsen schreef aan de deelnemers dat 'de zaak waar het om ging', was 'de onwil der fondsen om een collectieve overeenkomst te sluiten, in welke overeenkomst de artsen bereid waren de meest mogelijke concessies te doen'. Toch bleek een conflict nu onvermijdelijk, want 'de besturen en directies wenschten hun heerschappij over de artsen niet los te laten'. Het bestuur had daarom geen andere keus dan een bindend besluit uit te vaardigen dat de leden verbood voortaan nog aan deze ziekenfondsen deel te nemen. Het bestuur schreef aan de ziekenfondsartsen dat het ervan overtuigd was dat deze niet veel moeite met dit besluit zouden hebben. Het was toch voor iedere fatsoenlijke collega volstrekt onmogelijk om tot die ziekenfondsen toe te treden, bovendien was dat ook niet zonder risico. 'Trouwens de toetreding als deelnemer aan fondsen, zonder specialisten, zonder reserves, daarbij geheel overgeleverd aan de willekeur van besturen en directies, die het standpunt van 'de baas' te blijven maar al te duidelijk op den voorgrond hebben gesteld, genegeerd door elk fatsoenlijk collega, met kans op particuliere praktijk natuurlijk nihil; dat alles voor f 4.000 per jaar (voor hoelang?) in een dure stad als Amsterdam, niemand die er aan denken zal dat risico te loopen.'⁴⁷

De betreffende ziekenfondsen verspreidden daarop een pamflet om 'het Amsterdamsche publiek' te waarschuwen tegen de 'monopolie-waanzin' van de 'Doktoren'. Aanvankelijk meende het publiek waarschijnlijk dat het een loonstrijd was, maar nu was het voor iedereen overduidelijk dat het te doen was om macht, absolute macht. 'Levert U niet aan handen en voeten gebonden over aan een door hen verkozen Fonds! [...] Weg dus met het AZA.'⁴⁸

Dergelijke gebeurtenissen bevestigden de NMG in haar idee dat haar 'strijd' tegen onderlinge fondsen belangrijk was. Zij zocht voor de positie van de arts steun bij de wetgever. De wetgever moest die positie veilig stellen, want een afhankelijke positie was niet in het belang van de patiënt. Het eerste wetsontwerp (Kuyper) stelde echter niet gerust. De minister bleek weinig rekening te hebben gehouden met de wensen die de NMG in een geheim pre-advies te kennen had gegeven. Erg veel lof van de afdelingen kreeg dit ontwerp dan ook niet. Zo was onder meer de afdeling Amsterdam van oordeel dat deze wet de onafhankelijkheid van de geneeskundigen zeer ernstig zou benadelen. Om hun taak goed te kunnen vervullen, moesten geneeskundigen noch van het bestuur noch van de leden afhankelijk zijn.⁴⁹ Deze 'wens' van de NMG gaf nogal wat moeilijkheden. De wetgever wilde dit niet expliciet vastleggen en bepaalde ziekenfondsen wilden het beslist niet.

Meermalen is al opgemerkt dat het ziekenfondsenbeleid van de NMG specialisten of niet aansprak of voor hen nadelig kon zijn. Specialisten in de grote steden, en daarover ging het in deze periode nog, konden zich over de positie in een ziekenfonds niet zo druk maken. Zij vonden dat zij helemaal geen positie in welk ziekenfonds dan ook hadden.

46. Zie voor een beschrijving van het ontstaan van de hier bedoelde Bond van Amsterdamsche Ziekenfondsen Van der Velden: *Financiële toegankelijkheid gezondheidszorg*, 168-170.

47. ARA, archief NMG, inv. nr.136, A17-I, 'Aan: Geachte collega. Van: Amsterdamsche Vereeniging van Ziekenfondsgeneesheeren'.

48. ARA, archief NMG, inv. nr.136, A17-I, 'Aan het Amsterdamsche publiek! Van: Amsterdamsche Vereen. 'Verzekeringsbelang': De aanslag der Doktoren op de Ziekenfondsen'.

49. NMG-Eindrapport ontwerpziektewet 1905, 3-7.

Dat lag op het eerste gezicht anders bij het volgende 'strijdpunt' van de NMG, de vrije artsenukeuze.

Vrije artsenukeuze

Naar NMG-normen behoorde een ziekenfonds de leden een vrije artsenukeuze te bieden. Sinds de eerste interne besprekingen over de ziektekostenwetgeving benadrukte de NMG het belang daarvan. Maar ook deze eis kreeg niet bij alle ziekenfondsen een warm onthaal. Daarvoor waren er rond de eeuwwisseling teveel ziekenfondsen met maar één of met slechts een paar artsenu.50 Vrije artsenukeuze bezorgde hen teveel rompslomp en was bovendien veel te duur.51

De NMG stond op het standpunt dat een vrije artsenukeuze in het belang was van de patiënt en uit concurrentie-overwegingen eerlijker. Patiënten moesten een dokter kunnen kiezen waarin zij vertrouwen hadden. Bovendien bevorderde dat de kwaliteit van de hulpverlening. De NMG was, met toch enige negatieve ervaringen met 'busdokers', ervan overtuigd dat het ontbreken van onderlinge concurrentie een slechte invloed kon hebben op de kwaliteit van het werk van de arts.52 Dit lag niet alleen aan de dokter. Hij ervoer de werksort als niet erg interessant en dat kon een negatieve uitstraling op zijn werk hebben.

Artsen waren niet de enigen met een negatieve kijk op ziekenfondspatiënten. Veel van hetgeen met ziekenfondsen te maken had, had tot in het begin van de twintigste eeuw een negatieve klank bij de niet tot de ziekenfondscategorie behorende bevolking. Dat oordeel betrof niet alleen administratie en beheer van de ziekenfondsen. Dat straalde ook af op de 'busdokers' en ziekenfondspatiënten. Zowel dokters als patiënten hadden daarbij ook nog kritiek op elkaar. Als arts moest men niet al te nauw bij bepaalde ziekenfondsen betrokken raken en niet een te grote ziekenfondspraktijk hebben. Het ziekenfondsstelsel verbeterde in het begin van de twintigste eeuw geleidelijk, maar het slechte imago raakte het zo maar niet kwijt. In ieder geval niet bij de artsenu.

De NMG moest de vrije artsenukeuze echt verdedigen, want de wetgever was van het algemeen belang van deze voorwaarde nog niet overtuigd. In de ongevallenwet, die in dit opzicht enigszins met de ziektekostenwetgeving was te vergelijken, was wel vastgelegd dat een uitkeringsgerechtigde zich tot iedere arts van zijn keuze mocht wenden.53 In de eerste ziektekostenwetsontwerpen koos de wetgever echter geen partij.54 Ook minister Talma wilde de vrije artsenukeuze niet bij wet opleggen.55 Na 1920 kreeg de NMG bij de vrije artsenukeuze minder weerstand van zowel wetgever als ziekenfondsen. Inmiddels waren er overigens ook NMG-leden die tegen een te rigoureuze vrije artsenukeuze waren. In die visie behoorden wel de afdelingsfondsen voor alle artsenu open te staan, maar het bestaan van 'sektefondsen' moest men niet onmogelijk maken.56

50. *NMG-rapport ziekenfondsen 1908*, II, 29.

51. Van der Hoeven, *Om de macht bij het fonds*, 68.

52. ARA, archief NMG, onder meer inv. nr.136, A25, Ziekenfondspatiënten klaagden niet alleen over het autoritaire optreden van de ziekenfondsarts. Maar ook over de manier waarop hij zijn vak uitoefende.

53. KB 14-7-1902, *Staatsbl.*153; Van der Burgh, e.a. *Rijksverzekeringsbank*, 187.

54. In de wetsontwerpen van Kuyper en Veegens kwam de kwestie niet ter sprake.

55. 'Buitengew. alg. verg. (1910)', 338.

56. Navis, 'Vrije artsenukeuze', 1126. In de toen 'komende' ziektekostenwetgeving dienden de voorwaarden voor erkenning zodanig te zijn, dat 'Roomschen, Israëlieten, socialisten, communisten, indien zij willen, zich in fondsen kunnen vereenigen, waaraan slechts medici verbonden behoeven te worden, die zij zelf begeren.'

Ook bij de problemen rond de 'busdokers' ging het meer om algemene artsen dan om specialisten. Deze laatsten waren het zonder meer eens met de vrije artsenkeuze *casu quo* vrije specialistenkeuze. De NMG bedoelde echter – zodra het huisartsenbelang in gevaar kwam – met een vrije artsenkeuze een vrije *huisartsenkeuze*, hetgeen nog zal blijken bij het instellen van een verwijsbriefje voor de polikliniek en de vrije artsenkeuze in ziekenhuizen. Het gevolg van dit onderdeel van het NMG-beleid was dat specialisten zich benadeeld voelden, terwijl dat beleid op zichzelf heel waardevol was. Eigenlijk was in het hele ziekenfondsenbeleid van de NMG het volgende punt, de hoogte van de loongrens, de enige voorwaarde waarin specialisten zich konden vinden.

Welstandsgrens

Een waar strijdpunt tussen de diverse belanghebbenden was de welstandsgrens, ook wel loongrens genoemd, die de ziekenfondsen hanteerden. Ziekenfondsen streefden naar een zo hoog mogelijke welstandsgrens. De NMG wilde echter alleen de werkelijk minvermogens als ziekenfondspatiënt accepteren. Artsen accepteerden een lage fondshonorering, omdat er via particuliere tarieven compensatiemogelijkheden waren en uit ideële en pragmatische overwegingen. Een hoger honorarium zat er gewoon niet in en zo kreeg men in ieder geval iets. Maar dan moest het percentage ziekenfondsverzekerden niet te veel toenemen.

De vakbondsvorming maakte het voor de NMG mogelijk zelf een loongrens vast te stellen. De inkomens liepen echter plaatselijk zo uiteen, en de samenstelling van de beroepsbevolking varieerde per regio dermate, dat het vaststellen van één bedrag niet mogelijk bleek. Het maximum bedrag van *f* 1.200 dat in het wetsontwerp Kuyper was voorgesteld, was zelfs voor de grote steden niet acceptabel. Rotterdam dacht aan een bovenste grens van *f* 1.000.⁵⁷ Andere steden en de 'periferie' vonden ook dat nog veel te hoog. In hun werkgebied zouden er dan vrijwel geen particuliere patiënten overblijven. Eén en ander werd geïllustreerd aan de hand van 'lijsten van aangeslagenen in de directe belastingen naar het inkomen'. Zo wilde de afdeling Oldambt geen hogere loongrens dan *f* 300 tot *f* 500. De hoge norm had als gevolg dat er in de gemeente Beerta, met 4200 inwoners, slechts 85 en in Winschoten, met 10.000 inwoners, slechts 300 buiten de verzekering zouden vallen.⁵⁸ Voor de NMG zat er niets anders op dan de afdelingen vrij te laten op het punt van de bepaling van de loongrens.

De NMG kon haar ideeën over de welstandsgrens niet doorvoeren. In de loop der jaren steeg de loongrens gestaag, ondanks het verzet van de artsen. Het leverde een welkome ledenwinst op voor de ziekenfondsen. Volgens de artsen waren dat dan werknemers die niet eens fondspatiënt wilden zijn! Het was een hardnekkig geschilpunt. De klacht dat het aantal ziekenfondspatiënten door de verhoging van de welstandsgrens onevenredig toenam, ontstond al omstreeks 1890. Tot in de jaren zestig van de twintigste eeuw zou dit een belangrijk punt in de onderhandelingen tussen artsen en ziekenfondsen blijven.⁵⁹

57. NMG-Eindrapport ontwerpziektewet 1905, 42.

58. *Ibidem*, 42.

59. Inmiddels had de welstandsgrens voor artsen in de onderhandelingen tussen de beide partijen dan ook de nodige onderhandelingswaarde als 'middel om concessies mee te doen' gekregen. Dat werd na 1945 minder, omdat dit niet meer een zaak was die de onderhandelaars, LSV, LHV en de overkoepelende ziekenfondsorganisaties alleen konden regelen. Bovendien maakten betere honoraria dit twistpunt vanaf eind 1950 steeds minder belangrijk.

Bestuurssamenstelling

Ten slotte liepen de inzichten van NMG, ziekenfondsen en wetgever uiteen over de bestuurssamenstelling van een ziekenfonds. De NMG wilde een bestuur dat voornamelijk bestond uit medewerkers (artsen en apothekers), aangevuld met verzekerden. Onderlinge fondsen en fabrieksfondsen hadden zo'n bestuurssamenstelling niet en waren ook niet van plan de eigen ideeën daarover op te geven. De eigen arbeidersfondsen, de onderlinge fondsen, stelden zelfs als eerste en voornaamste eis zelfbestuur van de verzekerden.⁶⁰ Daaraan kon de NMG nooit toegeven. Sociaal-democraten onder de NMG-leden leek het weliswaar veel beter dat – met bepaalde waarborgen van de kant van de fondsbesturen – de artsen niet zouden eisen om in het bestuur van een arbeidersorganisatie te komen.⁶¹ Maar deze leden hadden geen invloed op het NMG-beleid, daarvoor was hun aantal veel te klein. Er waren ook specialisten die vonden dat het standpunt van de NMG 'wel wat kras was'. Een bestuur dat voor tweederde uit deelnemers bestond, hoefde nu ook weer niet, 'dat mag ook wel wat minder'.⁶² Andere specialisten, die geen overeenkomst hadden met een ziekenfonds, konden zich ook over de bestuurssamenstelling niet erg druk maken.

Ondersteuning van de wetgever voor het standpunt van de NMG was niet waarschijnlijk. Bij de behandeling van het wetsontwerp Talma was ook een amendement ingediend dat het standpunt van de onderlinge fondsen verdedigde.⁶³ Talma koos voor een middenweg.⁶⁴ Zijn wetsvoorstel ging uit van een bestuur met in ieder geval één of meer geneeskundigen en één of meer verzekerden. Zolang positie en honorering van de artsen niet veilig waren gesteld, hield de NMG echter vast aan de eis dat het bestuur voor het merendeel uit medewerkers moest bestaan. Op die manier zouden er weinig problemen ontstaan en kon de NMG 'door de kracht van de organisatie alles bereiken wat we wenschten'.⁶⁵ Deze kracht was mede bereikt door de reorganisatie van de NMG in 1902. In dat jaar besloot de NMG, als reactie op het eerste concept wetsontwerp ziektekostenverzekering, dat de organisatie tevens een 'vakbond' diende te zijn.

2.5. Maatregelen van de NMG tegen ziekenfondsen

De NMG werd vooral actief als er overheidsmaatregelen werden aangekondigd die niet met de eigen inzichten overeenstemden. Zoals gezegd, was dat vooral het geval bij het wetsontwerp Talma. Dat wetsontwerp was langdurig, tussen 1909 en 1913, 'in bespreking', waardoor er steeds nieuwe gevaren konden opdagen. Het begon al met het aantal mensen dat in de verplichte verzekering zou komen. Als dat doorging zouden er in de grotere

60. Geciteerd uit het in 1911 uitgekomen rapport van de SDAP over de sociale verzekering, in: Tasman, 'De S.D.A.P. en de sociale verzekering', 137.

61. Heyermans en Berdenis van Berlekom, '65e alg. verg. (1914)', 1283 en 1284.

62. Archief NMG-afdeling Tilburg, inv. nr. 7, 'Notulen 1899-1940, 14-12-1910'.

63. Het amendement van de Kamerleden Duys, Helsdinger, Huhenholtz, Schaper, ter Laan, Troelstra en Vliegen luidde als volgt: 'Het fonds wordt beheerd door een bestuur, waarin uitsluitend, hetzij met deren zitting hebben vertegenwoordigers door en uit dezen bij vrije keuze en schriftelijke stemming aangewezen'; *Handelingen 1912-1913*, 17-4-1913, 2922.

64. Uit het geheime pre-advies dat de NMG over het wetsontwerp Kuyper aan de minister mocht uitbrengen, bleek de vertegenwoordiging van geneesheren en apothekers in het bestuur nog niet geregeld; Schreve, *Prae-advies op het Ontwerp-Ziekteverzekeringwet 1904*, 12.

65. ARA, archief NMG, inv. nr.200, S24, 'Brief HB-secr. Schreve aan HB-lid Koch, 23-11-1917'.

steden maar weinig particuliere patiënten overblijven. Voor Rotterdam was dat, volgens een lid van het plaatselijke afdelingsbestuur, dan nog maar negen procent.⁶⁶ Nog veel meer consternatie veroorzaakte het voorstel in het wetsontwerp om voor het beheer van de ziektekostenverzekering Raden van Arbeid in te voeren. De daarover ingediende amendementen wilden de Raden uit werklieden laten bestaan.

Om de negatieve gevolgen van de wetgeving zoveel mogelijk te neutraliseren nam de algemene vergadering van de NMG in 1912 en 1913 verstrekkende besluiten: respectievelijk de invoering van zogenaamde '*verboden ziekenfondsen*' en de oprichting van eigen afdelingsziekenfondsen: de *AAZ-fondsen*. Dit beleid van de NMG was enerzijds uniek in vergelijking met de ons omringende landen, waar ook van een langdurige ziekenfondsstrijd sprake was. Anderzijds was het NMG-bestuur vertrouwd met 'eigen' – dokters – fondsen. Het Amsterdamse ziekenfonds de AZA, dat in de negentiende eeuw als doktersfonds was opgericht, had een uitstekende naam. In twee Amsterdamse rapporten over ziekenfondsen was het idee geopperd om meer van deze fondsen op te richten om het ziekenfondsstelsel te verbeteren. Ten slotte beheerde een andere grote organisatie, de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen, ook eigen ziekenfondsen om de leden een goede verzekering te waarborgen.

Met deze besluiten haalde de NMG echter het paard van Troje binnen. Men kreeg zowel de financiële problemen van de ziekenfondsen in huis als veel intercollegiale problemen. Het daarbij gevoerde beleid gaf alle redenen tot escalatie van de problemen. De acties van de NMG voor de inrichting van ziekenfondsen waren niet zo relevant voor specialisten. Sterker nog, de eigen ziekenfondsen hadden zowel repercussies voor specialisten als (in een later stadium) voor de doktersfondsen op het platteland. De oprichting verliep niet vlot. Desondanks werd de NMG de grootste ziekenfondsorganisatie (zie bijlage 7, tabel 24).

De overleving van 'verboden ziekenfondsen'

Verboden ziekenfondsen waren 'slechte' ziekenfondsen waaraan NMG-leden zich niet mochten verbinden. De indeling in 'goede' en 'slechte' ziekenfondsen ontstond door een algemeen bindend besluit dat de algemene vergadering in 1912 aannam. Voor deze vergadering plaatsvond, was een lid van het Centraal Comité tot behartiging van ziekenfondsbelangen van de NMG, A.C. van Bruggen (1864-1924), 'op locatie' gegaan om bij afdelingen te pleiten vóór het besluit te stemmen. Tegenover de afdelingsleden benadrukte Van Bruggen dat het besluit niet tegen de wetgeving als zodanig was gericht, maar tegen de amendementen over de raden. Als die werden aangenomen zouden 'medici worden overgeleverd aan de willekeur van werklieden!'⁶⁷ Het bindend besluit hield in dat NMG-leden voortaan alleen aan een ziekenfonds mochten deelnemen als dat voldeed aan een 'juiste' bestuurssamenstelling, openstond voor iedere te goeder naam en faam bekendstaande arts, en als de welstandsgrens van de ziekenfondsleden niet hoger was dan de grens die door de NMG of afdeling was vastgesteld.

Het bindend besluit trof ook de onderlinge fondsen. Zij voldeden noch aan de eis van de bestuurssamenstelling noch aan die van de vrije artsenkeuze. De grotere onderlinge fondsen vonden zelf helemaal niet dat zij geen vrije artsenkeuze hadden. Zij stelden zoveel artsen aan als zij nodig hadden en daaruit konden de leden toch kiezen? Aan de

66. Archief NMG-afdeling Tilburg, inv. nr.7, 'Notulen 1899-1940, 30-11-1910'.

67. Ibidem, 17-5-1912.

'Volharding' in Den Haag waren (in een wat later stadium) zelfs 22 huisartsen en 13 specialisten verbonden.⁶⁸ De onderlinge fondsen zagen in het bindend besluit dan ook hun beeld over het machtsstreven van de NMG bevestigd. Negen van deze plaatselijke ziekenfondsen besloten in 1913 tot een tegenactie. Zij verenigden zich óók in een overkoepelende organisatie: de Landelijke Federatie ter Behartiging van het Ziekenfondswezen, de latere ANOZ.⁶⁹ De Federatie telde bij de oprichting ongeveer 130.000 leden.⁷⁰

Vergeleken met de NMG was de Federatie vóór 1920 geen krachtige organisatie. Na 1920 veranderde dat, want steeds meer onderlinge ziekenfondsen zochten aansluiting bij de Federatie. Artsen mochten zich weliswaar nog steeds niet bij de onderlinge ziekenfondsen aansluiten, maar wanneer deze fondsen zich aansloten bij de Federatie bleek de NMG minder geneigd de fondsen te verbieden. Geleidelijk aan ondervonden Federatieziekenfondsen minder hinder van de NMG.⁷¹ Zo groeide het aantal bij de Federatie verzekerde personen gestaag. In 1936 waren dat er omstreeks 570.000, terwijl de niet bij de Federatie aangesloten onderlinge fondsen 397.000 leden telden. De AAZ-ziekenfondsen hadden weliswaar meer verzekerden, ongeveer 1.000.500, maar het verschil met de voorgaande groeperingen werd kleiner (zie bijlage 7, tabel 24).⁷²

Maar waar haalden de Federatiefondsen – en de andere verboden ziekenfondsen – vóór 1920 de deelnemers vandaan? Volgens Van der Hoeven trachtten die ziekenfondsen dit probleem, dat toch erg urgent was, op te lossen door onder meer de aanstelling van artsen in vaste dienst.⁷³ Met artsen die geen lid waren van de NMG bijvoorbeeld. Die kunnen het probleem echter niet helemaal hebben opgelost, want dat waren er nu ook weer niet zoveel.⁷⁴ Het rapport over het ziekenfondswezen van de Teldersstichting stelt dat het met de toepassing van het bindend besluit in de praktijk nogal meeviel.⁷⁵ De centrale belangenvereniging van specialisten, de Specialistenorganisatie, die de specialistentovereenkomsten keurde, nam daarbij inderdaad een 'pragmatische' houding aan. Bovendien begon zij met de keuring van nieuwe overeenkomsten, waardoor al bestaande 'slechte' ziekenfondsen uitstel kregen. Ook waren niet alle NMG-afdelingen even strikt bij de toepassing van het bindend besluit. Zo waren de fondsen van de Bossche Diocesane Werklieden Bond verboden. Deze Bond ijverde vanaf haar oprichting in 1903 voor eigen ziekenfondsen. Ondanks de tegenwerking van de NMG slaagde men er geleidelijk in meer overeenkomsten te sluiten met plaatselijke artsen.⁷⁶ Een NMG-afdeling moest ook rekening houden met de belangen van de leden die op de allereerste plaats hun persoon-

68. De Vries-Bruine, 'Het ziekenfondswezen in Nederland'.

69. De Federatie was de eerste in een reeks overkoepelende ziekenfondsorganisaties. In datzelfde jaar besloot de NMG zelf ziekenfondsen te gaan oprichten en in de jaren twintig werden ook de vakverenigingen NVV, CNV en RKWV op dit terrein actief.

70. Van der Hoeven, *Om de macht bij het fonds*, 68-69.

71. De Federatie streefde naar een nog grotere centralisatie om sterker tegenover de NMG te kunnen staan. Het bewijs dat een krachtige organisatie effect had, was dat fondsen die zich tussen 1930 en 1933 bij de Federatie hadden aangesloten allen door de NMG met rust waren gelaten; *Het ziekenfondswezen en de Landelijke Federatie*, 7.

72. Gegevens CBS 1937, aangehaald in *Rapport commissie inzake ziekenzorg*, 44.

73. Van der Hoeven, *Om de macht bij het fonds*, 179.

74. In 1913 was het percentage huisartsen en specialisten dat lid was van de NMG ongeveer 88%, Ten Doesschate, e.a., *Gedenkboek KNMG 1949*, 183.

75. *Rapport Teldersstichting*, 28-29.

76. Van Rijen, *Bossche Werklieden Bond*.

lijke vrijheid wilden behouden.⁷⁷ Daarom kon de afdeling ook het gegeven dat grotere 'verboden' ziekenfondsen vaak een goed honorarium boden niet zonder meer terzijde schuiven. Een goed honorarium maakte veel goed en niet alleen bij artsen die er niet in slaagden de eerste financieel moeilijke jaren het hoofd boven water te houden. Als een afdelingsbestuur aan dergelijke belangen voorbij ging, zouden de leden hun lidmaatschap kunnen opzeggen.

Door de plaatselijk uiteenlopende belangen deden zich verspreid over de afdelingen de nodige interpretatieverschillen voor. In de grote steden, waar veel ziekenfondsen waren, trad men rigouzeuzer op tegen de ziekenfondsen dan in de periferie. Daar werden wel ziekenfondsen verboden, maar de verstandhouding tussen artsen en ziekenfondsen was buiten de grote bevolkingscentra over het algemeen minder zwart-wit.

De Federatie was ervan overtuigd dat de onderlinge fondsen de belangrijkste doelgroep waren van het bindend besluit. Dat wantrouwen was terecht, de NMG had inderdaad bepaalde ziekenfondsen op het oog. Speciaal voor die ziekenfondsen waren de eisen over de bestuurssamenstelling, de onafhankelijke positie en de vrije artsenkeuze tot strijdpunten verheven. In het adres dat de NMG in 1911 aan minister Talma zond, betoogde zij dat uit haar pogingen het ziekenfondsstelsel te verbeteren, bleek dat niet de bezoldiging, 'gelijk de minister verkeerdelijk meent', voor de artsen het belangrijkste punt was, maar de verhouding tot de ziekenfondsen. Er kon geen sprake zijn van een ondergeschikte verhouding zoals die tussen werkgever en werknemer.⁷⁸

Lang niet alle ziekenfondsen die uit hoofde van het bindend besluit moesten worden verboden, werden ook daadwerkelijk verboden. De NMG en de afdelingen pasten de criteria uit het bindend besluit eclecticisch toe. Huishoudelijke reglementen van de NMG-afdelingen gaven speciaal voor die ziekenfondsen die men toch graag wilde goedkeuren, toevoegingen als 'waar mogelijk' of mogelijkheden voor dispensatie.⁷⁹ In de praktijk ontstonden er op die manier veel gradaties in het 'verboden-zijn'.

De NMG had vrijwel sinds het begin onenigheid met het onderlinge fonds 'De Volharding' in Den Haag. Medewerkers-spijtoptanten van 'De Volharding' konden niet dan na veel berouw en hoge boetes terugkeren tot de NMG. Een groot textielondernemingsfonds in Enschede met goede verstrekkingen en honoraria voldeed evenmin aan het bindend besluit van 1912. Dit ziekenfonds werd niet verboden.⁸⁰

Daarentegen was het Philipsfonds, dat in het eerste decennium van de twintigste eeuw tweeduizend leden telde, een verboden fonds. De afdeling Eindhoven stond in die tijd echter oogluikend toe dat bepaalde artsen zich toch bij dit ziekenfonds aansloten.⁸¹ Specialisten die eraan meewerkten werden niet als NMG-lid geroyeerd. Enkele jaren later royeerde de afdeling de ene huisarts wel en een ander die na hem kwam niet. De

77. Archief NMG-afdeling Tilburg, inv. nr.7, 'Notulen 1899-1940, 8-5-1912'.

78. 'Adres aan de Tweede Kamer in zake raden- en ziekewet', 1014.

79. Zo'n uitzondering moest bijvoorbeeld voor het spoorwegfonds bij de vrije-artsenkeuze worden gemaakt. De toevoeging 'waar mogelijk' loste dit probleem op bij de bepaling dat een fonds voor elk lid van de afdeling open moest staan; 'Handelingen 65e alg. verg. (1914)', 1352.

80. Het textielziekenfonds in Enschede, dat 30.000 leden telde, kende geen vrije-artsenkeuze; er werden geen contracten mee afgesloten. Het fonds vergoedde zowel poliklinische als klinische specialistenhulp. Het bijzondere ervan was verder (naast de klinische vergoeding) dat de specialisten per verrichting kregen betaald, met uitzondering van chirurg en oog- en oorarts die per abonnement werden betaald; ARA Archief NMG, inv. nr. 153, E7.

81. ARA Archief NMG, inv. nr.186, P6.

Specialistenorganisatie sprak dan ook van 'zonderlinge regelingen in de afdeling'.⁸² Alhoewel het ziekenfonds geen vrije artsenkeuze kende, noch een 'juiste' bestuursamenstelling had en een werkelijk véél te hoge welstandsgrens,⁸³ werd er in de vergaderingen van de Specialistenorganisatie erg lovend over gesproken. De enige aanmerking die men er op had willen maken, was eigenlijk dat er geen vrije artsenkeuze was. Zowel voor de leden als voor de medici was het verder een speciaal ziekenfonds. De leden kregen goede zorg, de werkgevers betaalden de volledige contributie. Bovendien betaalden de heren Philips de deelnemers zo goed dat daartegen door de doktersfondsen bij lange na niet viel te concurreren.⁸⁴ In 1920 werd het Philipsfonds op verzoek van de afdeling en de Specialistenorganisatie van de lijst van verboden fondsen geschrapt. Eén van de argumenten die de Specialistenorganisatie gebruikte om het NMG-hoofdbestuur te overtuigen dat het moest worden goedgekeurd, was dat de arbeiders bij Philips eigenlijk helemaal geen arbeiders waren. Omdat zij een vrije geneeskundige behandeling kregen waren zij te beschouwen als beambten. Het Philipsfonds had inmiddels 5000 leden.

Het spoorwegfonds werd goedgekeurd, ondanks een waslijst van 'gebreken'. Goed-beschouwd was het eigenlijk veel 'slechter' dan het Philipsfonds, maar dat was ook geen overheidsfonds. Het kende geen vrije artsenkeuze, per dienstkring stelde dit fonds één of meerdere geneesheren aan⁸⁵ en er waren geen specialisten aan verbonden. (Oogartsen hadden wel een aanstelling, maar uitsluitend voor de keuringen.)⁸⁶ Specialistische behandeling kregen de fondsleden alleen met een verwijfsbriefje van de spoorwegarts, die de specialist ook nog eens aanwees! Verder was nog de bestuursamenstelling in strijd met de bepalingen van het algemeen bindend besluit. Het bestuur bestond niet uit een meerderheid van deelnemers, het was zelfs helemaal niet denkbeeldig dat er helemaal geen arts in het bestuur zat. Dan vervielen bovendien nog de rechten van de verzekerden als de ziekte het gevolg was van 'eigen schuld'. Dat viel weliswaar buiten het bindend besluit, maar de NMG had veel bezwaar tegen dergelijke uitsluitingen. Het spoorwegfonds had desondanks in de eerste twee decennia van de twintigste eeuw een goede naam bij de NMG. De artsen waren tevreden over de honorering, het fonds behandelde hen met respect en was betrouwbaar in de verstrekkingen aan de patiënten.

De NMG als ziekenfondsonderorganisatie: de AAZ-fondsen

De reacties van de NMG op de wetgeving-Talma beperkten zich niet tot het verbieden van bepaalde ziekenfondsen. De algemene vergadering van 1913 ging nog verder dan die van het jaar ervoor. Men besloot het heft in eigen handen te nemen en eigen afdelingsfondsen op te richten: de AAZ-fondsen.⁸⁷ In de Geneeskundige Kring in Amsterdam was al in 1901 geopperd een Maatschappijfonds op te richten, waaraan ook specialisten zouden kunnen deelnemen.⁸⁸ Het idee kwam eveneens in het NMG-rapport over de toe-

82. Ibidem, 'SO aan HB-NMG, 13-7-1920'.

83. De afdeling had de welstandsgrens op f 2000 vastgesteld, het Philipsfonds hanteerde f 3000.

84. ARA, archief NMG, inv. nr.19, 'Notulen HB-NMG, 6-6-1909'.

85. 'Reglement voor het zieken- en ondersteuningsfonds van het personeel in dienst der Maatschappij tot Exploitatie van Staatsspoorwegen', *Handelingen 1895-1896*, B, nr. 128; bijlage III der Memorie van Toelichting, art. 10, 15 en 27.

86. ARA, archief NMG, inv. nr.210, 'Verslag verg. afgevaardigden spoorwegfonds en ver. van spoorwegartsen met SO en Centraal Comité, 14-11-1924'.

87. 'Handelingen 64e alg. verg. (1913)', 1206.

88. *Gedenkboek AZA*, 42.

stand der ziekenfondsen ter sprake.⁸⁹ Dat de NMG deze stap in 1913 ook zette, getuigde van een voor haar ongekeerde daadkracht. De AAZ-fondsen en het stelsel van verboden en goedgekeurde ziekenfondsen bezorgden de organisatie veel werk. Daardoor leverden de AAZ- en goedgekeurde ziekenfondsen een grote bijdrage aan het beeld dat alles binnen de NMG om ziekenfondsen draaide. De daaruit voortvloeiende problemen en herziening van de huishoudelijke reglementen namen de algemene vergaderingen van 1913 tot 1916 volledig in beslag.

Eén van de consequenties van de oprichting van de AAZ-fondsen was de daaruit voortvloeiende regeling van de positie van specialisten daarin. Deze ziekenfondsen zouden ook de poliklinische specialistische hulp als verstrekking leveren. Overigens bleek later dat dit, en andere bepalingen, niet overal was doorgevoerd.⁹⁰ Daaraan bleken echter allerlei haken en ogen te zitten, want de huisartsen wilden eigenlijk óók een inperking van de specialistische hulp. Sinds die tijd was 'de specialist' volop in het nieuws. Over de hulp die aan de ziekenfondsen moest worden verleend, kon men het niet zonder meer eens worden door de tegengestelde belangen. Vooral de definitie, en in het verlengde daarvan de opleiding van een specialist en zijn positie in een ziekenfonds bleken daarbij moeilijke onderwerpen. Diverse commissies moesten proberen de problemen op te lossen die uit de opkomst van deze 'tussenstand', de specialisten, voortvloeiden.⁹¹

De oprichting van de AAZ-fondsen⁹² veroorzaakte veel verwarring over de motieven van de NMG. Volgens de NMG verbeterden deze fondsen het ziekenfondsstelsel: zij zouden voldoen aan de eisen van gegarandeerde verstrekkingen. Tegenstanders van het NMG-ziekenfondsbeleid dichtten de NMG echter een heel andere motivering toe. Voor de belangrijkste ziekenfondstegenspelers van de NMG, de onderling beheerde fondsen, was het duidelijk dat de afdelingsfondsen slechts waren bedoeld om de macht van de NMG te vergroten. Zo kon de NMG haar ideeën over de inrichting van het ziekenfondsstelsel verwezenlijken. Zij kregen daarin ondersteuning van het NMG-lid L. Heyermans (1873-1938). Deze sociaal-democraat laakte regelmatig het ziekenfondsbeleid van de NMG die zich had omgevormd tot een strijdbare vakvereniging, 'geschoeid op de leest welke zij leende van het N.V.V.'.⁹³ Hij wees erop dat de arbeiders de sociaal-geneeskundige behandeling niet konden overlaten aan de geneeskundigen: zo groot waren hun prestaties nu ook weer niet. 'Het fondswezen voldoet niet meer aan de tegenwoordige eischen van den geneeskundigen verzorging.' De verstrekkingen stelden niet veel voor en de farmaceutische hulp beperkte zich gewoonlijk tot het verstrekken van 'geneesmiddelen, een bril en een breukband'.⁹⁴

De oprichting van de AAZ-fondsen was niet alleen een bedreiging voor de ziekenfondsen die door arbeiders waren opgericht. Ziekenfondsen van allerlei achtergrond in

89. *NMG-rapport ziekenfondsen 1908*, II, 95.

90. De Specialistenorganisatie kreeg daarover veel klachten van haar leden. Zie onder meer: ARA, archief NMG, inv. nr.199, S18-I, 'Positie specialisten-ziekenfondsen, 24-1-1915, 232-233'.

91. De polikliniekcommissie, de 'specialistencommissie' (positie specialisten-ziekenfondsen) en de commissie die een rapport uit moest brengen over de aan de ziekenfondsen te verlenen specialistische hulp.

92. AAZ-fondsen waren door de afdelingen opgericht of overgenomen. Het werkgebied besloeg de hele afdeling. Bijzondere fondsen waren door leden van de NMG opgericht of overgenomen door de afdeling waar een algemeen ziekenfonds ontbrak. Het werkgebied besloeg een deel van de afdeling. Art. 243 van het huishoudelijk reglement; 'Handelingen buiteng. alg. verg.(1915)', 337.

93. Heyermans, 'Ziektewet Treub', 873.

94. *Ibidem*, 876.

de kleinere steden zagen dat eveneens als een vijandelijke daad.⁹⁵ En de AAZ-fondsen kwamen, met uitzondering van de ook niet allemaal even grote steden Leiden, 's-Gravenhage, Haarlem en Groningen, in de kleinere steden.⁹⁶ Zo ontmoette de oprichting van een AAZ-fonds in Deventer in 1913 veel oppositie.⁹⁷ De Deventer Courant 'streed mee' met deze 'ziekenfondsstrijd'. De krant citeerde daarbij onder meer een woordvoerder van het Deventer ziekenfonds, die constateerde dat de 'ziekenfondsen door de Maatschappij ten doode zijn opgeschreven', terwijl het ziekenfondsbestuur best wilde reorganiseren om het van fouten te zuiveren: 'Het heeft het bestuur bijvoorbeeld jarenlang geërgerd dat het de kleine middenstand moest uitsluiten. Een welstandsgrens van f 1.200 voor gehuwden dat schijnt toch billijk, maar de fondsgeneesheeren vragen f 1.000. In het land zijn dan wel slechte toestanden en 'loonslaven', maar niet in Deventer!'⁹⁸ Katholieke ziekenfondsen waren om heel andere redenen niet van de AAZ-fondsen gediend. Zij wilden slechts katholieke artsen contracteren en de gevolgen van bepaald, als moreel ontoelaatbaar geacht gedrag, niet in het ziekenfondspakket opnemen.⁹⁹

Ten slotte bleek ook een deel van de leden bezwaren te hebben tegen de oprichting van AAZ-fondsen. In de afdelingen viel het enthousiasme voor de oprichting van AAZ-fondsen tegen. Onder druk van de 'aanstaande' ziektekostenwetgeving zette de NMG de afdelingen onder druk om ziekenfondsen op te richten of bestaande om te vormen tot AAZ-fondsen. Dat verliep minder voorspoedig dan de NMG wenste. Tussen 1914 en 1923 keurde de NMG weliswaar 46 statuten en reglementen van AAZ- en andere fondsen goed, maar in veel afdelingen bleef het daarbij. In 1914 waren 24 statuten goedgekeurd, waarvan bijna de helft alleen op papier bestond. Slechts dertien AAZ-fondsen waren ook daadwerkelijk opgericht.¹⁰⁰

Na omstreeks 1920 zette de NMG ook de doktersfondsen op het platteland onder druk AAZ-fondsen te vormen. Dat stuitte op weerstand. De plattelandsdokters vonden de contributie van de AAZ-fondsen veel te hoog; dat konden arbeiders in die streken nooit opbrengen. De NMG diende hun goed-functionerende doktersfondsen als zodanig volwaardig te erkennen. 'Het spook van de ziekenverzorgingswet is ons reeds zoo lang en dikwijls verschenen, dat de vrees daar voor aan het tanen is.'¹⁰¹ In Friesland en Groningen hadden in de jaren dertig vooral de specialisten bezwaren tegen de oprichting van afdelingsfondsen. Volgens hen zouden er dan zowel een verwijsbriefje komen als een veel te hoge welstandsgrens, hetgeen hun financiële positie teveel zou aantasten. Uit onvrede over dit NMG-beleid traden de specialisten uit Friesland halverwege de jaren dertig uit de artsenorganisatie (dit komt in hoofdstuk 5 nog ter sprake).

Voor het slagen van het NMG-beleid was het echter erg belangrijk dat de NMG in externe betrekkingen eensgezind kon optreden. Op overkoepelend niveau was dat niet zo'n

95. Vergadering bestuur van het 'Ziekenfonds van den Arbeidenden Stand te Deventer' met leden en afgevaardigden van de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen, 'Ziekenfondsstrijd', *Deventer Courant* (20-27 november 1913) (dagdatering niet goed leesbaar).

96. Daar werden respectievelijk in 1914, 1915, 1916 en 1917 de reglementen van (nog op te richten) eigen fondsen goedgekeurd; ARA, archief NMG, inv. nr. 191, R11 I-II; 'De Maatschappij en hare organisatie'.

97. ARA, archief NMG, inv. nr.136, A25, 'Afdeling Deventer aan secretaris-hoofdbestuur, 25-10-1913'.

98. 'Ziekenfondsstrijd', *Deventer Courant*, nov. 1913.

99. Diepen (afd. Helmond, Eindhoven en O.) noemt geen reden voor de afwijzende houding van de katholieke organisaties, 'Handelingen 65e alg. verg. (1914)', 1302. Maar de gebeurtenissen na 1920 bevestigden deze mening (zie hoofdstuk 5).

100. 'De Maatschappij en hare organisaties', ARA, Archief NMG, inv. nr.191, R11 I-II.

probleem. In de algemene vergaderingen kon men niet alleen over de hele inrichting van ziekenfondsen, maar ook over andere kwesties uiteindelijk een onverdeeld standpunt formuleren. Vervolgens kon de NMG één standpunt naar buiten brengen. Moeilijker lag dat in de afdelingen. Daar kreeg men daadwerkelijk met allerlei problemen te maken en met de gevolgen van het beleid voor het individu of voor de afdeling.

2.6. Het NMG-belang als belangrijkste belang

In de eerste vijftien jaar van het bestaan van de belangenbehartiging-nieuwe-stijl, was in de plaatselijke NMG-afdelingen de belangenbehartiging nog vrijwel het synoniem voor ziekenfondszaken. Om zo sterk mogelijk tegenover de ziekenfondsen te komen staan en om meer uniformiteit te verkrijgen, probeerden de ziekenfondscommissies van de afdelingen zo veel mogelijk collectieve overeenkomsten met de ziekenfondsen aan te gaan. Met uitzondering van enkele 'landelijke' en regionale ziekenfondsen als het Staatsspoorwegfonds, tramwegmaatschappijfondsen en het fonds voor de rijkspolitie, werden de collectieve overeenkomsten voorlopig nog plaatselijk gesloten. Maar ook als dat niet kon, omdat een bepaald ziekenfonds daarvoor bijvoorbeeld te klein was, trad het 'keuringsmechanisme' van de afdeling in werking. NMG-leden mochten zich, zoals gezegd, na de reorganisatie in 1902 alleen maar aan een ziekenfonds verbinden waarvan de reglementen waren goedgekeurd. Het tegelijkertijd ingevoerde stelsel van bindende besluiten kwam daarbij goed van pas. Deze bindende besluiten moesten centraal worden goedgekeurd. De afdelingen, die erg op hun autonomie waren gesteld, hielden daarbij echter het heft in handen: zij keurden de reglementen.¹⁰²

Het bindend besluit was een belangrijk hulpmiddel om de NMG-leden eensgezinder en loyaler te laten optreden. Dat was nodig, want niet alle collega's liepen zonder meer mee aan de leiband van de plaatselijke afdelingen of van de NMG. Vooral in plaatsen waar veel artsen waren gevestigd, wilden degenen die nog een praktijk moesten opbouwen nogal eens 'onder de prijs' gaan zitten en voorwaarden accepteren die andere collega's niet aanvaardden. Ook waardeerde niet ieder lid het ziekenfondsbeleid in de afdelingen. Zo was een lid van de afdeling Tilburg het niet eens met de bepaling dat alleen de nieuwe ziekenfondsen werden gekeurd. De 'oude' foute ziekenfondsen mochten blijven bestaan, hetgeen voor beginnende artsen erg nadelig was. Hoe kregen die dan ooit een ziekenfondspraktijk?¹⁰³ Ook een specialist uit Amsterdam tekende protest aan bij de NMG. Het contract dat de plaatselijke specialistenafdeling de leden oplegde, ging volgens hem zover in de ziekenfondsstrijd dat pressie op de leden werd uitgeoefend 'om van vrije burgers iets gedaan te krijgen wat deze uit eigen vrije wil niet zouden wensen te doen'.¹⁰⁴

Niet alleen individuele leden weken af van het algemene beleid. NMG-afdelingen of groeperingen binnen die afdelingen hielden zich ook dikwijls niet aan de centraal overeengekomen regels. Ontelbaar waren de verzuchtingen van de Specialistenorganisatie dat het te betreuren viel, dat er altijd opnieuw groeperingen waren die er de voorkeur

101. Van der Meulen, 'Het CO en het platteland', 888-889.

102. Bij de oprichting van de Specialistenorganisatie nam deze centrale organisatie dit over; Archief NMG-afdeling Tilburg, inv. nr.7, 'Notulen 1899-1940, 14-12-1910'.

103. Ibidem, 29-11-1911.

104. ARA, archief NMG, inv. nr.197, S3-II, 'Brief Schrijver aan hoofdbestuur NMG'.

aan gaven hun zaken zelf te regelen. Een lid van de afdeling Eindhoven verklaarde dat artsen die waren verbonden aan fabrieksfondsen waar ze veel verdienden, zoals in Helmond en Eindhoven, echt niet van plan waren dat door het bindend besluit te laten schieten.¹⁰⁵

Toch was eenheid in het optreden tegen verboden ziekenfondsen belangrijk, anders verloor het NMG optreden zijn effect. De afdelingen konden de leden royeren die zich lieten verleiden deel te nemen aan een ziekenfonds dat door de afdeling was afgekeurd. Deze collega's konden een hoge boete opgelegd krijgen, wilden zij tenminste het lidmaatschap van de NMG weer terug 'verdiene[n]'.¹⁰⁶ De meest vriendelijke benaming voor hen was nog 'onfatsoenlijk' of 'onwaardig'. Een bijkomend probleem voor deze, ook vaak als 'onderkruipers' aangeduide, collega's was dat zij door hun handelwijze niet meer te goeder naam en faam bekend stonden. En dat was nu net het enige criterium dat de plaatselijke ziekenfondscmissies in de NMG-afdelingen hanteerden als toelatingscriterium voor de ziekenfondsen! Het (Amsterdamse) hoofdbestuurslid H. Treub (1856-1920) was voor krachtige maatregelen. Zijn ervaring in Amsterdam was dat die hard nodig waren: 'dat moet wel; in Amsterdam hebben wij te maken met dergelijke medici die godsjammerlijke schunnen [= schooiers] zijn'.¹⁰⁷ Aan de andere kant viel het voor een beginnend arts vaak niet mee een inkomen te verwerven. Als dat allemaal niet zo goed lukte, bleef er door de verplichtingen die hij tegenover zijn gezin had niets anders over dan aan een verboden ziekenfonds mee te werken.¹⁰⁸ Dergelijke artsen deden dat niet altijd omdat zij zo oncollegiaal waren.

De afdelingen trokken niet één lijn in het optreden tegen hun afvalligen. Er waren afdelingen die verder geen maatregelen namen als één hunner zich niet aan de regels hield. Leden van wie het gedrag wél aan de plaatselijke afdelingsraad ter beoordeling was voorgelegd, konden zich aan maatregelen onttrekken door hun NMG-lidmaatschap op te zeggen. Overigens bleek de NMG zelf ook niet altijd een afdoend antwoord op de 'onderkruipers' te hebben. Of was het meer – zoals in de hele ziekenfondskwestie het geval was – dat de NMG met twee maten mat?

Zo wilde in 1925 het spoorwegfonds de tarieven van de Tilburgse specialisten met vijftig procent verlagen. De Tilburgse specialisten aanvaardden deze regeling niet. De specialisten uit de omgeving van Tilburg werkten mee door te weigeren de patiënten over te nemen. Het ziekenfonds liet daarop de patiënten naar de universiteitspoliklinieken in Utrecht vervoeren. In het conflict met de hoogleraren in Utrecht dat hieruit voortvloeide, riepen de Tilburgse specialisten de hulp in van de NMG. Het hoofdbestuur verwachtte echter niet dat een verzoek aan de hoogleraren in Utrecht om deze patiënten te weigeren succes zou hebben. Bovendien diende men rekening te houden met het onderwijsbelang. En hadden niet de professoren Treub en Pel in 1897[!] in een dergelijk geval ook geweigerd mee te werken?¹⁰⁹

105. Als zodanig bij de behandeling van de ziekwet in de kringvergadering Tilburg ook verwoord door de chirurg-gynaecoloog Passtoors; Archief NMG-afdeling Tilburg, inv. nr.7, 'Notulen 1899-1940, 30-11-1910'.

106. ARA, archief NMG, inv. nr.145, B47, 'Van secretaris-HB aan bestuur afdeling Rotterdam'.

107. ARA, archief NMG, inv. nr. 144, B33, 'Conflict Breda'.

108. Zie hiervoor onder meer: ARA, archief NMG, inv. nr.145, B47.

109. ARA, archief NMG, inv. nr.215, Z26, 'Notulen verg. HB-NMG, 24-1-1926, Zieken- en Ondersteuningsfonds Tilburg en specialistenkwestie, 1925' (correspondentie 25 febr, 27 mrt, 8 april, 1, 6, 21, 25 mei en 6 nov.).

Tot 1946 was het merendeel van de contacten tussen ziekenfonds en arts op plaatselijk niveau. Wel nam vooral na 1920 het overleg op overkoepelend niveau toe tussen NMG en ziekenfondsorganisaties. Artsen en ziekenfondsen hadden in dit overkoepelend overleg weinig weerstand tegen het aangaan van een conflict. Toch is het niet terecht de 'ziekenfondsstrijd' geheel op de weerbaarheid te schuiven van de belangrijkste partijen, de NMG, ziekenfondsen of overheid. Tal van factoren waren er de oorzaak van dat het ziekenfondsstelsel ten dele een negentiende-eeuwse voorziening bleef. Naast machtsstrijd en het veilig stellen van posities van de belanghebbenden, is een complex aantal ontwikkelingen aan te wijzen als: de wildgroei van het ziekenfondswezen, het onvermogen van een deel van de bevolking om een hogere contributie te betalen, gekoppeld aan de concurrentieproblematiek als gevolg van de vele ziekenfondsen, de elkaar opvolgende ziekenfondswetsontwerpen, economische recessies, cultuurverschillen tussen dokters en verzekerden en de aanbidding van de hulpverlening door vrije beroepsbeoefenaren. Dit laatste beschouwden overigens velen in de negentiende en tot ver in de twintigste eeuw als enig aanvaardbare vorm.

3 INTERNE BEDREIGING VAN SPECIALISTENBELANGEN

De algemene vergadering van de NMG had zonder veel problemen het besluit genomen van de organisatie tevens een vakvereniging te maken. Dat betekende echter niet dat daarmee alle interne verwickelingen waren opgelost. Integendeel, daarmee begonnen de problemen pas goed. De mate waarin de leden bepaalde consequenties van de reorganisatie aanvaardden, bleken uiteen te lopen. Bovendien lag de conflictstof voor het oprapen. Om te beginnen, bleek de financiële en uitvoeringscomplicaties van het nieuwe beleid veel groter dan men zich had gerealiseerd. Vervolgens dienden er, inherent aan de diversiteit van de leden, meerdere en dikwijls tegengestelde belangen in de organisatie te worden behartigd. Ten slotte was escalatie bijna onvermijdelijk door de wijze waarop de NMG de belangenbehartiging opzette. Vooral specialisten waren de dupe van dit beleid. Zij kregen te maken met een belangenbehartiging die afwerende maatregelen tegen hun optreden bleek te behelzen. De onvrede over het NMG-beleid nam bij specialisten in de grote steden snel toe. Velen hielden de belangenbehartiging door de NMG voor gezien en richtten eigen belangenorganisaties op. De NMG negeerde de signalen die erop wezen dat er toch iets schortte aan de opzet en uitvoering van de belangenbehartiging.

3.1. Inleiding

De regelmatig de kop opstekende algemene irritatie over de belangenbehartiging kon om te beginnen een 'ideologische' achtergrond hebben. Natuurlijk waren in 1902 niet alle tegenstanders van de NMG-als-vakvereniging overgehaald hun standpunt te herzien vanwege de plannen voor een ziekenfondswetgeving. Zij bleven twijfelen over de verenigbaarheid van de uitoefening van het artsenberoep met een verder doorgevoerde materiële belangenbehartiging.¹¹⁰ De tegenstanders konden zich echter vrijwel niet van de materie distantiëren. Sedert de oprichting van de commissie voor de behartiging van

110. Zoals al door Schneevooft in 1849 was verwoord, 'Voordeel, winst is uit uwen mond ondenkbaar', aangehaald door Juda, Van Dooremaal en Huizinga, 'Rapport over voorstel 's-Gravenhage', 1085.

de ziekenfondsangelegenheden, de Centrale Commissie van beroepsbelangen (Centrale Commissie), ging er veel tijd zitten in 'het ziekenfonds'. Vooral in de afdelingen was het al ziekenfonds wat de klok sloeg. De afdelingen namen bindende besluiten, sloten overeenkomsten met ziekenfondsen, verdeelden het eventuele ziekenfondshonorarium en moesten de problemen zien op te lossen die zich daarbij voordeden. Dit begon vooral diegenen te vervelen die de hele materiële belangenbehartiging niet zagen zitten of er geen belang bij hadden, omdat zij geen ziekenfondspraktijk hadden.

Weer andere NMG-leden waren weliswaar voorstanders van deze belangenbehartiging, maar hadden problemen met de vele bindende besluiten. Dergelijke vrijheidsbeperkende maatregelen betekenden voor een autonome, vrije-beroepsbeoefenaar een grote inbreuk op zijn zelfstandigheid. Dat 'maakte op de buitenwereld helemaal geen goede indruk'.¹¹¹ De bindende besluiten kwamen de NMG en de plaatselijke afdelingen echter uitstekend van pas in de ziekenfondsstrijd.

Ook de leden die geen moeite hadden met de nieuwe status van de NMG – met bindende besluiten en al – waren niet allemaal tevreden gesteld. De diversiteit van de leden droeg bij aan een tegengestelde visie op organisatie en behartiging van de vakverenigingsbelangen. Moest er een gezamenlijke belangenbehartiging van huisartsen en specialisten komen of een gescheiden belangenbehartiging? Binnen de NMG of er juist buiten? Centraal geregeld of plaatselijk in de afdelingen? Een verplichtend karakter of vrijblijvend? Tot in de jaren dertig bleken telkenmale – als er weer een reorganisatie 'in de lucht hing' – al deze meningsverschillen over de aard, omvang en structuur van de belangenbehartiging nog springlevend. Maar met wisselend accent en veelal een nieuwe, niet 'met de geschiedenis bekende', generatie voor- en tegenstanders.

De volgende paragrafen van dit hoofdstuk zijn als het ware doorweven met de problemen die ontstonden door de uiteenlopende belangen van de leden van de artsenorganisatie.

3.2. Belangentegenstellingen in de NMG, poliklinieken (2)

NMG-leden waren allemaal geneeskundigen, maar zij waren alles behalve een homogene groep. Zij waren juist een uiterst heterogene groepering van geneesheren: huisartsen, militaire artsen, ambtenaren, hoogleraren, specialisten, gepensioneerden en renteniers. Inherent aan deze differentiatie in de beroepsuitoefening waren de divergerende belangen. De belangenverschillen zijn wel duidelijk tussen de 'vrij-gevestigde' artsen en de categorie artsen in 'loondienst': ambtenaren, militaire artsen en hoogleraren. De eerste categorie bekommerde zich meer om de 'persoonlijke' belangen, omdat men uit de praktijkopbrengsten inkomen, pensioen en andere voorzieningen moest zien te verwerven.

De verschillen in praktijkvoering maakten de belangenbehartiging nog gecompliceerder. Medici met een goedlopende praktijk hadden andere belangen dan hun beginnende collega's. Artsen zonder ziekenfondspraktijk voelden niet veel voor een georganiseerde belangenbehartiging. Voor degenen die een ziekenfondspraktijk hadden, maakte het voor het solidariteitsgevoel veel uit of dat eigen 'doktersfondsen' waren of fondsen die

111. 'Vakvereniging der vrije beroepen', 158.

buiten het eigen circuit waren opgezet. Vervolgens waren ook de belangen van in de stad of in de periferie werkzame artsen niet onder één noemer te vangen.¹¹²

In de grote steden was de onderlinge concurrentie veel groter dan in de periferie. Bovendien waren daar veel meer problemen met de vele plaatselijke ziekenfondsen. Buiten dat waren in de periferie meer doktersfondsen en die waren voor de betreffende dokters probleemloos. Bij specialisten gaven degenen uit de grote steden in deze periode de toon aan. Hun specifieke problematiek vroeg acuut om een collectieve aanpak. Dat hoefde niet binnen de NMG te zijn, want door hun grote aantal per stad vertegenwoordigden zij al een bepaalde macht (zie bijlage 3, tabel 20). In de periferie konden specialisten echter veel minder van die ondersteuning uit de eigen gelederen profiteren. Zij waren veel afhankelijker van de huisartsen in hun afdeling. Deze specialisten wilden tot omstreeks 1920 graag een landelijke organisatie die hen kon ondersteunen. In bijna alle afdelingen ontstonden problemen door het ziekenfondsbeleid van de NMG, te beginnen in de grote afdelingen en na 1920 in de kleinere. Daarbij bleek dat de Specialistenorganisatie in de 'ziekenfondskwestie' niet bij machte was, de positie van specialisten gelijkwaardig aan die van de huisartsen te maken (zie hiervoor hoofdstuk 5).

Rond 1900 was de geneeskundige zorg voor particulieren, armen en onvermogenen nog in handen van een algemeen arts. Hoogleraren fungeerden als consulent van de huisarts¹¹³ en verzorgden rondom de universiteitssteden naast een aantal particuliere patiënten de (poli)klinische hulp van armen en minvermogenen. De opkomst van specialisten verstoortte deze traditionele patiënten-verdeling. Alhoewel er in de NMG al aan het begin van de twintigste eeuw stemmen opgingen dat de huisdokter binnen afzienbare tijd zou verdwijnen¹¹⁴, bleef voor haar 'de' arts voorlopig nog: de algemeen arts. De belangenbehartiging van de NMG was na de reorganisatie dientengevolge gericht op de ziekenfondsbelangen van de algemeen arts. Het uitblijven van maatregelen binnen de NMG om hierin verandering te brengen, bevorderde een krachtig optreden van de specialisten. Zij moesten eerst intern in het offensief. Niet alleen tegen de gevestigde belangen van hoogleraren en huisartsen, maar ook tegen de belangen die de NMG als zodanig 'erkende'. Dit deden zij, en wel zodanig dat specialisten in de organisatie de naam kregen een 'militante minderheid' te zijn.¹¹⁵ Nu zaten specialisten wat hun belangen betrof ook in een moeilijke positie. Door hun 'tussenpositie' hadden zij met meer tegengestelde belangen te maken dan de andere NMG-leden.

Tegengestelde belangen leidden in veel afdelingen vroeg of laat tot problemen tussen specialisten en hoogleraren, specialisten en huisartsen en zelfs tussen specialisten onderling. Veel van deze problemen spitsten zich toe op ziekenfondszaken. Zelfs de problemen rondom de poliklinieken van hoogleraren en specialisten mondden daarin vroeg of laat uit.

De irritatie van specialisten over de collectieve belangenbehartiging van de NMG was het gevolg van het gebrek aan belangstelling voor hun problemen. Dat maakte de specialisten als het ware dubbel assertief. Deze van huis uit weinig uniforme groepering ging zich collectief organiseren; in eerste instantie om de ziekenfondsbelangen te behartigen.

112. Hierbij moet onder periferie niet de universiteits-visie worden verstaan die alleen zichzelf als niet-perifeer beschouwt, maar de kleinere steden, de provincie en het platteland.

113. Siemens, 'Aan dr. Catharine van Tussenbroek', 1600.

114. Zie onder meer: [Z.a.] 'Leve de huisarts!', 363.

115. Koch, 'De specialisten en de Maatschappij', 1801 en Nord, *Ibidem*, 1802.

Specialisten richtten sinds 1905 eigen, niet aan de NMG gebonden belangenbehartigingsverenigingen op.¹¹⁶ Het gevolg was dat er twee soorten belangenorganisaties waren, de Centrale Commissie van de NMG en de plaatselijke specialistenverenigingen buiten de NMG om. Met de Specialistenorganisatie die in dit hoofdstuk verschillende keren wordt genoemd, wordt bedoeld de diverse centrale specialistenorganisaties die elkaar vanaf 1915 binnen de NMG opvolgden. Deze (re)organisaties worden in paragraaf 5 van dit hoofdstuk nader uitgewerkt (zie ook overzicht organisatiestructuur NMG, blz. p. 172, 173).

De mate van betrokkenheid bij de belangenbehartiging was wisselend en vooral afhankelijk van de persoonlijke situatie. Zodra verdediging van individuele belangen niet meer zo dringend leek, kreeg de collectieve belangenbehartiging weinig ondersteuning meer van de autonome artsen. Het verkrijgen van een zo groot mogelijke eenheid onder de beroepsgenoten was voor de NMG en haar sub-organisaties dan ook een 'intern' belang van de eerste orde.

Jaspers, die veel waarde hecht aan onderlinge wedijver als verklaringsmodel voor de opkomst van specialisten, merkt over de belangenbehartiging op dat artsen een collectieve strategie van belangenbehartiging via hun beroepsorganisatie hanteren, 'ondanks de onderlinge wedijver die voortvloeit uit de aard van het vrije beroep'.¹¹⁷ In de praktijk bleken deze collectieve strategieën op een smalle basis te berusten. Specialisten probeerden zich steeds opnieuw aan de collectieve belangenbehartiging te onttrekken als die voor hen nadelige gevolgen had. De landelijk gevoerde belangenbehartiging kreeg mede van de specialisten die zich benadeeld voelden zoveel kritiek, dat de vraag hoe de collectieve strategie kon overleven eigenlijk interessanter is, dan de analyse van het proces van de belangenbehartiging (zie hiervoor hoofdstuk 5).

Hoogleraren versus specialisten

Hoogleraren waren weliswaar een kleine, maar wel een erg belangrijke groepering binnen de NMG. Zij waren erkend als autoriteit en stonden in hoog aanzien. Bovendien was zelfs hun formele belang – Het Onderwijs – erkend. Het NMG-bestuur gaf het belang van de hoogleraar de hoogste prioriteit. Daaraan waren welke specialistenbelangen dan ook ondergeschikt – hetgeen nog zal blijken – terwijl hoogleraren toch al in het 'voordeel' waren, gezien het op Amsterdam gerichte NMG-beleid.

De belangen van klinische hoogleraren en specialisten botsten op een ander niveau dan die van huisartsen en specialisten. De confrontatie tussen hoogleraren en specialisten was niet in eerste instantie een financiële aangelegenheid; zeker niet voor de hoogleraar. Ook hoefde een hoogleraar niet bang te zijn dat specialisten zijn autoriteit zouden aantasten. De 'professor-zelf' was en bleef voor een groot deel van de patiënten het toppunt van kennis en kunde. Het probleem was veel meer dat zowel hoogleraar als specialist een groot aantal patiënten nodig had.

De hulp voor armen en minvermogenen in poliklinieken was van oudsher één van de domeinen van de hoogleraar. De universiteitspoliklinieken hadden veel specifieke patiënten nodig als 'lesmateriaal'. Zij waren daarin vrijwel onverzadigbaar. Hoogleraren waren verontrust over de problemen die konden ontstaan als patiënten de voorkeur aan niet-universitaire poliklinieken zouden geven. In deze laatste poliklinieken dienden de patiënten weliswaar ook als 'lesmateriaal', maar dat viel minder op. Bovendien konden

116. In enkele steden waaronder Amsterdam en Den Haag, waren ook belangenverenigingen van huisartsen buiten NMG-verband.

deze poliklinieken 'specifieker' zijn, hetgeen de aantrekkingskracht nog vergrootte. Wanneer de universiteit niet beschikte over bijvoorbeeld een polikliniek voor huid- en geslachtsziekten, wilde dat niet zeggen dat de hoogleraren deze patiënten niet wilden hebben. Deze patiënten dienden dan in de polikliniek voor heelkunde of interne geneeskunde als 'lesmateriaal'. Specialisten hadden eveneens veel patiënten nodig. Niet alleen door de reclame die daarvan uitging, maar tevens omdat naast kennis, ervaring de basis was waarop hun speciale bevoegdheid berustte.

Deze situatie moest vroeg of laat in de universiteitssteden tot openlijke problemen leiden tussen hoogleraren en specialisten. Ook in deze kwestie kwam de ziekenfondsproblematiek om de hoek kijken. Het onderscheid dat tussen armenzorgpatiënten ('voor de professor') en ziekenfondspatiënten ('voor de specialist') werd gemaakt,¹¹⁸ werkte in de praktijk al spoedig niet goed meer. Zodra vergoeding voor polikliniekhulp meer usance werd, probeerden ziekenfondsen hun leden naar de universiteitspoliklinieken te sturen.

De faculteit van de Gemeente-universiteit in Amsterdam wees al in 1909 in een schrijven aan de curatoren erop, dat de onderwijspoliklinieken slechts on- en minvermogenenden dienden toe te laten, opdat deze geen concurrentie zouden doen aan de praktiserende geneesheren.¹¹⁹ Dat schrijven had echter niet het resultaat dat die 'praktiserende geneesheren' wensten. De zakelijke verhouding tussen beide categorieën polikliniekhouders verkoelde daardoor na 1910 nog meer. In 1917 escaleerde het conflict toen de specialistenvereniging in Amsterdam een contract met een aantal ziekenfondsen sloot. Artikel 13 van dat contract bepaalde dat huisartsen de betreffende ziekenfondspatiënten in principe naar de poliklinieken van specialisten zouden doorverwijzen.¹²⁰ De hoofdbestuurder-secretaris van de NMG, Schreve, was verontwaardigd over het optreden van de Amsterdamse specialisten; het artikel zou de universiteitspoliklinieken leegzuigen.¹²¹ Het Amsterdamse kringbestuur, waarin zowel specialisten als huisartsen waren vertegenwoordigd, vond daarentegen dat daarmee slechts een einde kwam aan het jarenlange misbruik dat ziekenfondsen van de universiteitspoliklinieken hadden gemaakt.¹²²

Na 1920 kregen ook de andere universiteitssteden te maken met problemen tussen specialisten en hoogleraren over ziekenfondspatiënten. Tegen de adviezen van de NMG in openden specialisten in Groningen in 1923 eigen poliklinieken. De NMG vond het niet juist dat de specialisten de academische poliklinieken gingen beconcurreren. Anderen vonden het kwalijke van deze poliklinieken dat daarin tevens patiënten uit de kleine middenklasse zouden worden behandeld (tegen het voor deze categorie niet hoge maandkaarttarief van f 2,50).¹²³ In Leiden kwam het probleem later aan de orde dan in Amsterdam of Groningen. De doktersfondsen aldaar boden in de regel nog geen specialistische hulp. De ziekenfondspatiënten gingen tóch naar de universiteitspoliklinieken omdat die gratis waren.¹²⁴

117. Jaspers, *Het medisch circuit*, 97.

118. De plaatselijke (specialisten) afdelingen maakten dergelijke afspraken met de faculteiten, als eerste de specialistenvereniging in Amsterdam.

119. ARA, archief NMG, inv. nr.19, 'Notulen hoofdbestuur, 6-6-1909'.

120. Ibidem, inv. nr.200, S24, 'Contract ASV en negen ziekenfondsen'.

121. Ibidem, inv. nr.197, S3-II, 'Brief HB-secr. Schreve aan: leden HB, voorzitter raad van beroep, leden CC en CV en bestuur CO, 7-1-1918'.

122. Ibidem, 'Achtste vergadering, 27-11-1917'.

123. Ibidem, inv. nr.274, 'Notulen SC, 3-7-1923 en 26-7-1923'.

124. Ibidem, inv. nr.188, P26, 'Universiteitsklinieken', 26.

Huisartsen versus specialisten

De huisarts was het andere deel van de 'gevestigde orde' bij uitstek binnen de NMG. Hij had in de tweedeling 'huisdokter-professor' de belangrijkste positie. Deze positie was omstreeks 1890 nog onbetwist, maar de vestiging van niet-universitair gebonden specialisten verstoorde dit vertrouwde stramien. Daardoor ontstond een nieuwe vorm van concurrentie, die tussen 'algemeen' en speciaal'. Het optreden van specialisten pleegde bovendien een aanslag op de erkenning van het kennisniveau van de huisarts en daarmee op zijn autoriteit. Huisartsen klaagden dat de patiënten zo veranderden, zij vertrouwden de huisarts zoveel minder dan vroeger.¹²⁵ De huisarts voelde zich aan het begin van de eeuwwisseling toch al in zijn financiële bestaan bedreigd door de toename van het aantal artsen. Deze bleken een bijzondere voorkeur voor de steden als vestigingsplaats te hebben. Nu kwamen er ook nog specialisten die, bij wijze van spreken, in ieder leegstaand herenhuis een polikliniek voor armen en minvermogenden openden. De toekomst was onzeker. 'Als een schrokkerige Gijs [heeft] het specialisme den muil geopend om de huisartsen op te slikken.'¹²⁶

Evenals de hoogleraren, begonnen specialisten als consulent van de huisarts. Zolang een specialist zich daarbij beperkte tot het geven van nadere informatie aan de huisarts, was er niets aan de hand. De relatie verslechterde echter als een specialist de huisarts ging corrigeren. Al spoedig gingen veel specialisten de patiënten in hun polikliniek ook behandelen, hetgeen veel meer gevolgen had voor de huisartsenpraktijk. Een citaat uit een preadvies van het hoofdbestuur van de NMG, illustreert de onrust van huisartsen daarover:

talrijke patiënten roepen de hulp in van geneeskundigen die, op eigen of hooger gezag, beschouwd worden een bijzondere bekwaamheid op een of ander gebied te bezitten; men beklagt zich er over, dat die hulp niet alleen gevraagd, maar ook verleend wordt buiten den huisarts om, en men zoekt naar middelen om daarin verandering te brengen.¹²⁷

Huisartsen wilden daarvoor onder meer dat een geneeskundig specialist zich beperkte tot het geven van een consult. Deze ontwikkeling konden zij echter niet tegenhouden. Slechts in een enkele afdeling behandelden specialisten geen patiënten. In Groningen bleef dit zelfs tot in de jaren vijftig de gewoonte.¹²⁸ De onrust van de huisartsen was begrijpelijk, want een eventuele honorering van specialisten ging ook nog vaak ten koste van die van algemene artsen. Als een ziekenfonds ertoe overging de poliklinische hulp te vergoeden en daarbij de contributie niet verhoogde, hetgeen meestal het geval was, moesten meer medici het totale beschikbare bedrag voor doktershulp delen. Dat de belangen hier lijnrecht tegenover elkaar stonden, is evident.

De polikliniekproblematiek kwam aan het einde van de negentiende eeuw in de openbaarheid. Over en weer uitte men daarbij kritiek op elkaars functioneren. Degenen die moeite hadden met de toename van het aantal poliklinieken, wezen op de onvolkomenheden van de poliklinieken. Als hun ziekte-toestand niet vooruitging, zochten de patiënten het weliswaar 'hoger op', maar dan gebeurde het wel dat niet de specialist zelf, maar jongere collega's hen behandelden. Deze misten ten enenmale de grote praktische ervaring die de

125. Van Bruggen, 'Huisartsen en specialisten', 1349-1350.

126. Ten Cate, 'Vrije specialistenkeuze', 1839.

127. [Z.a.], *NTvG* 44 (1900) I, 1001-1004, aldaar 1003.

128. Informatie A. Polman, longarts te Eindhoven.

huisdokter had.¹²⁹ Voorstanders van poliklinieken hadden daarover de nodige twijfel, poliklinieken waren niet voor niets zo populair. Veel collega's konden dit wel met lede ogen aanzien, hun patiënten vonden de behandeling in de polikliniek gewoon beter.¹³⁰

Voor huisartsen met een armenpraktijk was het maar de vraag of het oprichten van een polikliniek zo'n belangeloze daad van specialisten was. Dan 'hoefde je ze immers niet thuis te ontvangen'.¹³¹ Specialisten beperkten hun hulp aan onvermogenen in de regel tot de polikliniek. Terwijl de meeste huisartsen deze patiënten niet alleen in hun eigen donkere en onhygiënische woningen moesten onderzoeken, maar ook een spreekkamer voor onvermogenen in hun eigen huis nodig hadden.¹³² De service strekte zich weliswaar niet altijd uit tot een wachtkamer, want deze patiënten konden wel buiten op hun beurt wachten. De 'lijders' ondergingen deze behandeling niet altijd even gelaten. Soms dienden zij daarover een klacht in bij het plaatselijke armbestuur, dat in dit geval de klacht niet onterecht vond.¹³³

Zoals ook uit de hierboven geciteerde passage uit een preadvies blijkt, hadden huisartsen vooral bezwaar tegen de vrije toegankelijkheid van de poliklinieken. Men noemde dat een standsbezwaar. Patiënten werden in de poliklinieken behandeld of zij voor dezelfde klachten nu wel of niet bij hun eigen dokter onder behandeling waren. Deze wist vaak niet eens dat zijn patiënt het 'hogerop' had gezocht. Het onderwerp kwam sinds 1900 met enige regelmaat in de algemene vergaderingen van de NMG ter sprake. De huisartsen wilden een verwijssysteem, specialisten niet.

Om deze polikliniekproblemen tot een oplossing te brengen stelde de NMG in 1906 een commissie in. Deze polikliniekcommissie kreeg de opdracht de invloed van de poliklinieken op de standsbelangen der geneesheren te onderzoeken en aan te geven hoe de nadelen konden worden voorkomen.¹³⁴ Intussen waren er al diverse afdelingen die via de collectieve contracten met een verwijsbriefje werkten, zoals Arnhem en Amsterdam.

In de eerste decennia van de twintigste eeuw moesten specialisten zich binnen de gevestigde structuren van de NMG nog een eigen plaats zien te veroveren. In die woelige jaren zagen zij als hun afdeling de verwijsprocedure in de ziekenfondscontracten instelde, daarin het zoveelste bewijs dat hun belangen ondergeschikt werden gemaakt aan die van de huisartsen. Het verwijsbriefje was een belangrijke kwestie, omdat het erop lijkt dat de vrije toegang tot de poliklinieken en een regeling van de honorering daarvan, voorlopig de enige gezamenlijke specialistenbelangen waren. Over welke belangen ging het wanneer specialisten over hun belangen en belangenbehartiging spraken?

129. Van der Meulen, 'Poliklinieken der specialiteiten', 728.

130. Vermeij, 'Ingezonden', 780. Dat de behandeling in een polikliniek beter kon zijn, was ook de mening van de polikliniekcommissie; 'Verslag polikliniekcommissie over 1908', 1605.

131. Volgens o.a. Thijssen, die bijna 36 jaar stadsdokter in Arnhem was geweest; Verslag gemeenteraad Arnhem over 1901, 882.

132. ARA, archief NMG, inv. nr.216, Z30, 'Notulen gecombineerde verg. HC en SC, 24-2-1934'.

133. Verslag gemeenteraad Arnhem over 1891, 19.

134. Zie de literatuurlijst voor de rapporten van deze commissie.

3.3. Specialistenbelangen

Specialisten waren zelf ook een heterogeen samengestelde groep. Toch hadden zij gezamenlijke belangen, al waren dat er niet veel. Ieder streefde naar een bloeiende, afwisselende praktijk zonder teveel inmenging van derden, want uiteindelijk moesten zij zelf een inkomen zien te verwerven. Als vrije-beroepsbeoefenaren voelden zij verplichtingen als een inbreuk op de zelfstandigheid. Naast algemene gunstige omstandigheden, waren de kansen op succes in de eerste jaren van de praktijkvoering hoger als er een behoorlijk potentieel aan particuliere patiënten was, als hij een eigen polikliniek had, en de specialist toegang had tot in ieder geval één ziekenhuis – met liefst een grote klasseafdeling –. Wanneer een ziekenfonds ook nog het specialisme erkende en de polikliniekhulp vergoedde, was de stad waar dat allemaal voor handen was een heel aantrekkelijke vestigingsplaats voor een specialist.¹³⁵

Inmenging in hun beroepsuitoefening wezen specialisten systematisch van de hand. Zo tekenden vooral specialisten die hun praktijk nog moesten opbouwen, bezwaar aan tegen een voorstel van de Specialistenorganisatie dat het houden van een avondspreekuur voor ziekenfondsleden verbood. Voor de onderhandelaars bij de ziekenfonds- en andere contracten was deze houding van de specialisten een handicap. Voor de groep als geheel bleek het dikwijls nadelig. Het individuele optreden bood het NMG-bestuur bovendien op een presenteerblaadje een excuus voor de eigen tekortkomingen bij de belangenbehartiging van specialisten. Zij waren immers zelf 'de ergste vijand bij het streven naar verbetering'.¹³⁶ Afwijkende plaatselijke omstandigheden maakten de collectieve belangenbehartiging nog moeilijker.

Zelfs de regeling van de toegang tot ziekenhuizen, hetgeen voor een deel van de specialisten erg belangrijk was, was nog niet 'rijp' voor een collectieve behartiging. Arbeidsvoorwaarden als: niet te lange werktijden, voorzieningen in geval van ziekte, ouderdom en dergelijke waren nog lang niet aan de orde. Dergelijke arbeidsvoorwaarden waren voorwaarden die handarbeiders stelden.¹³⁷

De eerste polikliniekhoudende specialisten deden hun werk om niet. Vanaf omstreeks 1900 wilden zij echter voor deze hulp worden gehonoreerd, evenals huisartsen en apothekers. Dit punt leverde zoveel problemen op dat alleen daarvoor al een gezamenlijke belangenbehartiging nuttig was. Hiervoor bood de NMG weinig. Zoals al werd geconstateerd bij de eisen die de NMG aan ziekenfondsen stelde, waren specialisten niet betrokken bij dat NMG-ziekenfondsbeleid. Hun werd dan ook verweten dat zij wél deelnamen aan de NMG-fondsen, maar dat zij niet wilden meevechten in de ziekenfondsstrijd.¹³⁸ Specialisten vonden echter dat zij – in tegenstelling tot de ziekenfondshuisartsen – helemaal geen positie bij de ziekenfondsen hadden en zij ambieerden die ook volstrekt niet. Bovendien bedreigden ziekenfondsen de professionele zelfstandigheid van specialisten niet. Over de positie van de geneesheer bij een ziekenfonds konden specialisten zich derhalve niet erg bezorgd maken, terwijl dat voor de NMG juist zo'n heet hangijzer was.

Vervolgens hadden huisartsen moeite met de onbeleefde houding van een deel van de ziekenfondsleden. Dit voor hen belangrijke, maar vrij ongrijpbare bezwaar, gold evenmin voor specialisten. Deze patiënten konden een specialist niet thuis 'bestellen' en

135. Zie ook: 'Arnhem, aantrekkelijke stad voor specialisten', p. 60, 61)

136. ARA, archief NMG, inv. nr.19, 'Notulen HB-verg., 7-7-1909'.

137. 'Vakvereniging der vrije beroepen', 158.

armen en minvermogenden vonden hem zeer deskundig. Het gevolg van de andere situatie waarin specialisten verkeerden was, dat voor specialisten ook de samenstelling van het bestuur van een ziekenfonds niet van belang was, terwijl dat 'voor ziekenfondsartsen een levensvraag' was.¹³⁹ Specialisten konden wél meegaan met de vrije artsenuitkeuze die de NMG propageerde. Als de organisatie daarmee in de praktijk alleen een vrije huisartsenuitkeuze bedoelde, was het van belang voor specialisten teveel gevraagd om een aantrekkelijk contract te laten schieten, omdat het die vrije keuze niet had.

Het enige 'strijdpunt' van de NMG dat dan nog overbleef, was de welstandsgrens. Sinds het eerste wetsontwerp was het duidelijk dat door de wetgeving de groep ziekenfondspatiënten fors zou toenemen. Zolang de ziekenfondshonorering geen financiële basis voor het inkomen van specialisten verschafte, was het zaak dat er niet al teveel ziekenfondsverzekerden bijkwamen. Tot omstreeks 1920 was het specialistenbelang echter niet noodzakelijkerwijs én een hogere honorering én een niet te hoge welstandsgrens. De financiële inbreng van de ziekenfondspraktijk was daarvoor nog te gering (zie bijlage 4b, tabel 22).

Zo bleef er niet veel anders over voor een gezamenlijke belangenbehartiging van specialisten, dan de vrije toegang tot de poliklinieken en een financiële tegemoetkoming van de ziekenfondsen.

Het verwijsbriefje voor de polikliniek

De wens van de huisartsen een verwijsbriefje in de collectieve ziekenfondscontracten vast te leggen, plaatste de NMG voor een dilemma. De patiënt had dan geen vrije artsenuitkeuze meer. Dat was niet in het belang van de patiënt, terwijl de NMG dat patiëntenbelang altijd als belangrijkste belang naar buiten bracht. Ook dit probleem werd ter oplossing aan de polikliniekcommissie voorgelegd. De commissie koos voor een vrije toegang tot de polikliniek.¹⁴⁰ Zij had als uitgangspunt, dat zij eventuele schade door de poliklinieken toegebracht aan geneesheren, ondergeschikt moest stellen aan het belang van de patiënt.¹⁴¹ Met de vrije toegang spaarde de commissie weliswaar niet alle standsbelangen, maar anderzijds was er al een 'natuurlijke rem'. Ziekenfondspatiënten kregen te maken met een loonderving, omdat de poliklinieken alleen tijdens werkuren waren geopend.¹⁴²

De meeste afgevaardigden wilden liever een verwijsbriefje, desondanks aanvaardde de algemene vergadering in 1912 de conclusies van de polikliniekcommissie. Daarmee koos men in theorie voor een vrije toegang tot de polikliniek. Maar evenals bij de erkenning van specialismen, was bij het verwijsbriefje de praktijk-van-alledag belangrijker dan de theoretische uitgangspunten waren. De conclusies van de polikliniekcommissie dienden

138. Het HB-lid Koch: in de afdelingsfondsen zijn specialisten volgens het algemeen bindend besluit deelnemer, 'terwijl die specialisten-deelnemers niet mee willen strijden den strijd der geneesheeren bij een komende ziekwet. Wanneer de Maatschappij afdelingsziekenfondsen opricht zal zij allicht te strijden hebben tegen andere ziekenfondsen, bijvoorbeeld der Federatie en dan zullen de specialisten langs een omwegie aan de verzekerden bij de Federatie ziekenfondsen geneeskundige hulp kunnen verlenen, zonder in strijd te komen met het algemeen bindend besluit;' ARA, archief NMG, inv. nr.199, S18-1, 'Positie specialisten-ziekenfondsen, 3-1-1915'.

139. Schilperoort, 'De Rotterdamsche specialisten en de CO', 1895; *ibidem*, 147; zie voor een reactie hierop: Van Bruggen, *ibidem*, 2053.

140. 'Rapport specialistenhulp ziekenfondsen', 2055.

141. 'Verslag polikliniekcommissie over 1908', 1599.

142. 'Rapport specialistenhulp ziekenfondsen', 2049.

slechts als 'leidraad', zodat de afdelingen die dat wilden een verwijsbriefje konden invoeren voor de goedgekeurde- en AAZ-fondsen. De aanvaarding van de conclusies van de polikliniekcommissie maakte geen einde aan de discussies over een verwijsbriefje. De polikliniekcommissie kon ook nog niet worden opgeheven. Zij kreeg in de daarop volgende jaren over hetzelfde onderwerp nog de nodige opdrachten. De polikliniekcommissie handhaafde echter haar standpunt dat een vrije specialistenkeuze onder dezelfde noemer viel als vrije artsenkeuze.¹⁴³

Veel NMG-afdelingen namen het verwijsbriefje op in de collectieve contracten, zodat de toegang tot de polikliniek was geblokkeerd. Specialisten zagen daarin het zoveelste bewijs dat de NMG met hun belangen geen rekening hield. In de algemene vergaderingen van de NMG werd dat echter steeds ontkend, want, volgens de huisartsen, waren zij steeds bereid het consulteren van een specialist toe te staan. Specialisten bestreden dit; in de praktijk bleek vaak anders. Het 'Rapport over de aan ziekenfondsen te verlenen specialistische hulp', dat door een NMG-commissie was opgesteld, bevestigde deze visie van de specialisten. De commissie achtte de mening die in de algemene vergaderingen steeds was te horen in strijd met de ervaring.¹⁴⁴ Andere rapporten waarin de specialistische hulp ter sprake kwam, wezen eveneens op het grote belang van een vrije specialistenkeuze.¹⁴⁵ De commissies die voor die rapporten verantwoordelijk waren, kozen daarin hetzij voor een vrije specialistenkeuze voor alle specialismen, hetzij alleen voor bepaalde specialismen.

In de algemene vergadering van 1914 probeerde de vereniging van maag-, darmartsen met een motie een vrije toegang tot haar poliklinieken te bewerkstelligen. Zij vond dat de AAZ-fondsen de belangen der zieken onvoldoende behartigden, want zij gaven de verzekerden niet het recht de specialisten zelfstandig en rechtstreeks te raadplegen. De vergadering ging niet verder in op deze motie.¹⁴⁶

De algemene vergadering van 1916 legde uiteindelijk de adviezen uit de rapporten terzijde.¹⁴⁷ Zij motiveerde deze stellingname met een 'bezuinigings'-argument. Zonder de tussenkomst van de huisarts zouden patiënten naar de poliklinieken 'toestromen' die feitelijk niet bij een specialist thuishoorden. Een dergelijk ongeoorloofd gebruik deed een te grote aanslag op het (afdelings)ziekenfondsbudget. Specialisten waren het niet eens met deze – het huisartsenbelang verhullende – argumentatie. Hun belangrijkste argument tegen een verwijsbriefje was dat ziekenfondspatiënten geen vrije artsenkeuze hadden. Dit was een uitstekend argument, want dit was immers een zwaar verdedigde stelling in de 'ziekenfondsstrijd' van de NMG. Desondanks wilden de afgevaardigden uit de afdelingen een geremd vrij spreekuur met 'plaatselijke regeling van den aard van de aan te brengen rem'.¹⁴⁸ Aldus werd besloten, waarop het merendeel van de afdelingsziekenfondsen het verwijsbriefje invoerde.¹⁴⁹

143. 'Verslag polikliniekcommissie over 1915', 1407.

144. 'Rapport specialistenhulp ziekenfondsen', 2048-2049.

145. De al eerder genoemde rapporten van de polikliniekcommissie, het rapport over de aan de ziekenfondsen te verlenen specialistische hulp en het rapport over de verhouding specialisten - ziekenfondsen.

146. '65e alg. verg. (1914)', 1281-1282.

147. 'Overzicht besluiten 67e alg. verg. (1916)', *NTvG* 60 (1916) II, 279.

148. *Ibidem*, 279.

149. ARA, archief NMG, inv. nr.178, M12, waaronder de afdelingsziekenfondsen in Utrecht, Leiden en Gouda.

Afhankelijk van de plaatselijke omstandigheden verzette een deel van deze specialisten zich tegen de invoering ervan. Anderen verzetten zich niet, want zelfs bij dit welhaast ultieme specialistenbelang zaten niet alle polikliniekhoudende specialisten op dezelfde lijn. Dit kan worden geïllustreerd met de specialisten uit Arnhem, die geen bezwaren hadden tegen een verwijsbriefje.

In het eerste werkjaar sloten specialisten van de Algemeene Arnhemsche Polikliniek een door henzelf opgestelde overeenkomst (!) met het grootste plaatselijke ziekenfonds, 'Voorzorg'. Daarbij kwam men onder meer overeen dat na 1 januari 1901 alle specialisten die al aan de polikliniek werkten, zich als zodanig aan de 'Voorzorg' mochten verbinden.¹⁵⁰ Het ziekenfonds gaf een lage vergoeding voor de poliklinische hulp. De specialisten klaagden daar niet over.¹⁵¹ Nu ontvingen zij zelf statutair ook geen honorering voor hun diensten. Eventuele opbrengsten van maandkaarten stortten de specialisten in de kas van de polikliniek, ter bestrijding van de onkosten.¹⁵² 'Voorzorg' honoreerde daarentegen wel de klinische hulp van de specialisten, hetgeen heel weinig voorkwam in die tijd. Bij de invoering van de collectieve contracten voerde de afdeling Arnhem het verwijsbriefje in. Ook daartegen kwamen de specialisten niet in opstand, want ook dat was voor hen weinig relevant. Het merendeel van de polikliniekpatiënten was afkomstig van de armenzorg, waarvoor 'altijd' al een zogenaamde stadskaart nodig was.

Specialisten in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag gingen na omstreeks 1915 ook iets anders over een verwijsbriefje denken.¹⁵³ Zonder dit nu direct aan de grote klok te willen hangen – het was altijd verstandig in onderhandelingen met de huisartsen in de afdeling over de verdeling van de honoraria wat 'grieven' achter de hand te hebben – gingen specialisten in de grote steden de 'vrije loop' van deze categorie patiënten belastend vinden.¹⁵⁴ Bovendien verdienden zij aan de behandeling van ziekenfondspatiënten toch 'al niets of bijna niets'.¹⁵⁵

Specialisten buiten de grote specialistencentra, in 'de periferie', bleven daarentegen pertinent tegen een verwijsbriefje. Zij hadden alleen al door de grotere afstanden minder last van een te grote toeloop. Bovendien was daar het aantal ziekenfondspatiënten lager dan in de grote steden¹⁵⁶ én deze patiënten gingen minder snel naar een specialist.¹⁵⁷ Men kon er ook nooit zeker van zijn dat een verwijsbriefje er niet ook voor particuliere patiënten zou insluipen. De perifere afdelingen die bij de oprichting van NMG-ziekenfondsen een verwijsbriefje invoerden, konden dan ook op problemen rekenen. Dat gebeurde vooral na 1920, zodat dit een onderdeel is van hoofdstuk 5.

Het verwijsbriefje bleef controversieel. Vooral in economisch slechtere tijden was de onderlinge concurrentie een last. Dan kwam de verhouding huisarts-specialist terug op de

150. Jaarverslag Algemeene Arnhemsche Polikliniek (1900), 3.

151. ARA, archief NMG, inv. nr.199, S18-I, 'Positie specialisten-ziekenfondsen, 17-1-1915'.

152. Jaarverslag Algemeene Arnhemsche Polikliniek (1900), 3.

153. De specialisten in Rotterdam, Den Haag en Amsterdam wilden inmiddels wel een verwijsbriefje; ARA, archief NMG, inv. nr.199, S18-I, 17-1-1915. In het contract dat de Amsterdamse specialistenvereniging in 1917 met de 'negen fondsen' sloot, werd dit dan ook zonder problemen opgenomen. Wel was er een soort 'ontsnappingsclausule' voor de patiënten zonder verwijsbriefje aan toegevoegd; Ibidem, inv. nr.200, S24, 'Specialistische poliklinieken in de universiteitssteden'.

154. Onder meer: 'Jaarverslag SC 1932', 1081; ARA, archief NMG, inv. nr.169, H54, 'Honoreering ziekenfondspraktijk, 28- en 29-12-1935.'

155. ARA, archief NMG, inv. nr.199, S18-I, 'Positie specialisten-ziekenfondsen, 17-1-1915'.

156. 'Groepsvergadering specialisten 1933', 2892.

agenda van de algemene vergadering. De discussies over het verwijsbriefje werden bovendien nog aangewakkerd door besprekingen over de AAZ-fondsen en alles wat daarmee samenhang. De druk die de NMG van tijd tot tijd op de afdelingen uitoefende om deze fondsen op te richten of bestaande doktersfondsen om te vormen, gaf eveneens weer volop gelegenheid de discussies over het verwijsbriefje te hervatten. Maar in de praktijk was het verwijsbriefje inmiddels zijn niet meer te stuiten opmars begonnen. Het sloop uiteindelijk, weliswaar met garanties voor de patiënt omkleed, het model-ziekenfondscontract binnen (1927).¹⁵⁸

4 ZIEKENFONDSHONORERING VAN SPECIALISTEN

Een belangrijke indicatie voor de doorbraak van specialistische hulp als specifieke hulp, is de opstelling van grotere ziekenfondsen tegenover deze nieuwe hulpvorm. Sinds de eerste tekenen van die vernieuwing maakten die ziekenfondsen daarvan gretig gebruik. In het begin werd hun dat ook gemakkelijk gemaakt. Zij kregen deze hulp op een presenteerblaadje aangereikt, want specialistische hulp was op enkele uitzonderingen na nog gratis. In de periode 1890-1920 betekende die hulp voor ziekenfondsen nog vrijwel altijd alleen polikliniekhulp. In Amsterdam was bij het ziekenfonds de AZA al in 1877 voorgesteld een afzonderlijke afdeling voor 'de behandeling door specialiteiten' in het leven te roepen, zodat de specialistische hulp aan ziekenfondsleden kon worden vergoed. Dat voorstel werd verworpen, wel aanvaardde men het beginsel om specialisten aan het fonds te verbinden.¹⁵⁹

4.1. Poliklinische hulp

De poliklinieken voor armen en minvermogenden van vrij-gevestigde specialisten waren een uitbreiding van de doktershulp aan armenzorg- en ziekenfondspatiënten. Deze laatste categorie patiënten was tegen dokterskosten verzekerd. De ziekenfondsen anno 1900 waren echter helemaal niet berekend op deze uitbreiding van de dokterskosten. Uitbreiding van de verstrekkingen stond haaks op de vaak precare financiële middelen van ziekenfondsen en honorering daarvan was al helemaal een probleem. Dat betekende hetzij een contributieverhoging hetzij een herverdeling van de 'flexibele' kosten: honoraria, verstrekkingen als verloskundige hulp of genees- en verbandmiddelen. Contributieverhoging was onbespreekbaar, eenvoudigweg omdat een arbeider dat niet kon betalen. Dit argument werd in die tijd algemeen aanvaard. Beperking van de verstrekkingen was echter ook niet goed mogelijk. Door het grote aantal ziekenfondsen was ook daar de onderlinge concurrentie groot. Om leden te kunnen werven, moesten zij iets te bieden hebben. Als een doorsnee ziekenfonds ook de poliklinische hulp wilde honoreren, resteerde dan alleen nog een ingreep in de honoraria van de andere deelnemers.

Bij de opkomst van de poliklinische hulp waren dergelijke ingrepen nog niet nodig. Specialisten vroegen nog niet om betaling van polikliniekhulp. Zij waren ook geen betaalde, maar honoraire deelnemers van ziekenfondsen. Deze regeling was niet zo uitzonderlijk, aangezien gratis gezondheidszorgvoorzieningen voor armen en minvermo-

157. ARA, archief NMG, inv. nr.180, M30, 'Brief huisartsencommissie aan HB, 10-11-1930'.

158. Ibidem, inv. nr.178, M12, 'Modelcontracten'.

159. *Gedenkboek AZA*, 91.

genden hoorden bij de negentiende eeuwse ideeën over armen- en ziekenzorg. De 'betere standen' die zich voor deze zorg inzetten, deden dat als 'vrijwilligers'.

Specialisten konden zich op deze ideële motivering beroepen. De gratis hulp was, zoals gezegd, echter tegelijkertijd een investering waarvan specialisten hoopten in de nabije toekomst de vruchten te kunnen plukken. Omdat polikliniekervaring één van de legitimeringsgronden was van zijn deskundigheid, maakte als het ware een polikliniek de geneesheer tot een specialist. Wanneer de polikliniek goed liep, stimuleerde de daaruit voortvloeiende mond-tot-mond reclame de groei van de particuliere praktijk. Als dan de gratis polikliniek ook nog aan een groter ziekenhuis kon worden verbonden, was dat helemaal een stap in de goede richting. Specialisten hadden in de laatste decennia van de negentiende eeuw dan ook weinig problemen met deze manier van werken. Sedert de eeuwwisseling stelden zij evenwel het honoraire deelnemerschap ter discussie en accepteerden zij hun honoraire functie niet meer zo van harte.

In Amsterdam, Rotterdam en Den Haag, de steden waar het merendeel van de specialisten was gevestigd, zochten specialisten die bij eenzelfde ziekenfonds werkzaam waren van tijd tot tijd contact met elkaar. Tijdens zo'n bijeenkomst in 1895 kwamen AZA-specialisten tot de slotsom dat het ziekenfonds krachtens aard en statuten verplicht was ook de erkende en aan het ziekenfonds verbonden specialisten te honoreren.¹⁶⁰ Een eerdere poging om bij de specialisten belangstelling op te wekken een einde aan de gratis poliklinieken te maken was nog mislukt. Destijds waren er om te beginnen al niet veel specialisten die aan de oproep tot een bijeenkomst gehoor gaven. Degenen die kwamen, waren tevreden met de bestaande toestand, daar 'de poliklinieken naar hun mening als studiemateriaal en als middel tot het stichten van een particuliere praktijk geen bron van inkomen hoefde te zijn.'¹⁶¹ De specialisten konden in 1895 weliswaar van mening zijn dat de AZA hen voor de polikliniekhulp diende te honoreren, maar daarmee honoreerde de AZA hen voorlopig nog niet. Dergelijke incidentele, vrijblijvende acties boden daarop ook weinig kans.

De jongere generatie specialisten was echter opgegroeid met de, in hoofdstuk 2 genoemde, gewijzigde opvattingen over economische belangen, de toenemende welvaart van arbeiders en de discussies of ook deze groepering niet zelf de verantwoordelijkheid diende te nemen voor de gevolgen van ziekten. Zij stonden daarom kritischer tegenover de heersende gewoonten in de gezondheidszorg en hun eigen positie daarin. Waarom zouden specialisten eigenlijk genoeg nemen met een honoraire functie? De contributie kon best één à twee cent per week hoger nu sedert het einde van de eeuw de lonen van werklieden iets waren verbeterd. De voorbereiding van een ziektekostenwetgeving attendeerde de specialisten in de drie genoemde steden erop, dat het belangrijk was dat ook hun rechten duidelijk waren erkend vóór de wetgeving er was.

De ziekenfondsen vonden daarentegen dat contributieverhoging onmogelijk was. Nu was het de concurrentie die dat verhinderde. Zo werd de contributie van de AZA in Amsterdam, die in 1850 op tien cent per lid per week was vastgesteld, pas in 1917 tot dertien cent verhoogd.¹⁶² In Rotterdam was omstreeks 1877 de contributie van acht op tien cent gebracht. In 1905 was daaraan nog niets veranderd; aan de 'toestanden' des te

160. 'Binnenland', *NTvG* 39 (1895) II, 962.

161. Siemens, 'Organisatie der Amsterdamsche specialisten', 170.

162. *Gedenkboek AZA*, 45. Adres AZA, 38.

meer.¹⁶³ Ook de eigen fondsen van de NMG kampten met dit contributie-concurrentie probleem. Het standpunt van de ziekenfondsen, dat arbeiders niet meer contributie konden betalen, kreeg van een enkel NMG-lid ondersteuning. Volgens de sociaal-democratische arts Heyermans konden arbeiders dat niet; zij moesten bij de invoering van de ziektewet voortaan ook al aan de ziekenkas gaan bijdragen.¹⁶⁴

De ziekenfondsen die meenden vanwege de concurrentie de contributie niet te kunnen verhogen, konden uit twee 'oplossingen' kiezen. Zij konden zich beroepen op overmacht en niet honoreren of wel honoreren, maar dan ten koste van de honoraria van huisartsen. Voor de eerste oplossing koos onder meer de AZA. Dit had tot gevolg dat dit ziekenfonds in aanvaring kwam met specialisten die zich inmiddels hadden verenigd in een krachtige specialistenvereniging, de Amsterdamsche Specialisten Vereeniging, de ASV. Het opmerkelijke bij dit alles is, dat wanneer er in dit hoofdstuk sprake is van 'de' ziekenfondsen, dit niet zozeer de 'slechte' ziekenfondsen naar NMG-norm waren, maar vooral de ziekenfondsen die de afdelingen hadden goedgekeurd en de AAZ-fondsen.

De voorkeur van de meeste ziekenfondsen, waaronder de NMG-fondsen, ging uit naar een honorering van *maandkaarten*. Dit was de meest passende honoreringwijze, ook als specialisten geen overeenkomst met het ziekenfonds hadden gesloten. Een honorering per verrichting kwam wel voor, maar was over het algemeen te omslachtig en te duur voor de betaling van poliklinische diensten. Dat vonden zowel ziekenfonds (en gemeente) als de declarerende specialist. Het kleine bedrag dat hij per verrichting zou kunnen berekenen, woog niet op tegen de administratieve rompslomp die dat stelsel met zich meebracht.

Vervolgens waren er nog enkele ziekenfondsen die per *abonnement* wilden betalen. Zo voerde het Nutziemenfonds in Den Haag dat stelsel in, omdat het de maandkaarten te duur vond worden. Het ziekenfonds stelde voortaan per lid per jaar voor specialistische hulp een bepaald bedrag beschikbaar. De specialisten die fondsleden hadden behandeld, moesten zelf aan het eind van het jaar dat bedrag verdelen.¹⁶⁵ Over het algemeen hadden specialisten geen bezwaar tegen het abonnementstelsel. Zolang ziekenfondsen eigenlijk geen geld hadden om naast huisartsen en apothekers ook nog specialisten te betalen, maakte het waarschijnlijk weinig uit welk stelsel werd gebruikt.

Voor de honorering van de klinische hulp is hier geen plaats ingeruimd. Indien de klinische hulp werd vergoed, was dat een honorarium per verrichting. De meeste ziekenfondsen vergoedden geen volledige specialistische hulp tot de inwerkingtreding van het ziekenfondsenbesluit (1941). Daarmee werd het *principe* aanvaard dat specialisten gehonoreerd moesten worden, maar voorlopig bleef de bestaande situatie gehandhaafd. In de grote steden kreeg een beperkt aantal specialisten een salaris in de (gemeente)ziekenhuizen.¹⁶⁶ In kleine steden kregen hooguit de geneesheer-directeur, de chirurg-vrouwenarts en

163. *NMG-Eindrapport ontwerpziektewet 1905*, 23.

164. L. Heyermans (afgevaardigde Amsterdam), '65e alg. verg. (1914)', 1285.

165. Gemeentearchief Den Haag, inv. nr.11, 5, 'Jaarverslag van de Vereeniging Algemeene Haagsche Polikliniek over 1928'.

166. Hier wordt onder 'ziekenhuizen' verstaan: als er minstens twee specialisten, gewoonlijk een internist en chirurg, en voldoende hulpmiddelen ter beschikking staan. Definitie geciteerd uit: Van Roojen, 'Verhouding ziekenhuisdirecties-geneesheeren', 4.

eventueel nog een oogarts een salaris.¹⁶⁷ Andere specialisten die ziekenfondspatiënten in zo'n ziekenhuis behandelden, deden dat als gratis consulent, tenzij er een regeling met de armenzorg bestond.

De klinische hulp was vóór 1920 in de NMG geen aandachtspunt. De besprekingen over specialistische hulp gingen alleen over poliklinische hulp. Zelfs het rapport over specialistenhulp in ziekenfondsen concludeerde, dat zolang er geen wettelijke regeling was, die hulp een poliklinische was.¹⁶⁸

Verdeling van de ziekenfondshonoraria

De vele problemen die binnen de NMG en in de afdelingen ontstonden, kwamen niet alleen door de gezamenlijke belangenbehartiging. Het viel al niet altijd mee om zich te moeten neerleggen bij de vakbondsmores als bindende besluiten, collectieve overeenkomsten en verplichte goedkeuring van individueel gesloten overeenkomsten. Dat alles viel echter in het niet bij de frustraties die er waren over de wijze waarop AAZ-fondsen en andere goedgekeurde fondsen de honorering van de specialisten regelden. De irritatie die onder specialisten ontstond over de ziekenfondsen, vond voor een belangrijk deel zijn oorsprong in 'de' NMG. Het gemak waarmee de NMG bijvoorbeeld over de vrije specialistenkeuze heenstapte, terwijl dat naar buiten toe een *conditio sine qua non* was. Het NMG-beleid betekende vooral ook veel tijd en aandacht voor 'het' ziekenfonds, ondanks de geringe baten voor specialisten. De ziekenfondshulp beperkte zich niet alleen tot de polikliniekhulp, maar werd bovendien niet volledig vergoed. Daarmee was nog lang niet alles gezegd. Behalve een verwijfsbriefje konden AAZ- en goedgekeurde fondsen betekenen: een specialistenpot, beperking van specialismen, niet-gefixeerde bedragen voor de specialistenhonorering en zelfs: geen specialistenhulp in de kleinere doktersfondsen. Collectief gesloten contracten betekenden ook nog, dat huisartsen en specialisten in de afdelingen gezamenlijk overeenstemming moesten zien te bereiken over hoeveel geld er voor de huisartsen en hoeveel voor de specialisten werd gereserveerd.

De volgende bladzijden handelen over deze verdeling van de ziekenfondshonoraria. Achtereenvolgens komen de volgende onderdelen naar voren: maandkaarten, specialistenpot, honorarium als sluitpost, verdeelsleutel en de niet uniforme honorering van specialisten.

Maandkaartvergoedingen

De meest voorkomende honoreringsvorm voor de polikliniekhulp, de maandkaartvergoedingen, kon op papier goed geregeld lijken, maar dat zei nog niets over de comptabiliteit van het ziekenfonds. Kon het ziekenfonds aan zijn honoreringsverplichting voldoen? Het blijkt dat er bij de ziekenfondsen die met een maandkaartvergoeding (of abonnement) werkten, op de keper beschouwd eigenlijk geen honoreringsverplichting bestond.

Het ziekenfondsbestuur kwam met de specialisten een honorering overeen door een bedrag per maandkaart vast te stellen. Vervolgens dienden specialisten voor de geleverde prestaties een declaratie in. Ziekenfondsen die met niet-gefixeerde honoraria werkten,

167. ARA, archief NMG, inv. nr.47, 'Handelingen NMG 1916', blz. 203'; Ibidem inv. nr.200, S18-I, 'Eindrapport cie positie specialisten-ziekenfondsen, 3-4-1915'; Ibidem, inv. nr.169, H54, 'Ontwerp schrijven SC over regelingen ziekenfondsen, 24-10-1935'.

168. Conclusie III van 'Rapport positie specialisten-ziekenfondsen', 1288.

reserveerden daarvoor geen vastgestelde bedragen. De specialisten moesten maar afwachten of en voor welk percentage zij werden gehonoreerd. Weer andere ziekenfondsen reserveerden wel een bepaald bedrag per verzekerde per jaar om de maandkaarten te kunnen honoreren.¹⁶⁹ Nu was het in dat geval echter niet ongebruikelijk dat daarvoor onvoldoende was gereserveerd. Bovendien was er met onvoorziene omstandigheden geen rekening gehouden. In de loop van het jaar was het honorariumgeld gewoon op als de inkomsten uit de contributies lager of de kosten van geneesmiddelen hoger waren uitgevallen dan geraamd, of als in een boekjaar het aantal specialisten of specialismen was toegenomen. Voor de tekorten hadden alle ziekenfondsen dezelfde oplossing gevonden: zij vergoedden de maandkaarten niet volledig.¹⁷⁰

Uiteindelijk honoreerden de fondsen de declaraties slechts voor een bepaald percentage. Uit de bij ziekenfondsen ingediende declaraties kan men daarom het ziekenfondsinkomen van specialisten nooit berekenen.¹⁷¹ Voor het AAZ-fonds van de afdeling Eindhoven was al van te voren geregeld dat als 'de pot' niet toereikend was er dertig procent minder werd gegeven.¹⁷² In de jaren twintig keerde het AAZ-fonds in Gouda slechts vijftig tot zeventig procent uit aan de specialisten. In Apeldoorn kregen de specialisten 'eerst ongeveer 80 procent van hun declaraties vergoed, later 59 procent en in 1928 zal dat waarschijnlijk 50 procent zijn'.¹⁷³

Specialistenpot

Voor ziekenfondsen waarmee een collectieve overeenkomst was gesloten, fungeerden de afdelingen of specialisten zelf als 'uitbetalingsloket'. Het liefst maakte men daarbij gebruik van een zogenaamde specialistenpot, waarbij het ziekenfonds een bedrag stortte in de kas van de plaatselijke NMG-afdeling of specialistenvereniging. De specialisten moesten dat vervolgens onder elkaar verdelen. Dat ging niet altijd in goede harmonie, omdat het ontvangen bedrag vrijwel altijd minder was dan de ingediende maandkaart-declaraties. Nog moeilijker was het om specialisten in het honoreringssysteem in te passen die zich in de loop van het jaar bij een ziekenfonds hadden aangesloten. Voor de reservering van het bedrag voor de maandkaarthonorering ging het ziekenfondsbestuur uit van de situatie op een bepaalde ijkdatum. Op nieuwe deelnemers was daarbij niet gerekend, zodat zij in het eerste contractjaar meestal geen vergoeding kregen. Dit gold ook voor de enkele ziekenfondsen die de klinische specialistenhulp betaalden.¹⁷⁴

Alhoewel een specialistenpot voor een ziekenfonds een ideale methode was, ging het initiatief daartoe niet eens zozeer van de ziekenfondsen uit. De NMG was een groot voorstander van de specialistenpot. Zij had dat in 1914 zelfs in de al eerder genoemde leidraad voor AAZ-fondsen opgenomen. De secretaris-hoofdbestuurder van de NMG Schreve, gaf daaraan een ideologisch tintje in zijn toelichting op de collectieve contracten uit deze leidraad. De NMG sloot een contract met een ziekenfonds en inde het honorarium; vervolgens verdeelden de huisartsen en specialisten dit bedrag. Op deze manier betaalde niet het ziekenfonds de artsen, maar als het ware de NMG.¹⁷⁵

169. Dit was ook de gedragslijn van de NMG (Leidraad AAZ-fondsen).

170. *Gedenkboek AZA*, 95.

171. ARA, archief NMG, inv. nr.274, 'Notulen SC, 29-11-1928'; *Gedenkboek AZA*, 95.

172. ARA, archief NMG, inv. nr.188, P28.

173. *Ibidem*, inv. nr.274, 'Notulen SC, 12-9-1929'.

174. 'Uit het dagboek van J. Schalm (1940)', 216.

175. '65e alg. verg. (1914)', 1278.

De specialistenpot kon desondanks geen genade vinden in de ogen van de commissie over de verhouding specialisten-ziekenfondsen.¹⁷⁶ Enige jaren later achtte de Specialistenorganisatie de specialistenpot echter weer wel gewenst.¹⁷⁷ Intussen volgden de meeste AAZ-fondsen op dit punt de leidraad, ondanks de bezwaren die er voor de deelnemers aan kleefden. De specialistenpot was op den duur zo ingeburgerd dat het zelfs werd geformaliseerd in het modelcontract. (Dat contract verving de leidraad en diende als richtsnoer bij het sluiten van de plaatselijke contracten met goedgekeurde ziekenfondsen.)¹⁷⁸ Het stelsel droeg bij aan de beeldvorming onder specialisten dat ziekenfondsen geen instellingen waren, maar hooguit een kas, een geldsom.

Honorarium als sluitpost

Er wordt weliswaar steeds over honoraria gesproken, maar soms viel er niet veel te honoreren. Vooral bij die ziekenfondsen die de honoraria van specialisten niet hadden gefixeerd, waren de honoraria de sluitpost van de begroting. De Specialistenorganisatie kreeg veel klachten over de fondsen die geen vast bedrag reserveerden.¹⁷⁹ Deze ziekenfondsen keurde de NMG vanwege dat feit alleen niet af, sterker nog, AAZ-fondsen pasten het net zo goed toe. Dit 'buitengewoon slechte systeem' dat men, volgens H.R.G.J. Brongersma (1869-1945) in zijn hoedanigheid als lid van de 'specialistencommissie', 'in tal van afdelingen heeft ingevoerd' was 'funest en immoreel'. Als verontschuldiging bracht de NMG daar tegenin dat er door de plaatselijke concurrentie voor de eigen ziekenfondsen niets anders opzat dan met niet-gefixeerde tarieven te werken. De specialisten bestempelden die concurrentie echter als een uitvlucht. Er waren teveel AAZ-fondsen die met niet-gefixeerde tarieven werkten, terwijl daar dan helemaal geen plaatselijke concurrentie was, 'zooals in Alkmaar, Noord-Brabant en Limburg'.¹⁸⁰ De specialistencommissie pleitte in haar rapport van 1915 in ieder geval voor een afzonderlijke contributie voor specialisten om de polikliniekhulp te kunnen honoreren.¹⁸¹

Verdeelsleutel

Zelfs als een ziekenfonds een afzonderlijk budget voor de specialistische hulp reserveerde, kwam er nog een extra probleem om de hoek kijken. Eerst moesten de NMG-leden het in de afdelingen met de apothekers eens zien te worden over de verdeelsleutel of het verhoudingsgetal.¹⁸² De NMG bereikte weliswaar een accoord met de apothekers over dit verhoudingsgetal, maar specialisten voelden zich daardoor toch in de steek gelaten. Het was meer een accoord tussen huisartsen en apothekers. Bovendien dienden de afspraken in de afdelingen slechts als leidraad. Vervolgens moesten huisartsen en specialisten het eens zien te worden over hoeveel procent van het beschikbare bedrag voor de huisartsen

176. 'Rapport positie specialisten-ziekenfondsen', 1269.

177. ARA, archief NMG, inv. nr.274, 'Notulen Specialistenorganisatie, 18-6-1923'

178. Ibidem, inv. nr.178, M12, 'Modelcontract, art. 19 ad.6, 1928'.

179. Onder meer: afgevaardigde uit Friesland, Ten Veldhuys, '86e alg. verg. (1935)', 4748.

180. ARA, archief NMG, inv. nr.199, S18-I, 'Positie specialisten-ziekenfondsen, 24-1-1915', 232-233.

181. 'Rapport positie specialisten-ziekenfondsen', 1272-1273.

182. In 1935 bereikten de Specialistenorganisatie en de Huisartsencommissie overeenstemming over de verdeelsleutel tussen huisartsen en specialisten, maar ook dat betekende niet het einde van dit probleem. Deze overeenkomst bracht het eveneens niet verder dan een leidraad; 'Regeling bezoldiging in ziekenfondspraktijk voor huisartsen en specialisten, volgens voorstel HC en SC,' ARA archief NMG, inv. nr.216, Z30 (1934-1935).

was en hoeveel voor de specialisten.¹⁸³ Daarover moesten de huisartsen en specialisten echt onderhandelen, want 'bijna overal' was het zo geregeld dat als de huisartsen meer, de specialisten minder kregen en vice versa.¹⁸⁴ Deze verdeelsleutel legde de NMG niet centraal op; de afdelingen stelden dit zelf vast. Voor specialisten was dat het zoveelste bewijs dat in de NMG specialistenbelangen ondergeschikt waren aan die van huisartsen.¹⁸⁵ Specialisten waren immers overal in de minderheid (zie overzicht organisatiestructuur NMG, p. 172, 173).

Het verdelingsproces was niet zo'n probleem, zolang het om een beperkt aantal specialismen en kleine bedragen ging. Toch vroeg deze 'voorronda' al het één en ander van de collegiale opstelling van de afdelingsleden. Te meer daar huisartsen vonden dat specialisten het met hun poliklinieken gemakkelijker hadden dan zij. Zoals gezegd, vonden huisartsen het vervelend dat zij deze patiënten in hun eigen woning moesten behandelen. Bovendien hadden deze patiënten voor specialisten tenminste nog respect.

Geen uniforme specialistenhonorering

Ondanks al deze obstakels alvorens specialisten een honorering voor de poliklinische hulp kregen, was die honorering dan nog steeds niet geregeld. Het ene poliklinisch uitgevoerde specialisme was veel arbeidsintensiever dan het andere. Steden met veel specialismen stelden daarom ook nog een tariefregeling op per specialisme.¹⁸⁶ In Amsterdam gebeurde dat door het bestuur van de specialistenvereniging.¹⁸⁷ Aan de hand daarvan konden de specialisten dan ten langen leste de specialistenpot verdelen.

In kleinere steden bleven huisartsen en specialisten voorlopig gezamenlijk hun ziekenfondsbelangen behartigen via de afdeling of (na 1918) een plaatselijke onderafdeling. Vóór 1920 waren in deze steden nog maar drie of vier specialismen vertegenwoordigd en dat vereenvoudigde de verdeling aanzienlijk. Zolang het aantal specialisten hetzelfde bleef, hoefde de hele verdelingsprocedure zich ook niet jaarlijks te herhalen. Achteraf bleek dat men daarmee de problemen alleen maar vooruit had geschoven. Daardoor ontstonden tevens 'oude rechten'.

Zo honoreerde het AAZ-fonds in Tilburg specialisten volgens een door het ziekenfondsbestuur vast te stellen tarief. Het bestuur had daarvoor eerst de deelnemers-specialisten gehoord en de geneeskundig-pharmaceutische commissie, die uit artsen en apothekers was samengesteld.¹⁸⁸ In Tilburg was al sinds 1914 een AAZ-fonds waaraan inmiddels een oogarts, een kno-arts en twee chirurg-gynaecologen deelnamen. Het fonds reserveerde

183. Met de Maatschappij tot bevordering der Pharmacie was een verhoudingspercentage overeengekomen van 5 (artsen) : 3 (apothekers); ARA, archief NMG, inv. nr.200, S19-I, 'Specialistenvraagstuk, verg. DB, 1-9-1918'.

184. De voorzitter van de SC Van Capellen; ARA, archief NMG, inv. nr.196, R58, 'Notulen buitengew. alg verg., 28- en 29-3-1936'. Dat gold in 1914 ook bij de AZA. De Amsterdamse uroloog Gantvoort zei in de alg. verg. van 1914 'als wij bij de AZA geld krijgen, ontvangen de deelnemers aan dat ziekenfonds minder', aldaar 1373.

185. ARA, archief NMG, inv. nr.200, S19-I, 'Specialistenvraagstuk, verg. DB, 1-9-1918'.

186. De Specialistenorganisatie kon hooguit richtlijnen geven, want ook in de vaststelling van die tarieven waren de afdelingen soeverein; ARA, archief NMG, inv. nr.274, 'Notulen SC, 27-4-1923'.

187. Ibidem, inv. nr.185, P2, 'Overeenkomst voor specialistische hulp tussen de NMG/ASV en negen fondsen', 1922/1928, art. 16.

188. Artikel 22 van de statuten en huishoudelijk reglement van het AAZ-fonds te Tilburg opgericht 14 mei 1914, ARA, Archief NMG, inv. nr.173, K17.

drie-zesde van de netto contributie als honorarium voor de huisartsen, twee-zesde voor de apotheker en één-zesde voor de specialisten. Het specialistenpotje werd in drieën gedeeld.¹⁸⁹ Deze regeling leverde geen problemen op, totdat in 1923 een kinderarts in Tilburg kwam die zich bij het AAZ-fonds wilde aansluiten. Wie moest daarvoor nu inleveren? Voorlopig niemand, want de plaatselijke afdelingsraad stelde dat de beoordeling 'te goeder naam en faam bekendstaan' van deze kinderarts helaas negatief uitviel: de kinderarts oefende geen onderdeel van de geneeskunde uit. Het AAZ-fonds zou hem als specialist aannemen, 'indien hij voldeed aan de eisen in het artsenboekje gesteld voor hen, die aanspraak wenschen te maken op de titel specialist'.¹⁹⁰ De kinderarts was het daarmee niet eens, want hij was voldoende gekwalificeerd. Hij tekende protest aan bij het bestuur van de NMG. De NMG gaf hem gelijk en schreef aan de afdeling Tilburg dat de kinderarts wel degelijk aan de gestelde eisen voldeed.¹⁹¹ Maar daarmee was de kinderarts nog geen deelnemer aan het AAZ-fonds. Een deel van de deelnemers¹⁹² had intussen besloten geen andere specialisten tot het ziekenfonds toe te laten dan een oogarts, kno-arts en chirurg.¹⁹³ Dat besluit was in strijd met de algemene voorwaarden van de NMG.¹⁹⁴ De NMG liet de afdeling daarop weten dat zij de ziekenfondsovereenkomst niet goedkeurde. Uiteindelijk kon de afdeling echt niet langer tegenwerken, maar zij gaf zich niet zonder meer gewonnen. De ziekenfondsartsen spraken af, dat de leden die van de nieuwe specialist gebruik wilden maken, daarvoor een extra contributie moesten betalen. Toen ook dat was geregeld, waren de artsen er echter nog niet gerust op dat hun patiënten niet de voorkeur aan de kinderarts zouden geven. De meerderheid van het ziekenfondsbestuur wilde dat er alléén voor de kinderarts, en ondanks de speciale contributie, ook een verwijsbriefje werd ingevoerd.¹⁹⁵ Er was inmiddels al zo'n anderhalf jaar verstreken en de kinderarts had nog steeds geen contract. Ten lange leste besloot de Specialistenorganisatie te trachten deze zaak ter plaatse op te lossen.¹⁹⁶ Dergelijk intermediair optreden behoorde tot de regelmatig terugkerende taken van deze organisatie.

Al deze honoreringsperikelen doen misschien vergeten dat een belangrijk deel daarvan helemaal niets met de 'ziekenfondsstrijd' had te maken. De artsenorganisatie haalde zich door haar ziekenfondsenbeleid een groot deel van deze problemen zelf op de hals.

4.2. 'Budgettering' van de kosten

Bij alle problemen rondom ziekenfondsen moet niet worden vergeten, dat alleen de problematische ziekenfondsen in de belangstelling stonden. De goed functionerende ziekenfond-

189. Ibidem, 'Brief kinderarts te Tilburg aan HB NMG, 7-12-1924'.

190. Ibidem, 'Brief afdelingsraad Tilburg aan DB, 4-7-1924; (naar aanleiding van inlichtingen die het bestuur over deze zaak had gevraagd, 2-7-1924).

191. Ibidem, 'Brief HB aan afdelingsraad Tilburg, 13-10-1924'.

192. Van de specialisten verklaarde de kno-arts zich uitdrukkelijk tegen, één van de chirurgen stemde blanco en de andere chirurg was afwezig; 'Noot der redactie', 86.

193. Besluit in de algemene verg. van deelnemers, 10-10-1923; ARA, archief NMG, inv. nr. 173, K17, 'Brief betreffende kinderarts aan het HB van de NMG, 7-12-1924'.

194. Huishoudelijk reglement, art. 17; 'Buitengew. alg. verg. (1915)', 22.

195. ARA, archief NMG, inv. nr.173, K17, 'Brief van kinderarts aan HB NMG, 7-12-1924'.

196. De Specialistenorganisatie berichtte in het jaarverslag over 1924 dat het probleem nog niet was opgelost, wel was er een voorlopige regeling getroffen; 'Jaarverslag SO 1924', 1983; ARA, archief NMG, inv. nr.173, K17, 'Brief SO aan secr. penn.mr. NMG, 19-1-1925'.

sen kwamen zelden in het nieuws. Bovendien hadden ziekenfondsen het niet gemakkelijk als zij geen ondersteuning kregen van bijvoorbeeld een grotere onderneming. De ziekenfondsen stonden in de periode tot 1920 voor een nieuw fenomeen dat aanpassing en regulering vereiste. De voorkeur die ziekenfondspatiënten voor specialistische hulp boven die van een huisarts aan de dag legden, maakte deze hulp tot een onzekere kostenpost. Ziekenfondsbesturen trachtten de kosten in de hand te houden door misbruik van de voorzieningen door patiënten tegen te gaan en door controle op de deelnemers.

De deelnemers aan de AAZ-fondsen waren ook organisatorisch sterk bij het fonds betrokken. Zij kwamen zo direct met de financiële problemen in aanraking, dat ook de deelnemers vóór kostenbesparende maatregelen waren. De AAZ-fondsen bevestigden daarmee het financiële onvermogen van een niet-wettelijk geregeld ziekenfondsstelsel. Allereerst viel het oog op het misbruik dat patiënten van de poliklinische hulp konden maken. De poliklinieken oefenden een grote aantrekkingskracht uit en ziekenfondspatiënten hadden bovendien de naam erg veeleisend te zijn.¹⁹⁷ De huisarts moest dat polikliniekbezoek afremmen. Het verwijsbriefje, dat door de meeste specialisten al zo was verguisd, ging nog niet ver genoeg. De huisarts mocht alleen een verwijsbriefje voor een specialist uitschrijven als hij het verzoek van de patiënt ook billijk achtte.

De tweede kostenpost waarop men dacht te kunnen bezuinigen, waren de uitgaven voor geneesmiddelen. Dat was eveneens een uitgavenpost die men eigenlijk altijd als te hoog beschouwde. Volgens ziekenfondsbesturen en -deelnemers was er al gauw sprake van misbruik. Ziekenfondspatiënten hadden bij hen de naam als het ware 'verslaafd' te zijn aan medicijnen. In de jaren dertig drongen vooral specialisten aan op een beperking van deze uitgaven, zodat hun honoraria wat meer op peil konden worden gebracht.¹⁹⁸ Verder zagen veel artsen heil in een eigen bijdrage per recept, maar deze maatregel vond geen algemene ingang. Daarentegen was er wel steun voor een systeem waarbij men de kosten van geneesmiddelen beperkte ten koste van de voorschrijvende arts. Als een huisarts boven een bepaalde hoeveelheid uitkwam, moest hij zelf de kosten daarvan betalen. Dergelijke bezuinigingen waren zowel nadelig voor de artsen als voor de arts-patiënt relatie.

Bij de beperking van de kosten door controle op de deelnemers viel de aandacht eveneens op de moeilijk in te calculeren kosten van de poliklinieken en het gebruik van geneesmiddelen. Huisartsen kregen van ziekenfondsen meestal een abonnementshonorarium, zij ontvingen per patiënt per jaar een bepaald bedrag. Om te voorkomen dat een huisarts zijn patiënten te gemakkelijk naar een polikliniek zou 'doorschuiven' voerde een deel van de (AAZ)ziekenfondsen een 'budgettering' in van het aantal verwijzingen. Deze vorm van controle kon eveneens nadelig zijn voor de patiënt. Per jaar mocht een huisarts slechts een bepaald percentage van het patiëntenbestand naar een polikliniek verwijzen. Verwees hij meer patiënten dan moest hij de polikliniekkosten uit eigen zak betalen. Het AAZ-fonds uit Haarlem bepaalde dat percentage op twintig. Dit ziekenfonds maakte een uitzondering voor de bezoeken aan de oogarts, 'omdat die veelal niet te ontgaan zijn'.¹⁹⁹ Andere ziekenfondsen die deze budgettering toepasten, lieten oogartsen er buiten, omdat een bezoek aan de oogarts vaak maar eenmalig was.

197. Ten Cate, 'Vrije specialistenkeuze', 1838-1839.

198. 'Jaarverslag SC 1934', 750.

199. ARA, archief NMG, inv. nr. 216, Z30, 'Aan SC, 8-3-1935'.

Een dergelijke kostenbesparing kon ook via de specialisten. Na een langdurige 'ziekenfondsstrijd' tussen het ziekenfonds de AZA in Amsterdam en de specialisten, sloot dit fonds in 1922 een overeenkomst met de specialisten. Daarin was voor elk specialisme een herhalingsfactor vastgesteld. De huisartsen ondervonden daarvan geen hinder; zij mochten net zoveel herhalingskaarten uitschrijven als zij wilden. De specialisten mochten echter boven een bepaald aantal geen declaratie meer indienen.²⁰⁰ In de daaropvolgende jaren bleek deze overeenkomst dan ook meer een 'gewapende vrede' te zijn. Te meer omdat ook de verdeelsleutel in Amsterdam al in het nadeel van de specialisten was geregeld.

Specialisten konden vervolgens nog met een maatregel te maken krijgen die zij denigrerend vonden. De patiënt moest in sommige afdelingen zijn receptenbriefje door de huisarts laten contrasigneren. Dit voerden onder meer de afdelingen Amsterdam, Den Haag en Friesland in.²⁰¹ Haagse specialisten protesteerden daartegen bij de NMG. Het systeem verlaagde de uitgaven voor de medicijnvoorziening helemaal niet, want zij schreven helemaal niet zoveel geneesmiddelen voor. Bovendien was het belastend voor de patiënt. Toen bleek dat de kostenbesparing slechts een schijnargument was geweest. Het contrasigneren diende als middel de Haagse specialisten in het keurslijf van de NMG te dwingen. Dat moest verhinderen dat recepten werden afgeleverd van die specialisten die nog steeds geen overeenkomst wilden sluiten met de AAZ-fondsen.²⁰² De specialisten in Den Haag sloten niet alleen geen overeenkomst met die fondsen, zij vertrouwden ook hun belangenbehartiging niet toe aan de NMG. Net als de specialisten uit andere grote steden, prefereerden zij een belangenvereniging buiten de NMG om.

4.3. Gemeente-armen en particuliere patiënten

De problemen draaiden allemaal om de financieel gezien toch niet aantrekkelijke ziekenfondspatiënten, die bovendien bij bepaalde, de 'goede', ziekenfondsen waren aangesloten. Voor de andere patiënten, gemeente-armen en particuliere patiënten hoefde de afdeling geen 'kas' te verdelen en ging de verhoging van de tarieven van specialisten niet ten koste van die van de huisartsen.

De 'gemeente-armen' maakten eveneens van de polikliniek gebruik. Zij veroorzaakten echter weinig of geen collegiale problemen. Voor huisartsen was het polikliniekbezoek van deze groep patiënten minder bedreigend, want gemeente-armen mochten niet op eigen initiatief een specialist bezoeken. De betaling van de specialisten was ook veel normaler geregeld. De gemeente (armenzorg) betaalde het overeengekomen honorarium aan de specialisten die door haar waren aangesteld, zonder achteraf opgelegde kortingen en zonder ingewikkelde verdeelvoorwaarden. De collega's in de afdeling hadden daarmee geen enkele bemoeienis. Wanneer een specialist voor zijn poliklinische werk aan armenzorgpatiënten geen honorarium kreeg, was dat ook nog niet zo'n groot probleem. Deze situatie werd niet wettelijk bestendig en het aantal armen nam geleidelijk af. De gezondheidszorg van de armen was een taak van de plaatselijke overheid.

200. *Gedenkboek AZA*, 95.

201. De afdeling Friesland nam onder meer de volgende bepalingen op in haar ziekenfondscontract: 1. De verzekerde kan alleen een specialist consulteren na overleg met de huisarts. 2. Recepten van een specialist zijn niet geldig, tenzij de huisarts er zijn sanctie aan verleent; De Groot, 'Specialistische hulp aan fondsleden', 2195.

202. ARA, Archief NMG, inv. nr.162, H2.

De particuliere patiënten, zorgden wel voor de nodige concurrentie perikelen tussen huisartsen en specialisten. Deze patiënten waren voor medici financieel – en naar eigen zeggen ook beroepsinhoudelijk – een veel interessantere groep dan de ziekenfonds-patiënten. Vooral de particuliere consulten ten huize van de patiënt waren voor de huisarts bedreigend. In de NMG verzweeg men echter deze concurrentieproblemen rond de particuliere patiënten zoveel mogelijk. Over deze categorie patiënten had niemand iets te zeggen, overheid, NMG, huisarts noch specialist. Particuliere patiënten konden hun eigen zaken regelen.

Aan het begin van de twintigste eeuw, toen de polikliniekkwestie in de openbaarheid kwam, bleek 'tussen de regels door' dat huisartsen niet alleen bezorgd waren over de toeloop naar de poliklinieken van de armen en minvermogenden. Nu gingen particuliere patiënten niet naar poliklinieken, maar zij zouden door het succes daarvan een specialist kunnen gaan prefereren. De enige 'rem' waar huisartsen van konden profiteren, was een hoog specialistentarieef voor particuliere patiënten. Maar daarover konden zij geen afspraken maken, zoals voor ziekenfondspatiënten. Dat kon alleen via een omweg. De algemene vergadering, die door huisartsen werd gedomineerd zoals in de volgende paragraaf duidelijk wordt, vond al begin 1900 dat een rem op de toeloop naar specialisten noodzakelijk was. Dat was nog voor de polikliniekcommissie was ingesteld en lang voor het verwijsbriefje voor polikliniekbezoek meer usance werd. Volgens de vergadering maakten ziekenfondspatiënten anders onnodig gebruik van een specialist. Men zocht voor deze meestal niet zelf betalende ziekenfondspatiënt, de rem op de toeloop naar specialisten in een gedragsregel dat alle tarieven van specialisten hoger moesten zijn dan die van de huisarts.²⁰³ Ook de langdurige controverse tussen huisartsen en kinderartsen in de laatste twee decennia vóór de invoering van het ziekenfondsenbesluit (1941) was mede een competitie om de particuliere patiënt.

De competitie om de particuliere patiënt beperkte zich niet tot huisartsen en specialisten, bij specialisten onderling kon de wedijver om de betalende patiënten eveneens uit de hand lopen. De Specialistenorganisatie trachtte dit eveneens op te lossen door de invoering van algemene gedragsregels. De gedragsregels over het houden van spreekuren buiten de eigen woonplaats zijn daarvan een voorbeeld.

5 BEHARTIGING VAN SPECIALISTENBELANGEN

Na de reorganisatie van de NMG in 1902, kreeg het bestuur al snel signalen dat de ingestelde gezamenlijke belangenbehartiging van huisartsen en specialisten problematisch was. Een duidelijke aanwijzing voor het ongenoegen over de NMG-belangenbehartiging was de oprichting van buiten de NMG om opererende specialistenverenigingen (sinds 1905). In steden met zo'n zelfstandige specialistenvereniging waren er daardoor twee verschillende belangenorganisaties: de specialistenverenigingen en de (NMG)-afdelingsziekenfondscommissies.²⁰⁴ In deze situatie kwam voorlopig geen verandering, ook niet na de volgende reorganisaties in 1910 en 1915.

203. In de afdelingen werden ook tariefsafspraken gemaakt voor de behandeling van particuliere patiënten.

204. In de kleinere steden behartigde de afdelingsvergadering de gezamenlijke belangen van huisartsen en specialisten of zij delegerde dat aan een ziekenfondscommissie.

5.1. NMG: gezamenlijke belangenbehartiging van huisartsen en specialisten

De NMG hield bij beide reorganisaties vast aan een gezamenlijke belangenbehartiging van huisartsen en specialisten, ondanks de problemen die dat opleverde. De erkenning van het bestaan van financiële belangen betekende nog niet de erkenning dat tegengestelde belangen in die ene, overkoepelende organisatie van alle medici een grote rol konden spelen. Als het zo ter sprake kwam, onderschreef het NMG-bestuur dat ook het specialistenbelang bij de belangenbehartiging tot zijn recht moest komen. Als het vervolgens op 'daden' aankwam, koos het voor de huisarts of hoogleraar. Schreve (de secretaris van het hoofdbestuur) gaf meermalen te kennen dat het bij de belangenbehartiging helemaal niet over specialisten ging. De specialisten zouden zeker aan het kortste eind trekken als het tot een conflict zou komen tussen huisartsen en specialisten.²⁰⁵ Tot de volgende reorganisatie (1918) was daardoor de behartiging van specialistenbelangen binnen NMG-verband meer een strijd tegen de gevestigde belangen binnen de beroepsgroep, dan een confrontatie met een externe partij.

De NMG-belangenbehartiging leverde na de reorganisatie van 1915 zoveel problemen op dat de Centrale Vertegenwoordiging van specialisten, die in 1915 in werking trad, geen lang leven was beschoren. Eind 1918 verving de Specialisten Organisatie de Centrale Vertegenwoordiging en deze organisatie kreeg een meer zelfstandige plaats in de NMG dan haar voorganger. (In 1925 werd de Specialisten Organisatie vervangen door de Specialisten Commissie.)²⁰⁶ Een groot deel van de specialisten wilde echter omstreeks 1918 geen door de NMG gevoerde belangenbehartiging meer. Als reactie op de reorganisatie van 1915 hadden zij naast de plaatselijke specialistenverenigingen een overkoepelende organisatie opgericht: de Algemeene Nederlandsche Vereeniging van Medische Specialisten (ANVvMS). Dientengevolge waren er vanaf 1918 twee centrale instituten voor de behartiging van specialistenbelangen, één binnen de NMG: de Specialistenorganisatie en één daarbuiten: de ANVvMS.

Plaatselijke specialistenverenigingen buiten NMG-verband

Al eerder kwam ter sprake dat de specialisten in Amsterdam die aan het ziekenfonds AZA waren verbonden, al in 1895 tot de slotsom kwamen dat de AZA hen diende te honoreren. Nu moest men ook de AZA daarvan nog zien te overtuigen, maar dat bleek niet zo gemakkelijk te zijn. Zolang specialisten individueel met de AZA over de deelname onderhandelden, zouden zij niets bereiken. Voorlopig ontplooiden de Amsterdamse specialisten echter weinig initiatieven tot bundeling van de krachten tegenover de AZA. Enige jaren later leek dat ook niet meer zo nodig, want binnen de NMG kwam in het begin van de twintigste eeuw de ziekenfondsbelangenbehartiging op gang. Sinds die tijd hoorde de regeling van de specialistenhonorering tot de taken van de ziekenfondscommissie in de afdeling. Het is echter moeilijk vol te houden dat deze belangenbehartiging verbetering in de situatie van de specialisten bracht. In 1905 waren zij nog steeds contractueel honoraire deelnemers. Om de specialistenbelangen tegenover de AZA doeltreffend te

205. Geciteerd in: K., 'Caveant Consules...', 33. Het is mij niet bekend in hoeverre de negatieve kijk op specialisten, waarvan de secretaris van het in Amsterdam zetelende hoofdbestuur meerdere malen blijkt geeft, het gevolg was van zijn persoonlijke antipathie ten opzichte van de voorzitter van de Amsterdamse specialistenvereniging en voorzitter van de centrale organisatie.

206. In 1946 moest deze commissie plaats maken voor de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV).

kunnen verdedigen, was er kennelijk meer nodig. Overigens had de AZA niet te klagen over aanmeldingen voor deelname. In 1910 waren er in Amsterdam inclusief de hoogleraren 94 specialisten gevestigd, van wie er 67 aan de AZA en twee aan andere ziekenfondsen waren verbonden.²⁰⁷

De aanstaande wet ziektekostenverzekering mobiliseerde de AZA-specialisten. Zij richtten in 1905 een eigen belangenvereniging op, de ASV,²⁰⁸ de eerste specifiek op specialistenbelangen gerichte organisatie. Een vereniging was nodig 'met het oog op het ontwerp ziekteverzekering, de regeling der poliklinieken en de verhouding van specialisten tot de poliklinieken'.²⁰⁹ Door de wetgeving zou het aantal ziekenfondsverzekerden fors toenemen, waardoor gratis polikliniekhulp financieel niet meer was vol te houden. Specialisten in de andere grote steden volgden het voorbeeld uit Amsterdam. Den Haag kreeg in 1907 een specialistenvereniging,²¹⁰ Rotterdam, Utrecht, Leiden, Groningen en Haarlem volgden.

De ASV startte direct na haar oprichting honoreringsonderhandelingen met de AZA. Het AZA-bestuur achtte de grieven van de specialisten gerechtvaardigd. Dat klonk bemoedigend, maar vervolgens verwierp het de moties van de algemene vergadering van deelnemers om de contributie te verhogen of schoof dit in afwachting van de wetgeving op de lange baan.²¹¹ Eind 1909 was de honorering van de specialisten nog steeds niet geregeld.

De ASV beschuldigde het AZA-bestuur ervan dat het de specialisten aan het lijntje hield. Het beloofde van alles, maar verder dan beloften kwam het niet.²¹² Het AZA-bestuur was het daarmee helemaal niet eens. Het had toch in het adres aan de regering in 1906 gesteld dat als het wetsontwerp eenmaal van kracht was, er voor specialistische hulp voortaan moest worden betaald?²¹³ Het uitstel was niet de schuld van de AZA, maar was een gevolg van het steeds intrekken van de verschillende ontwerpen van ziekteverzekeringswetten!²¹⁴

Over en weer ontstonden de nodige irritaties. Het uiteindelijke resultaat was dat de Amsterdamse specialisten in 1910 hun overeenkomsten bij de AZA opzegden. De ASV bekrachtigde dit met een bindend besluit dat specialisten verbood zich aan een ziekenfonds te verbinden. De AZA-poliklinieken moesten worden opgeheven. Voortaan behandelden de specialisten de AZA-leden in de eigen poliklinieken. Hun behandeling beperkte zich tot ten hoogste twee maanden, waarvoor de AZA-leden één gulden moesten betalen. Als de polikliniekpatiënten een verwijsbriefje hadden van de huisarts, kregen zij die gulden van de AZA gerestitueerd.²¹⁵ De actie van specialisten dwong de AZA voor de poliklinische hulp voortaan geld te reserveren. Dat ging echter ten koste van het honorarium van de huisartsen, want het ziekenfonds weigerde de contributie te verhogen.

207. Giesberts, 'Honorering van specialistische hulp voor ziekenfondsleden', 375.

208. Volgens L. Siemens besloten 39 van de 58 in Amsterdam gevestigde specialisten tot de oprichting van de ASV, Siemens, 'Organisatie Amsterdamsche specialisten', 171.

209. Geciteerd door L. Siemens uit Handelsblad 13-6-1905, 'Ibidem', 171.

210. In Den Haag werd later ook een aparte huisartsenvereniging opgericht; Navis, 'De specialisten en de Maatschappij, II', 1701 en Kijlstra, *Ibidem*, 1701.

211. *Gedenkboek AZA*, 42.

212. Muntendam, 'Honorering specialistische hulp voor ziekenfondsleden,' 323.

213. 'Adres AZA', 27.

214. Giesberts, 'Honorering specialistische hulp', 375.

215. *Gedenkboek AZA*, 94.

De Amsterdamse specialisten volgden met het opzeggen van de overeenkomsten hun Rotterdamse collega's. Daar hadden de specialisten deze stap, inclusief het bindend besluit al omstreeks 1905 genomen, omdat 'hun verlangen naar groot ziekenmateriaal door de ziekenfondsen geëxploiteerd werd'.²¹⁶ De Rotterdamse specialisten verleenden sinds die tijd uitsluitend polikliniekhulp tegen een maandkaart vergoeding van één gulden. De ziekenfondspatiënten klopten vervolgens bij hun ziekenfonds aan voor restitutie van dat bedrag. Volgens de Rotterdamse specialisten leverde dit geen problemen op, noch bij de specialisten noch bij de huisartsen noch bij de ziekenfondsen.²¹⁷

Maar de ziekenfondshuisartsen van de NMG-afdeling Rotterdam bleken toch niet zo tevreden. Deze afdeling diende niet voor niets een motie in bij de algemene vergadering van de NMG, een commissie te laten onderzoeken hoe de positie van specialisten in de ziekenfondsen diende te zijn. Ook is het de vraag of de betreffende ziekenfondsen werkelijk zo weinig problemen hadden met de actie van de specialisten. Het bezorgde hun in ieder geval veel ongemak. De ziekenfondsen konden nu niet de financiële verantwoordelijkheid van zich afschuiven, maar moesten zelf een oplossing zien te vinden hoe de kosten in de hand te houden. De wijze waarop zij de poliklinische hulp berekenden en betaalden als er wel een overeenkomst was, vrijwaarde de ziekenfondsen immers van veel financiële en administratieve perikelen.

Het werken zonder overeenkomst beviel de specialistenverenigingen zo goed, dat een groot deel van de specialisten in Rotterdam, Amsterdam en Den Haag in de periode tot 1920 helemaal geen overeenkomst met de ziekenfondsen meer had.²¹⁸ Specialisten waren verlost van 'de nodige onaangenaamheden' die inherent waren aan een verbintenis met een ziekenfonds.²¹⁹ Zij hadden met ziekenfondsen niets van doen. Nu de problemen naar volle tevredenheid waren opgelost, kon de Rotterdamse specialistenvereniging voorlopig 'ter ruste' gaan.

De ziekenfondsactie van de Amsterdamse specialistenvereniging was minder rigoureuus dan die van de Rotterdammers. Desondanks bekeek en bekritiseerde het NMG-bestuur juist dit (en ander) optreden van de ASV. In feite viel de ASV niet te verwijten dat zij geen rekening hield met het – in dergelijke situaties graag erbij gehaalde – 'algemeen belang'. De specialisten vroegen immers een zeer acceptabel bedrag van één gulden voor een twee-maandskaart. Bovendien waren de specialisten in Amsterdam van de drie grote steden de laatsten die een begin van een honorering van de polikliniekhulp kregen. Ook in kleinere steden als Tilburg en Arnhem was de honorering van de specialisten al eerder geregeld. In kleinere steden was niet alleen het aantal ziekenfondspatiënten nog niet groot, de concurrentie was er ook minder, zowel onder de ziekenfondsen als onder de specialisten.

5.2. Specialistenbelangen in de NMG weggestemd

In de ideologie van de officiële artsenorganisatie paste het bestaan van deze instellingen buiten NMG-verband niet. Zij gaf daarmee haar bewakersfunctie van 'het algemeen belang' uit handen. Om bij de wetgever steun te krijgen voor haar criteria aan zieken-

216. Schilperoort, 'Rotterdamsche specialisten en de C.O.', 1894.

217. Ibidem.

218. ARA, archief NMG, inv. nr.199, S18-I, 'Positie specialisten-ziekenfondsen'.

219. Ibidem.

fondsen, was het voor de NMG nog belangrijker dat zij als eenheid naar buiten trad. Toch kwam van het bestuur geen openbare reactie op de vorming van deze specialistenverenigingen die buiten zijn invloedssfeer lagen.

In 1910 noopte een samenloop van vooral interne ontwikkelingen het NMG-bestuur met een eerste reorganisatievoorstel voor de belangenbehartiging te komen. Binnen de artsenwereld leken de ontwikkelingen uit de hand te lopen, waardoor het bestuur de zaak niet meer op zijn beloop kon laten. Er waren teveel tekenen aan de wand dat plaatselijke initiatieven het centrale beleid dreigden uit te hollen. Juist nu er onder minister Talma een nieuwe ziekteverzekeringwet op stapel stond.

De oprichting van de los van de NMG staande Vereeniging van Ziekenfondsgeneesheeren (een vereniging van huisartsen) in 1909 was één van die tekenen dat het centrale beleid dreigde te verzwakken.²²⁰ Schreve noemde de oprichting van deze vereniging zelfs de directe aanleiding tot het reorganisatievoorstel. In een telegram aan het oprichtingscomité van de vereniging, had het NMG-bestuur het comité nog 'beleefd en dringend' verzocht niet tot de oprichting te besluiten. Afgevaardigden van het comité adviseerden daarop het NMG-bestuur aan te dringen op de instelling van plaatselijke verenigingen binnen de organisatie, die 'als het ware onderdeelen zouden zijn van de afdeling'.²²¹

De problemen tussen de ASV en de AZA waren voor het NMG-bestuur een volgend teken dat plaatselijke afdelingen teveel een eigen koers gingen varen. Het bestuur was daarbij 'van nature' geneigd de oorzaak van de escalatie bij de specialistenvereniging te leggen. Vervolgens was het grote succes in de afdelingen van de bindende besluiten iets om bezorgd over te zijn. De ongecoördineerde en ongebreidelde groei van deze besluiten maakte het vrijwel onmogelijk om daaruit nog een centraal beleid te destilleren. Ten slotte troffen ook de specialisten voorbereidingen voor een centrale vereniging los van de NMG, de ANVvMS.

De oprichting van de ANVvMS bleek het NMG-bestuur echter niet te verontrusten. Het voorstel dat het hoofdbestuur in 1910 aan de algemene vergadering voorlegde om de problematiek te ondervangen, ging helemaal niet over specialisten. Het behelsde de instelling van plaatselijke onderafdelingen voor deelnemers-huisartsen; het voorstel was dan ook door huisartsen ontworpen.²²² Deze onderafdelingen konden dan als voorbeeld dienen 'indien te eeniger tijd in onze Maatschappij de behoefte zich doet gevoelen soortgelijke organisaties voor specialisten, voor gemeente-geneesheeren tot stand te brengen'.²²³ Dit standpunt ging toch enigszins voorbij aan de eerder genoemde 'symptomen' en aan de toename van het aantal specialisten. De verhouding huisarts-specialist was in 1910 gedaald tot 5:1.²²⁴ Specialisten waren weliswaar in de minderheid, maar zij waren zeker geen te verwaarlozen subgroep meer. Bovendien had het NMG-bestuur van de Centrale Commissie van beroepsbelangen het advies gekregen in de afdelingen aparte verenigingen van specialisten en van ziekenfondsgeneesheren op te richten. Dat zou een behoorlijke

220. Muntendam, 'Beroepsbelangen', 2144; deze vereniging is in 1910 opgegaan in de onderafdelingen die in dat jaar werden ingevoerd; '61e alg. verg. (1910)', 715.

221. ARA, archief NMG, inv. nr.19, 'Notulen hoofdbestuur, 7-7-1909'.

222. Naast het bestuur hadden de centrale commissie van beroepsbelangen, het comité van ziekenfondsgeneesheren, dat in 1909 buiten de NMG om was opgericht, en besturen van plaatselijke verenigingen van ziekenfondsgeneesheren hun medewerking verleend; '61e alg. verg. (1910)', 714.

223. Ibidem, 715.

224. Doesschate, *Gedenkboek KNMG 1949*, 182.

samenwerking tussen specialisten en ziekenfondsdoktoren verzekeren en daarmee kon een onderlinge strijd worden voorkomen.²²⁵

Nu hadden hoofdbestuur en afdelingen weliswaar vrijwel geen voeling met elkaar (de afdelingen onderling trouwens ook niet), het mag toch bekend worden verondersteld dat specialisten voor de bestaande belangenbehartiging via de afdelingen weinig waardering konden opbrengen. In ieder geval niet bij de specialisten uit de grote steden, waar verreweg het merendeel van de specialisten was gevestigd (bijlage 3, tabel 20).²²⁶ Toch drong men ook in de algemene vergadering niet aan op een aparte belangenbehartiging van specialisten. Integendeel, de afgevaardigden vonden dat de belangenbehartiging van huisartsen en specialisten – welke laatste nog niet eens goed waren te definiëren – tot op zekere hoogte kon samengaan!²²⁷

Ook op dit punt was de mening van de algemene vergadering een andere dan die van de specialisten in de grotere afdelingen. Dat was één van hun grote grieven. Door de minderheidspositie die specialisten in de afdelingen en dientengevolge in de algemene vergadering innamen, werd hun stem niet gehoord (zie ook overzicht organisatiestructuur NMG, p. 172, 173).²²⁸ Het besluit van 1910 was voor de specialisten in de grote steden helemaal geen verbetering.²²⁹ De nieuwe onderafdelingen bepaalden zelf of zij deelnemers-specialisten al of niet onder haar leden wilden opnemen. Waarom zou een dergelijke gezamenlijke belangenbehartiging nu beter werken dan daarvoor? Deze specialisten wilden helemaal geen organisatie binnen de NMG. Zij hadden overigens al vóór de instelling van deze Centrale Commissie aangegeven dat zij streefden naar een eigen belangenbehartiging los van de NMG.²³⁰ Specialisten gingen dan ook op de oude voet verder met hun eigen specialistenverenigingen. Zolang er geen schokkende ontwikkelingen plaatsvonden, kon de ANVvMS, net als de Rotterdamse specialistenvereniging, 'ter ruste gaan'. In 1915 zou die rust danig worden verstoord.

Reorganisaties en centrale organisaties

De reorganisatie van 1910 bracht, ondanks alle geïnvesteerde tijd en moeite, voor de specialisten geen verbetering in hun belangenbehartiging. De leden van het nieuwe orgaan, de Centrale Organisatie van Ziekenfondsen (CO), waren opnieuw huisartsen die tevens de ziekenfonsaangelegenheden van de specialisten moesten regelen.²³¹ Er was niet eens veel kritiek meer op deze gezamenlijke belangenbehartiging. De specialisten die tegen deze gang van zaken waren, hadden hun eigen belangenbehartiging georganiseerd. Maar bij de besprekingen over de AAZ-fondsen barstte alsnog de bom. Voortaan moest iedere arts met een ziekenfondspraktijk twee procent van de inkomsten daaruit aan de CO afdragen. Deze bepaling was voor specialisten de druppel die de emmer deed overlopen.

225. Deze verenigingen konden dan met het oog op de komende ziektekostenwetgeving hun verhouding tot de ziekenkassen bespreken en hun belangen formuleren; Bijlage VII van de Centrale Cie van advies inz. beroepsbelangen, '61e alg. verg. (1910)', 714-716.

226. Nog in 1918 zaten verreweg de meeste specialisten in drie grote afdelingen. Dat gold ook voor de huisartsen want 1000 NMG-leden waren afkomstig uit Amsterdam, Rotterdam en Den Haag en 1200 uit kleinere steden; ARA, archief NMG, inv. nr.200, S19-I, 'Verslag verg. DB, 17-8-1918'.

227. Toelichting bij het amendement van de afdeling Rotterdam en mening van onder meer het bestuurslid Rensen (Arnhem), '61e alg. verg. (1910)', 720 en 721.

228. Onder meer: Siemens, 'Aan dr. Catharine van Tussenbroek', 1600.

229. Voorstel a-1 van het HB, '61e alg.verg. (1910)', 1370.

230. Juda, Mijnlieff en Sikkel, 'Rapport voorstel 's-Gravenhage,' 1081.

231. Diehl, 'Aan de specialisten-leden der NMG', 2384.

De 'tweeprocentsregeling' gold ook voor degenen die buiten de NMG om in hun eigen belangenbehartiging hadden voorzien. Ook maakte het niet uit of een specialist de opbrengst van de polikliniek niet zelf ontving of dat hij vond dat de CO hem tegengewerkte.²³² Zij moesten wel betalen voor deze 'onredelijke regeling', maar mochten niet in de voorrechten delen.²³³ Veel specialisten betaalden dan ook niet, zoals bleek uit de bestuursvergaderingen van de CO en de vergaderingen van de Specialistenorganisatie. De Amsterdamse specialisten, die zoveel terechte kritiek hadden op de NMG, betaalden daarentegen keurig op tijd het volle bedrag.

De ANVvMS

In de algemene vergadering van de ANVvMS in 1914 onderstreepte de afgevaardigde uit Rotterdam, dat de CO met haar verplichte bijdrage door specialisten 'een zeer moeilijke kwestie' was.²³⁴ Zij waren helemaal niet aan een ziekenfonds verbonden. De Rotterdamse huisartsen vonden daarentegen dat specialisten dat wel moesten zijn. De afdeling diende een motie in bij de algemene vergadering van de NMG, dat een commissie rapport zou uitbrengen over de positie van specialisten in een ziekenfonds.²³⁵ De vergadering nam de motie aan en nu er toch een commissie was, kon die tegelijkertijd de bijdrage van de specialisten aan de CO in het onderzoek betrekken. Een amendement van de afdeling Amsterdam maakte de opdracht aan deze 'specialistencommissie' nog uitgebreider. Dit was een volledig uitgewerkt voorstel over de oprichting van onderafdelingen van specialisten en een Centrale Vertegenwoordiging van specialisten binnen (!) de NMG.²³⁶

Al vóór de indiening van het amendement hadden de Amsterdamse specialisten hun collega's in de grote steden daarvan op de hoogte gesteld. Deze specialisten waren tevreden met hun eigen specialistenverenigingen, zij hadden bovendien niet om een organisatie binnen de NMG gevraagd.²³⁷ De Haagse specialisten, die het voorstel in het amendement onacceptabel vonden, belegden daarop een vergadering met specialisten uit de andere grotere afdelingen.²³⁸ Men kwam tot de slotsom dat de tijd was gekomen om de ANVvMS te 'reactiveren'.

De Centrale Vertegenwoordiging van specialisten (1915)

Intussen werkte de 'specialistencommissie' van de NMG aan haar opdracht.²³⁹ In haar rapport was derhalve ook een voorstel opgenomen, waarin de instelling van onderafdelingen en een Centrale Vertegenwoordiging van specialisten (CV) was uitgewerkt. In een buitengewone vergadering in 1915 namen de afgevaardigden van de afdelingen dit voorstel aan. Plaatselijke onderafdelingen moesten de CV adviseren. Voortaan konden specialisten via deze onderafdelingen hun belangen kenbaar maken, zonder dat dit op grote organisato-

232. Zoals in Arnhem, waar het geld ter bestrijding van de onkosten in de kas van de polikliniek werd gestort. Deze maatregel werd later weer ingetrokken. ARA, archief NMG, inv. nr.199, S18-I, 'Positie specialisten - ziekenfondsen, 17-1-1915'.

233. Van Veen, 'De Nederlandsche specialisten en de CO', 1964-1965; 'Buitengew. alg. verg. (1915)', 41.

234. '65e alg. verg. (1914)', 1370.

235. *Ibidem*, 1370-1371.

236. 'Buitengew. alg. verg. (1915)', 359-364.

237. Zo waren in Rotterdam in 1916 van de 74 specialisten 55 lid van de vereniging en in Den Haag van de 73 specialisten 64; *Genk. Jrb.* 1916.

238. De Groot, 'Ontstaan van de SO', 1063.

239. De commissie kende het standpunt van de specialisten uit de grote steden.

rische problemen zou stuiten. Het was het begin van een zeer roerige tijd in de artsenorganisatie.

De specialisten onderstreepten dat de instelling van de onderafdelingen helemaal niet in hun belang was. Nu had in het debat daarover in 1915 de hoofdbestuurder-secretaris van de NMG dat inderdaad zelf opgemerkt: '[...] dat die geheele geschiedenis niet gedaan wordt ter wille van de specialisten, maar voor de afdeelingen en de geheele maatschappij'.²⁴⁰ In de praktijk kreeg de oprichting van onderafdelingen dan ook geen enkele ondersteuning van de kant van specialisten. Ook niet van de specialisten uit Amsterdam 'waar de ASV uitstekend voldeed'.²⁴¹

Zo kon ook de CV zich in maar weinig waardering verheugen, zij 'vertegenwoordigde niemand'.²⁴² De organisatie kreeg bovendien niet veel gelegenheid haar bestaan geleidelijk bij de specialisten 'te verdienen'. Zij had in het NMG-beleid slechts een adviserende stem en adviserende stemmen kon het hoofdbestuur naast zich neer leggen.²⁴³

Nu is het ook de vraag of de instelling en opzet van de CV het standpunt van de dissidente specialisten nog kon beïnvloeden. De specialisten brachten hun standpunt over een belangenbehartiging binnen de NMG onder meer via het NTvG naar buiten: wie verwachtte er nu serieus dat specialisten de eigen zeggenschap uit handen zouden geven en overdragen aan de CV en haar onderafdelingen? Op die manier werden zij toch weer volledig afhankelijk gemaakt van de besluiten van hoofdbestuur en algemene vergadering, die de huisartsenbelangen lieten prevaleren? Specialisten vroegen toch niet om een door de NMG georganiseerde belangenbehartiging?²⁴⁴ Zij hadden juist meerdere malen het NMG-bestuur in moties verzocht van verdere pogingen tot organisatie van de specialisten af te zien.²⁴⁵

De Rotterdamse specialisten stuurden ter illustrering van hun klachten een lijst met vier van hun belangrijkste grieven over het NMG-beleid aan het hoofdbestuur:

1e grief: Ziekteverzekeringswetgeving.

Bij de eerste wetsontwerpen had de NMG ook de specialistische voorzieningen bij de regering duidelijk kunnen maken. Zij had dat niet gedaan. Bij de ziektewet van 1911 drong de afdeling Amsterdam in een motie aan op een betere belangenbehartiging. De algemeene vergadering nam de motie niet aan. In het adres aan de regering was weliswaar iets van de belangen van specialisten uiteengezet. Maar het hoofdbestuur had vervolgens slechts vier specialismen noodzakelijk genoemd!

2e grief: De overeenkomst tusschen NMG en de apothekersorganisatie.

Tusschen de beide organisaties was als verdeelsleutel tusschen de honoraria van artsen en apothekers de verhouding 5:3 overeengekomen. De algemeene vergadering verwierp het voorstel en koos voor plaatselijke regelingen. Dat was voor de specialisten een zeer gevaarlijke regeling. In de praktijk verenigden huisartsen en apothekers zich samen tegen de specialisten.

3e grief: De bepaling in de statuten van de afdelingsziekenfondsen dat deelnemers lid van de NMG moesten zijn.

240. Schreve; 'Buitengew. alg. verg. (1915)', 391.

241. De Groot, 'Ontstaan SO', 1065.

242. Ibidem.

243. Hamaker, 'De specialist en de Maatschappij', 1766.

244. Van Anrooy, e.a. (te weten 50 andere specialisten uit Rotterdam), 'De specialisten en de Maatschappij', 3301.

245. De Groot, 'Ontstaan SO', 1065. Voordat de moties met deze strekking werden ingediend hadden de specialisten uit Rotterdam hun standpunt dat onderafdelingen geen nut hadden aan de 'specialistencommissie' kenbaar gemaakt; Schreve, 'Rapport positie specialisten-ziekenfondsen', 1285.

4e grief: Het specialistenrapport [positie specialisten-ziekenfondsen]. Dit was door de algemeene vergadering niet eens behandeld.²⁴⁶

Deze grieven spraken voor zichzelf: de belangen van specialisten werden steeds ondergeschikt gemaakt aan die van de huisartsen. In de grote steden waren de specialisten sterk genoeg, maar elders waren zij geheel afhankelijk van de huisartsen en de wil van ziekenfondsbesturen.²⁴⁶

Het enige gevolg van dit schrijven was dat de Rotterdamse specialisten er nóg een grief bij kregen: het NMG-bestuur maakte de grieven niet openbaar en de specialisten mochten ze ook niet in het *NTvG* publiceren.

De onvrede over de gang van zaken bereikte in 1917/1918 een hoogtepunt. De reacties van de specialisten varieerden van 'er is te weinig overleg' tot 'hef alles maar op'. Veel specialisten uit de grote steden verlieten (tijdelijk) de NMG. In Amsterdam 95 van de 120, in Rotterdam 53 van de 63 en in Den Haag 54 van de 108.²⁴⁷ Deze uittocht was zowel het gevolg van deze onvrede als van een bindend besluit van de ASV in 1918. Dat bepaalde dat het lidmaatschap van de ASV niet verenigbaar was met dat van de NMG.²⁴⁸ Het bleek overigens onnodig door eenzelfde bepaling in het reglement van de CV. Het lidmaatschap van de NMG was evenmin te verenigen met dat van andere vakverenigingen.²⁴⁹

Een enquête onder alle specialisten die de NMG vervolgens over deze materie instelde, was weinig zinvol. Vragen als: bent U van oordeel dat Uw belangen door de NMG voldoende zijn behartigd, wilt U een belangenbehartiging binnen of buiten de NMG en acht U een reorganisatie gewenst, waren niet meer relevant. De algemene vergadering van de ANVvMS riep de leden op zich van de enquête te onthouden,²⁵⁰ omdat deze enquête totaal overbodig was. De mening van de specialisten was nu zo langzamerhand bekend. Als de NMG desondanks nog iets te vragen had, kon zij zich tot de ANVvMS wenden.²⁵¹

Specialisten Organisatie (1918) en Specialisten Commissie (1925)

Zowel de houding van het hoofdbestuur van de NMG als de houding van de specialisten lokte in deze periode veel reacties uit in de algemene vergaderingen en in het *NTvG*. Menig spreker en schrijver twijfelde daarbij aan het voortbestaan van de NMG als een organisatie voor alle geneeskundigen. Weliswaar werd in 1919 een deel van de uitgetreden specialisten opnieuw lid van de NMG,²⁵² dat was echter het gevolg van het opnieuw aan de leden opgelegde verbod van de NMG tevens lid te zijn van andere vakorganisaties.²⁵³ De specialisten stelden ten dele overdreven eisen, zoals de eis dat specialisten het recht moesten hebben in de algemene vergadering genomen besluiten met een veto te kunnen opschorten, wanneer deze nadelig bleken te zijn voor hun belangen. Het gevaar van een scheuring in de NMG was groot. Niet alleen specialistenverenigingen, hele afde-

246. ARA, archief NMG, inv. nr.200, S19-I, 'Specialistenvraagstuk, verg. DB, 1-9-1918'.

247. De Haas, 'De specialisten en de Maatschappij II', 1567.

248. Toen de vergadering dit besluit nam, was slechts eenderde van de Amsterdamse specialisten aanwezig; Benjamins en De Klein, 'De specialisten en de Maatschappij', 1563.

249. Art. 25b van het ontwerp-reglement der CV; De Haas, 'Specialisten en Maatschappij', 1567.

250. Enklaar van Quericke, (secr. van de ANVvMS), 'De specialisten en de Maatschappij', 1258.

251. De Groot, 'Ontstaan SO', 1065.

252. ARA, archief NMG, inv. nr.191, R11 (II), 'De Maatschappij en hare organisaties'.

253. 'Bij den aanvang van het Nieuwe Jaar', 73, Het NMG-lidmaatschap was verplicht voor deelnemers aan de AAZ-fondsen.

lingen dreigden daarmee. Zelfs de vrij kleine afdeling Dordrecht zette het NMG-bestuur onder druk om haar overeenkomst met de ziekenfondsen goed te keuren: 'zoo niet dan zouden wij moeten overwegen [...] met de ziekenfondsen te overleggen het gesloten contract gestand te doen, onafhankelijk van of buiten de Maatschappij om'.²⁵⁴ Het hoofdbestuur moest, wilde het tenminste niet tot een scheuring komen, een volgende reorganisatie aandienen, en ermee instemmen dat de Specialistenorganisatie meer zelfstandigheid kreeg.

Zo werd de CV eind 1918 door de meer zelfstandige Specialisten Organisatie (SO) opgevolgd. Zij werd ondersteund door plaatselijke onderafdelingen.²⁵⁵ In de grote NMG-afdelingen met veel specialisten, werd het daarna minder gespannen rond de belangenbehartiging. De voltallige gemengde afdelingsvergaderingen hoefden voortaan geen ziekenfondszaken meer te behandelen, zodat de leden eindelijk waren verlost van de geschillen tussen huisartsen en specialisten. De plaatselijke specialistenafdeling van de SO en de inmiddels ook opgerichte afdeling van de huisartsen (HO) regelden vanaf 1919 'het ziekenfonds'.²⁵⁶

Toch was ook de SO geen lang leven beschoren en de rust keerde nog niet terug. De 'ingenomenheid met de SO was matig', maar aan de andere kant wilden krachtige onderafdelingen als die van Amsterdam, zich ook niet naar de opvattingen van de SO schikken.²⁵⁷ Een nieuwe reorganisatie kon niet uitblijven en in 1925 verving de Specialisten Commissie de SO. Er bleven echter leden die het niet met het NMG-beleid eens waren, en het NMG-bestuur bleef moeite houden met het delegeren van bevoegdheden. Na de instelling van de Specialisten Commissie volgden nog de nodige reorganisatieplannen waarin het NMG-bestuur steeds weer iets van de zelfstandigheid van de Specialistenorganisatie probeerde af te knabbelen, zo ook in 1930.²⁵⁸ Het bestuur van de Specialistenorganisatie reageerde daarop evenwel met de constatering dat er van een algemene ontevredenheid over het functioneren van de organisatie geen sprake was. De voorstellen van het NMG-bestuur zouden de moeilijkheden binnen de organisatie alleen maar groter maken.²⁵⁹

De Specialistenorganisatie had veel kritiek op het NMG-bestuur. Vooral het als eigenzinnig en onverstandig ervaren optreden irriteerde. Het bestuur had de neiging zaken te regelen die tot de taken van de Specialistenorganisatie behoorden. Het NMG-bestuur had van zijn kant veel kritiek op de specialisten. Bovendien verloren plaatselijke verenigingen volgens het bestuur het zicht op het algemeen belang, zoals de 'onverkwikkelijke zaken' in

254. ARA, archief NMG, inv. nr.152, D12, 'Dordrecht-overeenkomst (1917)'.

255. Begin jaren twintig waren in ongeveer de helft van de zestig NMG-afdelingen, SO-onderafdelingen opgericht.

256. Diehl, 'Aan de specialisten-leden NMG', 2384.

257. Ara, archief NMG, inv. nr.191, R11 (II), 'De Maatschappij en hare organisaties', zie ook aldaar: 'Brief aan prof. Burger, voorzitter NMG, van de secr.-pennnr. Drooglever Fortuyn'.

258. De ASV gaf in een reactie op de plannen van het HB te kennen dat de vereniging geen kandidaten voor de SC wilde opgeven, omdat volgens het reglement van de NMG de invloed van de SC een denkbeeldige werd; ARA, archief NMG, inv. nr.200, S20, 'Brief ASV aan HB, 31-10-1931'.

259. 'Groepsvergadering specialisten (1930)', 2487. Het bestuur van de Specialistenorganisatie stond niet alleen in zijn afwijzing van de voorstellen van het NMG-bestuur. Andere NMG-leden reageerden op soortgelijke wijze. Het was hen niet duidelijk waarom de samenstelling van de HC en SC niet deugde. Zie onder meer: Jonkers, 'Is opnieuw organisatie der Maatschappij gewenst?' 5060-5063; Persenaire, 'Het rapport der cie tot herziening, enz.', 5059-5061.

Amsterdam en Rotterdam bewezen.²⁶⁰ Het bestuur doelde daarmee op de verhouding van de ASV en de universiteitspoliklinieken in Amsterdam en de houding van de specialisten tegenover de (afdelings)fondsen in Rotterdam. Al eerder werd geconcludeerd dat dit standpunt van de NMG niet terecht was. Het NMG-bestuur vond echter dat het wantrouwen van de specialisten nergens op was gebaseerd.²⁶¹ Het bestuur deed wél veel. Het grootste probleem waren de afdelingen; de ervaring leerde dat de afdelingen niets deden.²⁶²

De specialisten in de afdelingen verlegden hun kritiek nu meer naar het functioneren van de Specialistenorganisatie. Ook bij dat bestuur hadden de specialisten de naam eigengereid te zijn. Dat het besturen door die 'eigenschap' er niet eenvoudiger op werd, wordt in het volgende hoofdstuk geïllustreerd.

Tussen 1915 en 1918 stond het *NTvG* bol van de ingezonden stukken over 'de specialisten en de Maatschappij'. Het grote twistpunt uit die jaren – of de belangenbehartiging binnen of buiten de NMG moest worden georganiseerd – was in 1920 over het hoogtepunt heen. Na 1920 werd veel ruimte van het tijdschrift ingenomen door tegenstanders van het verplichte lidmaatschap van de Specialistenorganisatie. Dit verplichte lidmaatschap was gekoppeld aan dat van de NMG. De oppositie daartegen kwam eerst voornamelijk van degenen die weliswaar hun belangenbehartiging niet aan de NMG toevertrouwden, maar zich wel met de NMG verbonden voelden. De koppeling bleef voor bepaalde leden nog jarenlang een struikelblok, maar de tegenstand kwam geleidelijk vanuit een andere hoek. Nu vonden de leden juist dat de artsenorganisatie teveel een vakvereniging was geworden. Men kon zich niet van de Specialistenorganisatie distantieëren, zonder ook gedwongen te worden het lidmaatschap van de NMG op te zeggen.²⁶³

5.3. Besluit

In deze periode van de manifestatie van specialisten kan men hun belangen niet los zien van de NMG, NMG-belangen en NMG-belangenbehartiging. Het NMG-beleid richtte zich bij de materiële belangen voornamelijk op datgene waarvan de grootste dreiging uitging: 'het' ziekenfonds en de ziekenfondswetgeving. Wetgeving dreigde enkele ontwikkelingen te legaliseren die huisartsen voor hun positie als gevaarlijk beschouwden.

In 1902 reageerde de NMG daarop met de instelling van een 'vakbond', een centrale belangenorganisatie voor ziekenfondszaken. Onder invloed van de voortdurende dreiging van een ongunstige wetgeving breidde de NMG haar acties uit. Zij propageerde een eisenpakket dat de organisatie van ziekenfondsen zou 'verbeteren'; 'goede' ziekenfondsen dienden daaraan te voldoen. Vervolgens verbood zij haar leden mee te werken aan 'verboden fondsen' én richtte zij eigen ziekenfondsen op. Mijns inziens verwijderde de NMG zich hiermee te ver van haar doelstelling. Zij koos daarmee voor een conflictmodel in de eigen organisatie – voor conflicten tussen de eigen leden – hetgeen een enigszins vreemd beleid is van een vakorganisatie. De samenvoeging van aanbieder van zorg en verzeke-

260. Koch, 'Herziening reglement', 249.

261. Koch, 'Specialisten en Maatschappij', 1801 en 'Herziening huishoudelijke reglementen', 249; 'Het amendement van de afdeling Amsterdam', deel III van 'Rapport positie specialisten-ziekenfondsen', 1284.

262. ARA, archief NMG, inv. nr.19, 'Notulen HB', (1909).

263. Onder meer: Stigter, 'Waarom ik uit de Maatschappij treed', 1196 en Catharine van Tuss[ch]enbroek, 'De NMG in vakvereniging verkeerd', 1481.

raar van diezelfde zorg, is bovendien niet in het belang van de patiënt. Dat belang zei de NMG zo belangrijk te achten.

Het honoreringsstelsel van ziekenfondsen was gebaseerd op het 'compensatie'-principe via de particuliere tarieven. Voor de aanbieders van de geneeskundige hulp was dat echter, door het grote aantal onvermogens, een probleem. De NMG haalde met haar ziekenfondsbeleid tevens de financiële problematiek van de ziekenfondsen binnen de eigen organisatie. Het uitvoerende beleid, de wijze waarop de afdelingen de ziekenfondshonoraaria gezamenlijk moesten bepalen en verdelen, veroorzaakte bovendien de nodige intercollegiale problemen en de wrevel van in ieder geval een deel van haar leden: de specialisten.

Naast het op ziekenfondsen gefixeerde NMG-beleid, kan men dit beleid kenmerken als een op de belangen van huisartsen gericht beleid. Dit NMG-beleid was geen professioneel beleid, gezien de vormgeving daarvan. Andere grote struikelblokken van dit beleid waren dat het niet aan de interne belangentegenstellingen was geconformeerd, en dat het de belangen van een deel van de leden, de specialisten, vrijwel volledig negeerde. Daardoor was een gezamenlijke belangenbehartiging voor specialisten nog nadeliger. Hun belangen werden ook al weggestemd in de afdelingen en in de algemene vergadering, want daar waren zij in de minderheid. Het hoofdbestuur van de NMG had weinig oog voor deze problemen. De eerste – niet zelfstandige – centrale NMG-organisatie voor de behartiging van specialistenbelangen (de Centrale Vertegenwoordiging van specialisten) kreeg, vanwege de bezwaren van specialisten tegen het NMG-bestuur en het NMG-beleid, geen ondersteuning van de specialisten in de grote steden. Zij hadden inmiddels in hun eigen belangenbehartiging voorzien, zowel plaatselijk als centraal. Door het op vrij grote schaal uittreden van specialisten, werd de NMG eind 1918 gedwongen een nieuwe NMG-belangenorganisatie voor specialisten op te richten. Deze Specialistenorganisatie stond iets losser van het NMG-bestuur en kwam daarmee enigszins tegemoet aan een belangrijke grief van specialisten over het autoritaire optreden van het bestuur.

De belangrijkste taak van de Centrale Vertegenwoordiging van specialisten, was de behartiging van de ziekenfondsbelangen van specialisten. Deze ziekenfondsbelangenbehartiging hield in, dat de reglementen van de AAZ- en andere door de afdelingen geaccepteerde fondsen centraal werden gekeurd. Daarnaast trad deze organisatie op als bemiddelaar in plaatselijke conflicten en als adviseur aan het NMG-bestuur inzake specialistenkwesties.²⁶⁴

'Het' specialistenbelang dat in aanmerking kwam voor een collectieve belangenbehartiging, bleek voornamelijk beperkt tot een ondersteuning tegenover de huisartsen in de afdeling, de regeling van de honorering voor de specialistische hulp in de polikliniek en een vrije toegang tot de polikliniek. Dat laatste was voor specialisten vooral in de beginperiode cruciaal. Een verwijfsbriefje bedreigde de legitimatie van specialisten. Die beruiste immers niet alleen op kennis, maar ook op ervaring. De huisartsen wilden het verwijfsbriefje voor de enige groep waarmee specialisten voldoende ervaring konden opbouwen, de ziekenfondspatiënten. Alle aandacht was daardoor gevestigd op de polikliniek. Daar kwamen de tegenstellingen tussen de diverse geledingen in de NMG aan het licht (zie schema 3).

264. Jaarverslagen van de centrale vertegenwoordiging van specialisten in het NTvG.

Schematisch overzicht 3:
Polikliniek voor armen en minvermogenen (w.o. ziekenfondspatiënten)

Supporters	Belang specialist	Tegenbelangen	Afwerende maatregelen
<i>patiënten:</i> – ‘hogerop’ – alternatief kliniek	– belangrijkste werklocatie – ‘lesmateriaal’ – ‘reclame’ – in principe gehonoreerd (i.t.t kliniek)	<i>hoogleraar:</i> – ‘lesmateriaal’	– toelaten en gratis behandelen van ziekenfondspatiënten
<i>gemeentelijke armenzorg:</i> – alternatief kliniek (veel goedkoper)		<i>huisarts:</i> – ‘leegloop’ praktijk; – aanslag op zijn ‘imago’; – honorering ten koste van de zijne	– verwijsbriefje – weren specialismen uit coll. contracten – geen geld reserveren voor specialistische hulp
		<i>specialist:</i> – specialistenpot niet toereikend – toename specialisten: honorering ten koste van ‘zittende’ specialisten	– eisen opschroeven – niet mee-delen in specialistenpot – weren specialisten uit coll. contracten
		<i>directeur ziekenhuis:</i> – gaat ten koste van ziekenhuispolikliniek	– ‘lobbjen’ tegen polikliniek bij gemeente- en armbestuur

De behartiging van specialistenbelangen liep op tegen vier belangrijke problemen: de tegengestelde belangen van huisartsen (hoogleraren) en specialisten, het specialist-onvriendelijke NMG-beleid, ‘de polikliniek’, en de uiteenlopende belangen van specialisten onderling. Van al deze ontmoedigende factoren bij elkaar zou men een remmende invloed op de ontwikkeling van de specialismen kunnen verwachten. In werkelijkheid was deze ontwikkeling niet te stuiten. In 1920 waren specialisten niet meer uit de gezondheidszorg weg te denken. Hun organiserend systeem verliep moeizaam door de uiteenlopende belangen van specialisten. De actoren in dit proces die tot actie opriepen, waren echter meer de NMG en de huisartsen dan de specialisten.

Deel III: Consolidatie 1920-1941

5 – De specialist: consolidering en reglementering van belangen en bevoegdheid

Inleiding – Specialisten in relatie tot NMG, overheid, ziekenfondsen, vakverenigingen – Ziekenhuizen: de locatie van de specialist – De positie van de specialist – Concurrentie en honoreringsproblemen – De specialistenorganisatie en haar achterban – Bevoegdheid van specialisten

Vóór 1920 berustte de kwalificatie van specialisten vooral op hun bijzondere kennis van een bepaald onderdeel van de geneeskunde en op hun ervaring. De beoordeling van de eigen 'opleiding' mocht weliswaar geen zelf gegeven brevet meer zijn, maar er waren geen algemene regels. De afgrenzing van specialismen was evenmin omschreven, noch van de specialismen onderling noch van de algemene praktijk. In de daaropvolgende periode veranderde dit: een eerste voorbeeld van de afbakening van de specialismen is het overzicht van de verrichtingen van de heelkundige specialismen dat in 1920 op schrift werd gesteld.

1 INLEIDING

De periode tussen 1920 en 1941 was een belangrijke fase in de erkenning en organisatie van het medisch specialistische beroep. In deze periode werd het onderscheid tussen een generalist en een specialist bevestigd en daarmee aanvaardde men tevens een zekere hiërarchie in de uitoefening van de geneeskunde.¹ De status en de bevoegdheden van specialisten werden beter omschreven, maar vooral door hun aparte locatie verwierven zij zich een exclusieve plaats tussen de beroepsgenoten.

Vanaf 1920 werden specialisten 'van officiële zijde' beschouwd als beoefenaren van een zelfstandig beroep. Dit blijkt onder meer uit het ziekenfondswetsontwerp (1920) en uit het onderscheid dat een zo belangrijke instelling als de Rijks Verzekeringsbank (RVB) in 1922 ging maken tussen huisarts en specialist. Deze officiële erkenning kwam daarmee jaren vóór de registratie van specialisten waarmee de NMG de bevoegdheid in 1931 formaliseerde.

In deze inleiding worden achtereenvolgens de invloeden op de positie van de specialist besproken die in de paragrafen van dit hoofdstuk nader worden uitgewerkt. Er zijn verschillende actoren te onderscheiden: specialisten, wetgever, NMG, Specialistenorganisatie, plaatselijke specialistenverenigingen, ziekenhuisbesturen en financiers, zoals zie-

1. Dit begrip is verwant aan het begrip echelonnering.

kenfondsen, ziekenhuisverplegingsverenigingen en Rijks Verzekeringsbank. Van grote betekenis is de ontwikkeling van de ziekenhuizen, de locatie waar de specialist zijn werkterrein krijgt. Behalve de locatie, zijn de financiering, de belangenbehartiging en de regeling van de bevoegdheid centrale thema's. In paragraaf 2 wordt eerst de weg naar het ziekenfondsenbesluit in 1941 beschreven. Paragraaf 3 geeft een overzicht van de uiteenlopende organisatievormen van het ziekenhuis en de speciale positie van de specialist daarin. De invloed van de economische recessie op de arbeidsomstandigheden van de specialist en de financiering van de klinische hulp komen aan de orde in paragraaf 4. In paragraaf 5 staan financiering en honorering van de poliklinische hulp centraal. Paragraaf 6 analyseert de interne problemen van de centrale belangenorganisatie. Paragraaf 7 ten slotte, handelt over de bevoegdheid van specialisten, de motivaties van de beroepsorganisatie voor uitstel en uiteindelijke regulering van die bevoegdheid.

1.1. 'Erkenning' van specialisten

In deze periode veranderde de opstelling van de overheid tegenover specialisten, hetgeen onder meer bleek uit het wetsontwerp ziekenkostenverzekering van 1920 (dit behelsde een uitkering wegens loonderving). Daarin werden specialisten apart genoemd. Bovendien had het een hoofdstuk over de ziekenfondsverzekering en kwam er zicht op een honoreringsregeling voor de klinische specialistische hulp. Door het uitstel van het ziekenfondshoofdstuk in deze wetgeving veranderde er echter tot het ziekenfondsenbesluit in 1941 op honoreringsgebied niet veel voor specialisten. Zoals gezegd, betekende ook dit besluit slechts de wettelijke erkenning dat specialisten moesten worden betaald, want de bestaande regelingen bleven nog gehandhaafd.

In die tussentijd passeerden nog vele wetsontwerpen ziektekostenverzekering (regeling ziekenfonds) de revue. Alle actoren die daarbij belang hadden, brachten hun visie daarop ter kennis van de regering. Behalve de NMG, kwamen er na 1920 meer koepelorganisaties van ziektekostenverzekeraars en van ziekenhuisdirecteuren. Dankzij hun 'officiële' erkenning kon men de specialisten daarbij niet meer negeren. Een ander gevolg van de erkenning was, dat er niet meer aan een formalisering van de bevoegdheid van specialisten was te ontkomen. Daarvoor ontstond er van externe zijde nu toch teveel belangstelling voor die kwestie.

1.2. Veranderingen in de locatie ziekenhuis

Na 1920 werd het duidelijk dat het ziekenhuis een onontbeerlijk werkterrein voor specialisten zou worden. Er kwam een verschuiving op gang van het privé-werkterrein van specialisten in de eigen polikliniek naar een plaats in de organisatie van het ziekenhuis: naar spreekuren in ziekenhuispoliklinieken en behandeling van zaal- en klassepatiënten. Dit werkterrein werd voor specialisten steeds aantrekkelijker. Dat kwam onder meer door de faciliteiten die ziekenhuizen boden.

Het moderne ziekenhuis profiteerde van de geleidelijke vooruitgang op medisch-technologisch terrein. De diagnostiek werd verder ontwikkeld dank zij bijvoorbeeld nieuwe mogelijkheden op het gebied van de röntgendiagnostiek en de uitvinding van de electrocardiografie. In de chirurgie speelden verfijningen in de indicaties tot behandeling en in operatieve technieken een belangrijke rol, met name in de buikchirurgie. Daardoor

werden ingrepen als de maagresectie voor zweren van maag en twaalfvingerige darm – waarbij Nederland een voortrekkersrol vervulde – galwegoperaties en dunne-darmresecties mogelijk. Ook was er een aanzet tot operatieve behandeling van long- en hartafwijkingen. Er trad bovendien een verbetering op in de behandeling van post-operatieve complicaties. Van belang was eveneens de oprichting van bloedtransfusiediensten. De eerste kwam in 1930 in Rotterdam tot stand.²

Door deze ontwikkelingen veranderde het ziekenhuis vrij ingrijpend van functie. Voor huisartsen was in dergelijke moderne ziekenhuizen geen zelfstandige taak meer weggelegd, dat was het specifieke terrein van specialisten.

1.3. Ziektelkostenverzekeraars

Een volgende verandering in deze periode was de plaats van de ziekenfondsen in de samenleving. Het wetsontwerp van 1920 erkende niet alleen de specialisten, maar met de inwerkingtreding van die wet zouden ook ziekenfondsen een erkende status kunnen verwerven. Daarnaast kregen ziekenfondsen een zekere statusverhoging, omdat zij als verzekeraar belangrijker werden. Dat hadden zij vooral te danken aan de toename van het aantal ziekenfondspatiënten, want de bijdrage van de ziekenfondsen in de financiering van de gezondheidszorg bleef beperkt tot de goedkoopste voorzieningen. De klinische zorg, die in deze periode steeds belangrijker en duurder werd, was voor de ziekenfondsen een te groot risico en derhalve geen algemeen ingevoerde ziekenfondsverstrekking. Wel nam het aantal ziekenhuisverplegingsverenigingen sterk toe; zij verzekerden vaak alleen de verpleegkosten.

Desondanks was de specialistische gezondheidszorg voor armen en ziekenfondspatiënten goed toegankelijk. Dat gold echter niet voor de laag-betaalden die niet in een ziekenfonds hoorden, en waarvan een deel qua 'stand' evenmin in een ziekenhuisverplegingsvereniging paste. Zij hadden een inkomen dat net boven het 'minimum' lag, waardoor de kosten derdeklasse voor verpleging en specialisten relatief hoog waren. Dat kwam niet altijd door de hoge rekeningen van specialisten, want het gros van de artsen hield rekening met de inkomensklasse van de patiënt.³ Het probleem was dat men – eenmaal in een ziekenhuis opgenomen – te maken kreeg met een langdurige behandeling én ziekenhuiskosten én eventuele operatiekosten én verscheidene consulten met vaak ook nog meer specialisten.⁴ Polikliniekhulp was minder bezwaarlijk. Deze patiënten konden eventueel ook een maandkaart krijgen. Voor deze lager betaalde beroepsgroepen waren er voor 1920 nog niet veel mogelijkheden zich tegen polikliniek- of ziekenhuiskosten te verzekeren.

Na 1920 veranderde dat. Ten eerste door de groei van de zogenaamde Middenstandsziektelkostenverzekeringen, die onder meer lagere ambtenaren, onderwijzers en kleine zelfstandigen verzekerden.⁵ Vervolgens groeide Centraal Beheer, de verzekeringsinstelling van de Land- en de Tuinbouwonderlinge, uit tot een belangrijke financier van onder meer specialistische hulp.

2. Mededeling Dr. K.-H. Brandt, internist te Arnhem, zie ook: De Moulin, *History of surgery*, 330-340.

3. De specialistenverenigingen in onder andere Amsterdam, Rotterdam en Haarlem hadden tarieven opgesteld naar jaarinkomens. De laagste groep was tot f 3 à 5000 en de hoogste de inkomens boven de f 20.000.

4. Van Zanten, 'Honorarium medische specialisten maatschappelijk gevaar', 196.

5. Het eerste Middenstandsziekenfonds werd in 1915 opgericht: ARA archief NMG, inv. nr.199, S17.

Het was nu ook de tijd van de oprichting van overkoepelende ziekenfondsorganisaties. Het toenemende prestige van ziekenfondsen bevorderde dat een deel van deze organisaties de ideeën over 'goede' ziekenfondsen niet meer uitsluitend baseerde op de belangen van eigen administratie en leden. Diverse organisaties, waaronder de NMG, trachtten in onderling overleg een oplossing te vinden die voor alle betrokken ziekenfondsorganisaties aanvaardbaar was. Dit overleg resulteerde echter niet in een unificatie van het ziekenfondswezen.

1.4. Belangen

De traditionele belangentegenstelling rondom de 'polikliniek', waarover in de vorige hoofdstukken is gesproken, werd aangevuld met nieuwe, aan het ziekenhuis gerelateerde belangentegenstellingen. Het ziekenhuis was sinds 1920 een belangrijk onderwerp van discussie. Specialisten moesten daarbij meer rekening gaan houden met de ziekenhuisdirecteuren en hun Vereeniging van Ziekenhuisdirecteuren.⁶ Die discussies konden hoog oplopen en er waren onderwerpen genoeg, zoals de toegang tot het ziekenhuis, de overeenkomst met het ziekenhuis, de positie van de huisarts in het ziekenhuis, de honorering van klinische hulp en de contracten met ziekenhuisverplegingsverenigingen. Door de twee typen ziekenhuisstructuren die men hanteerde, de zogenoemde open en gesloten ziekenhuizen, werd een conflictbron gecreëerd. Bij de open structuur hadden alle vrijgevestigde specialisten toegang tot het ziekenhuis, terwijl bij de gesloten structuur het ziekenhuis een vaste specialistenstaf had en de andere specialisten geen toegang kregen. Ziekenhuizen streefden op basis van organisatorische argumenten naar een vaste staf. In werkelijkheid blijken er nog andere motieven te zijn geweest, zoals in paragraaf 3 duidelijk wordt. De Specialistenorganisatie pleitte daarentegen voor een vrije specialistenkeuze voor derdeklas ziekenhuispatiënten. Onderlinge concurrentie was gunstig voor de kwaliteit van het werk van specialisten. Bovendien kregen zo de jongeren ook de gelegenheid een zelfstandige praktijk op te bouwen.

Op het gebied van de ziekenfondshonorering en de verdeling daarvan, was er sprake van een zekere handhaving van de *status quo*. Terwijl in de voorgaande periode de hoogte en wijze waarop de honorering werd bepaald, door de specialisten als zeer ongewenst was getypeerd en slechts als overgangssituatie geaccepteerd. De honorering van de klinische hulp was eveneens min of meer een voortzetting van die van de voorafgaande periode. Een deel van de specialisten kreeg een salaris, een deel kreeg een vergoeding via de armenzorg en een klein aantal fondsen betaalde voor specialistische hulp in het ziekenhuis. In dat geval betrof dat veelal alleen honorering van operatieve hulp.⁷ Het nieuwe fenomeen van ziekenhuisverplegingsverenigingen bracht niet veel verbetering. Lang niet iedere specialist kreeg van deze financiers een honorering voor zijn klinische werk.

Ook na 1920 bleef 'het' ziekenfonds veel aandacht vragen. Door de economische problemen namen tevens de 'gewone' problemen met de ziekenfondsen weer toe. Er waren spraakmakende en langdurige conflicten over vaststelling en hoogte van de honorering.

6. De eerste vereniging van geneesheer-directeuren van ziekenhuizen was al in 1901 opgericht: 'Rubriek Binnenland', *NTvG* 24 (1900) II, 148.

7. ARA, archief NMG, inv. nr. 32-1, 'Rapport van de commissies der HC en SC aan HB inz. het opnemen van ziekenhuisverpleging in reglementen AAZ-fondsen'.

Grote specialistenverenigingen in Amsterdam en Den Haag vonden belangrijke plaatselijke ziekenfondsen tegenover zich, respectievelijk de 'AZA' en 'De Volharding'. In kleinere steden ontstonden soortgelijke conflicten en zelfs de redelijke contacten met de RVB en met de spoorwegfondsen kwamen onder druk te staan door de bekibbeling op de honoraria als gevolg van de recessie. Dit was des te nadeliger, omdat andere ziektekostenverzekeraars de tarieven van de RVB en van de spoorwegfondsen als uitgangspunt namen voor de eigen tarieven. Medici vonden dat deze fondsen voor die tarieven bovendien te 'rijke' mensen verzekerden.

'Het' ziekenfonds bleef bovendien een bron van conflict tussen zowel huisartsen en specialisten als specialisten onderling. Voor menig specialist legden ziekenfondspatiënten na 1920 de financiële basis van zijn praktijk. Daardoor werd ook de honoreringskwestie veel belangrijker. Mede door de recessie beschouwde nu zowel huisarts als specialist vrijwel elke patiënt als een noodzakelijke aanwinst voor de praktijk.

Door al deze ontwikkelingen verhardden zich de belangentegenstellingen. Dat had gevolgen voor de onderlinge collegialiteit. Volgens de ongeschreven regels van de collegialiteit behoorde men geen kritiek te geven op elkaars functioneren en mocht men niet de specialistenkeuze van de patiënt beïnvloeden. Nu keerden echter verschillende groepen artsen zich tegen elkaar. Huisartsen verzetten zich nog meer tegen de acceptatie van bepaalde specialismen, hoogleraren – om te beginnen in Amsterdam en Utrecht – kwamen in conflict met specialisten, gevestigde specialisten negeerden de belangen van de nieuwe generatie specialisten, in de ziekenhuizen met een gesloten structuur botsten de belangen van directeur en stafleden met die van specialisten die niet tot het ziekenhuis waren toegelaten.

Vóór 1920 had de NMG weinig aandacht voor de belangenbehartiging van specialisten. Dit verbeterde nadien enigszins, alhoewel de NMG zich niet neutraal tegenover al haar leden opstelde. 'De' specialist was in de drie grote steden gevestigd (zie tabel 18 en bijlage 3, tabel 20a),⁸ maar na 1920 verspreidden ook andere specialisten dan oogartsen, kno-artsen en chirurgen zich naar de 'periferie'. Aan de hand van de casus Friesland signaleerden Japenga en Van der Velden al een grote regionale en lokale differentiatie in de gezondheidszorg. Dit riep spanningen op in de belangenorganisaties, omdat de NMG, de Federatie en de rijksoverheid het stedelijk perspectief als uitgangspunt hanteerden.⁹ Bij de NMG was dat uitgangspunt zelfs nog beperkter. Het belangrijkste referentiekader voor het NMG-beleid was Amsterdam. Eén van de vragen die in dit hoofdstuk wordt beantwoord, is of dit op Amsterdam gerichte beleid nadelig was voor andere specialisten. Specialisten hadden over het algemeen veel kritiek op de NMG en de centraal gevoerde belangenbehartiging. De collectief verzekerden bij de landelijke instellingen hoorden tot het 'onderhandelingsgebied' van de Specialistenorganisatie. Zij had echter bij deze verzekeraars, evenals bij de ziekenfondsen, slechts weinig speelruimte in de onderhandelingen. Men had zich niet voor niets bij een verzekering aangesloten.¹⁰

8. In 1918 waren 1000 NMG-huisartsenleden afkomstig uit Amsterdam, Rotterdam en Den Haag en 1200 uit de rest van het land: ARA, archief NMG, inv. nr.200, S19-I, 'Verslag verg. DB, 17-8-1918'.

9. Japenga en Van der Velden, 'Organisatie en financiering gezondheidszorg', 504.

10. Zie ook: Schut, *Competition in the Dutch health care sector*, 132-137.

De eigen belangenbehartiging van plaatselijke specialisten bleef erg belangrijk, niettegenstaande het iets sterkere optreden van de Specialistenorganisatie. (Pas in 1947 nam de gereorganiseerde Specialistenorganisatie alle onderhandelingen voor haar rekening.) Veel specialisten hadden de indruk dat de Specialistenorganisatie hun belangen niet goed behartigde. Ook konden binnen de groep specialisten de belangen van de 'kleine' specialismen in de verdrukking komen.¹¹ Daardoor ontwikkelde zich in de loop van de jaren twintig nog een nieuwe, niet aan de NMG gebonden, belangenorganisatie. Enkele wetenschappelijke verenigingen stelden commissies van sociale belangen in. Na 1945 kregen alle wetenschappelijke verenigingen een dergelijke commissie.

De financiële moeilijkheden in de periode 1920-1941 brachten de zwakte van een centrale belangenbehartiging duidelijk aan het licht (zie paragraaf 6 van dit hoofdstuk). Om een algemeen, sterk beleid te kunnen voeren, bleek deze organisatie teveel afhankelijk van de houding van plaatselijke specialistenverenigingen en individuele specialisten. Hun opstelling tegenover afspraken, gedragsregels, ziekenfondsen en ziekenhuizen werd in sterke mate beïnvloed door de plaatselijke situatie en door eigenbelang. Dientengevolge zijn er voor vrijwel alle besluiten die de Specialistenorganisatie nam, enkele steden, regio's of stafleden in ziekenhuizen aan te wijzen waar men deze besluiten naast zich neerlegde. Ten slotte waren er dan nog de individuele specialisten die niets uit handen wilden geven, uit 'vrees voor dwang' en uit 'vrees voor de kosten'.¹²

1.5. Bevoegdheid

De reglementering van de bevoegdheid leverde in deze periode een belangrijke bijdrage aan de erkenning van het specialistische beroep. In 1931 besloot de algemene vergadering van de NMG de bevoegdheid te formaliseren van specialisten die aan ziekenfondsen waren verbonden. Specialist die aan bepaalde criteria voldeden, konden zich als specialist laten registreren bij de zogenaamde Specialisten Registratie Commissie (SRC). Naast de SRC kregen de wetenschappelijke verenigingen hierin een taak opgelegd. Niet iedere vereniging was echter al toe aan een dergelijke vermaatschappelijking.

De formalisering gaf meer duidelijkheid over specialisten en specialismen. Het nam een deel van de bestaansreden weg van de achterdocht en wrevel die de collegiale verhoudingen nogal eens vertroebelden. Bij alle hierbovengenoemde ontwikkelingen was de niet-geregelde bevoegdheid een steeds terugkerende storende factor.

2 SPECIALISTEN IN RELATIE TOT NMG, OVERHEID, ZIEKENFONDSEN EN VAK-VERENIGINGEN

Hoofdstuk 4 beschreef de invloed die de op handenzijnde ziekenfondswetgeving had op het optreden van de NMG. Deze wetgeving werd echter steeds uitgesteld. In 1919 zag het er echter rooskleurig uit voor zowel de langverwachte ziekenfonds- en andere sociale wetgeving als voor een overheidssubsidie op dit gebied.

11. Archief Ned.Ver.v.Derm., 'Aan bestuur Ned.ver.v.Dermatologen, van afgevaardigde Nijmeegsche specialistenvereniging, R.I. van Gelder, 8-9-1938'.

12. ARA, archief NMG, inv. nr.191, R11, 'Notulen gecomb. verg. HB-NMG, SO en HO, 27-9-1923'.

2.1. De weg naar het ziekenfondsenbesluit

In 1919 waren alle ingrediënten voor overheidsoptreden aanwezig: gevaar voor ordeverstoring, economische belangen en geld om één en ander te financieren. Sociale maatregelen waren nodig, want het gevaar voor ordeverstoring was beslist niet denkbeeldig. Het revolutiegevaar was in 1918 dan wel afgewend, maar in de omringende landen was het nog zeer onrustig!¹³ De SDAP had niet voor niets zo'n grote aanhang: de partij had de één na grootste fractie.¹⁴ De regering koos alvast voor een nieuw departement voor Arbeid, Handel en Nijverheid, en voor de hervormingsgezinde katholieke politicus Aalberse als minister.¹⁵

Vervolgens waren bepaalde overheidsmaatregelen van economisch belang. Overheids-subsidie voor de ziekenhuiskosten zou bijvoorbeeld zijn vruchten afwerpen nu de behandeling in een ziekenhuis zo was verbeterd dat daar meer zieken genazen. Arbeiders konden dan weer aan het werk en dat spaarde ziekengeld en uitgaven voor steunverlening uit. De economische opleving in 1919 ten slotte, zorgde dat het geld voor subsidies en wetgeving er ook was. De angst dat de arbeiders revolutionair gezind zouden zijn, maakte de jaren 1918-1921 voor de sociale voorzieningen zelfs tot overvloedige jaren. In 1919 nam de Kamer diverse wetten aan die met een rijksbijdrage werden gesubsidieerd. Zo kwamen er een invaliditeitswet, een ouderdomsverzekeringwet, en een arbeidswet, die onder meer de 48-urige werkweek invoerde en arbeid voor kinderen beneden de 14 jaar verbood. In 1920 vermeldde de staatsbegroting een nieuw ontwerp ziekenwet.

Deze wet voorzag in een verzekering tegen de derving van het loon bij ziekte. Tevens kondigde het ontwerp een regeling van het ziekenfondsstelsel aan. De staat zou een deel van de kosten van ziekenfondsen subsidiëren¹⁶, hetgeen een belangrijke bijdrage was aan de oplossing van het financieringsprobleem. Een groot probleem van ziekenfondsen was immers de wanverhouding tussen de reële kosten van de gezondheidszorgvoorzieningen en de financiële draagkracht van de verzekerden. Het vooruitzicht op deze overheidssubsidie was echter van korte duur. Het wetsontwerp bracht het niet verder dan een Voorlopig Verslag. Bij de staatsbegroting over 1922 bleek dat de 'toestand van 's lands financiën' dit verhinderde.¹⁷ De ziekenfondswetgeving verdween echter niet uit de belangstelling. Tot 1941 hield zowel de Tweede Kamer als maatschappelijke organisaties zich intensief bezig met het ziekenfondswezen.

De wijzigingsnota op de wet regeling ziekenverzorging (1925) was minder volledig. Tengevolge van de financiële problemen van de overheid waren in deze nota onder meer de gesubsidieerde ziekenhuisverpleging geschrapt en de minimumhonoraria van mede-

13. Een groot deel van Europa was na 1918 in de ban van revolutie en sociale onrust, bijvoorbeeld de burgeroorlog in Rusland (1918-1919), stakingsgolf van mijnwerkers in Engeland (1919-1922), de Spartacus-opstand in Berlijn (1919; waarbij de communistische leiders Rosa Luxemburg en Karl Liebknecht werden vermoord) gevolgd door andere politieke moorden, onrust in de Balkanlanden, Grieks-Turkse oorlog (1920-1922) et cetera.

14. Schöffers, 'Nederlandse confessionele partijen', 212.

15. Aalberse was erg betrokken bij de vakbeweging, als deze tenminste onder kerkelijke leiding stond. Hij publiceerde veel politieke en sociaal-economische artikelen en bekleedde onder meer functies in het RK-Vakbureau, het Centraal Bureau en Katholieke Sociale Actie, Charité, *Biografisch woordenboek van Nederland* I, 2-3; Lietaert Peerbolte, 'Volksgezondheid', 107-164.

16. *Handelingen 1919-1920*, Bijlagen, 531.1-2 en Memorie van Toelichting, 531.3.

17. *Handelingen 1921-1922*, Staatsbegroting 1922, Memorie van Antwoord, Bijlage A, hfst. XA, nr 9, 7-8.

werkers. Deze nota was de eerste in een hele reeks. In 1930 trad een gewijzigde ziekwet in werking, maar niet het daarbij behorende artikel over het ziekenfonds.¹⁸ De Tweede Kamercommissie die het ziekenfondsdeel van het ontwerp had beoordeeld, vond een ziekenfondswet niet zo noodzakelijk. De ziekenfondsen werkten immers over het algemeen goed?¹⁹ Alleen de afgevaardigden van de SDAP verzetten zich daartegen.²⁰ Zonder wetgeving kwam er ook geen werkgeversbijdrage voor de geneeskundige behandeling van de verzekerden.²¹

Door de diepe recessie was inmiddels de kans op een staatsbijdrage verkeken. De betrokken minister achtte in 1932 de regeling van het ziekenfondswezen zelfs te luxueus.²² Desondanks werden nog diverse nota's van wijziging en nieuwe wetsontwerpen ingediend (zie bijlage 1). De Kamer nam geen van deze ontwerpen aan. Het uitstel van de ziekenfondswetgeving had geen gevolgen voor de poliklinische en klinische hulp van ziekenfondsverzekerden. Dat had het wel voor de gemeenten. Zij moesten steeds meer betalen aan ziekenhuiskosten van onvermogenen, terwijl de langdurige recessie toch al zo'n grote aanslag op de begroting deed. Bovendien kwamen er daardoor veel meer burgers die zelf de klinische hulp niet meer konden betalen.

Specialisten waren eveneens de dupe van het uitblijven van de ziekenfondswet. Zonder wetgeving waren werkgevers niet verplicht een bijdrage in de premie te leveren. De opbrengsten van de contributie alleen waren niet voldoende om zowel de poliklinische als de klinische hulp volledig te vergoeden. Bovendien gaf het uitblijven van wetgeving de ziekenfondsorganisaties een excuus om de regeling van de honorering voor zich uit te schuiven. Zij koppelden honorering aan wetgeving.

In 1941 kon onder druk van de Duitse bezetter uiteindelijk het ziekenfondsenbesluit worden ingevoerd.²³ In principe zou ook de klinische hulp worden gehonoreerd. Vooralsnog werd echter de bestaande situatie geprolongeerd. De honorering van de klinische hulp aan armenzorgpatiënten veranderde eveneens. Voor de klinische hulp aan armlastige patiënten konden specialisten een rekening indienen bij de gemeentelijke armenzorg.²⁴ De plaatselijke verdeling van de honoraria werd eenvoudiger door een verplichte bijdrage van werkgevers. De grote verscheidenheid bleef echter bestaan, zowel wat de hoogte van de vergoedingen betreft als de wijze van honorering: specialistenpot, abonnementsstelsel, betaling per verrichting en allerlei combinaties (zie bijlage 6a).²⁵ Volgens de specialisten droeg de ziekenfondshonorering nog steeds een charitatief karakter. De hoogte van een deel van de tarieven en de instandhouding van de specialis-

18. Art. 48 der ziekwet had betrekking op ziekenfonds en ziekenfondsvoorzieningen, art. 124 regelde de werkgeversbijdrage, *Handelingen*, 1929-1930, Xe hfst, Voorl. Versl. no.7, Bijlage A; Rijksbegroting 1930 en Memorie van Antwoord, no.8, 17-18.

19. Van der Hoeven, *Voor elkaar*, 138.

20. Duys en Schaper, onder meer: *Handelingen 1921-1922*, II, Staatsbegroting 1922, blz. 1366, 2-2-1922.

21. *Handelingen 1929-1930*, Bijlage A, Xe hfst, Voorl. Verslag, no.7, p.12 en Memorie van Antwoord, no.8, p.18.

22. Van der Hoeven, *Voor elkaar*, 140.

23. Zie voor een uitgebreide beschrijving van deze pogingen tot een ziekenfondswetgeving te komen en de reacties van de belanghebbenden daarop: Van der Hoeven, *Voor elkaar*, en *Ziekenfondsen en Duitse bezetting*.

24. Het aantal patiënten ten koste van de armenzorg nam drastisch af. In Arnhem werden bijvoorbeeld in 1946 slechts 43 patiënten opgenomen die ten laste kwamen van het Arnhemse ziekenhuisverplegingsfonds, waarin niet was voorzien in specialistische hulp; Verslag gemeenteraad Arnhem over 1946, 165.

25. *Resultaat onderzoek systemen van honorering der specialisten* (1943).

tenpot, maken het inderdaad aannemelijk dat de ziekenfondshonorering de status van 'solidariteitstarief' nog niet was ontgroeid.

De regering zette met het ziekenfondsenbesluit een belangrijke stap in de richting van een steeds grotere betrokkenheid bij de gezondheidszorgvoorzieningen. Bij de voorzieningen die voor deze studie van belang zijn, was tussen 1920 en 1941 de inbreng van de rijksoverheid in het daadwerkelijke beleid nog beperkt. De acties bleven steken in het vragen van advies aan bijvoorbeeld hoogleraren, Gezondheidsraad of aan speciaal ingestelde commissies. Bij de uitgebrachte adviezen en rapporten handelde zij vervolgens alsof de adviezen en rapporten het einddoel van het regeringsoptreden waren: er gebeurde niets meer mee. De belanghebbenden wisten dat natuurlijk niet, zij kwamen steeds opnieuw in actie.

In 1941 was de situatie wezenlijk anders dan in 1920. Dat gold zowel voor de specialisten zelf als voor de belangrijkste co-actoren op het gebied van de gezondheidszorg. Het ziekenfondsenbesluit maakte van de ziekenfondsen 'legitieme' tegenspelers van de specialisten. De overkoepelende organisaties van ziekenhuizen waren voor 1940 erg verzuild, met bonden van diaconessen, gereformeerden, katholieken en neutralen. Na 1940 verbreedde dit zich door de oprichting van de Federatie van ziekenhuisverenigingen, in 1941 gevolgd door de centrale vereniging 'Het Ziekenhuiswezen'.²⁶

De ziekenfondswetgeving, en het steeds weer uitstellen daarvan, is door vroegere auteurs op verschillende wijzen geïnterpreteerd. Querido wees twee oorzaken aan, de economische crises en de afkeer van staatsbemoeiing die op de verzuiling in de gezondheidszorg was gegrondvest.²⁷ Volgens Juffermans leek de periodiek oplaaiende strijd tussen de artsen en ziekenfondsen de wetsvorming te vertragen. Hij ziet echter de economische recessies en (in de jaren dertig) politieke onwil als de doorslaggevendende oorzaken van dat uitstel.²⁸ Van der Hoeven beschrijft hoe vooral kabinetswisselingen en economische crises wetgeving uitstelden. Hij komt tot de conclusie dat de strijd om de macht bij het ziekenfonds lijkt te zijn beslist in het voordeel van de artsen.²⁹ Jaspers ziet de NMG als hoofdschuldige van de vertraging. Hij concludeert dat de NMG het machtsoverwicht behield door coalitievorming; zo slaagde de NMG erin de wettelijke regeling tot 1941 te vertragen.³⁰

Mijns inziens streefde de NMG inderdaad naar een zo gunstig mogelijke uitgangscasu quo machtspositie. Maar dat deden de andere ziekenfondsorganisaties eveneens; de tegenkracht van die ziekenfondsorganisaties moet niet worden onderschat (zie 2.3.).

2.2. Uitzicht op verbetering van de positie van specialisten en ziekenfondsen

Voor specialisten betekende het wetsontwerp van 1920 een doorbraak. De voorgestelde overheidssubsidie van f 10.000 voor het ziekenfondswezen was een belangrijke onder-

26. Beide organisaties gingen in 1947 op in 'Het Nederlandse Ziekenhuiswezen'. In 1966 voegde zich daar de katholieke organisatie bij en werd de Nationale Ziekenhuis Raad opgericht; Drogendijk, *Het protestants-christelijk ziekenhuis in Nederland*, 49.

27. Querido, *Een eeuw staatstoezicht op de volksgezondheid*, 240-241.

28. Juffermans, *Staat en gezondheidszorg*, 128.

29. Van der Hoeven, *Om de macht bij het fonds*, 477.

30. Jaspers, *Het medisch circuit*, 162.

steuning. Het ontwerp noemde voor het eerst het werk van specialisten als zelfstandig deel van de doktershulp, en bepaalde bovendien dat ziekenfondsen die hulp verzekerden. Specialisten zouden daarvoor een vergoeding ontvangen. Daarmee werden specialisten 'eindelijk' van overheidswege erkend, hetgeen een belangrijke stap was op weg naar hun volledige emancipatie.

De wetgever zou voor de geneeskundige hulp nog nadere eisen opstellen, maar de hulp diende in ieder geval zo deugdelijk en ruim mogelijk te zijn. Naast geneeskundige hulp door huisartsen en specialisten moest ook ziekenhuisverpleging kunnen worden voorgeschreven.³¹ De wetgever vond dat bij een abonnementstelsel het 'bijzondere karakter van de hulp' niet tot zijn recht zou komen.³² Specialisten zouden een honorering per verrichting krijgen, waarvoor de overheid nog tarieven zou vaststellen. Het wetsontwerp was niet helemaal duidelijk over de kosten van de klinische hulp. Volgens de Specialistenorganisatie bedoelde de regering dat de ziekenhuiskosten in het ziekenfondspakket hoorden.³³

In het verlengde van erkenning en honorering lag een legitimering van het optreden van specialisten. Ook de wetgever leek vóór de instelling van de Specialistenregistratie steeds uit te gaan van het 'te goeder naam en faam bekend staan'. Dat was vaag en bij nadere beschouwing bedoelde de wetgever daarmee niet de bevoegdheid van specialisten. Deze kwalificatie was nodig, omdat de ziekenfondswetgeving anders geen vrije artsenuitvoering kon voorschrijven. De wet kon niet verlangen dat een fonds iedereen maar moest aannemen: 'Freudiaan, afdrijver, dronkaard, neomaltusiaan'.³⁴ Het ontbreken van nadere aanduidingen over de bevoegdheid van specialisten in de wetgeving, wilde overigens niet zeggen dat de overheid geen belangstelling had voor deze kwestie (zie paragraaf 6 van dit hoofdstuk).

Door de ziekenfondswetgeving zou eveneens het imago van het ziekenfondsstelsel verbeteren. Behalve de maatschappelijke en politieke erkenning die daaraan ten grondslag lag, zouden de ziekenfondsen 'betrouwbaarder' worden. Hun statuten moesten voldoen aan bepaalde eisen (die de wetgever nog moest opstellen).³⁵ Ten slotte verbeterde wetgeving de positie van de ziekenfondsorganisaties. Evenals de artsen zouden zij daarmee een legitieme en monopolistische positie krijgen, als verplichte 'tussenpersoon' tussen verzekerden en artsen.

Al deze officiële aandacht voor het ziekenfondsstelsel prikkelde de belanghebbenden op dit gebied tot acties, zoals adressen aan de regering, de vorming van overkoepelende organisaties, onderling overleg en voorstellen tot verbetering van het stelsel. En elke belanghebbende groep wenste dat de wet zoveel mogelijk de eigen identiteit en belangen zou erkennen en beschermen.³⁶

31. 'Ontwerp van wet tot regeling der ziekenverzorging', *Handelingen 1919-1920*, Bijlagen, 531.1-2 en Memorie van Toelichting 513.3. Zie voor een bespreking door de specialisten van het wetsontwerp 'Kort verslag alg. verg. SO (okt. 1920)', 791-808.

32. *Ibidem*, nr.531.1-2, art. 14, *Ibidem*, Toelichting artikelen, nr.531.3, art. 14.

33. In art. 9 over de omvang der geneeskundige hulp werd niet gesproken over de behandeling in ziekenhuizen, wel over ziekenhuisverpleging; *Handelingen 1919-1920*, Bijlagen, nr.531-3.

34. Navis, 'Vrije artsenuitvoering', 1125.

35. *Handelingen 1919-1920*, Bijlagen, nr.531.1-2, art. 1 en 2.

36. *Aan: de Tweede Kamer der Staten Generaal, Betreffende het ontwerp ziekenfondswet 1930, Van: Bond van Rotterdamse, van Amsterdamsche en van Haagsche ziekenfondsen (Z.p. 1931) 6.*

Vanaf 1920 lokte elk nieuw wetsontwerp tot wijziging der ziekenwet tal van adressen aan de regering uit. Veel meer dan bij de eerste wetsontwerpen.³⁷ Zo ontving de Tweede Kamer in 1927 32 adressen naar aanleiding van het in dat jaar behandelde wetsontwerp. Deze adressen waren afkomstig van twaalf plaatselijke ziekenfondsen, negen werkgeversverenigingen, vier vakverenigingen, vijf Kamers van Koophandel, een ziekenverplegingsvereniging en een verpleeg(st)ersvereniging.³⁸ Dergelijke adressen bepleitten veelal volkomen tegenovergestelde maatregelen. De NMG richtte zich bijvoorbeeld tot de minister om te pleiten voor een vrije artsenkeuze in de ziekenhuizen. In een adres aan de Tweede Kamer vroeg de Federatie van Onderlinge Ziekenfondsen daarentegen om dat niet bij wet te verplichten. Werkgevers waren verontrust door de financiële consequenties van de wetgeving. Verwijzend naar de recessie vroegen zij om opschorting van de verplichte werkgeversbijdrage.³⁹

2.3. De vakverenigingen: pogingen tot pacificatie en unificatie van het ziekenfondswezen

Aangemoedigd door de reeks wetsontwerpen kregen nu ook de centrale vakverenigingen belangstelling voor het ziekenfondswezen. Hiertoe behoorde onder meer het Rooms-katholiek Werklieden Verbond (RKWV), dat in 1925 uit de Federatie der Diocesane RK-Bonden en het RK-Vakbureau was voortgekomen. Veel plaatselijke ziekenfondsen hadden al een zekere binding met een vakvereniging, zoals in hoofdstuk 3 werd opgemerkt. Zo beheerden sinds het begin van de eeuw 42 plaatselijke Diocesane Werklieden Bonden eigen ziekenfondsen.⁴⁰ Centralisatie maakte de ziekenfondsen niet alleen sterker tegenover de NMG, maar was ook belangrijk om de wetgever te kunnen overtuigen van de eigen visie op het ziekenfondswezen. Katholieke organisaties hadden het centralisatie-‘wapen’ ook nodig in hun strijd tegen het neo-malthusianisme, het ‘verfoeide uitvloeisel van de modernisering’.⁴¹ Om die ideeën in de kiem te kunnen smoren, was de houding van ziekenfondsartsen cruciaal. De fondsen mochten daarom alleen katholieke artsen toelaten. In externe betrekkingen over de vrije artsenkeuze konden het RKWV en de plaatselijke katholieke ziekenfondsen desondanks geen algemeen geldende opvattingen verdedigen. Het RKWV propageerde dat het ‘in principe’ de vrije artsenkeuze aanvaardde, terwijl veel plaatselijke ziekenfondsen zich daartegen verzetten.⁴²

Bij nader inzien, was het ‘principe’ van het RKWV geen echte vrije artsenkeuze. Omdat er nog niet zoveel katholieke specialisten waren, liep een zieke bij opname in een ziekenhuis de kans onder behandeling te komen van een niet-katholiek specialist. De vrije artsenkeuze waarborgde dat de RK-moraal geen geweld werd aangedaan: nu kon de

37. Zo werden er in 1907 drie adressen betreffende het wetsontwerp ziekenverzekering ingezonden. Van de Ned. Ver. tot afschaffing van alcoholhoudende dranken, de AZA en de vereniging ‘Ziekenzorg Amsterdamsche Genees-, Heel- en Verloskundige hulp’. In 1920 vier: het ‘Zieken- en Pensioenfondsen voor Enschede en Lonneker te Enschede’, de belangenvereniging van verpleegsters ‘Nosokomos’ reageerde met een adres evenals de ‘Federatie van het Ziekenfondswezen’ en de Amsterdamsche Ver. van Ziekenfondsgeneesheeren; ARA, toegangsnr. 2.02.08, inv. nrs. 1231, 1232, 1362, 1435, 1436 en 1437.

38. *Handelingen 1927-1928*, Register, adressen aan de Tweede Kamer naar aanleiding van het wetsontwerp tot wijziging der ziekwet.

39. ARA, toegangsnr. 2.02.08, 1362.

40. Van Rijen, *Bossche Werklieden Bond*, 158.

41. Roes, c.a., *Katholieke arbeidersbeweging*, 63.

42. ‘Groepsvergadering specialisten (dec.1938)’, 720.

eigen RK-huisarts de zieke in het ziekenhuis behandelen.⁴³ Vooral in Limburg en Brabant waren de ziekenfondsen tegen deze 'vrije' artsenkeuze van het RKWV. Daar was geen gebrek aan katholieke specialisten, zodat men daar alleen met die specialisten een overeenkomst kon sluiten.⁴⁴

Om de belangen van de plaatselijke ziekenfondsen beter te kunnen behartigen, stichtte het RKWV in 1928 de Bond van RK-ziekenfondsen.⁴⁵ Vanaf die tijd ging ook het RKWV zich beijveren voor de oprichting van eigen ziekenfondsen. Aan het eind van de jaren twintig waren er aldus drie belangrijke ziekenfondscentrales: de NMG, de Federatie en de Bond van RK-ziekenfondsen. Voor centraal overleg had de NMG zowel met de Bond van RK-ziekenfondsen als met het RKWV van doen.⁴⁶ De NMG ging zover in haar ijver de Katholieke Bond als 'bondgenoot' te krijgen, dat zij met het RKWV in 1928 een vergaande overeenkomst sloot met voorschriften voor niet-katholieke geneesheren tegenover katholieke patiënten. Mijns inziens is dat een zwarte bladzijde in de geschiedenis van de NMG (zie hiervoor bijlage 5). Behalve het RKWV toonden de algemene vakvereniging, de NVV, en de christelijke, het CNV, eveneens meer belangstelling voor het ziekenfondswezen. In 1929 besloot de overkoepelende organisatie van de onderlinge ziekenfondsen, de Federatie, tot samenwerking met de vakverenigingen. Dankzij het actieve optreden van de vakverenigingen, verdubbelde het aantal bij de Federatie aangesloten ziekenfondsen in twee jaar tijd.⁴⁷

Deze unificatiepoging van niet-geheel gelijkgezinde partijen was niet de eerste. Sinds het begin van de jaren twintig ondernamen de betrokkenen serieuze pogingen om tot unificatie van het ziekenfondswezen te komen. Een belangrijke voorwaarde voor het slagen daarvan was niet alleen het in gesprek komen van de diverse belanghebbenden, maar vooral in hoeverre het uitwisselen van informatie kon uitgroeien tot een dialoog. De vakverenigingen, het NVV en wat later ook de CNV, speelden daarin een initiërende en intermediaire rol. Hun vertegenwoordigers hadden in het overleg een open oog voor de aanspraken van de diverse betrokkenen. Deze constructieve houding van de vakverenigingen zal zeker zijn beïnvloed door de bij de 'zuilen' bereikte pacificatie.⁴⁸ Daarbij kunnen ook de opkomende ideeën over een corporatistisch staatsbestel hebben meegeïnvloed.

Alle actoren op het ziekenfondsgebied waren het erover eens dat unificatie van het ziekenfondswezen een eerste vereiste was voor een goede ziekenfondsvoorziening. In 1922 nam de NMG het initiatief tot besprekingen daarover met de andere organisaties.⁴⁹ Dat de artsen dit initiatief namen, en daarvoor het NVV benaderden, was minder vreemd dan men zou kunnen denken. Afgevaardigden van beide organisaties hadden al

43. Ook de Kath. Staatspartij was uit deze overwegingen voor een vrije-artsenkeuze in ziekenhuizen, waarbij men dan vooral een vrije-huisartsenkeuze in het ziekenhuis op het oog had.

44. Onder meer Stekhoven, 'Vrije artsenkeuze', 1127; 'Jaarverslag SC 1927', 1271.

45. De Bond startte met 22 fondsen: Van Rijen, *Bossche Werklieden Bond*, 158.

46. *Ibidem*, 158-159.

47. Van der Hoeven, *Voor elkaar*, 131-132.

48. De organisatorische kaders en instituties, vanuit confessionele en socialistische ideeën en motieven opgebouwd, groeiden uit tot gecentraliseerde organisaties die zoveel mogelijk alle levensterreinen bestreken. Bij de 'onderwijsstrijd' in 1917 was er voor het eerst van pacificatie tussen deze zuilen sprake, met de erkenning van elkaars rechten en aanspraken: Duffhues, Felling en Roos, *Bewegende patronen*, 22.

49. Van der Hoeven, *Voor elkaar*, 102.

de gelegenheid gehad uitvoerig met elkaar van gedachten te wisselen over het ziekenfondsstelsel.⁵⁰ Beide partijen waren vertegenwoordigd in de commissie ter voorbereiding van de ziektekostenverzekering, die door de regering in 1919 was ingesteld.

Na het eerste gesprek nam de NVV het initiatief over van de NMG⁵¹ en daarbij betrok zij tevens de andere vakcentrales. De Federatie wilde niet aan de kant blijven staan en sloot zich eveneens aan bij het overleg.⁵² De besprekingen verliepen in goede harmonie, zodat in 1925 de ziekenfondsproblematiek dicht bij een oplossing leek. Een commissie, waarin alle betrokken partijen waren vertegenwoordigd, bracht een rapport uit over bestuur, inrichting, verstrekkingen, verwijsbriefje, 'verlengkaarten' en honorering.⁵³ In dit zogenaamde 'unificatierapport' had men zelfs een compromis gevonden voor de bestuursamenstelling van de ziekenfondsen en de vrije artsenkeuze.⁵⁴

Het rapport wijdde een afzonderlijk hoofdstuk aan de specialistische hulp. De commissie vond het dringend gewenst dat er een verbetering kwam in de 'toestand waarin tekort werd gedaan aan de rechtmatige belangen van specialisten ten aanzien van hun honorerings'.⁵⁵ Een verwijsbriefje was echter wel nodig om misbruik van de specialistische hulp te voorkomen. De gehonoreerde poliklinische, consultatieve en klinische specialistische hulp zou de volgende specialismen moeten omvatten: (1) chirurgie, inclusief orthopedie, urologie; (2) interne geneeskunde, inclusief ingewands-, stofwisselings-, hart- en longziekten; (3) verloskunde en vrouwenziekten; (4) zenuw- en zielsziekten; (5) oogziekten; (6) oor-, keel- en neusziekten; (7) huid- en geslachtsziekten; (8) kinderziekten; (9) laboratoriumwetenschap; (10) röntgendiagnostiek, en (11) fysische therapie (voor zover aanwezig).⁵⁶

Eén van de redenen dat de samenwerking toch afketste, was het in 1925 hoogoploeiende conflict tussen de Haagse specialisten en het Federatiefonds 'De Volharding'. De Bond van Haagsche Medische Specialisten, die naar aanleiding van dat conflict was opgericht⁵⁷, besloot de leden van 'De Volharding' alleen nog maar te behandelen voor een tarief van twee gulden per poliklinisch consult.⁵⁸

Het diepgeworteld wantrouwen tussen artsen en ziekenfondsorganisaties smoorde ook in de daaropvolgende jaren diverse hoopgevende initiatieven. Bemiddelingspogingen van

50. In de staatscommissie die in 1919 de ziekenwet had voorbereid, zat onder meer een vertegenwoordiger van de Specialistenorganisatie (Brongersma) en een vertegenwoordiger van de vakvereniging NVV (Kupers).

51. *Unificatierapport*, 3.

52. Van der Hoeven, *Voor elkaar*, 103.

53. De commissie, samengesteld uit leden van alle (inmiddels negen) bij het overleg betrokken organisaties, kwam tot overeenstemming en bracht in 1925 een unificatierapport uit. Een deel van de door hen vertegenwoordigde organisaties wilde echter eerst bepaalde garanties alvorens zij verdere medewerking wilde verlenen; Van der Hoeven, *Voor elkaar*, 104-110.

54. De commissie was van mening dat de meerderheid van het bestuur uit leden van het fonds diende te bestaan, maar dat de mogelijkheid moest worden opengelaten dat ook deelnemers werden opgenomen. De commissie vond vervolgens dat de aanstelling van eigen geneesheren beperkt diende te blijven; *Unificatierapport*, 48-49.

55. *Ibidem*, 24.

56. *Ibidem*, 25-27.

57. De Flines, 'Specialistenpoliklinieken te 's-Gravenhage, (II)', 2313.

58. Gemeentearchief Den Haag, Archief van de Vereniging Algemeene Haagsche Polikliniek 1873-1973 (1975), inv.nr. 269, nr.11, 'Jaarverslagen 1925-1945, 1925, 5-8'. Zie verder voor reacties op het gebeuren bij De Volharding en de problemen die vervolgens tussen NMG en een deel van de Haagse specialisten en specialisten onderling ontstonden: *NTvG* jrg. 1925.

vakcentrales en regering liepen op niets uit.⁵⁹ Behalve de vrije artsenkeuze was ook de bestuursamenstelling een obstakel in de onderhandelingen. De bestuursamenstelling die de NMG wenste (een bestuur dat uit een meerderheid van artsen was samengesteld), bleef voor Federatie en Bond van RK-Ziekenfondsen een moeilijk probleem. De leden dienden immers de ziekenfondsen te besturen. De katholieke arbeidersbeweging beriep zich hiervoor op de leus van Schaepman: 'Wat ge voor den arbeider doet, doet dat ook door den arbeider.'⁶⁰ Artsen vonden daarentegen dat de onderlinge ziekenfondsen en de vakverenigingen zich bemoeiden met zaken waarmee zij niets hadden te maken. Zij waren bevreesd dat door een soepeler houding hun persoonlijke vrijheid in gevaar kwam.⁶¹

De Federatie had ook de nodige kritiek op de NMG. Waarop baseerde de NMG haar kritiek op 'directie'-ziekenfondsen eigenlijk, dat waren ze zelf toch ook?⁶² Voorzitter Metman van het Federatiefonds 'De Volharding' verwierp eveneens de klacht van de NMG over de geldverspilling van andere dan NMG-ziekenfondsen. Onderscheidde ziekenfondsen met dokters en apothekers in het bestuur zich nu werkelijk in een grotere doelmatigheid en zuinigheid of betere organisatie?⁶³ Kón dat wel worden aangetoond?⁶⁴

Het onderlinge wantrouwen tussen Federatie en NMG maakt het overigens twijfelachtig of de samenwerking wél tot stand was gekomen, indien deze obstakels waren opgelost. Naar het zich laat aanzien waren er dan zeker andere problemen aan de orde gesteld. Niet alleen voor de NMG was samenwerking moeilijk, dat was het eveneens voor de Federatie en in wat mindere mate voor de Bond van RK-Ziekenfondsen. De NMG- en doktersziekenfondsen hadden nu eenmaal 'niet het volle vertrouwen in de arbeiderswereld'.⁶⁵

Bij het mislukken van de onderhandelingen beschuldigten beide partijen elkaar van conservatisme. Ziekenfondsbestuurders zeiden dat de arts in zijn houding tegenover de arbeidersklasse niet met zijn tijd was meegegaan.⁶⁶ Daarentegen moesten artsen, en met name de specialisten, nog steeds accepteren dat de ziekenfondsen voor de honorering van hun klinische werkzaamheden evenzeer conservatieve principes hanteerden. De ziekenfondsen beriepen zich daarbij op overmacht en stelden dat een goede honorering vanzelfsprekend zou worden geregeld, zodra door de wetgeving de financiële problemen zouden zijn opgelost; maar intussen veranderde er niets.

Het overleg werd door de ziekenfondsorganisaties en de vakbeweging met wisselende partners gevoerd. Alhoewel vrijwel alle partners bij tijd en wijle ruzie met elkaar kregen, vormde het wantrouwen tussen de twee 'aartsvijanden' NMG en Federatie het grootste

59. *Handelingen 1933-1934*, I, Bijlagen A, hfst. XA, nr.7, Memorie van Antwoord, I, blz. 346 en 349.

60. Van Rijen, *Bossche Werklieden Bond*, 158.

61. Van der Hoeven, *Voor elkaar*, 178.

62. [Z.a.], *Ziekenfondswezen en de Landelijke Federatie*, 12.

63. Metman, *Handen af! van onze ziekenfondsen*, 6.

64. Na 1945 bleek overigens dat de waarschuwingen van de artsen over geldverspilling wel een bestaansgrond kunnen hebben gehad. De Ziekenfondsraad maakte in 1949 bezwaar tegen de 'opmerkelijke salarisverhogingen' die een aantal fondsen na 1945 aan leidinggevende functionarissen had toegekend. De fondsen betaalden bovendien boven de salarissen nog toelagen, gratificaties, provisies en andere emolumenten. Daarnaast gingen veel arbeidsuren verloren. Bij een juiste werkwijze zou volgens de Ziekenfondsraad tien procent van het aantal personeelsleden kunnen worden uitgespaard: *Jaarverslag Ziekenfondsraad 1949*, 34-37.

65. Van Rijen, *Bossche Werklieden Bond*, 158.

66. Metman, *Handen af! van onze ziekenfondsen*, 7; Van der Hoeven, *Voor elkaar*, 143.

struikelblok. Zij kwamen daardoor in een patstelling terecht, waardoor hun ideeën over 'goede' en 'slechte' ziekenfondsen werden uitvergroot. Door de slechte relatie werden de obstakels in de onderhandelingen geen 'onderhandelingsobjecten', maar een breekpunt. Men kreeg kritiek op elkaars functioneren, zodat één van de partijen dat kon aangrijpen om zich uit het overleg terug te trekken. Zo bleef het overleg zonder blijvend resultaat. Uit 'het veld' kwam geen oplossing voor het ziekenfondsprobleem.

De NMG streefde naar een machtspositie. In het begin van deze paragraaf werd de vraag gesteld in hoeverre zij daarin slaagde. Ondanks hun 'omnipresentie' in woord en geschrift, stelden 'de' ziekenfondsen bij de eerste wetsontwerpen als machtsfactor nog niet veel voor. In de periode 1920 tot 1941 leerden de onderlinge fondsen echter de waarde inzien van onderhandelingstechnieken. Het NMG-bestuur en de besturen van haar suborganisaties bekwaamden zich daarentegen niet in dergelijke technieken. De belangrijkste tegenspeler van de NMG, de Federatie van onderlinge fondsen, kon door handig gebruik te maken van zowel haar 'underdog positie' als het geldgebrek, toch meer bereiken dan men wellicht had gedacht. Zo legde de Federatie in de vooroorlogse periode van onderhandelingen met de NMG en Specialistenorganisatie een – door deze organisaties onopgemerkte – basis voor haar naoorlogse stevige uitgangspositie tegenover de NMG.⁶⁷

Zowel de ziekenfondswetgeving als de unificatiebesprekingen beoogden regeling en financiering van de specialistische hulp, inclusief de klinische hulp. Het uitstel daarvan bevorderde dat specialisten naar andere wegen zochten om hun positie veilig te stellen. De volgende paragrafen laten zien welke wegen dat waren.

3 ZIEKENHUIZEN: DE LOCATIE VAN DE SPECIALIST

In hoofdstuk 2 werd beschreven dat er na omstreeks 1880 'moderne' ziekenhuizen werden opgericht. Dat waren er nog niet zoveel. Bovendien moet men zich daarbij ook nog niet al te veel voorstellen. Het belang van hygiënische maatregelen was weliswaar bekend, maar niet alle betrokkenen waren daarvan op de hoogte. Bovendien waren de voorzieningen in ziekenhuizen door zuinigheid of geldgebrek niet aangepast aan de moderne inzichten op het gebied van de hygiëne.

3.1. Verpleeghuis of behandelhuis

In de eerste decennia van de twintigste eeuw veranderde de functie van een deel van de ziekenhuizen. Grotere ziekenhuizen in de steden ontwikkelden zich van verpleeg- naar 'behandelhuis'. In deze moderne ziekenhuizen namen diagnose en ziektebestrijding een belangrijke plaats in. Cleyndert, geneesheer-directeur van het Oude en Nieuwe Gasthuis in Delft, voegde in 1933 nog een dimensie toe aan de functie van een modern ziekenhuis: die van gezondheidscentrum. Deze belangrijke woordvoerder van de vereniging van ziekenhuisdirecteuren, verstond hieronder het nieuwe fenomeen dat het ziekenhuis of de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) zowel vóór als na ontslag uit het ziekenhuis

67. Juch, 'Onderhandelingen tussen huisartsen en ziekenfondsorganisaties', 105.

contact met de zieke onderhield. Daardoor kon de medisch-sociale situatie van de patiënt beter worden ingeschat en de opnameduur verkort.⁶⁸

Naast de moderne ziekenhuizen bleven gedurende de hele periode 1920-1941 de ziekeninrichtingen-met-verpleeghuisfunctie bestaan. Deze beschikten noch over een modern ingerichte operatiekamer en laboratorium noch over meer geavanceerde apparatuur. In het taalgebruik was het onderscheid tussen een verpleeghuis en een ziekenhuis echter nog niet ingeburgerd. Men noemde nog alle inrichtingen waarin zieken waren opgenomen, gasthuis, gesticht of ziekenhuis. In bijvoorbeeld statistische overzichten werd zo niet alles, dan toch vrijwel alles over één kam geschoren: klein en groot, modern ziekenhuis, verpleeghuis en alle gradaties daar tussenin. De beschikbare cijfers over het aantal ziekeninrichtingen geven op zichzelf geen uitsluitsel over het aantal moderne ziekenhuizen.

De Inspectie van de Volksgezondheid keek bij de opstelling van deze statistieken vooral naar het aantal bedden in regio of provincie. Zij gaf voor 1927 en 1928 een totaal van respectievelijk 256 en 254 ziekeninrichtingen. Het aantal bedden in die 254 'ziekenhuizen' varieerde van één tot over de 900. Zo had het Diaconiegesticht in Tonge in 1928 één bed, in Aalten en Heeze was een voorziening met twee bedden en het gemeenteziekenhuis van Ooltgensplaat beschikte over drie bedden. Uitschieter naar de andere kant was het Amsterdamse Wilhelminagasthuis met 927 bedden, met in de barak voor besmettelijke ziekten nog eens 530.⁶⁹ Bij de zeer kleine inrichtingen is het wel duidelijk dat deze niet veel konden bieden. Ook 'kleinere' ziekenhuizen konden niet over voldoende specialisten en technische middelen beschikken.⁷⁰ Een NMG-commissie concludeerde in 1918 dat een ziekenhuis niet veel kleiner diende te zijn dan honderd bedden.⁷¹

Waarom moest een modern ziekenhuis voldoen? De inrichting van een ziekenhuis en de aanwezigheid van 'eerste rangs' specialisten waren daarvoor de twee belangrijkste criteria (zie 3.2.). Erg duidelijk was dat niet. Nu streefden ziekenhuizen en specialisten helemaal niet naar een soort waarborgmerk voor ziekenhuizen. Dat is onder meer op te maken uit de summier eisen in een rapport van de Geneeskundige Vereniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen. Dit rapport was in 1920 opgesteld naar aanleiding van de komende ziekenkostenwetgeving. Aan ieder ziekenhuis moesten minstens twee geneesheren-specialisten zijn verbonden: één als geneeskundig hoofd van de afdeling geneeskundige ziekten en één als geneeskundig hoofd van de afdeling heelkundige ziekten.⁷² In deze periode (tot 1941) kwam men niet verder dan die minimumeis.⁷³ Gezien het grote aantal ziekenhuizen met minder dan vijftig bedden kon dat ook moeilijk anders (zie tabel 7).⁷⁴

De Nederlandsche Internisten Vereniging daarentegen, stelde in 1933 een andere lijst op van eisen waaraan ziekenhuizen moesten voldoen. Deze eisen richtten zich op de inrichting van de ziekenhuizen. Zij waren bedoeld als criteria voor opleidingsziekenhuizen van aanstaande internisten:

68. Cleyndert jr, 'Ziekenhuispoliklinieken', 114.

69. Gegevens hoofdinspecteur der Volksgezondheid, zie: Mansholt, 'Openbare en particuliere ziekenhuizen' 544 en [Z.a.], 'Lijst van ziekeninrichtingen', 28-32.

70. Heyermans, 'Ziekenhuispolitiek en geneeskundige of gezondheidsdiensten', 35.

71. *NTvG* 62 (1918) I, 1054, geciteerd uit: Van der Velden, *Financiële toegankelijkheid gezondheidszorg*, 76.

72. Commissie Staatsbemoeiing ziekenhuizen, 'Ontwerp-rapport inrichting ziekenhuizen', 88.

73. Van Rooyen, 'Verhouding ziekenhuisdirecties-geneesheeren', 4.

74. In 1923 waren er 153 ziekenhuizen met minder dan 50 bedden, 55 met 50-100 bedden en 53 met meer dan 100 bedden: 'Unificatierapport', bijlage B.

1. de aanwezigheid van een interne afdeling met minstens vijftig bedden, onder leiding van een geregistreerd specialist voor inwendige ziekten;
2. de aanwezigheid van een voldoende inrichting, omvattende een röntgentoestel voor doorlichting en fotografie, een electrocardiograaf en een stofwisselingsstoestel;
3. de aanwezigheid van een regelmatig in gebruik zijnd laboratorium voor klinische chemie, voor bacteriologie en bovenal van een regelmatig in gebruik zijnde afdeling voor pathologische anatomic.⁷⁵

Zowel de 'eisen' aan inrichting als aan specialisten waren bestemd voor intern gebruik. Zij waren niet bedoeld als legitimering tegenover derden, terwijl het voor buitenstaanders ondoenlijk was een objectief beeld te krijgen over de kwaliteit van ziekenhuis en specialist. Als er meer ziekenhuizen in een stad waren, 'wist' de plaatselijke bevolking welke chirurg 'goed' was en welke niet. Men was er mee bekend of er in het ziekenhuis veel infecties optraden en hoe de opgenomen patiënten werden behandeld, maar erg objectief was dat niet. De kwaliteitsinschatting over ziekenhuis en specialist van de meer-ingewijden was dat evenmin.⁷⁶

3.2. 'Eerste klas' ziekenhuizen met 'eerste klas' specialisten

Een eerste oordeel was nog betrekkelijk eenvoudig. Het was voor een 'eerste klas' ziekenhuis belangrijk dat het over de 'moderne middelen der wetenschap' beschikte. Een goed geoutilleerde operatiekamer, laboratoria, hoogtezon, onderzoeksapparatuur zoals een electrocardiograaf en röntgenapparatuur die niet verouderd was. De inrichting voldeed aan alle eisen als zij bovendien nog beschikte over 'licht en lucht', een desinfecteerinrichting en goede ziekenvervoermiddelen.⁷⁷

Een modern ziekenhuis was duur. Vóór 1920 werkten specialisten in het ziekenhuis meestal met eigen instrumenten en apparatuur, daarna schaften steeds meer ziekenhuizen dit zelf aan. Directie en staf van grote ziekenhuizen wilden dat over het algemeen heel graag, maar zij moesten de nodige concessies doen. Door de hoge kosten van een ziekenhuis en de economische recessie kampten veel ziekenhuizen met geldgebrek. (Ook de particuliere ziekenhuizen kregen met deze financiële problemen te maken. Temeer, omdat een deel van de begunstigers van deze ziekenhuizen inmiddels was overleden en er minder legaten en erfenissen werden geschonken.)

De ziekenhuiskosten stegen niet alleen door de technologie, maar ook door de hogere salarissen, een niet optimale beddenbezetting en dure hygiënische maatregelen.⁷⁸ Deze kosten kon een ziekenhuis nog steeds niet in de prijs van de laagste verpleegklasse doorberekenen. Desondanks konden ook veel niet-armlastige zieken de operatie en ziekenhuiskosten derdeklasse niet meer zelf betalen. Wanneer een ziekenhuis deze kosten niet kon compenseren met de opbrengst van een klasseafdeling, moest de gemeente bijspringen.

Directie en staf werden bij hun streven naar modernisering bovendien gehinderd door het probleem dat niet alleen het 'modern worden' veel geld kostte, maar ook het bij de

75. Nederlandsche Internisten Vereeniging aan secr. SRC, 28-5-1933, De Vink, SRC, 30.

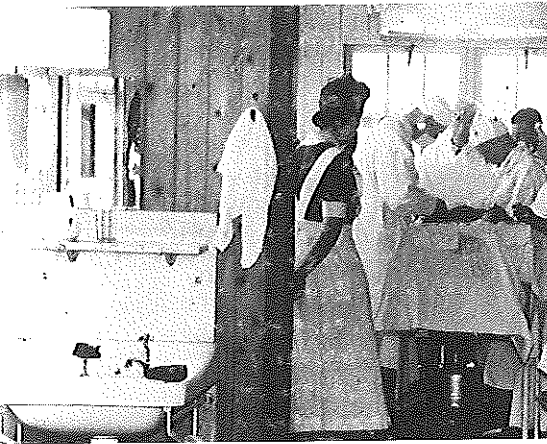
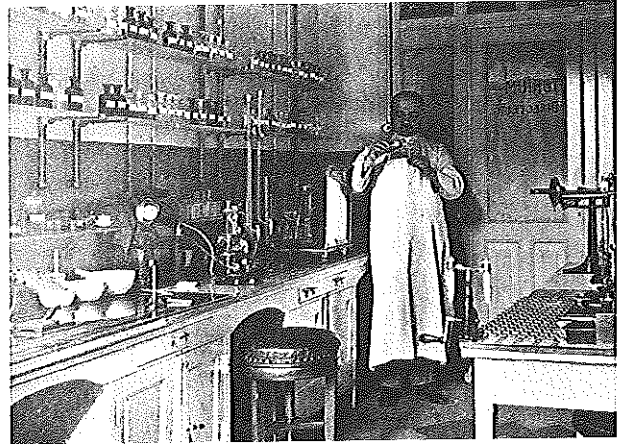
76. Kwaliteit in de betekenis van het geven van een behandeling, die gebaseerd is op de kennis die op dat moment aanwezig is en op het verbeteren van de gezondheidstoestand van de patiënten; zie: Klazinga, *Quality management*, 7-23.

77. *Handelingen 1919-1920*, Bijlagen A, hfst. VII.B, Memorie van Toelichting, nr.531.3, 12.

78. Heyermans, 'Ziekenhuispolitiek en geneeskundige of gezondheidsdiensten', 34.



Sint-Elisabethsgasthuis te Arnhem, Antiseptische Operatiekamer



Hierboven: Medische handelingen tijdens de bezetting. Geheel boven: het katholieke ziekenhuis kon wél trots zijn op zijn laboratorium (rechts) en zijn operatiekamer (links). Rechts: ontsmettingsruimte in het Sint-Elisabethsgasthuis tijdens de bezetting. Bron: gemeentearchief Arnhem.

tijd blijven.⁷⁹ De apparatuur was duur in aanschaf en leek steeds sneller te verouderen. Gezien de prominente plaats die dit onderwerp in de bestuursvergaderingen van diverse ziekenhuizen innam, lijkt dit vooral het geval te zijn geweest met röntgenapparatuur.

Een röntgenapparaat was niet alleen een heel belangrijk geacht diagnostisch en therapeutisch hulpmiddel⁸⁰, het was tevens een hoge uitgavenpost. Het eerste röntgenapparaat dat het Sint Franciscus Gasthuis in Rotterdam in 1915 aanschafte, kostte f 3.828. Dit apparaat werd in 1925, 1931 en 1940 aangevuld of vervangen voor respectievelijk f 6.500, f 14.000 en f 7.000.⁸¹ Het Diaconessenhuis in Arnhem bracht in 1922 'allerlei groote en kleine verbeteringen aan', zoals de aanschaf van kostbare apparatuur voor overdruk bij de narcose. 'Ook de röntgenafdeling kreeg weer een beurt', men had apparatuur besteld voor het gebruik van Coolidgebuizen.⁸²

Een verblijf in een modern ingericht ziekenhuis met klasseafdelingen kon voor de zieken plezieriger zijn dan een verblijf in een minder goed geoutilleerd ziekenhuis. Daarmee alleen was het echter nog geen goed 'behandelhuus'. Betalende patiënten keken niet alleen naar de inrichting van het ziekenhuis, zij keken ook naar de specialisten die daar werkten. Een 'eerste klas' ziekenhuis kon niet zonder 'eerste klas' specialisten. Het imago van het Sint Franciscus Gasthuis werd zelfs hoofdzakelijk bepaald door het optreden van zijn stafspecialisten.⁸³ Zover was het gemeenteziekenhuis in Arnhem nog niet. Dit ziekenhuis zette in 1916 deze eerste stappen op de moderniseringsweg. Men besloot tot de aanschaf van een röntgenapparaat en de inrichting van een laboratorium. Vervolgens opende het ziekenhuis in 1922 een klasseafdeling, maar tot teleurstelling van het gemeentebestuur kwamen de betalende patiënten niet.⁸⁴ Zij waren kennelijk nog niet overtuigd van de kwaliteit van het ziekenhuis. Een gemeentelijke commissie kreeg de opdracht te onderzoeken hoe deze patiënten over de drempel konden worden geholpen. Volgens de commissie was een volledige bezetting mogelijk, mits de specialisten meer bij het ziekenhuis waren betrokken, en 'althans zoo de betrokken specialist bij het publiek gewild was'.⁸⁵

Er bestond een zekere wisselwerking van ziekenhuizen die, wilden zij goed bekendstaan, gevarieerde deskundigheid moesten bieden, en specialisten die er veel voor over hadden toegang tot die ziekenhuizen te krijgen. Gemeenteziekenhuizen die hun stigma van sociale voorziening voor de armen wilden kwijtraken, zaten bovendien nog met die erfenis uit het verleden, óók bij specialisten. Alleen als een gemeenteziekenhuis een goed geoutilleerde klasseafdeling had, kon men 'de beste specialisten' krijgen.⁸⁶ Zelfs voor

79. De algemene polikliniek in Den Haag kocht in 1927 een eigen röntgenapparaat voor f 2100 (exclusief installatiekosten) en in 1930 voor hetzelfde bedrag een elektro-cardiograaf. Daarvoor was weliswaar nog geen geld in kas, maar men achtte het apparaat dringend nodig. Archief van de Vereeniging Algemeene Haagsche Polikliniek, 1893-1973 (1975), inv. nr.1, 'Notulen alg. vergadering, 22-6-1922, 11-11-1930'.

80. Zie hiervoor onder meer: Van Rooy, *Heden en toekomst der gynaecologie en verloskunde*, 9-12; Rosenbusch en Oudkerk, 'Röntgen van aanzet tot doorbraak', 68-83; Fokkema, *Schade door röntgen- en radiumstraling*.

81. Van Lieburg, *Sint Franciscus Gasthuis*, 174-180.

82. *Jaarverslag Hervormd Diaconessenhuis 1922*. De introductie in 1913 van de Coolidgebuis was van grote betekenis voor de diagnostiek. De buis was gemakkelijk te hanteren en erg betrouwbaar: Fokkema, *Schade door röntgen- en radiumstraling*, 13.

83. Van Lieburg, *Sint Franciscus Gasthuis*, 141.

84. [Z.a.], *Gemeenteziekenhuis te Arnhem*, 19 en 21.

85. Archief gemeente Arnhem, ADC 167, Stukken betreffende het Gemeenteziekenhuis, 'Rapport inz. de exploitatie van het Gemeenteziekenhuis, mei 1934', 5 en bijlage doc. VIII, 'Heroriënteering der specialisten'.

86. Van Rooijen, (geneesheer-directeur der gemeenteziekenhuizen van 's-Gravenhage) 'Verhouding ziekenhuisdirecties-geneesheeren', 7.

beroepsgenoten was het moeilijk vast te stellen welke specialisten voor die kwalificatie in aanmerking kwamen.

Om te beginnen kampten zij met de nodige vooroordelen. Zo waren hoogleraren van mening dat alleen academische ziekenhuizen dergelijke kwaliteit leverden. Specialisten uit de 'randstad' spraken met een zeker *dédain* over de 'perifere' specialisten met hun 'provinciale hersenen'.⁸⁷ Vervolgens was het oordeel van artsen niet altijd objectief als er van een belangenverstrengeling sprake was. De organisatiestructuur van een ziekenhuis (een stafziekenhuis of een ziekenhuis waar iedere specialist toegang had) zei op zichzelf niets over de kwaliteit van de specialisten die daar werkten. Maar volgens voorstanders van een stafziekenhuis werkten alleen bij dat systeem 'eerste klasse specialisten'. Zolang er specialisten waren van 'eerste, tweede of derde rang', was stafvorming daarom erg belangrijk.⁸⁸ Voorstanders van open ziekenhuizen vonden precies het tegenovergestelde. Toch was een overeenkomst met een ziekenhuis of ziekenhuispolikliniek geen waarborg voor de kwaliteit van de specialist.⁸⁹

De kritiek op algemene chirurgen, die in de loop van de jaren twintig ontstond, bracht evenmin veel duidelijkheid. Ook deze kritiek was een mengeling van theoretische argumenten en argumenten die door belangen waren ingegeven. Vooral heelkundige deelspecialisten waren van mening dat algemene chirurgen geen specialist meer konden zijn. Anderen waren het daarmee misschien wel eens, maar zij accepteerden dat een kleiner ziekenhuis zich dat niet kon veroorloven. Dat had geen geld voor gespecialiseerde afdelingen, die groot genoeg waren om 'aan de gewettigde behoefte van eerste klasse specialisten te voldoen', of voor een eerste klasse laboratorium.⁹⁰ De kleine ziekeninrichtingen in de dorpen, waaraan geen specialisten maar huisartsen waren verbonden, waren vanwege hun sociale en verpleeghuisfunctie aan veel minder kritiek blootgesteld.⁹¹

Toch was er wel enige overeenstemming in de beoordelingscriteria. In het algemeen zagen medici het aantal gespecialiseerde afdelingen in een ziekenhuis als aanwijzing voor de deskundigheid die in een ziekenhuis aanwezig was. Maar alleen grote ziekenhuizen konden meer dan twee specialistische afdelingen inrichten. De andere ziekenhuizen moesten zich beperken tot een afdeling voor inwendige ziekten en één voor heelkunde. Het grote en goed-geoutilleerde Wilhelminagasthuis in Amsterdam telde in 1916 vier niet-universitaire en drie universitaire afdelingen.⁹² Het Sint Franciscus Gasthuis in Rotterdam had in het begin van de jaren dertig vier afdelingen: inwendige geneeskunde, heelkunde, kindergeneeskunde en gynaecologie-verloskunde.⁹³

Tot in de jaren dertig waren er weinig ziekenhuizen met meer dan de traditionele twee afdelingen.⁹⁴ Dat betekende echter niet altijd dat het ziekenhuis geen specialisatie kende.

87. [Z.a.], 'De kinderarts als specialist', 7.

88. Fabius (geneesheer-directeur gemeenteziekenhuis Arnhem), 'Hoe wordt de behandeling van ziekenhuispatiënten het best geregeld?', 18.

89. Benoemingen waren immers vaak te danken aan vriendschappen, familierelaties, godsdienstige overtuiging of ingegeven door politieke overwegingen. Over deze procedures komt men in de officiële stukken niet zoveel tegen. Eén van de uitzonderingen hierop is de specialist Bles (die door het NMG-bestuur niet zo als één der hunnen werd beschouwd), 'Vrije specialistenkeuze in ziekenhuizen', 547.

90. Goldwater/ Mansholt, 'Wat moeten wij aanvangen met specialisten', 26.

91. Zie onder meer: 'Verslag alg. verg. SO (1920)', 802-803.

92. Querido, *Het Wilhelmina Gasthuis*, 227.

93. Van Lieburg, *Sint Franciscus Gasthuis*, 140.

94. Hekman, 'Voorbereiding ambt geneesheer-directeur', 177.

Er werkten dan wel meer specialisten in het ziekenhuis die weliswaar geen eigen afdeling hadden, maar wel een aantal bedden. Een groter aantal afdelingen hoefde derhalve geen noodzakelijke voorwaarde te zijn voor de 'opwaardering' van het ziekenhuis.

Een andere aanwijzing voor het niveau van het ziekenhuis was de aanwezigheid van deelspecialisten. Zo deed het gemeenteziekenhuis in Arnhem het qua aantal (deel)specialisten steeds beter. In 1941 waren er al elf stafleden, een apotheker, een huisarts-patholoog-anatoom en negen specialisten: een internist, een chirurg, een oogarts, een kno-arts, een zenuwarts, een vrouwenarts, een huidarts, een orthopeed en een laboratoriumarts.⁹⁵

Ten slotte was, volgens medici, het aantal ziekenhuispoliklinieken een belangrijke aanwijzing dat een ziekenhuis aan de eisen des tijds voldeed.⁹⁶ Dit was één van de weinige zaken waarover niet veel verschil van mening bestond. Het Arnhemse gemeentebestuur vond dat het gemeenteziekenhuis door zijn poliklinieken (1922) 'strikt genomen' geen instelling van liefdadigheid meer was.⁹⁷ Gemeentelijke instellingen stonden er in het algemeen niet om bekend dat zij zo modern waren.

Al met al bleef de beoordeling van de kwaliteit van ziekenhuis en specialist niet gemakkelijk. Een bekende 'naam' trok in ieder geval van heinde en ver patiënten. Zolang er over de kwaliteit van een specialist geen objectieve beoordelingscriteria waren, bood een specialist met een succesvolle consultatieve werkzaamheid en een bloeiende particuliere praktijk, tenminste de waarborg dat men graag zijn hulp inriep.⁹⁸

3.3. Ziekenhuispoliklinieken

In de vorige periode kon men het specialist-zijn als het ware definiëren met het houden van een eigen, 'extramurale', polikliniek. Deze polikliniek en de spreekuren voor particuliere patiënten waren ook na 1920 het belangrijkste werkterrein van specialisten.⁹⁹ In Den Haag waren in 1928, verdeeld over twaalf specialismen, 53 specialisten verbonden aan het 'OZG-fonds' aldaar.¹⁰⁰ In totaal waren daarbij negen poliklinieken betrokken: de poliklinieken van de Diaconesseninrichting Bronovo en het RK-ziekenhuis H. Johannes de Deo, de 'eigen' Onderlinge (Algemene) Polikliniek, de Nutspolikliniek, vier poliklinieken van de wijkverpleging en de polikliniek in de Falckstraat.¹⁰¹

Na 1920 kwam er een belangrijke locatie bij: de kliniek en de ziekenhuispolikliniek. Volgens ijverars voor de oprichting van ziekenhuispoliklinieken was het verschil tussen een privépolikliniek en een ziekenhuispolikliniek, dat in deze laatste meer ernstige patiënten kwamen.¹⁰² Vóór 1920 hadden ook niet-academische ziekenhuizen wel poliklinie-

95. Een röntgenoloog kwam in 1945, een longarts in 1949 en een uroloog in 1955, zie: Bax, 'Een blik terug', 941.

96. Cleyndert jr., 'Ziekenhuispoliklinieken', 113-114.

97. Brief B & W aan Gedeputeerde Staten, in: Verslag gemeenteraad Arnhem over 1924, 594.

98. Fesevur, 'Moeten geneeskundigen van een ziekenhuis vol-ambtenaar zijn?', 93.

99. Er waren specialisten die ook particuliere patiënten in hun polikliniek ontvingen; mededeling van Van Romunde, 'Verslag alg. verg. SO (mei 1922)', 1923.

100. Heelkunde (5 specialisten), vrouwenziekten (6), KNO-ziekten (7), huid en geslachtsziekten en urologie (7), oogziekten (5), kinderziekten (4), maag- darm- en stofwisselingsziekten (4), röntgenarts (4), zenuwziekten (10), orthopedie en ziekten van beenderen en gewrichten (1), laboratoriumarts (2), mond- en tandziekten (2); ARA, archief NMG, inv. nr.185, P-2.

101. Ibidem.

102. Ibidem.

ken. Meestal was dat echter nog beperkt tot één of enkele disciplines. Specialisten boden ook toen al aan een polikliniek te openen, op voorwaarden die voor het ziekenhuis gunstig waren.¹⁰³ Deze 'sollicitaties' kwamen na 1920 pas echt goed op gang. Ziekenhuizen hadden geen problemen om hun poliklinieken bemand te krijgen. Daarmee deden specialisten die nog niet als consulent aan het ziekenhuis waren verbonden de eerste stap in de kliniek. Zij hadden daar ook het nodige voor over; voor polikliniekruimte, personeel, instrumentarium en eventueel verbandmiddelen moesten specialisten betalen. Deze kosten konden nogal oplopen, want de huur varieerde van 25 tot 75 procent van de polikliniekopbrengst. Een ziekenhuispolikliniek was desondanks van direct financieel belang; het werk leverde altijd geld op. Dat was voor specialisten die een grote particuliere praktijk hadden misschien niet zo belangrijk. Voor hun minder fortuinlijke collega's was het dat wel.¹⁰⁴

Net als de 'extramurale' poliklinieken waren ziekenhuispoliklinieken bestemd voor degenen die het particuliere spreekuur van de specialist niet konden betalen. Het merendeel van deze patiënten was via het ziekenfonds verzekerd voor poliklinische hulp. Naast armlastigen die van gemeentewege geneeskundige hulp ontvingen, kwamen er patiënten die wel een maandkaart konden betalen, maar geen particulier tarief. Meer-gegoeden prefererden ook in een ziekenhuisentourage het particuliere spreekuur van de specialist.¹⁰⁵

Ook bij ziekenhuispoliklinieken was er sprake van een al dan niet vrije specialistenkeuze. In het algemeen hadden openbare ziekenhuizen een gesloten structuur met een vaste staf. Zaalpatiënten kregen de specialist toegewezen die aan het ziekenhuis was verbonden. Dat kon een andere zijn dan de specialist die hen in een polikliniek had behandeld. In volledig open ziekenhuizen behandelde een specialist de eigen polikliniekpatiënten. In de praktijk bleken ziekenhuizen die als open bekend stonden dat veelal slechts gedeeltelijk te zijn. Veelal was de vrije specialistenkeuze beperkt tot de eerste en tweede klasse (zie de volgende paragraaf van dit hoofdstuk).¹⁰⁶

De eerste poliklinieken van een ziekenhuis waren die voor heelkunde en inwendige ziekten. In openbare ziekenhuizen waren die in handen van de geneesheer-directeur en de chirurg. Zo beschikte het gemeenteziekenhuis in Dordrecht in 1930 over een chirurgische en een interne polikliniek.¹⁰⁷ Niet alle gemeenteziekenhuizen hadden al één of meerdere poliklinieken. Het aantal poliklinieken was niet eens zozeer afhankelijk van het aantal bedden en het aantal inwoners in de stad, hetgeen blijkt uit een overzicht dat Cleyndert geeft van acht, niet nader genoemde, openbare ziekenhuizen in provinciesteden. Er was bijvoorbeeld een ziekenhuis met 180 bedden (41.200 inwoners) dat helemaal geen poliklinieken had, terwijl een ander ziekenhuis met 136 bedden (33.700 inwoners) over acht poliklinieken beschikte!¹⁰⁸

De houding van de geneesheer-directeur en de visie van het gemeentebestuur op de plaats die het ziekenhuis in de gemeente diende in te nemen, bepaalden voor een groot deel of er in het ziekenhuis poliklinieken kwamen.¹⁰⁹ Moest hun ziekenhuis kunnen

103. Van Lieburg, *Sint Franciscus Gasthuis*, 181-182; Moll, *Haagsch gemeenteziekenhuis*, 108.

104. Cleyndert, 'Ziekenhuispoliklinieken', 115.

105. *Ibidem*.

106. [Z.a.], 'Vrije specialistenkeuze in ziekenhuizen', 329; 'Groepsvergadering specialisten, 19-6-1932', 4184 en *Ibidem*, 14-5-1933, 2898.

107. D'Haene en Schalema, *Merwedeziekenhuis*, 5 en 24.

108. Cleyndert, 'Ziekenhuispoliklinieken', 116.

109. In de regentencolleges van de confessionele ziekenhuizen had een directeur niet veel te vertellen.

concurreren met de particuliere ziekenhuizen en dientengevolge moderniseren? Of vond men het voldoende dat het ziekenhuis toch in de eerste plaats een sociale inrichting bleef? Cleyndert had in 1934 voor zijn ruim honderd bedden tellende ziekenhuis 'reeds meermalen' bij het gemeentebestuur in Delft gepleit poliklinieken aan het ziekenhuis te verbinden. De specialisten die aan het Gasthuis waren verbonden, zouden daar dan hun lopende patiënten kunnen behandelen.¹¹⁰ Cleyndert beperkte zijn acties niet tot het gemeentebestuur, hij schreef ook in *Het Ziekenhuiswezen* over het grote belang van ziekenhuispoliklinieken voor de gezondheidszorg.¹¹¹ Niet iedereen was het met hem eens.

De NMG-afdeling in Enschede liet weten het grote voordeel van ziekenhuispoliklinieken niet in te zien. Men moest de voordelen niet generaliseren die er wellicht voor de chirurgie aan waren verbonden.¹¹² De oprichting van (ziekenhuis)poliklinieken was ook helemaal niet in het belang van de afdeling. Een specialistische praktijk was altijd nadelig voor de algemene praktijk. Een deel van de NMG-afdelingen traineerde daarom wel de oprichting van ziekenhuispoliklinieken.¹¹³

Geneesheer-directeuren wilden in de regel wel poliklinieken, alleen al omdat daarvan een status verhogende werking uitging op hun ziekenhuis. In hun streven de poliklinieken ook daadwerkelijk te krijgen, legden zij vooral de nadruk op het aspect dat bij de besturen van ziekenhuizen het meeste aansprak, namelijk kostenbesparingen. Een behandeling in een polikliniek kon veelal het dure verblijf in het ziekenhuis korter maken. Sterker nog, het ziekenhuis kon er zelfs geld mee verdienen! Ziekenfondspatiënten waren anders immers voor de nabehandeling weer op privé-poliklinieken aangewezen?¹¹⁴

Zoals gezegd, probeerden specialisten een ziekenhuispolikliniek te verwerven via een 'open sollicitatie' aan bestuur of directie van ziekenhuizen. Het Sint Franciscus Gasthuis in Rotterdam maakte in 1917 bekend dat iedere dokter van de polikliniek gebruik mocht maken. Daarop ontvingen de regenten van het Gasthuis vier aanvragen: van een gynaecoloog, een uroloog, een kno-arts en een oogarts.¹¹⁵ Of een ziekenhuis op een aanbod van een specialist inging, was onder meer afhankelijk van de structuur en grootte van het ziekenhuis, het specialisme en van de relatie tussen directie en specialist. De keuze voor bepaalde specialisten was niet altijd gebaseerd op de deskundigheid van de sollicitanten. Zoals al eerder ter sprake kwam, waren netwerkrelaties als familiebanden, religie, voorpraak van hoogleraar of stafleden van het ziekenhuis, bij benoemingen belangrijke criteria.

De pogingen die specialisten ondernamen om een polikliniek in een ziekenhuis te kunnen bemachtigen, en de irritaties over de gesloten ziekenhuizen onder specialisten die geen staffunctie hadden, doen vermoeden dat na 1920 een ziekenhuis als het belangrijkste werkterrein van specialisten werd beschouwd. De toegang tot een ziekenhuis was inderdaad een waardevol 'bezit' van een specialist; alleen al vanwege de 'reclame'. Aan de andere kant moet dat ook niet worden overdreven. De hoeveelheid klinisch werk was nog erg specialisme-gebonden en een polikliniek kon ook buiten het ziekenhuis goed zijn ingericht. Voor chirurgen, internisten en röntgenologen was het klinische werk een

110. Cleyndert, 'Poliklinieken Oude en Nieuwe Gasthuis', 518.

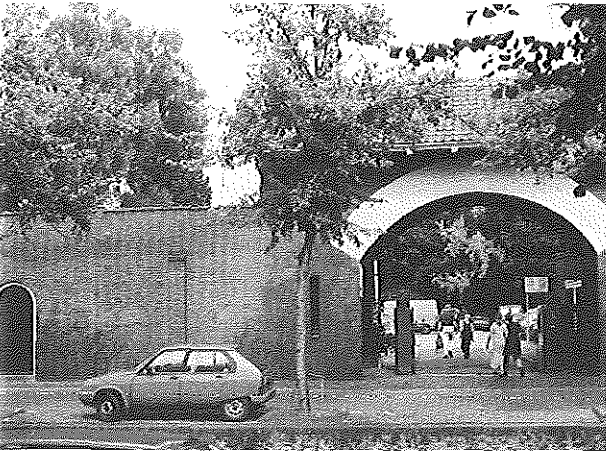
111. Ibidem, 113-119. Cleyndert was vaste medewerker bij dit tijdschrift.

112. 'De Enschedesche ziekenhuis vraagstukken', 267.

113. Cleyndert, 'Ziekenhuispoliklinieken', 114.

114. Cleyndert, 'Poliklinieken Oude en Nieuwe Gasthuis', 518.

115. Van Lieburg, *Sint Franciscus Gasthuis*, 182.



Categorale ziekenhuizen hadden al vrij vroeg, in tegenstelling tot de meeste algemene ziekenhuizen, een polikliniek. De polikliniek van de Arnhemsche Inrichting voor Ooglijders werd in 1909 geopend (rechts). De bovenste foto toont de polikliniek van het gemeenteziekenhuis in Arnhem. Dit ziekenhuis had sinds 1922 poliklinieken. Bron: gemeentearchief Arnhem. Hier boven: toegangspoort tot het voormalige Oude- en Nieuwe Gasthuis in Delft. De Polikliniekpatiënten moesten door de zijdeur links.

Arnhemsche Inrichting voor Ooglijders.

Noorder Parallelweg 1. — Villa „BEAULIEU.“

Geneesheer-Directeur: Dr. J. PIEKEMA.
Inwonende Directrice: Zuster N. O. Ch. T. BIER.

Polikliniek voor On- en Min-Vermogenden dagelijks 9-10.

Aan onvermogenen wordt kosteloos oogheelkundige hulp verleend. Evenzoo aan leden van ziekenfondsen, die de Inrichting met een jaarliksche bijdrage steunen.

Minvermogene patienten betalen tot instandhouding der Inrichting één gulden, waarvoor zij gedurende een maand oogheelkundige hulp ontvangen.

Patienten 3de klasse die in de Inrichting worden opgenomen, betalen voor de verpleging f 1.25 daags, kinderen 75 cent.

De verpleging wordt alleen toegestaan, indien de ooglijders voorzien zijn van:

- zindelijkke kleeding en het noodige ondergoed ter verschooning (van elk der ondergoederen minstens twee stuks);
- het bedrag der verpleegkosten of eene verklaring door wien deze zullen worden betaald.

Patienten kunnen op de daarvoor vastgestelde uren bezoek ontvangen.

Kinderen beneden 12 jaren zonder geleide worden slechts bij uitzondering op het bezoekuur toegelaten.

Zonder voorkennis der Directie mogen geen versnaperingen worden medegebracht.

Voor verdere inlichtingen wende men zich tot de Directrice.

veel belangrijker onderdeel van hun dagtaak dan van bijvoorbeeld oog- en kno-artsen.¹¹⁶ Zo deed de chirurg van het gemeenteziekenhuis in Dordrecht in 1925 341 operaties, de oogarts (in 1927) 22.¹¹⁷ Ook de kno-arts verrichtte de hoofdmoot van zijn werk in de polikliniek.¹¹⁸ Een kno-arts had in vroeger jaren genoeg te doen.¹¹⁹ Oorontstekingen, kaak- en voorhoofdsholteontstekingen waren berucht.¹²⁰ De chirurgische behandeling van geïnfecteerd weefsel was niet alleen veel tijdrovender dan de moderne behandeling met antibiotica, dergelijke 'uit de hand gelopen' infecties kwamen ook veel meer voor.

Desalniettemin was er voor specialisten vrijwel altijd enig klinisch werk, en daarvoor had hij een ziekenhuis nodig. Wie daar uiteindelijk de derdeklasse patiënten behandelde, hing af van de open of gesloten structuur van het ziekenhuis. De mogelijke conflicten over de eigen poliklinieken, zoals in hoofdstuk 3 naar voren kwam, vielen in het niet bij die over de ziekenhuizen. Bij de polikliniekkwestie botsten de belangen van huisartsen en eventueel hoogleraren met die van specialisten. In de kliniek was de interne concurrentie veel groter: huisartsen, gevestigde specialisten en de geneesheer-directeur (als functionaris van de organisatie of als al dan niet bevoegd specialist) hadden ieder daarin hun eigen specifieke belangen. Bovendien kregen specialisten bij het ziekenhuiswerk nog te maken met de belangen van grotere organisaties: de vereniging van ziekenhuisdirecteuren, gemeentebestuur of regentencolleges van confessionele ziekenhuizen, en centraal georganiseerde ziekenhuisverplegingsverenigingen.

3.4. De organisatiestructuur van het ziekenhuis en de vrije specialistenkeuze

Het wetsontwerp ziekenkostenverzekering van 1920 stimuleerde eveneens de discussies over de organisatiestructuur van ziekenhuizen. Zowel de open als de gesloten structuur van een ziekenhuis kende fervente voor- en tegenstanders. Deze discussies verflauwden niet toen in 1925 bleek dat een wettelijke regeling van de klinische zorg voorlopig te duur zou zijn. Nu werden de discussies daarover levendig gehouden door het toenemend aanbod van specialisten en de grotere aantrekkingskracht van een ziekenhuis als behandelcentrum. Men hanteerde daarbij kwalitatieve en organisatorische argumenten.¹²¹ Tegenstanders van een gesloten structuur met vaste staf gebruikten ten dele dezelfde kwaliteitsargumenten als de voorstanders. Beide partijen claimden dat de structuur die zij voorstonden de specialistische hulp op een hoger peil zou brengen.

De eigen situatie van de belanghebbenden beïnvloedde de ideeën over organisatie, beheer en structuur van een ziekenhuis (zie schematisch overzicht 4). 'Het' ziekenhuis werd het middelpunt van de uiteenlopende belangen van de geneesheer-directeur, de stafspecialist, de specialist die nog geen toegang had tot een ziekenhuis, en van de huisarts die de behandeling van zijn (klasse)patiënten in het ziekenhuis niet wilde afstaan.

116. Fesevur, 'Moeten geneeskundigen van een ziekenhuis vol-ambtenaar zijn?', 92.

117. D'Haene en Schalema, *Merwedeziekenhuis*, 21-22.

118. Hymans van den Bergh, Van Leeuwen en Quix, 'De nieuwe Utrechtsche klinieken en poliklinieken', 15.

119. Onderstaande gegevens zijn aangereikt door de kno-arts J.Ph. Staal, Rozendaal.

120. De komst van de antibiotica na 1945 als geneesmiddel tegen infectieziekten, maakte een deel van deze aandoeningen tot onderdeel van de huisartsenpraktijk.

121. Bij patiënten speelden ook nog andere keuze-factoren mee, zoals de ligging van het ziekenhuis en de wijze waarop men in het ziekenhuis met de patiënten omging. Van Manen, *De medische specialist in het algemeen ziekenhuis*, 55.

Schematisch overzicht 4:
Open- en gesloten ziekenhuizen

Open ziekenhuis: vrije-artsenkeuze

Belangen voorstanders

dl. specialisten

- klinische behandeling eigen polikliniekpatiënten
- ervaring
- 'reclame': klassepatiënten
- facilitaire voorzieningen

deel directies:

- trekt betalende patiënten

dl. R.K. ziekenhuizen:

- vrije huisartsenkeuze waarborgt kath. moraal

huisartsen

- behandeling eigen betalende patiënten

patiënten:

- 'beter'
- vrije-keuze
- meer keuze

Maatregelen tegenstanders

- meewerken aan (gedeelte)lijke stafvorming

- 'sluiten' derde klasse (in naam bleef het een open ziekenhuis)

Gesloten ziekenhuis: stafspecialisten

Belangen voorstanders

dl. directeuren:

- geen kritiek op eigen optreden
- organisatorische en financiële overwegingen
- meer zeggenschap
- contracten met verzekeraars: verpleegkosten
- contracten met ziekenfondsen: polikliniek

stafspecialisten:

- behoud eigen positie
- indammen toeloop

dl. ziekenhuisverenigingen:

- voordelige contracten met ziekenhuisdirecties

gemeente/armenzorg:

- 'all-in' honorarium voor beperkt aantal stafleden
- geen 'open-eind' uitgavepost

Argumenten tegenstanders

Specialistenorganisatie:

- geen gelijke kansen voor iedere specialist
- werkt demotiverend
- slecht voor kwaliteit ziekenhuis
- machtspositie directeur
- stafhonorarium sluitpost ziekenhuisbudget

De NMG en de Specialistenvereniging maakten zich sterk voor een open structuur. De Geneeskundige Vereniging tot bevordering van het Ziekenhuiswezen en de ziekenhuisdirecties, die zich op het terrein van de belangenbehartiging duidelijk gingen manifesteren, voerden argumenten aan voor een gesloten structuur.

Argumenten voor een open structuur

De NMG eiste al vanaf het begin van de ziekenfondsstrijd een vrije artsenkeuze. Na 1920 breidde zij deze eis uit naar de ziekenhuizen. Volgens specialisten betekende dat voor moderne ziekenhuizen vanzelfsprekend een vrije specialistenkeuze. Maar huisartsen interpreteerden dat als vrije huisartsenkeuze. De NMG kon met 'vrije artsenkeuze' het probleem nog omzeilen of ook huisartsen patiënten in ziekenhuizen mochten behande-

len. Desalniettemin was dit toch de eerste meer specifiek op specialistenbelangen gerichte eis van de NMG. Binnen de NMG kwam het onderwerp als het ware niet meer van de agenda af. Het zorgde gedurende de hele periode voor de nodige beroering. Deze discussies duurden zelfs tot aan het eind van de jaren 1950.¹²²

De Specialistenorganisatie pleitte vanaf het wetsontwerp ziekenkostenverzekering in 1920 bij overheid, koepelverenigingen van ziekenhuizen én plaatselijke specialistenverenigingen voor een vrije specialistenkeuze in ziekenhuizen. Dat betekende overigens niet dat ieder ziekenhuis alle specialisten moest toelaten. Wel diende iedere specialist in principe de gelegenheid te krijgen de eigen ziekenfondspatiënt ook klinisch te behandelen.¹²³

De Specialistenorganisatie, en andere tegenstanders van een vaste staf, voerden aan dat een vaste staf monopolies schiep en een vrije vestiging belemmerde.¹²⁴ Een vaste aanstelling betekende bijna hetzelfde als het wéren van 'eerste klas' specialisten. Stafvorming werkte demotiverend en het gevaar dat de specialisten 'verouderden' was veel groter.¹²⁵ Daarentegen stimuleerde concurrentie de specialisten hun best te doen.

De tegenstanders van stafvorming bestreden eveneens dat een benoeming aan een ziekenhuis een zekere kwaliteitswaarborg inhield, een argument dat ziekenhuisdirecties graag hanteerden.¹²⁶ Volgens de specialisten was dat maar betrekkelijk, er waren daarvoor teveel voorbeelden van andere overwegingen bij een benoeming dan die van deskundigheid. Hoe kon een gemeenteraad die niet voldoende deskundig op dit gebied was dat overigens beoordelen? Het was al helemaal geen kwaliteitswaarborg dat er geneesheer-directeuren waren die alle patiënten in het ziekenhuis zelf behandelden, omdat zij geen specialist naast zich duidden! Of als er in zo'n ziekenhuis chirurgen werkten die tevens gynaecoloog, uroloog et cetera dáchten te zijn.¹²⁷ Als men al deze overwegingen bij elkaar optelde, bleek duidelijk dat een vrije specialistenkeuze gunstig was voor de kwaliteit van de geneeskundige behandeling.¹²⁸

122. Na 1945 zette de tendens naar gesloten ziekenhuizen zich door, alhoewel er nog wel open ziekenhuizen bleven. Drogendijk noemt er nog vier in 1970, Drogendijk, *Het protestants-christelijk ziekenhuis*, 69. In 1954 bracht een KNMG-commissie 'Open en gesloten ziekenhuizen' een rapport uit. Dit rapport werd gepubliceerd in *Medisch Contact* van 22-4-1954. De door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid ingestelde Commissie Ziekenhuisvraagstukken stelde daarna óók een commissie in voor de bestudering van het vraagstuk van de open en gesloten ziekenhuizen, de zogenaamde Commissie Lojenga. Deze kon zich in grote lijnen verenigen met het KNMG-rapport. Geciteerd uit: Brief van Min. van Soc.Zk, Directie Volksgezondheid, 21-6-1956. Overigens was er voor de stafleden wel verschil met de gesloten ziekenhuizen van voor 1941. De invoering van het ziekenfondsenbesluit regelde in principe de honorering van het klinische werk van specialisten, die voor die tijd (met uitzondering van chirurgen) voor de klinische hulp aan de grote categorie ziekenfondspatiënten vaak geen honorarium ontvingen. Voor 1941 hadden niet-betalende patiënten, waaronder ziekenfondspatiënten, meestal geen vrije-ziekenhuiskeuze, ook dat veranderde door het ziekenfondsenbesluit. Bovendien nam daarmee het belang af, dat ziekenhuisdirecteuren hadden bij een contract met een ziekenhuisvereniging dat ten koste ging van de specialisten), omdat de verpleegkosten eveneens een ziekenfondsverstrekking werden.

123. Bles (voorzitter SO), 'Vrije specialistenkeuze in ziekenhuizen', (1922) 430.

124. Bestuur SO, 'Waarschuwing', *NTvG* 65 (1921) II, 302.

125. Van Erp Taalman Kip, 'Voor en tegen van vasten staf', 2096-2097.

126. Onder meer: Hintzen, 'Vrije specialistenkeuze in ziekenhuizen', 412.

127. Bles, 'Vrije specialistenkeuze in ziekenhuizen', 430.

128. 'Verslag alg. verg. SO (1920)', 795.

De Specialistenorganisatie onderkende overigens wel dat er voor grote ziekenhuizen bezwaren kleefden aan een open stelsel. De oud-voorzitter Brongersma¹²⁹ vond de vrije specialistenkeuze voor zaalpatiënten in ziekenhuizen theoretisch volkomen juist. In de praktijk bleek het echter vaak onmogelijk, dat leverde in grote ziekenhuizen economische of praktische bezwaren op. 'Wanneer er vijfhonderd à zeshonderd chirurgische bedden zijn, zal een stad als Amsterdam dan bijvoorbeeld vijftig of zestig verschillende operateurs kunnen toelaten?' In ziekenhuizen met zo'n honderd tot honderdvijftig bedden was het open stelsel volgens Brongersma praktisch wel mogelijk. Maar het zou ook in een betrekkelijk kleine plaats veel te duur worden als dat voor alle specialismen gold.¹³⁰

De Specialistenorganisatie gaf haar leden keer op keer het advies geen vaste verbintenis aan te gaan.¹³¹ Stafspecialisten konden zowel financieel als positioneel in een zwakke positie komen. Bovendien was vrije artsenkeuze voor de jongere specialist die geen relaties had een belangrijke stimulans voor de opbouw van de praktijk. Al kreeg hij maar in één ziekenhuis de mogelijkheid zijn ziekenfondspatiënten uit de polikliniek te behandelen. Want dat was eigenlijk de enige categorie die beschikbaar was als 'lesmateriaal'. Meer dan tachtig procent van de zieken in een ziekenhuis was zaalpatiënt.¹³² Daar lagen niet alleen fondspatiënten, maar ook armlastigen en een klein aantal betalende patiënten. Armenzorgpatiënten hadden vrijwel nergens een vrije artsenkeuze. Zij werden in een gemeenteziekenhuis behandeld door gemeentegeneesheren of door de gemeente 'uitbesteed' aan een particulier ziekenhuis. Maar ook dan werden zij zoveel mogelijk behandeld door specialisten die door de armenzorg daarvoor waren aangesteld. Meestal hadden ook de zaalpatiënten die de kosten wel zelf betaalden geen vrije artsenkeuze. Deze groep was bovendien voor specialisten veel te klein om voldoende ervaring mee op te doen.

Argumenten voor een gesloten structuur

De eis van de Specialistenorganisatie de vrije artsenkeuze in te voeren, stuitte al in 1920 op onoverkomelijke bezwaren van de Geneeskundige Vereeniging tot bevordering van het Ziekenhuiswezen.¹³³ Dat zou budgettaire moeilijkheden opleveren voor de grotere ziekenhuizen. Iedere specialist in een ziekenhuis streefde immers naar zoveel mogelijk eigen hulppersoneel, werkruimte en instrumentarium.¹³⁴ In de ingewikkelde organisatie van het moderne ziekenhuis zorgde een vaste staf daarentegen voor orde, regelmaat en continuïteit in de behandeling.

Evenals de tegenstanders van een vaste staf, kwamen de voorstanders daarvan met een kwaliteitsargument.¹³⁵ Zij betoogden dat het juist schadelijk was voor de noodzakelijke bedrevenheid als alle specialisten de ziekenfondspatiënten mochten behandelen. De kwaliteit was gebaat bij een vaste staf, want er was bij specialisten veel kaf onder het

129. In de hoedanigheid van lid van de Staatscommissie ter voorbereiding van het wetsontwerp ziekenkostenverzekering (1920).

130. 'Verslag alg. verg. SO (1920)', 802-803.

131. 'Jaarverslag SC 1929', 1175.

132. Bles, 'Vrije specialistenkeuze in ziekenhuizen', 430; Planteydt, 'Maatschappij, ziekenhuisverenigingsfondsen en specialisten', 3005.

133. 'Verslag alg. verg. Vereeniging tot bevordering van het Ziekenhuiswezen (1920)', 105.

134. Hüntzen, 'Vrije specialistenkeuze', 415.

135. Aan het eind van de jaren veertig werd van specialistenzijde nog een punt in het voordeel van gesloten ziekenhuizen toegevoegd. Open ziekenhuizen waren niet geschikt voor de opleiding van specialisten: De Vink, SRC, 69.

koren.¹³⁶ Niet iedereen, 'die weet wat zich zoal als specialist vestigt', vond het een ramp dat de vrije vestiging van specialisten werd belemmerd.¹³⁷

Bij de bezwaren tegen een vrije specialistenkeuze speelden nog andere belangen mee. Een vaste staf gaf ziekenhuisdirecteuren van de grotere ziekenhuizen minder rompslomp qua organisatie en gezagsuitoefening.¹³⁸ Bovendien had een ziekenhuisdirecteur daar soms direct belang bij. Hij kon daarmee voorkómen dat er teveel werd afgekalfd van zijn behandelingsgebied als 'internist'. Hij hoefde dan ook niet bang te zijn voor de concurrentie van (deel)specialisten die deskundiger konden zijn. Bovendien kon hij zo kritiek op zijn kennis als internist ontlopen.

De geneesheer-directeur was niet de enige die belang had bij de handhaving van de *status quo* van een stafziekenhuis. De andere stafleden hadden dat ook. De financiële toekomst was onzeker tengevolge van de slechte economische situatie en een voortdurende instroom van jonge specialisten. De mogelijkheid tot vrije artskeuze vergrootte de aantrekkingskracht van een stad als potentiële plaats voor jonge specialisten. Om de gevestigde belangen te ontzien, was bijvoorbeeld in Enschede het ziekenfonds niet bereid ieder die zich aanmeldde een contract aan te bieden. Daardoor was Enschede, volgens de plaatselijke NMG-afdeling, in 1930 nog gevrijwaard van een 'overmatig aantal specialisten'. De afdeling vreesde echter dat Enschede met specialisten 'rijp en groen' zou worden overstroomd als het ontwerp-ziekenfondswet van kracht zou worden. De chirurg in het ziekenhuis zou dan niet meer voldoende operaties krijgen om technisch vaardig te blijven. De NMG-afdeling Enschede benoemde daarop een commissie om een standpunt over deze kwestie te bepalen. Volgens deze commissie hoorden nieuw-gevestigde specialisten voortaan niet meer op een vrije toegang tot de ziekenhuizen te kunnen rekenen.¹³⁹

In Enschede verhulde men het eigenbelang nog door alleen op de kwalitatieve gevolgen van een teveel aan specialisten te wijzen. Anderen benoemden wel het financiële aspect daarvan. De jongeren konden vooraf weten dat zij door hun komst schade aan de gevestigde specialisten toebrachten. Vrije specialistenkeuze maakte een minimuminkomen onmogelijk. 'Vrijheid in specialisten kón niet meer.'¹⁴⁰ Hoe die 'jongeren' dan aan een praktijk moesten komen, was niet de zorg van de gevestigde specialist.

Voorkeur voor gesloten ziekenhuizen

Tot op heden is een strakke indeling gehanteerd in open en gesloten ziekenhuizen. Dit blijkt echter niet te handhaven. Er waren allerlei variaties in omloop met gedeeltelijk niet-vrije respectievelijk gedeeltelijk vrije artskeuze. Gemeenteziekenhuizen met klasafdelingen konden via het aantrekken van goed bekendstaande specialisten proberen

136. Abrahams, 'Vrije specialistenkeuze in ziekenhuizen', 680.

137. Hintzen, 'Vrije specialistenkeuze', 412.

138. De geneesheer-directeur was verantwoordelijk voor de organisatorische zaken in het ziekenhuis.

Stafleden werden geacht in deze 'bedrijfstechnische' zin ondergeschikt te zijn aan de directeur; (zie: Mansholt, 'De arts als bestuurslid van het ziekenhuis', 190). Zelf waren specialisten voor de medische gang van zaken verantwoordelijk. Over het bestaan en de problemen rond deze twee 'gezagslijnen' binnen een organisatie is vanaf de jaren vijftig vrij veel literatuur verschenen. Zie bijvoorbeeld Smith, 'Two lines of authority', 468-477; Coser, 'Authority and decision-making in a hospital', 56-63; Bronkhorst e.a., *Organisatorische positie van de medisch specialist in het algemene ziekenhuis*.

139. 'De Enschedesche ziekenhuisvraagstukken', 269.

140. Van der Hoeven Leonhard, 'Vrijheid van specialistenkeuze', 896.

de trend van vrije specialistenkeuze in die afdelingen zoveel mogelijk in te nemen. Met echt verbieden sneden zij zichzelf echter in de vingers. Veel particuliere ziekenhuizen noemden zichzelf daarentegen een open ziekenhuis, terwijl zij dat in feite niet waren. In die ziekenhuizen hadden niet-betalende zaalpatiënten geen vrije artsenkeuze¹⁴¹ of bleek de vrije artsenkeuze aan andere restricties onderhevig. De klasseafdeling van het marine-hospitaal in Den Helder bijvoorbeeld, voerde een vrije artsenkeuze voor de burgerpatiënten in het vaandel. De chirurg van het gemeenteziekenhuis kreeg echter geen toegang tot het hospitaal, want de marine bleek met een vrije artsenkeuze alleen huisartsen te bedoelen.¹⁴² Het RK ziekenhuis in Zaandam verstond onder vrije artsenkeuze bij nader inzien ook alleen maar een vrije huisartsenkeuze. In dit ziekenhuis waren de zieken die specialistische hulp nodig hadden op de stafspecialisten aangewezen.¹⁴³

De gegevens over aantallen open en gesloten ziekenhuizen zijn niet erg betrouwbaar, omdat genoemde tussenvormen niet zijn verwerkt. Dit blijkt eveneens uit een rapport van een gemeentelijke bezuinigingscommissie in Arnhem uit 1934. De commissie zond aan andere gemeenteziekenhuizen een vragenlijst met onder meer vragen over de organisatievorm. Uit die enquête bleek 'de vrije artsenkeuze in de talrijke ziekenhuizen waar zij werd toegestaan, nagenoeg op dezelfde wijze beperkt te zijn'. De commissie doelde daarmee op haar voorstel in het Arnhemse gemeenteziekenhuis de vrije artsenkeuze voor klassepatiënten te handhaven, maar voor de zaalpatiënten af te schaffen.¹⁴⁴ In het algemeen gold dat in grote steden in de jaren dertig in alle soorten ziekenhuizen stafvorming meer regel dan uitzondering was.¹⁴⁵ Meestal kregen in kleinere ziekenhuizen wel alle geneesheren toegang tot het ziekenhuis.¹⁴⁶ Uit 'tactische overwegingen' waren daaronder ook gemeenteziekenhuizen.¹⁴⁷ Dan blijft het echter nog steeds de vraag of die vrije artsenkeuze ook een vrije specialistenkeuze was.

In ziekenhuizen met een kleine staf waren de patiënten niet altijd uitsluitend op de stafleden aangewezen. Ziekenhuizen met een vaste staf, die door de armenzorg werd gehonoreerd, sloten ook tussen 1920 en 1941 overeenkomsten met honoraire consulenten. (Dit bleef overigens tot in de jaren vijftig bestaan). Deze specialisten behandelden in voorkomende gevallen de zaalpatiënten met meer specifieke aandoeningen. In kleinere ziekenhuizen waren meestal ook de oog- en kno-artsen consulent.¹⁴⁸ Specialisten boden zelf aan dat zij genegen waren de zaalpatiënten – als consulent – gratis te behandelen. Zo verwierven zij toegang tot een ziekenhuis, en dat was een eerste vereiste om hun klinische ervaring op peil te houden. Zij hoopten door dit werk enige tijd 'belangeloos' te

141. [Z.a.], 'Vrije specialistenkeuze in ziekenhuizen', 329; Wortman, *Ibidem*, 526; 'Groepsvergadering specialisten (juni 1932)', 4184, 'Groepsvergadering specialisten mei 1933', 2898; Van Erp Taalman Kip, 'Voor en tegen vasten ziekenhuisstaf', 2095.

142. ARA, archief NMG, inv. nr.200, S25, 'Briefwisseling chirurg aan secr. SO (1923)'; 'Departement van Marine aan NMG (1923)'.

143. Van Roojen, 'Verhouding ziekenhuisdirecties-geneesheeren', 5.

144. Archief gemeente Arnhem, ADC 167, Stukken betreff. het Gemeenteziekenhuis, 'Rapport exploitatie gemeenteziekenhuis'.

145. Planteydt (lid commissie inz. ziekenhuisverplegingsfondsen en klinische hulpverlening in en buiten ziekenfondsen), 'Maatschappij, ziekenhuisverplegingsverenigingen, specialisten', 3005.

146. Mansholt, 'De arts als bestuurslid van het ziekenhuis', 190.

147. Archief gemeente Arnhem, 'Rapport exploitatie gemeenteziekenhuis'; nr.IX, 'Gegevens uit een onderzoek van de "bezuinigingscommissie" bij gemeenteziekenhuizen naar onder meer de organisatiestructuur'.

148. Cleyndert, 'Ziekenhuispoliklinieken', 115 en 118.

doen, na verloop van tijd een positie in het ziekenhuis te krijgen.¹⁴⁹ In die tussentijd hoorden de consulenten eigenlijk al een beetje bij het ziekenhuis, hetgeen een goede uitgangspositie was voor de eventuele behandeling van klassepatiënten.¹⁵⁰

Wanneer een gemeenteziekenhuis goed bekendstond, vervaagde de scheidslijn tussen gemeente- en particuliere ziekenhuizen enigszins. Toch was het niet altijd even gemakkelijk de patiënten ervan te overtuigen dat het gemeenteziekenhuis een goed alternatief was voor een particulier ziekenhuis. Zo nam de gemeenteraad in Arnhem bij de ingebruikneming van het nieuwe ziekenhuis in 1931 het vooruitstrevende besluit behoeftige patiënten een vrije ziekenhuiskeuze te gunnen. Het gevolg was dat het eigen ziekenhuis de daarop volgende jaren met grote exploitatietekorten kampte. Volgens een bericht in de *Arnhemsche Courant* wist 'iedereen waar de schoen wringt en dat vrije ziekenhuiskeuze één van de voornaamste oorzaken is van de slechte exploitatiekosten'. Patiënten gaven ondanks het nieuwe gemeentelijke stafziekenhuis de voorkeur aan de 'ook zeer goed geoutilleerde Roomsche Katholieke- en evengoed ingerichte Diaconessenziekeninrichting'.¹⁵¹

3.5. De huisarts in het ziekenhuis

Huisartsen hadden niet zo veel moeite met de ziekenhuispoliklinieken als specifiek werkerterrein van specialisten. De klinische behandeling van patiënten liet echter niet iedere huisarts zich zomaar ontnemen. Zij steunden dan ook de roep om vrije artskenkeuze in de ziekenhuizen. Bovendien waren zij van mening, dat het lang niet altijd terecht was dat een specialist het alleenrecht voor de behandeling in het ziekenhuis opeiste.¹⁵² Huisarts of patiënt konden toch altijd nog de geneesheer-directeur in consult roepen?¹⁵³

Deze visie van een vrije (huis)artskenkeuze in ziekenhuizen vond, zoals gezegd, met name bij RK instellingen gehoor. De katholieke moraal week op bepaalde punten af van de algemene moraal, daarom moesten patiënten in een ziekenhuis kunnen terugvallen op de eigen RK huisarts.¹⁵⁴

Geneesheer-directeuren uit niet-katholieke ziekenhuizen waren het helemaal niet eens met deze vrije huisartskenkeuze. Zij werden daarin gesteund door het merendeel der specialisten. Een huisartskenbehandling kwam de naam van het ziekenhuis niet ten goede. Bovendien werd een patiënt niet voor niets in een ziekenhuis opgenomen! Ziekenhuizen waren in de eerste plaats inrichtingen voor onderzoek en behandling. Specialisten gebruikten daar methoden waarvoor bij de patiënt thuis geen gelegenheid bestond. De

149. Moll, *Haagsch gemeenteziekenhuis*, 108.

150. Diehl, e.a., 'Te veel medische studenten', 705.

151. Geciteerd in: Berichten en Mededeelingen, 'De vrije specialistenkeuze in het gemeenteziekenhuis in Arnhem', *Het ZH-wezen*, 82.

152. Hintzen, 'Vrije specialistenkeuze', 412.

153. Wortman, 'Vrije artskenkeuze ziekenhuizen', 41.

154. De coadjutor-aartsbisschop van Utrecht, Alfrink, vond in 1953 nog dat 'de katholieke zieke mens verzorging nodig had die gedragen werd door katholieke principes; de zieken schonken immers vertrouwen aan een katholieke medicus, niet omdat hij bekwaam is, maar omdat hij [...] voor gezondheid en dood dezelfde wetten aanvaardt als de katholieke patiënt.' Geciteerd uit: Duffhues, Felling en Roos, *Bewegende patronen*, 102.

huisarts had daarvoor noch de juiste kennis noch de hulpmiddelen.¹⁵⁵ Wie vond dat de huisarts de eerst aangewezen was om zieken in het ziekenhuis te behandelen, miskende de specialistische inbreng van een ziekenhuis van 'onze tijd'. De 'fijner geörienteerde waarnemer' bespeurde bovendien vaak nog afwijkingen die de huismedicus niet vermocht te zien.

Wetenschappelijk gezien was vrije huisartsenkeuze ontoelaatbaar.¹⁵⁶ In ziekenhuizen met een vaste staf waren geen huisartsen aangesteld en ook steeds meer grotere open ziekenhuizen weerden de huisartsen. De geneesheer-directeur van de gemeentelijke ziekenhuizen in Den Haag schreef in een artikel in *Het Ziekenhuiswezen*, dat in zijn ziekenhuis geen huisartsen werden toegelaten, 'niet als behandelend geneesheer en niet als geneesheer die de nabehandeling leidt'.¹⁵⁷ In 1941 waren huisartsen als behandelaars echter nog niet uit ieder ziekenhuis verdwenen.

De opvattingen van geneesheer-directeuren die huisartsen uit hun ziekenhuis wilden weren, leken niet zonder risico voor de eigen positie. Als huisartsen geen patiënten meer in een ziekenhuis mochten behandelen, hoe stond het dan met de positie van de geneesheer-directeur die de zaalpatiënten behandelde? Was die geneesheer-directeur zelf eigenlijk wel een specialist?

3.6. De geneesheer-directeur en het specialisme interne geneeskunde

Grotere gemeenteziekenhuizen stelden een geneesheer-directeur aan. Deze functionaris was belast met de organisatorische leiding van het ziekenhuis en de behandeling van patiënten met interne ziekten.¹⁵⁸ Daarnaast had hij zijn eigen particuliere praktijk en kon hij consulent zijn in andere ziekenhuizen. Grotere particuliere ziekenhuizen schakelden in de eerste decennia van de twintigste eeuw eveneens over op een geneesheer-directeur; kleinere volgden na 1930. Een geneesheer-directeur was dikwijls een 'specialist-internist'. In hoeverre hij meer kennis en ervaring van interne ziekten had dan de algemeen arts was onder meer afhankelijk van grootte, functie, bestuur en plaats van vestiging van zijn ziekenhuis.

In middelgrote ziekenhuizen benoemde het bestuur 'niet zelden' geneesheren die 'kortere of langere tijd geneesheer of assistent aan een medische kliniek zijn geweest'.¹⁵⁹ Ook het gemeenteziekenhuis in Dordrecht wilde een specialist-internist als directeur. De reputatie van het ziekenhuis hing immers voor een groot deel af van de medische kwaliteiten van deze functionaris.¹⁶⁰ In 1926 benoemde het gemeentebestuur de geneesheer-directeur J. Broekmeyer (1887-1965). Deze had een opleiding die zeker aan de, weliswaar ongeschreven, regels voldeed. Hij begon zijn aanvullende opleiding met een assistentschap van vijftien maanden aan een Duitse universiteitskliniek. Vervolgens was hij ongeveer een jaar assistent bij professor Hijmans van den Bergh in Groningen. Daarna gingen hoogleraar en assistent gezamenlijk naar Utrecht, waar Broekmeyer nog acht jaar hoofdassistent was en waarnemend directeur van het ziekenhuis.¹⁶¹

155. Fabius, 'Hoe wordt behandeling ziekenhuispatiënten het best geregeld?', 17.

156. Wortman, 'Vrije artskenkeuze ziekenhuizen', 42.

157. Van Roojen, 'Verhouding ziekenhuisdirecties-geneesheeren', 11.

158. Hekman, 'Voorbereiding ambt geneesheer-directeur', 177-178.

159. Ibidem, 178.

160. D'Haene en Schalema, *Merwedeziekenhuis*, 18 en 21.

161. Ibidem, 27-33.

Het gebruik van de term internist was op zichzelf al verwarrend, omdat huisartsen ook wel 'internisten' werden genoemd. Een Haarlems ziekenhuisverplegingsfonds nam 'internisten' op in het contract met de plaatselijke geneesheren. Tijdens de bespreking van deze overeenkomst in een gecombineerde vergadering van de Huisartsenorganisatie en Specialistenorganisatie was een huisarts van oordeel dat er dus huisartsen tot de ziekenhuizen mochten worden toegelaten.¹⁶²

De aanduiding van een geneesheer-directeur als huisarts, internist of zelfs als 'zogenaamde huisarts', had echter niets met deze verwarring te maken.¹⁶³ Voor huisartsen was, zoals gezegd, de erkenning van interne geneeskunde als specialisme een bedreiging voor zijn praktijk. De NMG ondersteunde tot aan het eind van de jaren twintig het standpunt van de huisartsen dat interne geneeskunde geen specialisme was. Deze stellingname had consequenties voor zowel vrijgevestigde internisten als voor een geneesheer-directeur. Een geneesheer-directeur-'internist' van een groot ziekenhuis mocht niet als specialist worden erkend. Hij kon zich derhalve niet als specialist bij een afdelingsfonds laten inschrijven.¹⁶⁴

De Specialistenorganisatie dacht daar anders over. Men had weinig problemen met de aanduiding internist voor een geneesheer-directeur of vrij-gevestigde specialist. Vóór 1920 respecteerden echter Specialistenorganisatie en specialisten in de afdelingen de bezwaren van huisartsen tegen het specialisme interne geneeskunde. Dit was meer om de huisartsen te ondersteunen dan uit principiële bezwaren tegen het vak als specialisme.¹⁶⁵ Nu kon de Specialistenorganisatie ook niet veel anders, omdat zij (de Centrale Vertegenwoordiging) in het beleid slechts een adviserende stem naar het NMG-bestuur had. Na 1920 wijzigde de Specialistenorganisatie dit officieel ingenomen standpunt. Interne geneeskunde behoorde ook in de afdelingen als specialisme te worden erkend.¹⁶⁶ Hoe zat het nu met de bevoegdheid van een geneesheer-directeur? Vóór de instelling van de specialistenregistratie waren er geneesheer-directeuren die zich internist konden noemen. De ledenlijst van de Geneeskundige Vereeniging tot bevordering van het Ziekenhuiswezen geeft daarvan een indicatie. De vereniging telde in 1928 ongeveer 104 geneesheer-directeuren onder haar leden.¹⁶⁷ Een deel van hen is terug te vinden in de eerste lijst van erkende specialisten, die door de Specialisten Registratie Commissie (SRC) werd uitgegeven.¹⁶⁸ 27 geneesheer-directeuren van niet-categorale ziekenhuizen die lid waren van de vereniging waren internist, waarvan 20 niet zijn terug te vinden in de SRC-lijst. Daarvan was echter een deel inmiddels met pensioen of overleden. Toch noemde men ook deze internisten vóór 1931 over het algemeen geen internist-specialist.

162. ARA, archief NMG, inv. nr.215, Z23, 'Notulen van de gecombineerde verg. afdeling ziekenfondsbelangen van HC en SC, 4-11-1930'.

163. Van Rooijen, 'Verhouding ziekenhuisdirecties-geneesheren', 6.

164. ARA, archief NMG, inv. nr.191, R11, 'Verslag verg. HB-NMG, 26- en 27-1-1924'.

165. ARA, archief NMG, inv. nr.199, S18-I, 'Positie specialisten - ziekenfondsen, 1914-1915', onder meer: 3-1-1915 en 24-1-1915.

166. ARA, archief NMG, inv. nr.171, I-5, 'Correspondentie tussen SC, NMG en secr. specialistenvereniging Nijmegen, 31-10-1925, 4-11-1925, 21-11-1925, 14-12-1925 en 5-1-1926'.

167. Veel van deze geneesheer-directeuren hadden de leiding van een categoriaal ziekenhuis; zij waren derhalve geen internist: psychiaters-neurologen, tbc-artsen, kinderartsen, oogartsen, vrouwenartsen en een orthooped. Naast geneesheer-directeuren telde de vereniging nog onder meer hoogleraren, eerste geneesheren, chirurgen en voormalige geneesheer-directeuren tot haar leden.

168. 'Register erkende specialisten'.

In de al vaker genoemde drie grote steden kon een geneesheer-directeur van een ziekenhuis ook nog te maken krijgen met een dwarsliggende specialistenvereniging. In deze steden werkten vrijwel alle ziekenhuizen met een vaste staf. Specialisten voelden zich danig in hun praktijkuitvoering beperkt door deze organisatiestructuur van de ziekenhuizen. Eén van de reacties daarop kon zijn dat een plaatselijke specialistenvereniging een geneesheer-directeur-internist niet toeliet, omdat hij geen specialist zou zijn. De Specialistenorganisatie was het daarmee dan niet eens, maar zij kon de plaatselijke verenigingen niet dwingen tot een algemene lijn.

De hierboven genoemde geneesheer-directeur van het gemeentelijke stafziekenhuis in Dordrecht, Broekmeyer, liet zich niet als internist of specialist in Dordrecht inschrijven. De auteurs van het gedenkboek over dit ziekenhuis veronderstellen dat het gespecialiseerd zijn in die dagen niet statusverhogend zal zijn geweest.¹⁶⁹ Een andere verklaring kan zijn dat de plaatselijke specialistenvereniging hem niet als zodanig wilde erkennen. Deze veronderstelling wordt ondersteund door de actie van Broekmeyer om zich enige jaren later wel bij de SRC als specialist te laten registreren.¹⁷⁰

De problemen over de status van de geneesheer-directeur waren toch lang niet zo groot als bij de controverse over de poliklinieken een decennium eerder. Gedeeltelijk kwam dit door de vrij duidelijke afbakening van het werkterrein van de geneesheer-directeur. Voor een veel belangrijker deel was dit het gevolg van het ontbreken van een competitie tussen huisarts en internist over de ziekenfondspatiënten in de grote steden. Daar waren de internisten gevestigd en daar had een geneesheer-directeur in ieder geval geen ziekenfondspraktijk. Internisten kregen daar geen toegang tot de plaatselijke specialistenverenigingen en dientengevolge ook niet tot de ziekenfondsen.¹⁷¹ En de conflicten braken altijd en overal vooral uit over ziekenfondsen en ziekenfondspatiënten.

Bovengenoemde beperkingen waren voor internisten nadelig. De NMG stelde daarover echter geen speciale gedragsregels op. Indien een geneesheer-directeur-internist zich beperkte tot een spreekuur- en consultatieve, en particuliere praktijk in het ziekenhuis ontmoette hij niet veel problemen.¹⁷² Maar niet iedere geneesheer-directeur liet zich zo in zijn vrije praktijkuitoefening belemmeren. In de NMG kwam daarom met enige regelmaat de vraag naar voren of zij de beperking tot een uitsluitend consultatieve praktijk wilde regelen.

3.7. Diverse relaties tussen ziekenhuizen en specialisten

De inrichting van klasseafdelingen ging soms gepaard met een wijziging in de organisatiestructuur van een ziekenhuis en daardoor tevens in de relatie specialist – ziekenhuis. Ruwweg kan in de periode 1920-1941 de verhouding specialist – ziekenhuis in vier categorieën worden ingedeeld.¹⁷³

169. D'Haene en Schalema, *Merwedeziekenhuis*, 36-37.

170. 'Register erkende specialisten', 126.

171. Archief Ned. Intern. Ver., 'Notulen bestuursvergaderingen, 29-11-1931, 7'.

172. Nijhoff, 'Specialisme en specialist', 4186.

173. ARA, archief NMG, inv. nr. 221, 'Brief dr. Planteydt aan NMG, 22-4-1937'. Van Roojen, 'Verhouding ziekenhuisdirecties-geneesheeren', 3-4; Fesevur, 'Moeten geneeskundigen van een ziekenhuis volambtenaar zijn?', 91.

Ten eerste waren er de specialisten met een vaste aanstelling, hetzij fulltime, hetzij parttime. Deze specialisten ontvingen in de regel een honorarium van het ziekenhuis of van het armbestuur, waarvoor zij de behandeling van de zaalpatiënten op zich moesten nemen. Zij mochten de zaalpatiënten dientengevolge geen rekening sturen. Deze specialisten legden er de nadruk op, dat zij dit werk eigenlijk gratis deden. Indien het ziekenhuis een klasseafdeling had, kon het ziekenhuishonorarium worden aangevuld met het honorarium van de behandeling van de klassepatiënten, met inkomsten uit een buiten het ziekenhuis uitgeoefende consultatieve en spreekuurpraktijk en met eventuele klinische verrichtingen in andere ziekenhuizen. Tot de specialisten met een vaste aanstelling behoorden minimaal een geneesheer-directeur-internist en een chirurg.

Vervolgens waren er de consulenten. Deze specialisten sloten een overeenkomst met het ziekenhuis voor de behandeling van zaalpatiënten. Zij kregen daarvoor geen honorering, maar wel toegang tot het ziekenhuis. Specialisten konden verder nog in consult worden geroepen bij klassepatiënten, die daarvoor wel een rekening kregen toegestuurd. Ten derde waren er specialisten zonder enige verbintenis met het ziekenhuis, die voornamelijk poliklinisch en spreekuurwerk verrichtten, zoals kno-artsen en huidartsen. Van tijd tot tijd behandelde deze specialisten hun patiënten die onder de categorie van zaalpatiënten vielen in een open ziekenhuis. Daarbij moet men niet alleen aan de plaats van vestiging denken, maar aan de wijde omgeving. Afhankelijk van de plaatselijke situatie werd de klinische vervolgbehandeling van zaalpatiënten ook door de chirurg of geneesheer-directeur van het ziekenhuis overgenomen. In theorie kon de specialist voor deze groep zijn ziekenhuishonorarium zelf bepalen. In de praktijk was de specialist, gezien de 'welstand' van de zaalpatiënten, daarin gelimiteerd. Het honorarium van de behandeling van klassepatiënten kon hij slechts dan zelf bepalen, als daarover binnen de plaatselijke specialistenvereniging geen afspraken waren gemaakt.

Ten vierde waren er de specialisten in de 'periferie'. Degenen die door hun werk waren aangewezen op het ziekenhuis, zoals chirurgen, internisten en ten dele röntgenologen hadden geen vaste aanstelling. De honorariumregeling was als onder drie. Zolang deze specialisten de enige vertegenwoordigers van hun specialisme ter plaatse waren leverde dit geen problemen op.

Die problemen kwamen evenwel snel naderbij. Het aantal specialisten groeide. In hun zoektocht naar een goede vestigingsplaats trokken nu veel meer specialisten naar de 'periferie'. Desondanks waren er legio vestigingsproblemen voor beginnende specialisten, en voelden reeds gevestigde specialisten zich in hun bestaan bedreigd.

4 DE POSITIE VAN DE SPECIALIST

In hoofdstuk 3 werden de belangen van specialisten duidelijk door de polikliniek, interne belangentegenstellingen, 'het' ziekenfonds en het NMG-ziekenfondsbeleid. Na 1920 werden de belangen breder door de opkomst van het nieuwe werkterrein in een modern ziekenhuis en de komst van een nieuwe categorie ziektekostenverzekeraars. De verdediging van de specialistenbelangen werd bovendien gecompliceerder door financiële problemen.

In paragraaf 2 van dit hoofdstuk werd al gezegd dat de opleving van de economie in 1919 een jaar later reeds over het hoogtepunt heen was.¹⁷⁴ Eind 1921 liet minister Aalberse weten dat de ziekenfondssubsidie niet kon doorgaan, zoals die in het wetsontwerp ziekenkostenverzekering was aangekondigd. Vanwege de moeilijke economische situatie verlaagde de overheid in 1924 vervolgens diverse subsidies in de gezondheidszorg, zodat instellingen bezuinigingsmaatregelen moesten invoeren. Ook de NMG moest bezuinigen. Vooral de kosten van administratie, tijdschrift en salarissen moesten omlaag.

4.1. Invloeden van de recessie

Van 1926 tot 1929 leefde de economie weer op, met als gevolg hogere lonen¹⁷⁵ en een lage werkloosheid. In 1928 was het werkloosheidspercentage van de totale arbeidsbevolking slechts 1,6 procent. Ondanks deze opleving overheerste bij specialisten en Specialistenorganisatie van omstreeks 1924 tot aan het eind van de jaren dertig een vrij pessimistisch beeld over de conjunctuur.

In 1929 kondigde de volgende recessie zich aan. Het werkloosheidspercentage liep vanaf 1930 op tot 11,9 procent in 1936.¹⁷⁶ In de winter 1935-1936 waren ruim 630.000 arbeiders zonder werk. Dat was ruim éénderde van het totale aantal van de groep die in de categorie van de ziekenfondsverzekerden viel.¹⁷⁷ De tijd van de stijgende lonen was voorbij, daarvoor in de plaats kwamen salariskortingen. De salarissen van de ambtenaren stegen nog tot 1932,¹⁷⁸ daarna werden ook deze salarissen voortdurend verlaagd.¹⁷⁹ Onder deze regeling vielen bijvoorbeeld de leraren aan gymnasia en lycea. Zij moesten zelfs een dubbele korting accepteren: kortingen op de ambtenarensalarissen en afschaffing van de volledige betrekking.¹⁸⁰ Kamerleden ontkwamen evenmin aan salarisverlagingen. In 1936 werd in de Tweede Kamer het voorstel ingediend om de salarissen te verlagen van f 5.000 naar f 4.000.¹⁸¹

Vanzelfsprekend had de recessie ook financiële gevolgen voor huisartsen, specialisten, ziekenhuizen, ziektekostenverzekeraars en particuliere patiënten. De grote werkloosheid onder de arbeiders bracht wijzigingen in het ziekenfondsbestand met zich mee. Specialisten kregen echter van drie kanten te maken met bezuinigingsmaatregelen: ziekenhuisdirecties, ziekenfondsen en ziekenhuisverplegingsverenigingen. Het aanbod van specialisten bood ziekenhuisdirecteuren mogelijkheden bezuinigingen ten koste van specialisten door te voeren en om een gedeeltelijke stafvorming te realiseren. Financiers

174. Er zijn vrij veel economisch-historische publicaties over het interbellum verschenen, onder meer: Keesing, 'Conjuncturele ontwikkeling van Nederland, dl. I; De Vries, *De Nederlandse economie tijdens de twintigste eeuw*; Borger en Klein (red.), *De jaren dertig*; Drukker, *Waarom de crisis hier langer duurde*.

175. Brugmans, *Paardenkracht en mensenmacht*, 519.

176. Drukker, *Waarom de crisis hier langer duurde*, 156.

177. Brugmans, *Paardenkracht en mensenmacht*, 535.

178. Indices reëel netto jaarinkomen van gehuwde rijksambtenaren

1929	100.00	1932	117.64
1930	103.20	1936	104.95
1931	112.82	1938	100.97

Uit: Schrage, Nijhof en Wielsma, 'Inkomensontwikkeling van werkenden en werklozen', 388.

179. Morren, 'Centrale van hogere ambtenaren', 81.

180. Karsemeyer en Veenstra, 'Genootschap leraren Nederlandse gymnasiën', 32-33.

181. *Het Volk* 9-7-1936.

konden bij de specialistenhonorering enigszins profiteren van de recessie, omdat er zoveel specialisten bijkwamen die werk wilden hebben. Uiteindelijk accepteerden de specialisten de kortingen wel.

De 'strijd om het bestaan' verhardde ook de belangentegenstellingen binnen de beroepsgroep. Recessie en concurrentie stelden de ideologie en gedragsleer van beroepsgenoten zwaar op de proef. Ethische begrippen hielpen niet als het een bestaanskwestie werd.¹⁸² Er ontstonden grote moeilijkheden tussen kinderartsen en huisartsen. Deze moeilijkheden waren in de eerste plaats het gevolg van financiële zorgen. De komst van een kinderarts was erg nadelig voor de huisartsenpraktijk, waarin kinderen een belangrijk onderdeel waren. Competentievragen werden daarbij veelvuldig gesteld, maar vooral om de gevolgen voor de eigen praktijk te keren en niet direct om het algemeen belang te dienen. De erkenning van het specialisme kindergeneeskunde, na de instelling van de SRC, maakte geen eind aan de problemen tussen huisartsen en kinderartsen. Binnen de NMG was niet iedereen het erover eens dat kindergeneeskunde een specialisme was.

Ziekenhuizen met een vaste staf en (NMG-afdelings)ziekenfondsen met beperkende regels bemoeilijkten een vrije vestiging van specialisten. Daarbij bleef het niet. Plaatselijke specialistenverenigingen voerden beperkende maatregelen in en er vond 'bedrijfsvorming' plaats van vrij-gevestigde specialisten die assistenten in dienst namen. Wanneer zo'n 'manager' vanwege oude rechten toegang had tot de plaatselijke stafziekenhuizen, was er voor nieuwkomers weinig ander perspectief dan een werkring als assistent bij deze specialist.

Deze paragraaf behandelt de obstakels op het pad van de specialisten op hun weg naar integratie in de gezondheidszorg in een economisch ongunstige conjunctuur. Tot 1920 waren het nog voornamelijk belangen van huisartsen die tegen de belangen van specialisten indruisten. Na 1920 kwamen daar de belangen van reeds gevestigde specialisten bij. Deze belangen konden eveneens tegengesteld zijn aan de belangen van specialisten die zich ter plaatse wilden vestigen. De vraag van patiënten en ziekenhuizen naar specialisten, het aanbod van ziektekostenverzekeringen voor specialistische hulp en ten slotte de 'erkenning' van specialisten in het ziekenfondsenbesluit, bevestigden het beeld dat specialisten een onmisbare schakel waren geworden in de gezondheidszorg.

4.2. Plaatselijke autonomie

De ene stad oefende een grotere aantrekkingskracht uit op specialisten dan de andere. Uit de eerste lijst van erkende specialisten blijkt dat ook in 1931 nog een groot deel van de specialisten in de drie grote steden was gevestigd. Daarnaast bleken 'open' steden de voorkeur te verdienen. Dat waren steden met liefst een combinatie van: een welvarende bevolking, een vrije specialistenkeuze in een ziekenhuis, en een ziekenfonds dat de specialistische hulp honoreerde en geen beperkingen had voor specialisten (zie ook 'Arnhem, aantrekkelijke stad voor specialisten', p. 60, 61). De stad of regio moest een 'voldoende' aantal inwoners hebben; 'teveel' inwoners verminderde de aantrekkingskracht op specialisten echter weer (zie tabel 10).

Tabel 10:
Aantal geregistreerde specialisten in 1939 in acht steden met inwonertal*

	aantal inwoners*	aantal specialisten	inwoners per specialist**
Amsterdam	710.000	215	3255
Den Haag	380.000	183	2076
Rotterdam	543.700	119	4562
Groningen	95.000	43	2209
Utrecht	146.000	73	2000
Leiden	68.400	36	1900
Haarlem	80.100	60	1331
Arnhem	74.300	46	1615

* inclusief mond- en tandziekten en zenuw- en zielsziekten, en zonder hoogleraren

** afgerond

Bron: 'Register erkende specialisten', 117-144; *Geneeskundig Jaarboekje*, 1930.

Een specialist die zich ter plaatse had gevestigd, was er met genoemde gunstige omstandigheden nog niet. Daarvoor waren ook lokale netwerken nodig, zowel voor functies als voor gunstige voorwaarden en patiënten. Door de recessie, de instroom van specialisten en de neiging tot stafvorming in de ziekenhuizen, waren 'relaties' nog veel belangrijker dan zij altijd al waren geweest. Ziekenfondspatiënten of een gemeentelijke aanstelling waren goede uitgangspunten voor de opbouw van een praktijk. Dat gold zowel voor specialisten als voor huisartsen. Wanneer een specialist bij vestiging tevens toegang had tot een ziekenhuis hoefde hij zich niet al te veel zorgen te maken. Maar daarvoor moest hij al helemaal een goede relatie hebben met de plaatselijke notabelen of collega's.

Specialisten waren daarom helemaal niet zo zelfstandig. Zij waren te afhankelijk van allerlei instanties en collega-huisartsen. Gemeentebestuur, armenzorg, kerk, fabrikanten, ziekenfonds en ziekenhuis hadden werk en een basisinkomen te vergeven. Ieder jaar vonden er mutaties plaats bij bijvoorbeeld armenzorg en spoorwegfondsen. Maar wie kreeg die functies? Erg veel doorstroming leek daarin niet te zijn. In Leeuwarden werden jaar in jaar uit dezelfde artsen bevoorrecht.¹⁸² In Arnhem ziet men eveneens maar weinig variatie in de namen van geneesheren bij de gemeentelijke gezondheidszorgvoorzieningen. Dat was weliswaar een begrijpelijk beleid, maar het maakte de praktijkvorming van de nieuwe generatie specialisten moeilijker. Ook de collegiale contacten kon men moeilijk missen, vanwege de verwijzingen van huisartsen, schoolartsen en controlerende artsen van spoorwegen en RVB.

182. Rozelaar, 'Dr Kersbergen: Huisarts en specialist', 317.

183. ARA, archief NMG, inv. nr.191, R11, 'Brief D.A. de Groot, Leeuwarden aan: SO, 12-11-1923'.

Verwijzingen

Alhoewel er nuanceverschillen per specialisme waren, hadden alle specialisten belang bij verwijzingen. Schoolartsen verwezen veel kinderen naar oogartsen en dermatologen.¹⁸⁴ Oogartsen waren erbij gebaat als zij daarnaast goede contacten met spoorwegartsen onderhielden. De belangrijkste verwijzers waren echter de huisartsen. Zij verwezen niet alleen ziekenfondspatiënten, zij attendeerden ook particuliere patiënten op bepaalde specialisten. Huisartsen klaagden zelfs dat zij voor hun particuliere patiënten een 'soort adresboek' waren geworden. Dat hoefde de patiënt maar open te slaan om te weten tot welke specialist hij zich moest wenden.¹⁸⁵ In verhouding verwezen huisartsen dan vrij veel van die patiënten naar de specialismen die voor de huisartsenpraktijk minder bedreigend waren: chirurgen, oogartsen en kno-artsen.¹⁸⁶

Toch hadden ook deze specialisten er alle belang bij een goede relatie met de plaatselijke huisartsen te hebben. Dat ging soms heel ver. Wanneer er meerdere chirurgen waren, bracht deze concurrentie chirurgen er wel toe huisartsen te betalen voor de verwijzing van particuliere patiënten. Dat druiste in tegen alle regels van ethiek en vrije specialistenkeuze, maar het systeem was moeilijk uit te roeien.¹⁸⁷

Huisartsen hadden er meer moeite mee om patiënten naar 'interne' specialismen te verwijzen. Maag-darmartsen en kinderartsen kregen veel minder verwijzingen van de huisarts.¹⁸⁸ Een maag-darmarts uit Leeuwarden had zelfs 95 procent van zijn patiënten 'buiten medeweten, of niettegenstaande, de huisarts'.¹⁸⁹ De verhouding huisarts-specialist kon dan ook stroef zijn. Vooral als er problemen waren over de verdeling van de ziekenfondshonoraria of als er specialisten waren die het werk deden dat de huisarts tot zijn normale werk rekende.¹⁹⁰ De huisartsen die na de invoering van de Hoger Onderwijs-wetten (1920 en 1921) en het Academisch Statuut waren opgeleid, hadden meer kennis van de specialistische vakken dan de generaties daarvoor. Zij wilden de 'grenzen' verleggen tussen algemeen en speciaal.

Een ander middel om de eigen huisartsenpraktijk te beschermen, was de tegenwerking van specialisten die zich ter plaatse wilden vestigen. Zo waren in Schiedam in het begin van de jaren dertig geen specialisten gevestigd. De twee ziekenhuizen maakten gebruik van specialisten uit Rotterdam. Mede aangetrokken door de vrije artskenkeuze van de ziekenhuizen, vestigden zich enkele specialisten in Schiedam. Zij wilden hun patiënten ook in de ziekenhuizen behandelen, maar dat mocht niet. Op verzoek van de huisartsen betekende de vrije artskenkeuze in dit ziekenhuis een vrije huisartskenkeuze. De specialisten riepen de

184. Soms verwezen zij dan naar zich zelf, want de combinatie schoolarts-dermatoloog was in de beginjaren van de schoolartsendienst een bekende combinatie; ook de combinatie schoolarts-oogarts kwam wel voor. Beide specialismen waren een belangrijk onderdeel voor de schoolartsendienst. Oogafwijkingen kwamen veel voor en ook kinderen met haarluis en schurft moesten worden behandeld. Ouders zouden anders hun kinderen niet naar school willen sturen, terwijl de leerplichtwet (1901) hen daartoe verplichtte.

185. Van der Hoeven, 'Huisarts en specialist', 565.

186. Hammes, 'Verhouding van specialisten en huisartsen in de particuliere praktijk', 1911.

187. 'Dichotomie, Punt X.A.3 van de 80e alg. verg. (1929)', *NTvG* 73 (1929) III, 4329; hiermee was onder meer bedoeld het verbod een beloning of vergoeding voor een verwijzing voor te stellen of aan te nemen.

188. Hammes, 'Verhouding specialisten en huisartsen in de particuliere praktijk', 1912.

189. ARA, archief NMG, inv. nr.191, R11, 'Brief D.A. de Groot, Leeuwarden, aan: SO, 12-11-1923'.

190. Sikkels, 'De verhouding huisarts-specialist', 1055; Hammes, 'Verhouding specialisten en huisartsen in de particuliere praktijk', 1911.

hulp in van de ziekenfondscommissie van de plaatselijke geneeskundige kring om de regels van de NMG toe te passen. Zij maakten echter weinig kans, omdat de Schiedamse huisartsen de belangrijkste leden waren van de kring. Pas nadat in de openbaarheid was gekomen dat in enkele gevallen de hulp van specialisten te laat was ingeroepen, ging de commissie tot actie over.¹⁹¹

Vestigingsbeleid

In de NMG-afdelingen werden de onderlinge verhoudingen niet alleen op de proef gesteld door de tegengestelde belangen van huisartsen en specialisten. Zoals gezegd, waren de slechte economische situatie, het groeiend aantal ziekenfondspatiënten en de toestroom van specialisten verontrustende verschijnselen. Overigens was er bij vrijwel alle beroepsgroepen sprake van 'overvulling' van het beroep, als gevolg van de grote werkloosheid tijdens de recessie. Werkenden voelden zich bedreigd door het grote aantal gegadigden voor hun functie en moesten kortingen op hun salaris accepteren. Specialisten vormden daarop geen uitzondering; zij moesten eveneens criskortingen accepteren. Ook veel ziekenhuizen maakten gebruik van de situatie; zij verlaagden de honorering en beëindigden de vrije toegang tot de derdeklasse. De nadelen van de toestroom van specialisten waren nog groter als de ziekenfondshonorering van nieuwe specialisten ten koste ging van het honorarium van de zittende specialisten.¹⁹²

Specialistenverenigingen in steden die 'overvol' dreigden te raken, trachtten anderen te ontmoedigen zich in hun afdeling te vestigen. Ook hier ging het weer uitsluitend om ziekenfondspatiënten.¹⁹³ Alleen voor deze categorie patiënten waren daarvoor de middelen voorhanden; verzwaring van de toelatingseisen voor de specialistenvereniging, beperking van de toegang tot ziekenhuis of afdelingsfonds of 'wachttijd' alvorens men een ziekenfondshonorarium kreeg. Een afgewezen of niet-toegelaten specialist kon daarover een klacht indienen bij de afdelingsraad of Specialistenorganisatie. Indien de klacht gegrond was, moest de specialistenvereniging de maatregel ongedaan maken; beperkende maatregelen waren nu eenmaal reglementair verboden. De gevestigde specialisten konden dat echter eindeloos traineren, zodat het lang kon duren voor de situatie voor de betrokkene verbeterde.

Stafvorming van ziekenhuizen was een ander middel om specialisten te ontmoedigen zich ter plaatse te vestigen. In de grote steden was dat bijna usance. Er zat ook niet veel beweging in de samenstelling van de staf. Jaarlijks waren er hooguit enige mutaties door vervanging van een stafflid of door stafuitbreiding. Voor nieuwkomers was de kans op een plaats in een gesloten ziekenhuis niet groot. Amsterdam bood helemaal weinig mogelijkheden voor specialisten. Zij hadden daar zowel te maken met stafziekenhuizen als met de niet-toegankelijke universiteitsziekenhuizen. Voor hen zat er niets anders op dan hun polikliniekpatiënten te behandelen in ziekenhuizen in de wijde omtrek van Amsterdam.

Het gevolg was dat specialisten zich na 1920 meer over het land verspreidden. Dat had als neveneffect, dat steeds meer mensen buiten de 'randstad' een specialist in de eigen regio konden raadplegen (zie tabel 11).

191. Van der Velden, *Financiële toegankelijkheid gezondheidszorg*, 125.

192. ARA, archief NMG, inv. nr.169, H54, 'SC aan HB-NMG, 26-6-1936'.

193. Van Capellen (voorzitter Specialistenorganisatie), 'Groepsvergadering specialisten (dec. 1937)', 605.

Tabel 11:

Toename aantal specialisten (zonder zenuw- en zielsziekten en mond- en tandziekten) buiten de grote steden, 1920 en 1931

	1920	1925	1931
Alkmaar	6	9	14
Den Bosch	8	13	11
Breda	6	9	14
Leeuwarden	13	14	22
Maastricht	5	8	10
Middelburg	7	12	11
Zutphen	5	5	6

Bronnen: *Geneeskundig Jaarboekje* 1920, 1925. 'Register erkende specialisten', 117-144.

In de middelgrote steden was nog de meeste kans op toegang tot één of meer ziekenhuizen. Niet alleen waren daar meer open ziekenhuizen, maar bovendien was het inwonertal groot genoeg om een praktijk te kunnen opbouwen. In kleinere plaatsen kon dat niet, tenzij men als 'reizend specialist' ziekenhuizen kon combineren of in omliggende plaatsen 'filiaal-spreekuren' kon houden. Vooral de specialismen van het eerste uur profiteerden van deze 'filiaal' mogelijkheid, namelijk oogartsen, kno-artsen en chirurgen. In deze middelgrote steden hoefden de ziekenhuisbelangen niet in de verdrukking te komen door een volledig open structuur, dat wil zeggen inclusief de zaalpatiënten. Zodra echter het aanbod van specialisten toenam, neigden ook in deze steden de besturen van ziekenhuizen naar een beperking van de vrije artsenkeuze voor zaalpatiënten.

Beperking van de vrije specialistenkeuze

Er waren ook particuliere ziekenhuizen die een halt wilden toeroepen aan de onbeperkte vrije toegang van specialisten. Dat lukte niet als de plaatselijke specialistenvereniging alle medewerking weigerde, en dan ook nog kon verhinderen dat niet-leden wél meewerkten. Dat laatste was al niet eenvoudig. Specialisten zelf waren ook niet altijd even gelukkig met de komst van een tweede of volgende specialist in hun specialisme. Gesloten ziekenhuizen beperkten in ieder geval de concurrentie. Als een ziekenhuis de derdeklasse sloot, en daarbij de specialisten die daar al werkten een staffunctie aanbood, hadden deze er helemaal geen belang bij daartegen te protesteren.

Door zo'n eendrachtige samenwerking tussen ziekenhuisdirecties en plaatselijke specialistenvereniging kon stafvorming voor zaalpatiënten in de twee particuliere ziekenhuizen in Hilversum totstandkomen. Deze ziekenhuizen sloten in het begin van de jaren dertig eerst hun poliklinieken voor nieuwe specialisten, en omstreeks 1935 ook de zalen. Maar dat was volgens het bestuur geen stafvorming, want daarvoor was de tijd nog niet rijp. Men beperkte alleen de vrije artsenkeuze voor zaalpatiënten tot de 'eigen specialisten'. Volgens de ziekenhuisbesturen hadden zij geen andere keus, want anders konden de specialisten niet voldoende 'blijven'. De vaardigheid van de specialisten zou verloren gaan wanneer er in de ziekenhuizen teveel specialisten van eenzelfde specialisme waren.¹⁹⁴

194. ARA, archief NMG, inv. nr.169, H56, 'Correspondentie Diaconessenhuis – Algemeen Ziekenfonds Hilversum, 29-12-1939'.

De ziekenhuizen sloten een overeenkomst met een deel van de deelnemers, terwijl de NMG eiste dat zij federe goed-bekendstaande specialist moesten toelaten.¹⁹⁵ De plaatselijke specialistenvereniging protesteerde niet tegen de beperking. Dat was ook niet te verwachten: de specialisten hadden zelf het initiatief genomen. Een 'groepje specialisten' had met elkaar afgesproken dat nieuw aankomende specialisten geen patiënten in de ziekenhuizen mochten behandelen van het NMG-afdelingsfonds, het Algemeen Ziekenfonds Hilversum, AZH. Door met deze afspraak akkoord te gaan, ging het AZH eveneens in tegen het NMG-beleid. Nu was het in Hilversum niet zo verwonderlijk dat het afdelingsfonds destijds een oogje toekneep: de voorzitter van het ziekenfondsbestuur was tevens voorzitter van de specialistenvereniging. Maar ook elders was deze werkwijze niet uniek.¹⁹⁶ Veel NMG-afdelingsfondsen tekenden geen bezwaar aan als ziekenhuizen nieuwe specialisten voor de derdeklasse patiënten uitsloten, zoals in Heerlen, Sittard, Roermond, Venlo, Tilburg, Eindhoven, Baarn, Amersfoort, Dordrecht, Utrecht, Zwolle, Deventer, Zutphen en Nijmegen.¹⁹⁷

In Hilversum kwam er pas aan het eind van de jaren dertig verzet tegen de opgeworpen barrières voor nieuw gevestigde specialisten. Twee specialisten hadden niet alleen de hindernissen getrotseerd, zij behandelden ook patiënten van het AZH én dienden daarvoor een declaratie in. De Hilversumse specialistenvereniging weigerde deze declaraties voor klinische hulp uit te betalen. Eén hunner diende daarop een klacht in bij het AZH. Het – inmiddels nieuwe – ziekenfondsbestuur trachtte nu wel de beperkingen in de ziekenhuizen op te heffen. De ziekenhuisbesturen voelden daar niets voor. In een schriftelijke reactie wezen zij het fonds 'er beleefd op dat zij, en zij alleen de regelen vaststellen, waaronder artsen in de ziekenhuizen mogen arbeiden'.¹⁹⁸ Het AZH kon zonder steun van de specialisten niets bereiken. De specialisten achtten zich daartoe evenwel 'niet bevoegd', want zo betoogden zij, zij waren toch niet de oorzaak van de moeilijkheden? Dit was een conflict tussen de besturen van de ziekenhuizen en het AZH-bestuur.¹⁹⁹

De Specialistenorganisatie, die door de benadeelde specialiste was ingeschakeld, kon evenmin iets in deze zaak bereiken. Het bestuur van de Hilversumse specialistenvereniging gaf geen gehoor aan de herhaalde uitnodigingen voor een gesprek.²⁰⁰ Toch was de relatie tussen de specialisten en de ziekenhuizen minder hecht dan misschien zal worden geconcludeerd. De specialistenvereniging nam in 1935 een bindend besluit dat de leden verbood persoonlijk 'eenige overeenkomst te sluiten of te verlengen met de ziekenhuisbesturen ten aanzien van de honoreering voor de behandeling van patiënten'.²⁰¹

Beleid van de Specialistenorganisatie

De Specialistenorganisatie was in dergelijke situaties vrij machteloos. Zelf hield zij min of meer vast aan de ideologie dat de nieuwe generatie specialisten kansen moest krijgen. Zij stond daarin niet helemaal alleen, een deel van de specialistenverenigingen verzette zich eveneens tegen stafvorming. Zo ageerde de specialistenvereniging in Eindhoven

195. Ibidem.

196. ARA, archief NMG, inv. nr.H56, 'Kwestie vrije-specialistenkeuze'.

197. Ibidem.

198. Ibidem.

199. ARA, archief NMG, inv. nr.169, H56, 'Vergadering Hilversumse specialistenvereniging en AZH. (z.d.)' 'Correspondentie Hilversumse specialistenvereniging en NMG, 11-4-1940'.

200. ARA, archief NMG, inv. nr.169, H56.

201. 'Bindend besluit erkende Vereniging van specialisten te Hilversum', *NTvG* 79 (1935) IV, 5802.

tegen de stafvorming die één van de twee ziekenhuizen aldaar door 'machtswillekeur' trachtte te realiseren. Om sterker tegenover de machtspositie van dit ziekenhuis te kunnen staan, besloten de specialisten dat voortaan alleen de specialistenvereniging de contracten zou sluiten.²⁰²

De Specialistenorganisatie werd echter in de loop der jaren vooral geconfronteerd met het plaatselijk gevoerde vestigings-ontmoedigingsbeleid. Dat nam zo'n grote omvang aan dat het bestuur in 1937 van de leden wilde weten of het officiële beleid van vrije specialistenkeuze niet moest worden aangepast. Maar het merendeel van de afdelingen die op de groepsvergadering aanwezig was, steunde het centrale beleid: van de 23 afdelingen die een afgevaardigde naar de vergadering hadden gestuurd, stemden 16 tegen de invoering van beperkende maatregelen. Dat betekende echter niet dat het meeviel met de tegenwerking die specialisten ondervonden als zij zich ergens wilden vestigen. Op deze groepsvergadering waren immers slechts 23 van de 60 NMG-afdelingen vertegenwoordigd.²⁰³ Bovendien waren er onder de tegenstemmers ook afdelingen die verklaarden tegen beperkende maatregelen te zijn, maar zelf wél bepaalde maatregelen hadden getroffen. Weer andere afdelingen waren weliswaar tegen, maar, zo voegden zij daaraan toe, als in hun afdeling de toevloed te groot zou worden, zouden beperkingen nodig zijn.²⁰⁴ Het restant van de tegenstemmers van beperkende maatregelen was afkomstig van afdelingen waar de ziekenhuizen voor de zaalpatiënten al stafspecialisten hadden. In die afdelingen voelde men de druk van een te grote toevloed minder.

Zo bleef vrije specialistenkeuze het officieel gevoerde beleid, terwijl in werkelijkheid specialisten, al naar gelang de plaatselijke omstandigheden, meewerkten aan stafvorming. Dit verzwakte de positie van de Specialistenorganisatie in de onderhandelingen met de centrale organisaties van ziekenhuizen. De Specialistenorganisatie bleef waarschuwen tegen stafvorming. Het staflidmaatschap kon weliswaar zijn voordelen hebben, maar dat kwam niet door het honorarium van de stafleden. Dat stond onder druk, want ziekenhuizen ontkwamen evenmin aan bezuinigingsoperaties. Aangemoedigd door het grote aanbod van specialisten probeerden ziekenhuisbesturen voordelige overeenkomsten te sluiten met zowel specialisten als met ziekenhuisverzekeringsinstellingen.

4.3. Ziekenhuisdirecties contra specialisten

Zowel in particuliere als in gemeenteziekenhuizen trachtte de directeur meer zeggenschap te krijgen over organisatie en specialisten. Ziekenhuisdirecties motiveerden dit met het argument dat de organisatie zo complex werd. Zij wilden dat echter mede uit eigen positionele overwegingen. Daarbij probeerden directie of bestuur ook maatregelen door te voeren die volgens specialisten hun rechten van vrije beroepsbeoefenaar aantastten.²⁰⁵ Het bestuur van het Hilversumse Diaconessenhuis bijvoorbeeld, wilde aan het

202. 'Groepsvergadering specialisten (juni 1932)', 4184. ARA, archief NMG, inv. nr.188, P28, '11-2-1935'.

203. Jansma, 'Verslag commissie overvulling geneeskundig beroep', 1314. Overigens waren niet in alle zestig afdelingen specialisten gevestigd.

204. 'Groepsvergadering specialisten (dec. 1937)', 605-606.

205. In het ene ziekenhuis was het meer het bestuur en in het andere meer de geneesheer-directeur die in dergelijke situaties meer op de voorgrond trad. Overigens ontstonden er in de jaren dertig problemen over deze gezagsverhouding; zie: Klazinga, *Quality management*, 79.

eind van de jaren dertig meebeslissen wie voor een vertrekkende specialist in de plaats mocht komen.²⁰⁶

De Specialistenorganisatie wees de leden er steeds op, dat maatregelen die nadelig waren voor specialisten een gevolg waren van de machtspositie van de ziekenhuisleiding. De hierbovengenoemde Eindhovense specialistenvereniging sprak eveneens van de 'machtswillekeur' van ziekenhuisdirecties. Deze visie kreeg ondersteuning in het al eerder genoemde unificatierapport van de ziekenfondsen (1925). Daarin wordt gesproken over de sterke machtspositie van ziekenhuizen tegenover specialisten. Ziekenhuisdirecties (of besturen) vonden het wel voordelig, dat de specialist geen of een laag honorarium voor de behandeling van de derdeklasse patiënten accepteerde om zijn bekwaamheid en vaardigheid op peil te houden. Hij riskeerde anders bovendien dat een ander zijn plaats zou innemen.²⁰⁷ De positie van stafleden bleek als het erop aan kwam vrij zwak, en het 'overschot' aan specialisten werd alleen maar groter.²⁰⁸ Tussen 1920 en 1940 verdubbelde hun aantal. In 1920 waren er ongeveer 700 specialisten en in 1940 1400 (inclusief hoogleraren en specialisten op het gebied van mond- en tandziekten en zenuw- en zielsziekten).²⁰⁹

Organisatorische maatregelen

Een deel van de geneesheer-directeuren accentueerde zijn werkgeversrol. De eerder genoemde besturen van de twee particuliere ziekenhuizen in Hilversum hadden het over regels waaronder artsen mógen arbeiden. Andere ziekenhuisdirecties namen een andere houding aan tegenover de specialisten, zoals de directies van de particuliere ziekenhuizen in Arnhem. Zij gingen uit van medici die patiënten wénsten te behandelen.

In theorie accepteerden de meeste specialisten de maatregelen die waren bedoeld om bedrijfsorganisatorische problemen op te lossen. Ziekenhuisdirecteuren hadden echter nogal wat kritiek op specialisten. Zij kwamen wanneer het hun goeddunkte, gaven orders die tegen de regels van het huis indruisten en trokken zich niets aan van de geneesheer-directeur.²¹⁰ Directeuren van open ziekenhuizen klaagden dat zij totaal geen zeggenschap hadden over wie het ziekenhuis allemaal als het verlengde van het eigen werkteerrein beschouwden. Besturen en directies die tegen deze problemen opliepen, probeerden dat op te lossen via bepalingen in de contracten en via het 'sluiten' van de derdeklasse.

Stafziekenhuizen sloten overeenkomsten met specialisten, waarin tenminste was bepaald op welke dagen en hoeveel uren de stafleden aanwezig zouden zijn. Besturen van open ziekenhuizen die tegen een organisatorische vrijblijvendheid van specialisten opliepen, probeerden daarop eveneens meer grip te krijgen. Zij lieten óf maar een beperkt aantal specialisten tot de derdeklasse toe óf benoemden alvast één of twee specialisten. Vervolgens stelden veel ziekenhuizen een lijst op met huisregels. Een deel van de specialisten hield zich echter ook daar niet aan; zij vonden dat zij de spil waren van het ziekenhuis. Daaraan diende de hele organisatie zich aan te passen. Om deze alleen op de eigen praktijkvoering gerichte houding in te dammen, probeerden ziekenhuisdirecties van open ziekenhuizen één en ander te regelen via bijvoorbeeld de specialistenvereniging. In Arnhem zochten zij daarover contact met de geneeskundige kring.

206. ARA, archief NMG, inv. nr.169, H56, 'Vergadering Hilversumse specialistenvereniging – AZH, (z.d.)'.

207. *Unificatierapport*, 23-24.

208. Mededeling Van Gangelen (bestuurslid HB-NMG, oud-voorzitter SC), 'Vergadering 11- en 12-5-1935 met HB-NMG', ARA, archief NMG, inv. nr.217, Z33.

209. Ten Doesschate, *Gedenkboek KNMG 1949*, 183.

210. Van Erp Taalman Kip, 'Voor en tegen vasten staf', 2095-2096.

De geneesheer-directeur van het Diaconessenhuis en die van het Sint Elisabethsgasthuis in Arnhem sloten in 1927 een overeenkomst en reglement van orde met de plaatselijke geneeskundige kring. In het overleg over de vrije artsenukeuze zetten de directies uiteen, waarom het nodig was dat 'medici welke in ziekenhuizen wenschen te behandelen, zich richten naar bepaalde regelen. [...] De helaas voorkomende gevallen waarbij een over-dreven gevoel van persoonlijke vrijheid schade toebrengt aan den goeden gang van zaken in de ziekenhuizen, aan de orde, de rust en den goeden naam van het ziekenhuis, hebben inderdaad de onbelemmerde vrije artsenukeuze in gevaar gebracht.' De overeenkomst telde slechts vier punten, waarin onder meer was bepaald dat de leden van de geneeskundige kring het gezag van de geneesheer-directeur erkenden en dat, als dat noodzakelijk was gebleken, een medicus het recht tot het behandelen van patiënten in de ziekenhuizen kon worden ontnomen. Verder blijkt uit deze overeenkomst dat huis-artsen werden toegelaten, maar dat zij geen vergoeding ontvingen. De huisartsen werd 'verzocht dit als beginselkwestie te waardeeren'. Zij waren overigens 'vrij om van de hun geboden gelegenheid tot behandeling van eigen patiënten geen gebruik te maken'. Het reglement van orde regelde verder nog de tijden van opname en ontslag van patiënten. Het verzoek aan de geneesheer-directeur om opname moest vergezeld gaan van een vermelding van de diagnose of in elk geval met een toevoeging, zoals 'chirurgisch, ongeval, interne of onrustig'.²¹¹

De pogingen van ziekenhuisdirecties om meer zeggenschap naar zich toe te trekken, kwam niet alleen door de houding van een deel van de specialisten. De vaak autoritaire houding van zowel geneesheer-directeur als specialist, tegenover elkaar en ander in het ziekenhuis werkzaam personeel, werd ook in de hand gewerkt door de hiërarchie en onderlinge verhoudingen in een ziekenhuis.

De geneesheer-directeur was een autoriteit. Vooral in kleinere steden stond deze functionaris in hoog aanzien. Hij duldde geen tegenspraak. Hij kon daardoor gemakkelijk in botsing komen met de specialisten die ook al geen tegenspraak duldden. Door hun therapeutisch kunnen, bekleedden zij een centrale plaats in die organisatie. Dat vonden specialisten niet alleen zelf zo, daaraan werkte de hele organisatie mee. Vooral in confessionele ziekenhuizen behandelde men hen met veel eerbied. Bovendien berustte de 'naam' van een ziekenhuis voor een deel op zijn specialisten. Specialisten die dat niet konden relativeren en die zich in de ziekenhuislocatie als vrij-gevestigde beroepsbeoefenaar gedroegen, leverden de organisatie inderdaad de nodige problemen op. Daarin verandering aanbrengen was moeilijk en kon niet alleen door huisregels worden opgelost. Anderzijds konden ziekenhuisdirecteuren die daartegen niet waren opgewassen, de 'onaangepastheid' van specialisten chargeren. Zij brachten hun kritiek op specialisten in de regel zonder schroom naar buiten. Specialisten deden dat veel minder. Zij hadden vooral kritiek op het optreden van de directeur als geneesheer-'internist' en dergelijke medisch-professionele kritiek hield men zoveel mogelijk binnenskamers.

Ten slotte klaagden directeuren van open ziekenhuizen over hun geringe zeggenschap over het aantal in het ziekenhuis werkende specialisten. Een groot aantal specialisten vroeg inderdaad meer van de organisatie, toch was deze klacht maar betrekkelijk. Om te beginnen, omdat een open stelsel de eigen keuze was. Daarmee trok het ziekenhuis par-

211. Archief Geneeskundige Kring Arnhem; juli 1927, 'Aan de Leden van den Geneeskundigen Kring te Arnhem, van Het Bestuur der Geneeskundige Kring te Arnhem'.

Tabel 12:
Specialisten, zonder zenuw- en zielsziekten en mond- en tandziekten, verdeeld over middelgrote steden in 1925

	Tilburg 70.000	Eindhoven 58.851	Apeldoorn 50.000	Enschede 43.000	Heerlen 38.069	Zwolle 37.833	Deventer 33.453
Totaal	4	6	11	8	7	10	9
chir/gyn	2	1	—	2	—	1	3
chir	—	—	1	—	1	—	—
chir/urol.	—	—	1	—	—	1	—
gyn/obst.	—	1	1	1	1	1	—
voedingsst	—	—	—	—	—	—	—
zuig/obst.	—	—	—	—	1	—	1
kno-zkt	1	1	1	1	—	1	2
kno/ooghk	—	1	—	—	1	1	—
ooghk	1	1	2	1	—	2	2
derm	—	1	—	—	—	1	—
derm/urol	—	—	1	—	1	—	1
longzkt	—	—	2	—	1	—	—
long/hart	—	—	—	1	—	—	—
inw.zkt	—	—	—	1	1	1	—
maag/borst	—	—	1	—	—	—	—
spijsvert/stofw	—	—	—	—	—	1	—
kinderzkt	—	—	1	1	—	—	—

Het meest in het oog springend in deze tabel is het kleine aantal specialisten in Tilburg. Voor specialisten zonder 'relaties' was Tilburg een 'gesloten' stad, waar nieuwkomers met succes konden worden geweerd. In Enschede was een ondernemersfonds dat zelfs interne ziekten als specialisme erkende (en honoreerde). De twee longartsen in Apeldoorn waren werkzaam in het sanatorium voor tuberculosepatiënten Oranje-Nassau's Oord, Zwolle vervulde een regionale functie.

Bron: *Geneeskundig Jaarboekje 1925*

ticuliere patiënten en die leverden de belangrijkste bijdrage in de financiering van het ziekenhuis. Vervolgens, omdat er qua aantal specialisten niet zoveel verschil was tussen de honoraire consultants van een ziekenhuis met vaste staf, en specialisten die in een open ziekenhuis van tijd tot tijd de eigen ziekenfondspatiënten behandelden. Bovendien hadden open ziekenhuizen dan nog voor de grootste groep, die van de derdeklasse patiënten, vaak geen vrije specialistenkeuze.

Zelfs in ziekenhuizen met een volledig vrije specialistenkeuze was het aantal specialisten dat van het ziekenhuis gebruikmaakte niet altijd zo groot. Het Diaconessenhuis in Utrecht had in 1920 948 zaalpatiënten, die door 35 verschillende specialisten waren behandeld.²¹² Het aantal specialisten in een middelgrote stad liep sterk uiteen, maar was wel lager dan in Utrecht. Bovendien waren in die steden niet altijd meerdere specialisten van eenzelfde specialisme gevestigd (zie tabel 12).

212. Hijmans, 'Vrije specialistenkeuze in ziekenhuizen', 21.

Honoreringsproblemen

De aanleiding tot de conflicten over en weer was niet alleen een kwestie van autoriteit of organisatie. De echte conflicten tussen een ziekenhuisdirecteur en specialisten hadden vaak een financiële achtergrond. De modernisering maakte het ziekenhuis niet alleen complexer, maar ook duurder. Dat kwam vooral door de technologische ontwikkelingen, de lonen die over een langere periode gezien stegen, en de hogere kosten van de verdere bedrijfsvoering. Tussen 1910 en 1930 verviervoudigden de uitgaven aan ziekenhuiskosten per hoofd van de bevolking (zie tabel 13).²¹³ Gedwongen door begrotingstekorten zochten directies en besturen van ziekenhuizen naarstig naar mogelijkheden de uitgaven in de hand te houden. De verpleegprijs derdeklas dekte weliswaar nog steeds niet de werkelijke kosten, maar als er bedden leegstonden, was dat nog onvoordeliger. Een directeur probeerde dat te voorkomen met een lage verpleegprijs en contracten met ziekenhuisverplegingsverenigingen. Voor specialisten hadden deze acties nadelige financiële gevolgen.

Het specialistenhonorarium had op de ziekenhuisbegroting een lage prioriteit, met uitzondering van het honorarium van geneesheer-directeur en chirurg.²¹⁴ Ziekenhuisdirecties, die na 1920 vrijwel altijd in geldnood zaten, zagen dat niet als een probleem. Het betaalde ziekenhuiswerk was immers maar een 'opstapje' voor andere inkomsten. Door de recessie stonden echter die andere inkomsten eveneens onder druk, zodat specialisten steeds meer kritiek op deze gedwongen solidariteit kregen. Deze kritiek liep parallel aan het uitblijven van een opleving van de economie en het populair worden van verzekeringen voor meer categorieën werkenden. De hoogte van het honorarium veroorzaakte steeds meer wrevel tussen directie en stafleden, evenals meningsverschillen welke zaalpatiënten voor dat honorarium allemaal 'gratis' moesten worden behandeld.

Specialisten wilden er nogal eens op wijzen dat zij de derdeklasse patiënten gratis behandelden. Het honorair optreden van consultants was inderdaad nog lang niet uitgestorven, en voor het klinische werk kreeg slechts een klein deel van de specialisten een vergoeding. Stafspecialisten kregen echter voor de behandeling van zaalpatiënten een stafhonorarium. Ook in open ziekenhuizen ontving een deel van de specialisten voor deze werkzaamheden een vast bedrag. Maar door het lage honorarium hadden stafspecialisten het gevoel dat zij de derdeklasse patiënten gratis behandelden. Met uitzondering van de geneesheer-directeur-'internist' en de chirurg, varieerden de stafhonoraria tussen de f 600 en f 800 per jaar. Traditioneel moest de staf daarvoor de 'stadspatiënten' behandelen, de derdeklasse patiënten die de verpleegkosten niet zelf konden betalen. Daarvoor kreeg het ziekenhuis een tegemoetkoming in de kosten van de verpleegprijs van de armenzorg. Afhankelijk van de regels van het ziekenhuis, kregen de derdeklasse patiënten die wel zelf betaalden wel of geen rekening van de specialist. De opkomst van de ziekenhuisverplegingsverenigingen maakte de bepaling van het stafhonorarium onduidelijker en meer conflictgevoelig (zie de volgende paragraaf van dit hoofdstuk).

Voor stafhonoraria reserveerde het ziekenhuis zo min mogelijk geld, want alle uitgaven werkten door in de verpleegprijs. Volgens ziekenhuisdirecteuren was daaraan niets te doen. De recessie had toch al zo'n negatieve uitwerking op de beddenbezetting. Alleen

213. Japenga en Van der Velden, 'Access to curative health care', 182.

214. Specialisten waren overigens niet de enige doelgroep van de bezuinigingen. De grotere groep van verpleegsters kon daarover ook meepraten, in hún salarissen werden de meeste bezuinigingen gezocht; Van der Velden, *Financiële toegankelijkheid gezondheidszorg*, 210.

Tabel 13:
Stijging aantal ziekenhuispatiënten en stijging verpleegkosten, 1910-1939

	opgenomen per 1000 inwoners	gemiddelde kosten per dag in gulden	
		nominaal	werkelijke kosten*
1910	12,7**	1,90	2,93
1922	23,8**	5,67	5,67
1930	30,9	6,07	6,42
1939	41,4	5,26	6,95

* berekend naar de waarde van de gulden in 1922

** schatting

Bron: Japenga en Van der Velden, *Access to curative health care*, 182.

een lage verpleegprijs kon dat nog enigszins opvijzelen. Om die reden wilde een ziekenhuisbestuur zelfs medezeggenschap over de hoogte van de declaraties die specialisten aan klassepatiënten stuurden. Het bestuur was bang dat anders de hoogte van de rekeningen de betalende patiënten zou afschrikken.²¹⁵ Nu waren de financiële zorgen van ziekenhuisdirecties over het ziekenhuisbudget niet uit de lucht gegrepen. Maar hun motivering daarvoor, dat tengevolge van de recessie de vraag was afgenomen, blijkt relatief: gedurende de recessie van de jaren dertig ging de toename van het aantal opgenomen patiënten gestaag door (zie tabel 13).

Het lukte een ziekenhuisdirecteur of bestuur niet altijd de bezuinigingen ten koste van de stafleden door te voeren. Dat was evenmin altijd een kwestie van even een nieuwe overeenkomst opstellen. Dit kan met het volgende voorbeeld mooi worden geïllustreerd.

Het gemeentebestuur in Arnhem maakte zich zorgen over de beddenbezetting van het ziekenhuis. De hoge exploitatiekosten deden een grote aanslag op de gemeentekas die toch al onder druk stond door de economische recessie. Burgemeester en wethouders zagen met lede ogen aan dat, nu zij de vrije ziekenhuiskeuze voor stadspatiënten hadden ingesteld, deze patiënten en masse naar de twee particuliere ziekenhuizen togen. Het nieuwe, dure gemeenteziekenhuis kampte daarentegen met een geringe bezetting.

Van de particuliere ziekenhuizen kregen specialisten, waaronder de stafspecialisten van het gemeenteziekenhuis, een bepaald bedrag voor de behandeling van de stadspatiënten. Het gemeentebestuur bedacht dat er op deze 'dubbele' honorering wel kon worden bezuinigd, en daarvoor vond het in 1934 een oplossing. Het legde in de nieuwe gemeente-instructie voor gemeentegeneesheren vast, dat de behandeling van de stadspatiënten in alle ziekenhuizen ambtshalve aan de gemeentegeneesheren diende te worden opgedragen.²¹⁶ Daarop brak een conflict uit met de specialisten. Verontrust door het verlies aan inkomen – terwijl daarvoor meer patiënten moesten worden behandeld – vroeg één van de stafleden advies aan de Specialistenorganisatie. Deze adviseerde de

215. 'Groepsvergadering specialisten (febr. 1934)'; 643.

216. ARA, archief NMG, inv. nr.203, S58, 'Correspondentie specialist Arnhem aan SC, (z.d.)' en 'Notulen vergadering Centrale Commissie, 19-12-1934'.

Arnhemse specialisten de kwestie met de inspecteur van volksgezondheid te overleggen. Wanneer dat zonder resultaat bleef, kon de Arnhemse specialistenvereniging altijd nog juridisch advies vragen.²¹⁷

Inmiddels had ook het gemeentebestuur niet stilgezeten. Met het oog op de hoge kosten was een commissie geïnstalleerd die moest adviseren over de vrije ziekenhuis- en artskenkeuze.²¹⁸ Het gemeentebestuur schreef de commissie dat de beddenbezetting in het gemeenteziekenhuis gering was, ook in de klasseafdeling die in 1922 was ingesteld. Deze afdeling was weliswaar 'misschien wat groot ontworpen',²¹⁹ maar juist die afdeling kon de exploitatie van het ziekenhuis verbeteren. Dat was nog niet alles, er viel 'een zeer te betreuren gebrek aan medewerking te constateeren [...] bij een deel der aan de staf van het ziekenhuis verbonden specialisten, die de band niet meer voelden, zoodra hun dagtaak afgelopen was. Tot welke absurde gevolgen dit kon leiden weet U [de commissie] uit de geschiedenis der extra-honoreering dezer specialisten voor de behandeling van Maatschappelijk Hulpbetoon patiënten in de particuliere ziekenhuizen.'²²⁰

De commissie deed eerst bij andere gemeenteziekenhuizen navraag hoe één en ander was geregeld. Zij maakte daaruit op dat de vrije artskenkeuze voor derdeklasse patiënten voor het ziekenhuis veel te bezwaarlijk was. Voor de klasseafdeling kon dat wel. De commissie concludeerde eveneens, dat een andere houding van de specialisten tegenover het ziekenhuis mogelijk was. Daartoe moest het gemeentebestuur de praktijkuitoefening buiten het gemeenteziekenhuis verbieden en de salariëring verhogen. Maar dat kon niet, want alleen voor de chirurg en de gynaecoloog was er misschien een volledige werkring in het ziekenhuis. De commissie was huiverig daarin te adviseren. Zij betwijfelde trouwens of de beide specialisten dat zouden aanvaarden. De consequentie daarvan was dat deze specialisten dan hun werkzaamheden voor het ziekenhuis moesten beëindigen. Hetgeen 'althans voor één hunner buitengewoon zou zijn te betreuren'. Een aanmerkelijke salarisverhoging aanbieden zou de oplossing voor de problemen zijn, maar dat advies kon de commissie in een bezuinigingsrapport niet geven.²²¹ Als de stafspecialisten niet hun uiterste best zouden doen de bezetting van de zaalbedden weer op te voeren, zou het gemeentebestuur misschien een tweede chirurg kunnen toestaan een praktijk op de zalen uit te oefenen.²²²

Het bezwaar van het gemeentebestuur over de 'extra-honoreering' van de stafspecialisten vond bij de commissie geen gehoor. De gemeentespecialisten behoorden het honorarium van de particuliere ziekenhuizen te houden. Dat was nu door maatregelen van 'Mijne Heeren' bijna tot nul gereduceerd.²²³

De Specialistenorganisatie vond het inboeten van de vrijheid van specialisten en de slecht geregelde honorering het duidelijkste bewijs dat vrije specialistenkeuze nodig was. Specialisten zelf zagen echter lang niet voldoende in waartoe stafvorming allemaal kon

217. Ibidem, 'Notulen vergadering Centrale Commissie, 19-12-1934'.

218. Archief gemeente Arnhem, ADC 167, Stukken betreffende het gemeenteziekenhuis, 'Rapport exploitatiekosten gemeenteziekenhuis'.

219. (Z.a.), *Gemeenteziekenhuis te Arnhem*, 19.

220. Archief gemeente Arnhem, 'Rapport exploitatie gemeenteziekenhuis, 5'.

221. Ibidem, bijlage doc. VIII, 'Heroriënteering specialisten'.

222. Ibidem, doc. IX, 'Vrije-artskenkeuze'.

223. Ibidem, bijlage doc. VIII, 'Heroriënteering specialisten'.

leiden!²²⁴ Met bindende besluiten konden specialisten nog enig tegengas geven op bepalingen in ziekenhuisovereenkomsten. De groepsvergadering van specialisten nam in 1935 zo'n bindend besluit. Vele afdelingen volgden. De contracten met een ziekenhuis moesten voortaan eerst centraal worden goedgekeurd, alvorens specialisten er één mochten sluiten of verlengen. Dit besluit moest zoveel mogelijk tegengaan dat specialisten volkomen afhankelijk werden van de ziekenhuisdirectie 'wat betreft het honorarium enzovoort'.²²⁵

Specialisten beschikten daarentegen niet over afdoende sancties tegen ziekenhuisdirecties die overeenkomsten sloten met ziekenhuisverplegingsverenigingen. In het volgende hoofdstuk blijkt dat ook deze overeenkomsten minder gunstig voor specialisten konden zijn.

4.4. Ziekenhuisverplegingsverenigingen

De eerste specifieke ziekenhuisverplegingsverenigingen (ziekenhuisverenigingen) ontstonden als gevolg van de toenemende behandelingsmogelijkheden in ziekenhuizen, gekoppeld aan de stijging van de verpleegkosten. Door de kostenstijging werd een ziekenhuisopname voor meer categorieën zieken een te zware financiële belasting. Niet alleen meer voor werknemers die bij een ziekenfonds waren verzekerd, ook voor de 'witte boorden' beroepsgroepen was de verzekering min of meer noodzakelijk geworden, wilde men tenminste niet bij de gemeente voor ondersteuning moeten aankloppen.

De verzekering was gezien de snelle groei in bepaalde regio's een groot succes, hetgeen mede kwam door de acties van onder meer het Wit-Gele Kruis. Daarnaast oefenden gemeenten tijdens de recessie uit bezuinigingsoverwegingen druk uit op plaatselijke minvermogende inwoners om zich te verzekeren.²²⁶ Zo bespaarde de gemeente veel geld,²²⁷ want minvermogenden konden zelf hooguit een kleine bijdrage leveren in de kosten. De ziekenhuiskosten van armlastigen bleven wel een volledige publieke uitgavenpost, alhoewel enkele gemeenten ook deze groep verzekerden bij een ziekenhuisvereniging. Het bleek echter weinig financieel voordeel op te leveren.²²⁸

Ziekenhuisverenigingen waren in eerste instantie bedoeld voor minvermogenden en 'beschaafde' minvermogenden, zoals lager administratief personeel en onderwijzers. Door het ziekenfondsenbesluit viel een groot deel van deze doelgroep weg.²²⁹ Het Besluit voorzag in geneeskundige hulp, met inbegrip van specialistische hulp, alsmede verpleging in ziekenhuis en sanatorium.²³⁰ De wettelijke uitbreiding van de ziekenfondsverstrekkingen met de klinische hulp lag in de lijn der verwachtingen. Rapporten over het ziekenfondsstelsel gingen ervan uit dat de klinische hulp in het ziekenfondspakket hoorde.²³¹ De NMG vond dat eveneens, maar de verenigingen voor ziekenhuisverpleging hadden daarover begrijpelijkerwijs 'een tegenovergestelde meening'.²³² De opvatting van deze verenigingen

224. Diehl, e.a., 'Te veel medische studenten', 706.

225. 'Groepsvergadering specialisten (mei 1935)', 3687-3688'.

226. *Rapport Commissie kosten ziekenzorg* 9, 10-13.

227. *Ibidem*, 42.

228. *Ibidem*, 37-43.

229. Van der Hoeven, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting*, 65.

230. De ziekenhuisopname was gebonden aan een maximum van 42 dagen, maar bij veel fondsen kon zich men voor een langere periode bijverzekeren, Van der Hoeven, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting*, 65.

231. Onder meer het Unificatierapport en het rapport Commissie kosten ziekenzorg.

232. *Rapport Commissie kosten ziekenzorg*, 45, noot 1.

Tabel 14:
Percentage der bevolking verzekerd bij ziekenfondsen, 1902-1941

	1902*	1926*	1936*	1940	1941*
Groningen				28,1	
Friesland	3,6	8,9	14,8	14,9	43,8
Drenthe				28,7	
Overijssel	12,9	22,7	34,9	53,9	53,9
Gelderland				36,1	
Utrecht				47,1	
Noord-Holland	27,2	42,1	49,7	59,5	67,3
Zuid-Holland				56,4	
Zeeland				31,1	
Noord-Brabant	0,5	16,6	27,3	36,1	48,5
Limburg				36,7	
Gemiddeld	17,7	27,9	38,8	45,6	58,4

* percentage van de drie noordelijke, twee oostelijke, vier westelijke en twee zuidelijke provincies tezamen.

Bronnen: Van der Velden, *Financiële toegankelijkheid gezondheidszorg*, 233 en CBS, *Verzekering tegen kosten ziekenhuisverpleging*, 7.

kreeg verder weinig steun. Ook de wetsontwerpen ziektekostenverzekering die aan het Besluit voorafgingen, achtten het wenselijk de klinische hulp bij de ziekenfondsverzekering te voegen. Ziekenhuisverenigingen waren vooral populair in de 'periferie', waar in verhouding weinig mensen bij een ziekenfonds waren aangesloten (zie tabel 14).

De groei van het aantal ziekenhuisverenigingen ging zo mogelijk nog sneller dan de groei van de ziekenfondsen enige decennia eerder. In 1922 waren er volgens de opgave van het CBS 68 verenigingen²³³, enige jaren later werden er 'allerwegen ziekenhuisverplegingsverenigingen opgericht',²³⁴ en in 1936 waren er al meer dan 550²³⁵ (zie bijlage 8, tabel 25). De grote toename was aan de ene kant een succesverhaal. Aan de andere kant kwamen er zoveel, omdat ook deze verzekering net als het ziekenfonds, vooral een plaatselijke aangelegenheid was.

Plaatselijke ziekenhuisverenigingen uit het midden en westen van het land, sloten zich al sinds het midden van de jaren twintig aaneen in een overkoepelende Federatie, de Federatie van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging in Nederland.²³⁶ In 1936 waren 230 verenigingen uit het westen en midden van het land aangesloten, verreweg de meeste verenigingen uit dat gebied. De ziekenhuisverenigingen in Groningen, Friesland en

233. CBS, *Verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging*, 12.

234. *Rapport Commissie kosten ziekenzorg*, 45.

235. *Ibidem*, 12; dit rapport spreekt overigens van 'enkele' verenigingen in 1920. Bij deze 550 zijn ook de gemengde fondsen (ziekenfonds en ziekenhuisverplegingsfonds) gerekend. In 1940 waren er volgens de gegevens van het CBS 675 ziekenhuisverplegingsverenigingen.

236. Mulder, 'Afdeling Goeree en Overflakke', 2607.

Drenthe organiseerden zich ieder in een eigen provinciale Federatie of Bond.²³⁷ Ten slotte was er nog de katholieke landelijke organisatie van het Wit-Gele Kruis. Deze verzekerde tegen de kosten van ziekenhuisverpleging en operatiekosten.

De Federaties kampten met het probleem dat de leden moeilijk op één lijn waren te krijgen. De meeste ziekenhuisverenigingen waren weliswaar bij een Federatie aangesloten, maar de plaatselijke verenigingen bleven autonoom.²³⁸ Ook mislukten de pogingen tot samenwerking tussen de verschillende overkoepelende organisaties.²³⁹ Het waren dezelfde problemen als die van NMG en van overkoepelende ziekenfondsorganisaties. Samenwerking tussen de overkoepelende organisaties van ziekenfondsen lukte immers niet. En voor zowel NMG als de Federatie van onderlinge fondsen, bleek steeds opnieuw dat het moeilijk was uit alle plaatselijk verschillende belangen een centraal beleid te formuleren.

In het kader van dit onderzoek zijn de ziekenhuisverenigingen interessant. Zij zijn een exponent van de moeilijkheden die de manifestatie van specialisten zowel binnen de NMG opriep als in het specialistische werkgebied van de gezondheidszorg. Een hele reeks inmiddels vertrouwd in de oren klinkende problemen was het gevolg: belangentegenstellingen tussen huisartsen en specialisten, het optreden van de NMG dat ook in deze kwestie voor specialisten weinig effect sorteerde, de tegenstellingen tussen specialisten in de grotere centra en in de 'periferie', financieringsproblematiek van een steeds duurder wordende gezondheidszorg, de traditionele houding van de financiers tegenover de honorering van specialisten en het toenemend gebruik van specialistische gezondheidszorg.

Contracten met ziekenhuisverplegingsverenigingen

Specialisten keken met argusogen naar de zeer snelle groei van de ziekenhuisverenigingen. Er kleefden voor hen ook veel bezwaren aan; vooral aan ziekenhuisverenigingen die met ziekenhuizen een contract sloten. Daarnaast waren er bezwaren die onder de noemer van de 'inrichting' van deze verenigingen vielen.

Sinds halverwege de jaren twintig sloten ziekenhuisdirecteuren, als zich daartoe de mogelijkheid voordeed, een contract met een ziekenhuisvereniging. Deze contracten boden de verzekerden noch een vrije ziekenhuiskeuze noch een vrije specialistenkeuze. Voor een directeur was zo'n contract voordelig, want dat was gunstig voor 'zijn' beddenbezetting. Hij diende dan een zo voordelig mogelijk aanbod te doen, anders liepen de verenigingen naar de 'concurrent'. Directeur en verzekeringsinstelling kwamen een soort *lump sum* per patiënt overeen, waarmee het ziekenhuis de verpleging en de behandeling derdeklasse van de verzekerden moest financieren.²⁴⁰ Directies van stafziekenhuizen berekenden alleen de kosten van de verpleging. Zij poneerden dat zij de behandeling van de specialisten niet hoefden door te berekenen, omdat zaalpatiënten gratis werden behandeld.²⁴¹ Maar stafspecialisten wilden deze patiënten helemaal niet gratis behandelen. Deze verzekerden waren niet armlastig.

237. *Rapport Commissie kosten ziekenzorg*, 12-13.

238. *Ibidem*, 12.

239. *Ibidem*, 33.

240. ARA, archief NMG, inv. nr. 217, Z33, 'Correspondentie SC aan NMG, 22-5-1935'. Van Roojen, 'Ziekenhuisverpleegfondsen', 295.

241. ARA, archief NMG, inv. nr. Z32-1, 'Besprekingen NMG en SC met afgevaardigden van enkele ziekenhuisverplegingsfondsen, 16-4-1935'.

Ook particuliere ziekenhuizen sloten dergelijke, of andere voor specialisten nadelige, contracten. Het gemeentebestuur in Utrecht kwam met de particuliere ziekenhuizen overeen, dat de stadspatiënten voor *f* 2,95 per dag werden behandeld en verpleegd. De specialisten kregen daarvoor geen honorarium, uitgezonderd de paar stafspecialisten van de ziekenhuizen.²⁴² Deze kregen tenminste nog het stafhonorarium.

De tweede categorie van bezwaren van specialisten tegen ziekenhuisverenigingen kwam voort uit de inrichting daarvan. Deze bezwaren waren voor een deel te vergelijken met die tegen ziekenfondsen. Veel ziekenhuisverenigingen waren te klein, de premie was erg ongelijk en vaak te laag om alle kosten te kunnen vergoeden. Zij konden daardoor ook geen enkel risico lopen. Of de specialistische hulp een verstrekking was, was zeer wisselend. De verzekerde die slechts partieel was verzekerd, bleek daarvan echter vaak niet op de hoogte. Met een honorering van de klinische hulp was of geen rekening gehouden of, als specialisten wel een vergoeding kregen, was daarin geen vaste lijn te bekennen. Het grootste financiële bezwaar van specialisten tegen de ziekenhuisverenigingen was evenwel dat verreweg de meesten geen welstandsgrens kenden.²⁴³

De kosten waarvoor ziekenhuisverenigingen verzekerden, boden een 'caleidoscopisch beeld'. De verenigingen voor ziekenhuisverpleging en operatie verzekerden alleen tegen de kosten van operatie en de daaruit volgende verpleging derdeklasse. Alleen de chirurg kreeg eventueel een vergoeding, voor andere indicaties waren de leden niet verzekerd.²⁴⁴ Zoals een sociale indicatie, die wegens de slechte woonomstandigheden vaak voorkwam, de langdurige verpleging van maagpatiënten of ernstige gevallen van suikerziekte. Tegen een hogere premie verzekerden andere verenigingen meer ziekenhuiskosten. Weer anderen combineerden één en ander in twee afdelingen: één voor minvermogenden en één voor degenen met een iets hoger inkomen. Zij vergoedden respectievelijk alleen de verpleging, dus geen genees- en heelkundige hulp, of de verpleging plus de genees- en heelkundige hulp, maar dan wel met de nodige beperkingen.²⁴⁵ Dan waren er nog verenigingen die de premie en de kosten beperkten door hun patiënten zoveel mogelijk naar academische ziekenhuizen te vervoeren.²⁴⁶ In die ziekenhuizen bracht men de operatiekosten niet in rekening. Daarvan profiteerde men tot in de wijde omgeving van steden met academische ziekenhuizen. De verzekeraars vergoedden slechts de verpleegkosten. Een deel van de verenigingen betaalde de operatie en andere kosten ook niet als de verzekerde in een niet-academisch ziekenhuis was opgenomen.²⁴⁷ De diverse verzekeringsinstellingen hadden één ding gemeen. Er was een wachttijd alvorens de verzekering inging, variërend van vier weken tot twaalf maanden. Het aantal ligdagen dat zij vergoedden, liep van 21 tot onbeperkt en was gemiddeld 42 dagen.²⁴⁸

Gezien deze problematische achtergrond en het weinig uniforme aanbod van de verzekeringen, zou men verwachten dat deze verzekeringen in de NMG-afdelingsfondsen (AAZ-fondsen) waren opgenomen. De onzekere en onbetrouwbare voorzieningen en de vele te kleine ziekenfondsen waren immers het motief geweest voor de oprichting van de

242. 'Verslag SC 1938', 1303.

243. Zie onder meer: *Rapport Commissie kosten ziekenzorg*.

244. *Ibidem*, 28.

245. Van Roojen, 'Ziekenhuisverpleegfondsen', 295.

246. Mulder, 'Afdeling Goeree en Overflakkee', 2607.

247. CBS, *Verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging*, 17.

248. *Rapport Commissie kosten ziekenzorg*, 26-29.

AAZ-fondsen. De Specialistenorganisatie vroeg in 1932 naar de mening van de afdelingen over een verzekering tegen ziekenhuiskosten via de AAZ-fondsen. In de afdelingen voelde men daar niet veel voor. Van de ongeveer zestig afdelingen vulden veertig de vragenlijst in. Daarvan achtten 17 het wenselijk dat deze voorziening in de eigen fondsen werd opgenomen.²⁴⁹ In 1935 hadden 14 van de 81 AAZ-fondsen een ziekenhuisverzekering.²⁵⁰ Zij waren voornamelijk in N-Brabant, Limburg en N-Holland te vinden.²⁵¹

Voor de NMG was er echter een belangrijk verschil tussen ziekenfondsen en verzekeringen tegen ziekenhuiskosten. De belangen van de grootste groepering binnen de NMG waren gediend met een verbetering van de ziekenfondsvoorwaarden en honorering. Dat waren zij niet bij die van de ziekenhuisverenigingen.

Specialisten en Specialistenorganisatie hadden wel belang bij de voorwaarden van de verenigingen voor ziekenhuisverpleging. De snelle groei van deze verenigingen en het ontbreken van een welstandsgrens vroegen om een bescherming van hun positie. De honorering van het klinische werk kon niet aan verzekeraars en ziekenhuizen worden overgelaten. De handelwijze van een deel van de ziekenhuisdirecties gaf weinig aanleiding tot vertrouwen in de afloop daarvan. Voor specialisten was het een bijkomend probleem dat zij hierbij niet alleen met deze externe verenigingen van doen hadden. De Huisartsenorganisatie wilde ook betrokken worden bij een eventuele regeling. Daarnaast kon men niet om de NMG heen. Die voerde, in verband met de komende ziekenfondswetgeving, sinds 1930 besprekingen met de diverse Federaties van ziekenhuisverenigingen.

Blokkade van het standaard-contract voor klinische specialistenhulp

In de periode 1890 tot 1920 was, zoals gezegd, de belangenbehartiging van de NMG niet op specialistenbelangen gericht. Het leek bij een deel van de maatregelen eerder op een belangenbehartiging tegen, dan van specialisten. Ook na 1920 veroorzaakte de houding van het NMG-bestuur de nodige wrevel bij specialisten. Zo was er halverwege de jaren twintig kans op medefinanciering van de klinische hulp van gemeentewege. Gemeentebesturen werden in toenemende mate geconfronteerd met steunaanvragen voor ziekenhuiskosten van inwoners die niet onder de armenzorg vielen.²⁵² Enkele gemeenten, zoals 's-Hertogenbosch en Arnhem, verleenden daarom een subsidie aan de ziekenfondsen, zodat die ook de klinische hulp konden financieren. Andere gemeenten stimuleerden de inwoners zich aan te sluiten bij een plaatselijke ziekenhuisvereniging met een bijdrage in de premie.²⁵³ Het Armbestuur in Walcheren verzekerde sinds 1928 jaarlijks gemiddeld 108 personen van 65 jaar en ouder bij de vereniging voor ziekenhuisverpleging aldaar.²⁵⁴ De gemeente Haarlem was de enige gemeente die een contract sloot met de plaatselijke specialistenvereniging voor de klinische hulp.²⁵⁵

249. ARA, archief NMG, inv. nr. Z32-I, '28-10-1932'.

250. Deze verzekering was hetzij in de premie inbegrepen hetzij met een verplichte contributie; *Rapport Commissie kosten ziekenzorg*, 14.

251. CBS, *Verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging*, 10.

252. ARA, archief NMG, inv. nr. 215, Z23, 'Brief van de Vereniging van Nederlandsche Gemeenten (VNG) aan NMG, 11-11-1926'.

253. *Rapport Commissie kosten ziekenzorg*, 39-40.

254. *Ibidem*, 15.

255. ARA, inv. nr. 215, Z 31, 'NMG aan VNG, 10-12-1926'.

In 1926 vroeg de Vereniging van Nederlandsche gemeenten (VNG) advies aan de NMG, omdat de ziekenhuiskosten voor de gemeenten onbetaalbaar werden. Was er een mogelijkheid de ziekenhuiskosten in de AAZ-fondsen op te nemen? Het NMG-bestuur schreef de VNG echter dat de contributie geen ziekenhuiskostenvergoeding toeliet.²⁵⁶ Nu was die contributie altijd een dooddoener. Daarmee liet de NMG de verbetering van de honoraria van specialisten bij de AAZ-fondsen op haar beloop, en daardoor kregen de leden bij een deel van deze fondsen helemaal geen specialistische hulp. Maar het was al helemaal geen antwoord op de vraag van de VNG. Gemeenten betaalden zoveel aan de ziekenhuiskosten van de inwoners dat zij daarvoor een verzekering wilden afsluiten. Zij zouden daarvoor (terecht) een premie betalen, maar het NMG-bestuur was niet geïnteresseerd. Terwijl het voor de NMG toch belangrijk was dat een zo belangrijke organisatie als de VNG in eerste instantie voor háár AAZ-fondsen koos. De Specialistenorganisatie was zeer verbolgen over dit zoveelste eigengereide en specialist-onvriendelijke optreden van het NMG-bestuur. Wie deed er nu zo'n belangrijke zaak op deze manier af en liet er zo'n goede kans voorbij gaan? Het bestuur had daarover op zijn minst de specialisten advies moeten vragen.²⁵⁷

Intussen zou het voor specialisten al een hele verbetering zijn als meer ziekenhuisverenigingen rekening gingen houden met de specialistische hulp. De besprekingen tussen NMG en ziekenhuisverenigingen die in 1930 begonnen, gaven de specialisten echter weinig hoop. Van een samenwerking was geen sprake. T. Hammes (1874-1951),²⁵⁸ die als bestuurslid van de NMG betrokken was bij de onderhandelingen, kenschetste het overleg als 'de botsingen met de verenigingen'.²⁵⁹ Enige jaren later leek er echter toch een doorbraak in zicht.

Onder druk van de opnieuw op handen zijnde ziekenfondswet begonnen in 1935 weer besprekingen tussen de verschillende Federaties en de NMG, nu onder voorzitterschap van de hoofdinspecteur van de volksgezondheid Eykel. Deze onderhandelingen leidden in 1936 tot een concept-standaardcontract waarin ook de klinische specialistische hulp was geregeld.²⁶⁰ Men vond de bezwaren van de specialisten tegen het bestaande stelsel volkomen juist.²⁶¹ Specialisten dienden een gegarandeerde honorering te krijgen voor het werk dat zij nu vaak onbezoldigd deden.²⁶² Het was de bedoeling dat de ziekenhuisverenigingen vastgestelde bedragen per jaar zouden storten in een apart specialistenfonds. De Federatie zou daaruit het hele of gedeeltelijke honorarium – afhankelijk van de welstand van de verzekerde – rechtstreeks aan de specialisten uitbetalen. Het contract moest nog wel worden goedgekeurd door de leden van de Federaties en de NMG.²⁶³

256. Ibidem.

257. ARA, archief NMG, inv. nr.215, Z23, 'SC aan NMG, z.d. en 15-2-1927'.

258. Hammes pleitte zowel op nationaal als internationaal niveau voor de 'opwaardering' van anesthesie tot specialisme.

259. ARA, archief NMG, inv. nr.Z32-I, Mededelingen Hammes, 'Verg. DB-NMG, SC, HC en Federatie van ziekenhuisverplegingsverenigingen, 16-4-1935'; 'Correspondentie aan HB-NMG, van secr. SC, 27-3-1931', en 'Aan HB-NMG, van geneeskundige kring Purmerend, 24-2-1931'.

260. 'Groepsvergadering specialisten (juni 1936)', 3533.

261. *Rapport Commissie kosten ziekenzorg*, 32.

262. Ibidem, 31 en 34.

263. Ibidem, 32.

Die leden keken anders aan tegen het contract dan hun overkoepelende organisaties. 'Talrijke' ziekenhuisverenigingen maakten bezwaren tegen het concept,²⁶⁴ omdat het in veel gevallen een premieverhoging betekende. In de algemene vergadering van de NMG waren eveneens bedenkingen te horen. Volgens de huisartsen ging het contract ten koste van hun praktijk, zodat de Huisartsenorganisatie er zich niet mee kon verenigen. Het publiek zou denken dat het wel 'met de huisarts zou kunnen schipperen', het was toch voor ziekenhuisverpleging verzekerd.²⁶⁵ De voorzitter van de Specialistenorganisatie beklemtoonde daarentegen het belang van specialisten bij deze contracten. Wanneer er geen contract meer kon worden gesloten dat de klinische hulp niet verzekerde en honoreerde, zou dat voor een belangrijk deel van de specialisten een grote vooruitgang zijn.²⁶⁶ De vergadering moest het contract vooral niet zonder meer afwijzen.

De vergadering besloot het bestuur van de NMG 'te machtigen om te zien wat, zonder schade voor den huisarts, in het belang van den specialist kan worden tot stand gebracht.'²⁶⁷ Daartoe bleek de NMG niet in staat. Er was in de algemene vergadering nooit een meerderheid te vinden voor regelingen die tegen het belang van de huisartsen ingingen. Er kwam geen standaardcontract, wel werden er tot 1940 nog diverse concept-overeenkomsten ingediend. Deze contracten werden of verworpen of zodanig onduidelijk geamendeerd, dat daarop eerst weer toelichtingen naar de afdelingen moesten worden gestuurd.²⁶⁸ Zo bleef tot 1941 de klinische specialistenhulp veelal niet of slechts gedeeltelijk gehonoreerd.

Grote plaatselijke verschillen in contracten

De Specialistenorganisatie kon niet zoveel doen tegen deze interne ontwikkelingen. Zij kon evenmin veel ondernemen, wanneer een ziekenhuisdirecteur een overeenkomst sloot met een ziekenhuisvereniging die voor specialisten ongunstig was. Er waren altijd specialisten te vinden die de voorwaarden van de ziekenhuizen wel accepteerden.

De houding tegenover deze verenigingen was in de grote specialistencentra, zoals in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag, opvallend lankmoedig. Daar waren ook niet zoveel ziekenhuisverenigingen. Bovendien waren juist in de 'randstad' de verenigingen die de specialistische hulp wel (gedeeltelijk) honoreerden. Er zijn meerdere voorbeelden dat deze sterke specialistenverenigingen een goede regeling konden treffen, waaronder in Utrecht.²⁶⁹ Niet elke specialist of specialistenvereniging had dus reden tot klagen, anderen kregen daarvoor niet altijd de gelegenheid. De specialisten in Rotterdam hadden evenmin reden tot klagen over de overeenkomst tussen hun specialistenvereniging en de plaatselijke vereniging tot steun bij ziekenhuisverpleging. Alle specialismen kregen een honorering voor een deel van de behandelingen: oogarts, kinderarts, zenuwarts, arts voor longziekten, arts voor maag-, ingewands- en stofwisselingsziekten, arts voor hart- en vaatziekten, arts voor geslachtsziekten, arts voor ziekten der urinewegen, huidarts, chirurg, orthopeed, vrouwenarts, oor-neus en keelarts, radioloog, röntgen- of radium-

264. Mededeling Van Cappellen (voorzitter SC), '87e alg. verg. (1936)', 4263.

265. Koning (voorzitter HC), Ibidem, 4263.

266. Van Cappellen, Ibidem, 4263.

267. Ibidem, 4266.

268. 'Jaarverslag SC 1937', 1287; 'Verslag SC 1938', 1302; 'Verslag SC 1939', 1098.

269. Mondelinge mededeling van K.-P. Companje, auteur van het proefschrift *Over artsen en verzekeraars*, dat in het najaar van 1997 zal verschijnen.

behandeling en patholoog-anatoom. Voor narcose of assistentie bij de operatie mocht een bedrag van tien procent van de operatie worden berekend. De specialisten in Delft en Dordrecht konden zich bij de Rotterdamse overeenkomst aansluiten.²⁷⁰

De kritiek op ziekenhuisverenigingen kwam voornamelijk uit de 'periferie'. Daar vooral waren de ziekenhuisverenigingen populair, en daar waren ook de meeste problemen. Buiten de 'randstad' konden de specialisten pas aan het eind van de jaren twintig wat krachtiger optreden door de toename van het aantal specialisten en de oprichting van specialistenverenigingen (zie ook de tabellen in de bijlagen 3, 8, en 9). Toch waren ook daar niet alle specialisten ontevreden over de verenigingen van ziekenhuisverpleging. Een deel van de plaatselijke verenigingen honoreerde wel de operatiekosten. De betrokken chirurgen werden weliswaar niet rijk van deze honoraria, maar zij kregen tenminste een honorarium. Omdat chirurgen door hun grote aantal een belangrijke stem hadden in de specialistenvereniging, konden de belangen van niet-gehonoreerde specialisten in het gedrang komen.

In Friesland en Groningen kwamen de specialisten wel in actie tegen de ziekenhuisverenigingen.²⁷¹ Juist in deze provincies kwamen er ook wel veel: tussen 1908 en 1940 werden in deze provincies respectievelijk 80 en 85 verenigingen opgericht (bijlage 8, tabel 25). Toch was er zelfs voor Friesland en Groningen niet één beleid te formuleren. De Groningse specialisten steunden van harte een regeling met de ziekenhuisverenigingen, de specialisten in Friesland wilden er niet aan meewerken. In Friesland vond men het slechts spaarfondsen en daarom gevaarlijk voor hun positie.²⁷²

Ook in de kwestie van de ziekenhuisverenigingen bepaalden de eigen of plaatselijke situatie de waardering daarvan. Veel van de problemen die in deze paragraaf werden beschreven rond de organisatiestructuur van een ziekenhuis, het vestigingsbeleid en de ziekenhuisverenigingen, waren direct of indirect van financiële aard.

5 CONCURRENTIE- EN HONORERINGSPROBLEMEN

Specialisten hadden niet alleen financiële en andere problemen met financiers en ziekenhuisdirecties. De knelpunten tussen huisartsen en specialisten of tussen specialisten onderling waren ook na 1920 niet opgelost. Dergelijke interne moeilijkheden trachtte de NMG met gedragsregels op te lossen. Dat kostte veel tijd. Zo was tot 1916 in de algemene vergaderingen veel tijd besteed aan de opstelling van gedragsregels voor de toegang tot een polikliniek. Hoe kon dat worden geformuleerd? De huisartsen wilden een verwijfsbriefje voor de polikliniek, maar de NMG kon de vrije artsenkeuze niet zomaar negeren. Bij ieder nieuw plaatselijk collectief ziekenfondscontract konden over het verwijfsbriefje problemen ontstaan.

270. ARA, archief NMG, inv. nr.216, Z32-I, 'Nieuwe voorwaarden van overeenkomst, ingaande 1-1-1933. De specialistenvereniging in Haarlem had door haar contract met de gemeente eveneens een goede regeling voor tenminste een deel van de doelgroep van ziekenhuisverzekeringen.

271. Zie onder meer: ARA, archief NMG, inv. nr.155, F12-I, II en III.

272. ARA, archief NMG, inv. nr.180, M30, 'Regeling specialistische hulp (1933)'.

5.1. Voorstellen voor gedragsregels

Het verwijsbriefje was niet het enige praktijkprobleem tussen huisartsen en specialisten. Specialisten behandelden particuliere patiënten op een spreekuur of bij de patiënt aan huis. Er waren ook bepaalde specialisten die ziekenfondspatiënten thuis behandelden.²⁷³ Dat kon een nieuwe bron zijn van moeilijkheden tussen de huisarts van de patiënt en de behandelende specialist. Huisartsen voelden zich daardoor nog meer bedreigd. Het was begonnen met de poliklinieken. Vervolgens verdreven specialisten de huisartsen langzaam maar zeker als behandelaar uit het ziekenhuis. Ten slotte kwamen zij ook nog aan wat de huisartsen als hún specifieke terrein beschouwden. Als poliklinieken het terrein waren van specialisten, dan was het huis van de patiënt het terrein van de huisarts. Dat gold voor de ziekenfondspatiënt, maar het liefst ook voor de particuliere patiënt. Maar voor die patiënten kon men geen 'harde' gedragsregels maken, zodat de openlijke 'strijd' om de patiënt zich richtte op de ziekenfondspatiënt. Huisartsen beschuldigden de specialisten ervan dat die zich er maar gemakkelijk van afmaakten; de 'afwerking' konden zij doen. Specialisten klaagden dat de huisarts zijn adviezen zo vaak terzijde legde en doorging met de eigen, in de ogen van de specialisten, verkeerde behandelingswijze.

Vanaf 1925 laaiden de discussies weer op over de verhouding huisarts-specialist en in het bijzonder, huisarts-kinderarts.²⁷⁴ Specialisten in het algemeen gaven te kennen dat de gedragsregels uit 1916 onbillijk waren geworden. Sindsdien had een sterke verschuiving plaatsgevonden in specialistische richting.²⁷⁵ De NMG trachtte ook deze problemen met centrale gedragsregels op te lossen. Een centrale regeling had echter weinig kans van slagen, omdat de verhouding huisarts-specialist altijd afhankelijk was van de plaatselijke omstandigheden.

Zonder nader op de inhoud van de voorstellen in te gaan, bleek al bij het eerste het beste voorstel voor een nieuw stelsel van gedragslijnen dat één en ander problemen zou opleveren. Dat voorstel werd in de algemene vergadering van 1927 behandeld. Het behelsde acht punten. De afdeling Zwolle verzette zich tegen de regeling vanwege punt 7. De afdeling Arnhem had moeite met punt 4 en 6. De afdeling Amersfoort kon zich daarentegen niet verenigen met punt 2. De afdeling Amsterdam achtte deze hele regeling niet de juiste en de afdelingen Nijmegen en Friesland waren er tegen. Men besloot de verdere behandeling van het voorstel uit te stellen tot de volgende vergadering.²⁷⁶

In de daarop volgende discussies over de gedragsregels werden voorstellen gedaan om toch op de één of andere wijze tot een oplossing te komen. Nu gebleken was dat een algemene regeling weinig kans van slagen had, dienden er in ieder geval grondbeginselen

273. Ziekenfondsen vergoedden dat vrijwel nooit. Het was één van de onderwerpen die op hun wensenlijstje stond, maar eigenlijk werd er nooit serieus over de invoering gedacht.

274. Het eerste voorstel tot wijzigingen van de gedragsregels in 1925 had talrijke besprekingen tussen de Huisartsencommissie (HC) en Specialistencommissie (SC) als gevolg. In dat jaar werd een rapport over de verhouding huisarts-kinderarts gepubliceerd, waardoor voor- en tegenstanders van kindergeneeskunde-als-specialisme werden geactiveerd hun belangen naar buiten te brengen. Eén en ander geeft een weinig verheffend beeld van de 'collegiale' verhoudingen en beroepsethiek. Archief Ned.Ver.v. Kinder-genk.

275. Hammes, 'Verhouding specialisten en huisartsen in de particuliere praktijk', 1909.

276. '78c alg. verg. (1927)', 1184-1189, gedragslijnen verhouding huisartsen en specialisten.

te worden aangegeven.²⁷⁷ De oud-voorzitter van de NMG, Sikkel, zag zelfs een landelijke regeling 'voorloopig het liefst vermeden'.²⁷⁸ Het NMG-bestuur bleek gevoelig voor deze suggestie. Bij het nieuwe voorstel in de algemene vergadering van 1929 gaf de voorzitter van de NMG, Hammes, als toelichting dat het hoofdbestuur het gewenst had gevonden zich bij de formulering tot enkele hoofdpunten te beperken en de details aan de afdelingen over te laten.²⁷⁹ De algemene vergadering nam de regeling aan, maar de problemen waren niet opgelost. De regeling van het moeilijkste probleem, de kwestie van de kinderartsen, was buiten beschouwing gelaten. Daarvoor had men nog geen oplossing.

5.2. De controverse tussen huisarts en kinderarts

De daaropvolgende jaren stonden in het teken van de controverse tussen huisartsen en kinderartsen. Die ging aan de 'media' ook niet onopgemerkt voorbij. Plaatselijke dagbladen publiceerden ingezonden brieven over het onderwerp en leverden commentaar op de belangentegenstellingen tussen huisartsen en kinderartsen. Zo vond J.R.v.R. in de *Op-rechte Haarlemsche Courant* van 19 september 1933, het meer dan tijd worden dat 'leken' zich gingen bemoeien met de regels die de NMG had ingesteld:

'Er schijnt n.l. weer een nieuwe regeling door de H. H. doktoren getroffen te zijn en wel dusdanig dat de kinderartsen voortaan ook als specialist beschouwd moeten worden. Waaruit weer zou voortvloeien dat we bij e.v. ziekte onzer kinderen beginnen moeten onzen huisdokter te roepen, alleen om van hem te vernemen of hij er mee accoord gaat, dat we bij onze kleine den kinderarts raadplegen. Want daar komt het dan toch op neer. Wij zijn het met onszelf eens dat we bij ons kindje vanzelf sprekend een kinderarts roepen, maar om dat te kunnen doen, moeten we eerst toestemming van onzen huisdokter hebben. We beginnen dus al met twee visites te betalen en laten we rekenen op wat ik zelf ondervond, f 3 voor den huisdokter en f 5 voor den kinderarts.'

Deze briefschrijver vond dat teveel en verwachtte bovendien problemen met zijn huisarts. Hij pleitte voor de vrije artsenuitkeuze als oplossing en riep tot tegenacties op.

Een kinderarts trok een groot deel van de huisartsenpraktijk naar zich toe. Hij ging zelfs nog een stapje verder: hij bezocht niet alleen kinderen van particulieren, maar ook kinderen van ziekenfondsleden aan huis. Hij was daardoor als het ware de huisarts van kinderen. Het optreden van kinderartsen tegenover ziekenfondspatiënten had op tweërlei wijze een huisartsen-signatuur: de kinderarts bezocht niet alleen het kind aan huis, hij besteedde ook veel tijd aan uitleg aan en geruststellen van de ouders. In hoofdstuk 2 werd de vraag geformuleerd of specialisten 'zakelijker' waren en huisartsen nog meer de negentiende-eeuwse, rustige leefstijl van de meer-gegoeden aanhielden. In het algemeen waren de bezoeken aan de zieke van huisarts én kinderarts per patiënt tijd-rovender dan het meer afgebakende spreekuur van een specialist.

De NMG wilde dat specialisten niet aan huis kwamen bij ziekenfondsleden, tenzij zij in consult waren gevraagd.²⁸⁰ De secretaris van de Huisartsencommissie, Eggink, wilde de werkwijze van de kinderartsen niet sanctioneren. Als zij zich als specialisten wilden

277. Hammes, 'Huisarts en specialist in de particuliere praktijk', 1121.

278. Sikkel, 'Verhouding huisarts-specialist', 1053.

279. '80e alg.verg. (1929)', 4324, verhouding specialisten en huisartsen in de particuliere praktijk.

280. Nord afgevaardigde Zwolle, '78e alg. verg. (1927)', 1185.

beschouwen 'en dit is inderdaad het geval', dan moesten zij zich ook als zodanig gedragen.²⁸¹ Sommige huisartsen wilden kindergeneeskunde echter niet tot de specialismen rekenen. Dat niet alle huisartsen voldoende op de hoogte waren met voedingsstoornissen bij zuigelingen, was geen voldoende reden voor het bestaan van een specialisme.²⁸² Tegen kinderartsen die zich gedroegen als specialist mocht men echter geen bezwaar hebben.²⁸³ Zij moesten zich dan houden aan de gedragsregel dat een specialist zich tot een consultatieve praktijk diende te beperken. Deze gedragsregel was al in het begin van de 'polikliniekkwestie' voorgesteld. Andere specialisten achtten zich daaraan niet gebonden, voor kinderartsen was het al helemaal een onmogelijke eis. Zo viel er geen bestaan op te bouwen.

Na 1929 behandelde de algemene vergadering van de NMG nog ettelijke keren de kwestie van de verhouding huisarts-kinderarts.²⁸⁴ Bevreemdend was de uitkomst niet (zie ook hoofdstuk 3).

Kindergeneeskunde erkend als specialisme

Bij de instelling van de SRC konden ook kinderartsen zich laten inschrijven en in 1932 werd kindergeneeskunde als specialisme erkend.²⁸⁵ Dat veranderde evenwel niets aan de problematiek, huisartsen bleven vragen om speciale gedragsregels. Noch de Specialistenorganisatie noch de vereniging voor kindergeneeskunde kon daar veel tegen doen. De wetenschappelijke vereniging vond het onjuist dat een grotere groep artsen aan een kleinere gedragsregels wilde voorschrijven. Te meer, omdat die niet de belangen van de patiënten, maar vooral die van de betreffende artsen in het oog hielden. Er was nooit enig bewijs geleverd dat het optreden van kinderartsen in strijd was met het belang der kinderen.²⁸⁶

In 1935 aanvaardde de algemene vergadering uiteindelijk aparte gedragsregels voor de verhouding huisarts-kinderarts. De kinderartsen waren teleurgesteld, omdat het algemene regels waren waarvoor de afdelingen de details zelf moesten opstellen. Omdat specialisten daar in de minderheid waren, was dat het equivalent van een 'huisartsenregeling'.²⁸⁷ De kinderartsen legden zich er onder protest bij neer. Een deel van hen trad daarop uit de NMG; zij richtten echter geen aparte belangenvereniging op.

Gedragsregels versus patiëntenbelang

Bij de problemen tussen huisartsen en kinderartsen ging het om competentie en om financiële problemen. Zoals gebruikelijk bij problemen in de relatie tussen de diverse

281. Eggink, '83c alg. verg. (1932)', 4392, XII. A.1: Van het HB inz. de verhouding huisarts-kinderarts.

282. Archief Ned.Ver.v.Kindergenk., NMG: gestencild stuk nr.776, nov. 1925, 'Aan leden HB-NMG, van Ph.L.M.M. Taminiau, Tilburg'.

283. Bij alle bedreigingen voor de huisartsenpraktijk die door de komst van specialisten ontstonden, zoals rond de eeuwwisseling bij de polikliniekkwestie en bij het optreden van internisten, werd de gedragsregel voorgesteld dat de specialist zich diende te beperken tot een consultatieve praktijk. In de praktijk gingen specialisten ook behandelen.

284. In het NTvG verschenen veel artikelen over de verhouding huisarts-kinderarts en over het optreden van kinderartsen als huisarts van kinderen, onder meer: NTvG 67 (1923) II, 2010-2013; *Ibidem* 69 (1925) I, 960; *Ibidem* 71 (1927) II, 1184-1189 en 1909-1915; *Ibidem* 72 (1928) II, 6337-6338; *Ibidem* 73 (1929) I, 599-602 en 988; *Ibidem* (1929) II, 4323-4328; *Ibidem* (1932) III, 4390-4393.

285. '86c alg. verg. (1935)', 4725.

286. Archief Ned.Ver.v.Kindergenk., 23-3-1933, 'Toelichting, n.a.v. voorstel Hunsingo-Fivelingo-Westerkwartier'.

287. '86e alg. verg. (1935)', 4725'.

leden van de organisatie, zocht de NMG de oplossing daarvan in gedragsregels. In dit geval probeerde zij dit onder meer door nog eens duidelijk te stellen dat de kinderarts als specialist een hogere honorering moest vragen dan de huisarts. Dat was geen oplossing; noch voor het competentieprobleem noch voor het financiële probleem. In plaats van het waar nodig opvijzelen van de competentie van de huisarts, bevestigde men door de hogere honorering de ouders van de patiëntjes nog eens te meer in hun idee, dat het voor hun kind het beste was als zij de hulp van een kinderarts inriepen. Het algemeen belang was hierbij niet gediend en op competentievragen ging de NMG niet in. Deze competentievragen werden evenmin weerlegd. De buitenstaander bleef daardoor in onzekerheid.

Voor beide partijen was het een bestaanskwestie. De kinderarts had niet voldoende bestaanszekerheid met alleen een consultatieve praktijk. Deze beperking tot de consultatieve praktijk gold in de meeste afdelingen niet voor andere specialismen, tenminste niet voor particuliere patiënten. Bovendien móchten kinderartsen naar de visie van de NMG helemaal niet zoveel mogelijk uit het huis van de particuliere patiënt worden geweerd. Desgewenst moesten specialisten deze patiënten aan huis kunnen behandelen.

De huisarts liep de kans een groot gedeelte van zijn praktijk aan de kinderarts kwijt te raken. De financiële problemen die daaruit voortkwamen, kon de NMG niet oplossen. Zij zijn nu eenmaal inherent aan het vrije beroep. Ook de Specialistenorganisatie kon daaraan niet veel veranderen. Wel ondersteunde zij de kinderartsen in hun streven naar erkenning van hun vak als specialisme.

5.3. De honorering van specialisten

De onderlinge verhoudingen in de afdelingen werden niet alleen door deze concurrentieperikelen op de proef gesteld. De aandacht op de voorafgaande bladzijden voor ziekenhuizen en ziekenhuisverenigingen, doet misschien vergeten dat voor specialisten 'het ziekenfonds' nog steeds de grootste bron van frustratie was. In hoofdstuk 4 werd geconcludeerd dat men de problemen daaromheen niet alleen op rekening van de ziekenfondsen kon schrijven; het was voor een belangrijk deel een gevolg van het NMG-beleid in deze kwestie. Juist daardoor waren er in de afdelingen zoveel conflicten over de ziekenfondshonorering. Bij de problemen rond het verwijsbriefje, de vrije specialistenkeuze, de tegenwerking die kinderartsen ondervonden, om slechts enkele voorbeelden te noemen, ging het toch duidelijk mede om geld. Maar 'officieel', bij NMG en Specialistenorganisatie, hadden de leden geen onderlinge conflicten met een financiële grondslag.²⁸⁸ Dat was niet alleen 'onbeschaafd', anderen mochten niet de indruk krijgen dat artsen hun werk voor het gewin deden. Men zei zelden hardop dat het over financiële problemen ging, maar rangschikte conflicten daarover liever onder de noemer van de 'medische ethiek'. Ook in de afdelingen neigde men daartoe. Men legde vooral de nadruk op de gevolgen voor de patiënt.²⁸⁹

288. Na 1945 bleek deze instelling van de leden volkomen gewijzigd. Intussen was er in 1941 een wettelijke regeling gekomen (ziekenfondsenbesluit), derhalve moesten er nu óók redelijke ziekenfondstarieven komen. De LSV die in 1946 werd ingesteld, kwam daardoor al vrij snel met de leden in aanvaring over de ziekenfondshonorering.

289. In de D.B. vergaderingen van de NMG in 1918 over het specialistenvraagstuk wordt dit enkele keren naar voren gebracht. 'De ontevredenheid bij de specialisten is voornamelijk een ziekenfondskwestie'; 'De ziekenfondskwestie is eigenlijk gewoon een geldkwestie, ook al wil men dit verbloemen'; ARA, Archief NMG, inv. nr.200, S19-I, 'Verslag vergadering D.B., 17-8-1918 en 25-8-1918'.

Nu was dat tot omstreeks 1920 nog niet zo'n probleem. In het algemeen beschouwden specialisten het percentage van hun inkomen dat van ziekenfondspatiënten kwam nog als een te verwaarlozen bedrag. Na 1920 veranderde dat echter drastisch. Verbetering in de honorering van de poliklinische hulp aan ziekenfondspatiënten werd ook voor specialisten belangrijker door het grotere aandeel van deze zieken in de praktijk.²⁹⁰ Voor het merendeel van de specialisten was bovendien de poliklinische hulp nog steeds veel belangrijker dan de klinische. Door de grotere toestroom naar de polikliniek zorgde gemiddeld genomen de poliklinische hulp voor het ziekenfondsinkomen. Ook buiten de grote steden werden ziekenfondspatiënten een belangrijk onderdeel van de praktijk, omdat zij daar na 1920 eveneens in aantal toenamen.

Inmiddels was de specialistische zorg niet meer weg te denken uit de gezondheidszorg; het was een onmisbare geneeskundige verworvenheid geworden. Nu die positie eenmaal was bereikt, verviel voor specialisten een belangrijke reden voor de 'gratis' behandelingen. Volgens hen stond niets meer een betere honorering in de weg. Het excuus dat ziekenfondsleden geen hogere contributie konden betalen, gold immers niet meer. De lonen van de arbeiders waren niet meer zo marginaal als aan het begin van de eeuw. Pogingen van de Specialistenorganisatie de ziekenfondshonorering te verbeteren en meer eenheid te brengen in de tarieven, stuitten echter af op onwillige NMG-afdelingen. De vaststelling en verdeling van de honoraria veranderden tot 1941 niet wezenlijk. Het bleef derhalve in de afdelingen een potentiële conflictbron (zie hoofdstuk 4).

Tegen de argumentatie van de specialisten was op zichzelf niet veel in te brengen. Onderzoek heeft aangetoond dat, ondanks de recessie, in de periode 1913 tot 1939 het reële inkomen per hoofd van de loonafhankelijke beroepsbevolking met 36,5 procent steeg.²⁹¹ Van der Velden concludeert dat, door een fundamentele verschuiving in de inkomensverdeling rond de Eerste Wereldoorlog, niets meer de onstuitbare groei van het ziekenfondswezen in de weg stond.²⁹² Het aantal ziekenfondspatiënten steeg en het aantal armlastigen daalde.

De trend van de hogere lonen kan gunstig zijn geweest voor het inkomen van specialisten. Anderzijds hield de afname van het aantal armenzorgpatiënten ten gunste van de ziekenfondspatiënten voor hen niet altijd een inkomensverbetering in. Voor de klinische hulp kregen veel stafspecialisten een honorarium. Voor de polikliniekhulp kon die verschuiving nadelig zijn. De armenzorg gaf óf een subsidie óf een maandkaartvergoeding. De ziekenfondsen gaven weliswaar ook een maandkaartvergoeding, maar daarvan werd uiteindelijk slechts een deel uitgekeerd. Als de contributie van het fonds werd verhoogd, kunnen specialisten daarvan hebben meege profiteerd, maar ook dat is niet zeker.

De verschuiving van armlastige naar minvermogende patiënten werd gedurende de jaren dertig gedeeltelijk teniet gedaan. De toename van de ziekenfondspraktijk ging eveneens gedeeltelijk ten koste van de particuliere praktijk. In Eindhoven schatte men de derving van inkomsten die daardoor ontstond op vijftien procent.²⁹³ Desondanks waren door de recessie velen niet afkerig 'een zeer groot gedeelte hunner specialistische praktijk

290. Van Cappellen (voorzitter SC), 'Groepsvergadering specialisten (nov. 1935)', 113. Deze tendens begon al in het begin van de jaren twintig; onder meer: 'Verslag alg. verg. SO (okt. 1920)', 808.

291. Schrage, Nijhof en Wielsma, 'Inkomensontwikkeling werkenden en werklozen', 359.

292. Van der Velden, *Financiële toegankelijkheid gezondheidszorg*, 88.

293. Afgevaardigde Eindhoven, Speleers, 'Groepsvergadering specialisten (dec. 1932)', 470-471.

Tabel 15:
Aantal inwoners in Utrecht naar welstand in 1934

onvermogenen	22.779
minvermogenen (incl. ziekenfondscategorie)	99.157
meergegoeden	38.415

Bron: *Rapport kosten ziekenzorg*, 22.

te zien vastgelegd in een ziekenfondspraxis.²⁹⁴ De al vele malen genoemde toename van specialisten zal die wens zeker hebben beïnvloed. Gezien de groei van het aantal ziekenfondsverzekerden waren ziekenfondspatiënten inmiddels geen onbelangrijke groep meer (zie tabel 14). In Amsterdam, Rotterdam en Den Haag was in het midden van de jaren dertig meer dan de helft van de bevolking lid van een ziekenfonds.²⁹⁵ Het aantal verzekerden bij het ziekenfonds 'Voorzorg' in Arnhem telde in 1913 8023 leden, in 1924 was dat verdrievoudigd tot 24.236 en in 1929 had dit ziekenfonds 29.000 leden.²⁹⁶ De samenstelling van de bevolking in Utrecht in diezelfde tijd laat zien hoe groot het aantal armen en minvermogenen van een stad indertijd was (zie tabel 15).²⁹⁷

De ziekenfondshonoraria van specialisten waren over het algemeen slecht. Van der Hoeven is van oordeel dat er voor specialisten zelden sprake was van een aantrekkelijke regeling.²⁹⁸ Van der Velden komt tot eenzelfde conclusie. In de locaties die deze auteur onderzocht, gebruikte men de contributieverhoging in de eerste plaats om de honoraria van huisartsen te verhogen. Specialisten kwamen er daarbij minder goed van af dan de huisartsen en apothekers.²⁹⁹

Ook de voorzitter van de NMG, L.C. Kersbergen (1863-1944), was het met de specialisten eens dat er aan die honorering nog het één en ander schortte. In 1937 signaleerde hij dat specialisten meer dan vroeger op de ziekenfondsen als bron van bestaan waren aangewezen. Het lag voor de hand dat zij ook een min of meer bevredigend ziekenfondshonorarium zouden ontvangen, net als huisartsen en apothekers.³⁰⁰ In de jaarverslagen van de Specialistenorganisatie verschenen daarna wel berichten als: 'Het doet ons genoegen te kunnen mededeelen, dat, hoewel langzaam, hier en daar de richtlijnen der Maatschappij, voor wat betreft de honoreering der specialisten, worden benaderd, soms zelfs bereikt.'³⁰¹ Dergelijke hoopgevende berichten werden echter even zo vaak afgewisseld met teleurstellende ervaringen op dit gebied. Er kan niet worden geconcludeerd dat een 'min of meer bevredigend ziekenfondshonorarium' voor specialisten in 1941 grotendeels was bereikt.

294. ARA, archief NMG, inv. nr.150, C28-I, 'Van SC aan HB-NMG, 27-11-1934'.

295. In Amsterdam 56,3 procent, in Rotterdam 57,2 procent en in Den Haag 59,1 procent; ARA, archief NMG, inv. nr.150, C28-I; De Vries-Bruins, *Het ziekenfondswezen in Nederland*.

296. (Z.a.) *Algemene Ziekenfondsmaatschappij Voorzorg*, 4.

297. *Rapport commissie kosten ziekenzorg*, 22.

298. Van der Hoeven, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting*, 61.

299. Te weten: Schiedam, Roordahuizum en Amsterdam, Van der Velden, *Financiële toegankelijkheid gezondheidszorg*, 201.

300. Kersbergen, 'Onze Maatschappij in de branding', 3404.

301. 'Jaarverslag SC 1937', 1287.

De problemen over de honorering maakten de belangenbehartiging er niet eenvoudiger op. In de volgende hoofdstukken wordt nagegaan welke rol de centrale belangenorganisatie hierin vervulde, met welke problemen zij daarbij te maken kreeg en welke spanningen dit opriep onder de specialisten.

5.4. Vaststelling van de tarieven

De Specialistenorganisatie die eind 1918 werd ingesteld, had een bredere doelstelling dan haar voorganger. In de jaarverslagen van de Specialistenorganisatie (Specialistenorganisatie 1918, Specialistencommissie 1925), die in het *NTvG* werden gepubliceerd, werd een opsomming gegeven van de vele activiteiten van deze organisatie. Het bleek dat het bestuur vooral veel praktische zaken verwerkte. In het kader van de kruistocht tegen 'slecht-ingerichte' fondsen, moest de Specialistenorganisatie alle overeenkomsten tussen specialisten en ziekenfondsen goedkeuren. Zij adviseerde over ziekenfondscontracten en beoordeelde de ene ter goedkeuring ingezonden overeenkomst na de andere. Ook de reglementen van de specialistenverenigingen die in de afdelingen werden opgericht, moesten centraal worden goedgekeurd. De bestuursleden reisden heel wat af om ter plaatse uitleg te geven en te bemiddelen bij problemen. Vooral dat laatste was tijdrovend. Op verzoek nam de Specialistenorganisatie een deel van de plaatselijke onderhandelingen voor haar rekening.

Na 1920 namen de externe taken toe. De Specialistenorganisatie had in het overleg met ziekenhuizen te maken met de vereniging van ziekenhuisdirecteuren, de Bond der Nederlandsche Diaconessenhuizen en de verenigingen van gereformeerde en rooms-katholieke ziekenhuizen. Bij de collectieve verzekeraars die al langer bestonden, voegden zich nieuwe verzekeraars, zoals ziektekostenverzekeringen voor de middenstand, land- en tuinbouw en ziekenhuisverplegingsverenigingen. Verder vond nog overleg plaats met vakbonden en overheid, hetzij in direct overleg hetzij als lid van NMG-commissies. Zo was een bestuurslid van de Specialistenorganisatie, Brongersma, lid van de Gezondheidsraad.

Sedert 1923 onderhandelde het bestuur van de Specialistenorganisatie jaarlijks met de tarievencommissie van de RVB over de tarieven. De RVB vergoedde de specialistische hulp per verrichting, hetgeen veel ingewikkelder was dan de betaling van de ziekenfondsmaandkaarten.³⁰² Bovendien moest de Specialistenorganisatie voortaan echt over de tarieven onderhandelen. De specialisten hoefden bij de RVB immers niet van het contributie-naar-draagkracht-principe uit te gaan. Zij berustten derhalve niet in lage tarieven. Gemakkelijk verliepen de besprekingen met de RVB niet. Het resultaat viel elk jaar tegen.

302. Voor particuliere patiënten was betaling per verrichting van zowel huisarts als specialist de natuurlijke betalingswijze. De staatscommissie die een rapport moest uitbrengen aan de minister over de ziekenverzorgingswet (1920), ging ook uit van een verrichtingenvergoeding voor specialisten: 'Verslag alg. verg. SO (1921)', 804. De enigen die eigenlijk over het oordelen over die tarieven bevoegd werden geacht, waren de wetenschappelijke verenigingen. Maar voorlopig zagen maar weinig verenigingen dergelijke materiële aangelegenheden als hun taak.

Tariefschema

Tot halverwege de jaren twintig namen de bepaling en hoogte van de ziekenfondshonoring, de maandkaarten, weinig tijd van het bestuur van de Specialistenorganisatie in beslag. Tarievenkwesties liet men nog volledig aan de afdelingen over. De NMG-afdelingen verdeelden de honoraria tussen huisartsen, apothekers en specialisten van de ziekenfondsen waarmee een collectief contract was gesloten. Het was een ingewikkeld en conflictgevoelig systeem, zoals in hoofdstuk 4 werd uiteengezet. Wanneer het over particuliere tarieven ging, hield de Specialistenorganisatie zich al helemaal verre van discussies of regelingen. Waar mogelijk verwees zij voor inlichtingen naar de plaatselijke specialistenverenigingen. Het onderhandelen over tarieven was een precaire taak en het was nog maar de vraag of het wel een taak van de centrale organisatie was.

Specialisten voelden zich echter nogal eens de 'sluitsteen in de contracten' in de plaatselijke onderhandelingen over de ziekenfondshonoraria met de huisartsen.³⁰³ Steeds meer specialisten kwamen met vragen over het ziekenfondshonorarium bij de Specialistenorganisatie. Zij wilden graag een houvast, een soort tarievenlijst waarnaar men in die onderhandelingen kon verwijzen. In 1932 legde de Specialistenorganisatie deze vraag voor aan de groepsvergadering van specialisten. Men besloot te streven naar een landelijk eenheidstarief voor de specialistische ziekenfondspraktijk. Het bestuur kreeg de opdracht informatie over de tarieven bij de afdelingen in te winnen, en aan de hand daarvan een minimumtarief op te stellen.³⁰⁴

Specialisten in de grotere afdelingen hadden al langer een tariefregeling per specialisme voor de verdeling van de honoraria.³⁰⁵ Deze regeling moesten zij door de Specialistenorganisatie laten goedkeuren.³⁰⁶ Zij hanteerden daarbij een financiële driedeling die was gebaseerd op het aantal specialisten en de tijdsinvestering per specialisme. Voor bepaalde specialismen moest men meer geld uittrekken, zij vielen onder de categorie hoofdspecialismen. Andere specialismen konden met een kleinere reservering toekomen: de bijspecialismen eerste of tweede graad.³⁰⁷

Het schema waarover de groepsvergadering van 1933 moest beslissen, ging uit van acht hoofdspecialismen, drie bijspecialismen eerste graad en vier bijspecialismen tweede graad.³⁰⁸ Daarbij werden in eerste instantie nog drie tariefklassen onderscheiden: voor

303. Zie hiervoor onder meer: 'Groepsvergadering specialisten (mei 1933)', 2891-2898.

304. 'Jaarverslag SC 1932', 1076.

305. De tarievenlijst van de specialisten in Amsterdam ging uit van de ziekenhuisklassen, met tarieven naar inkomen. Eerste klasse f 20.000 en hoger, tweede klasse A f 10.000 - f 20.000, tweede klasse B f 5.000 - f 10.000 en derde klasse f 5.000 of minder. Bij de tarieven eerste klasse waren alleen minimumtarieven vastgelegd, bij de tarieven tweede klasse een minimum en een maximum en bij de derdeklassetarieven alleen maximumtarieven.

306. ARA, archief NMG, inv. nr. 178, M12 (1927-1929), 'Modelcontracten'.

307. Bij de indeling in hoofd- en bijspecialismen kan van verschillende premissen worden uitgegaan, zoals de traditionele hoofdindeling van genees-, heel- en verloskunde als hoofdspecialismen, of dat een hoofdspecialisme een afgebakend, het hele aandachtsgebied omvattende en zelfstandig vak was. De kleinere deelspecialismen waren dan bijspecialismen.

308. De hoofdspecialismen waren: heelkunde, zenuwziekten, kno-ziekten, oogziekten, inwendige geneeskunde, huid- en geslachtsziekten, vrouwenziekten en kinderziekten. Bijspecialismen 1e graad: röntgenologie, urologie, maag- darm- en stofwisselingsziekten. Bijspecialismen 2e graad: orthopedie, longziekten, laboratoriumonderzoek en pathologische anatomie en hart- en bloedvatziekten (eventueel nog uitgebreid met fysische therapie).

Amsterdam, Rotterdam en Den Haag, voor de andere steden, en voor het platteland. Dit werd gewijzigd in een eerste en tweede klasse, respectievelijk de specialistencentra en het platteland. Met het schema kon de afdeling vaststellen hoeveel zij per fonds voor de specialistische hulp moest reserveren.³⁰⁹

Op papier was er nu een uniforme regeling van de tarieven van de poliklinische specialistische hulp. Deze actie van de Specialistenorganisatie loste de praktijkproblemen echter niet op, want de tarieven werden niet landelijk ingevoerd.³¹⁰ Zolang de NMG vasthield aan het verdelingsstelsel van de honoraria, zoals dat in hoofdstuk 4 werd beschreven, bleven de huisartsen een belangrijke barrière voor welke verbetering dan ook. Toch had het schema zijn nut. In de eigen afdeling konden specialisten nu tenminste ergens naar verwijzen.

Klinische tarieven

Het schema betrof alleen de consultatieve en de poliklinische hulp. Het had weinig zin zo'n langdurige en ingewikkelde procedure ook voor het klinische werk in gang te zetten. Daarvoor waren er te weinig ziekenfondsen die de klinische hulp verzekerden. Van de ziekenfondsen die de ziekenhuiskosten verzekerden, kregen specialisten voor het klinische werk een honorarium, te beginnen met de chirurg. Sommige van deze ziekenfondsen betaalden zelfs heel goed, zoals Voorzorg in Arnhem.

Ook was het goed werken met een deel van de ziekenhuisverplegingsverenigingen, zoals in Rotterdam. Lang niet in iedere afdeling kon echter zo'n goede en uitgebreide, en voor ieder specialisme geldende, regeling worden getroffen. Maar ook dan was het klinische werk niet geheel en al onbetaald. Ziekenhuiskosten derdeklasse werden ook wel betaald door patroons en andere werkgevers, familie en een enkele keer door de patiënten zelf. De hoogte van dat bedrag was afhankelijk van het inkomen van de patiënt, de stad en de 'naam' van de specialist. Vervolgens honoreerden de RVB, de verzekeraar Centraal Beheer, spoorwegfondsen, het stafziekenhuis en de armenzorg de klinische hulp voor één of meer specialismen.

Ten slotte waren er nog de zogenaamde ondernemingsfondsen (zie hoofdstuk 2) die in dit opzicht voor specialisten interessant waren. In 1940 had 79,3 procent van de leden van deze ondernemingsfondsen een verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging afgesloten.³¹¹ Deze ziekenfondsen komen vrijwel niet ter sprake in de Specialistenorganisatie. Bekend is dat een deel daarvan een aantrekkelijk honoreringsbeleid voerde, zoals het ziekenfonds van een fabrikant in Enschede. Het gevolg was dan ook dat de steden waar deze ondernemingen waren gevestigd bij specialisten in trek waren. In 1925 waren in Enschede, dat 43.000 inwoners telde, zowel een gehonoreerde internist als kinderarts. Beide specialisten waren heel wat beter af dan bij een afdelingsfonds.

In de sector particuliere tarieven bestond geen uniformiteit en die was ook niet te bereiken.³¹² Particuliere tarieven waren 'compensatietarieven'. Het percentage betalende

309. Voor de hoofd- en bijspecialismen was dat voor poliklinische hulp en consult in de eerste klasse respectievelijk vijftien, tien en vijf cent. In de tweede klasse acht, drie en één cent per ziekenfondslied: ARA Archief NMG, inv. nr. 169, H54, 'Honoraria'.

310. ARA, archief NMG, inv. nr. 169, H54, 'Aan secr. SC van HC, 18-10-1935'.

311. CBS, *Verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging*, 8.

312. ARA, Archief NMG, inv. nr. 274, 'Notulen Specialistencommissie, 16-2-1928'.

patiënten verschilde zowel per specialisme als per stad. Specialisten wilden vooral geen centrale regeling, maar vroegen wel om vergelijkingsmateriaal.³¹³ In 1932 kreeg de Specialistenorganisatie opnieuw zo'n vraag naar gegevens over particuliere tarieven. De Specialistenorganisatie wist dat ook niet en vroeg de specialistenverenigingen om inlichtingen. Slechts twee reageerden op dit verzoek.³¹⁴

Een deel van de plaatselijke specialistenverenigingen maakte onderling afspraken over de particuliere tarieven. Het waren verrichtingstarieven, gebaseerd op de indeling in de ziekenhuisklassen of het inkomen van de patiënten. Dit laatste criterium hanteerden onder meer de specialistenverenigingen in Amsterdam en Haarlem. De ASV stelde eind 1920 een lijst van tarieven op, die volgens 'iedereen' in Amsterdam die geen specialist was veel te hoog waren. Daartegenover stonden echter de eveneens volgens 'iedereen' onvoldoende geachte specialistentarieven van de AZA en de gratis universiteits(poli)klinieken, die zich niet aan de gedragsregels van de NMG hielden. Deze specifieke Amsterdamse situatie had ongetwijfeld zijn uitwerking op de hoogte van de particuliere tarieven. Maar naar de mening van het NMG-bestuur maakte de lijst een 'onaangename indruk'. Nu stond het NMG-bestuur, zoals al eerder is gezegd, altijd erg kritisch tegenover de ASV. In de correspondentie die het hierover met de Specialistenorganisatie voerde, bleek dat die er zich niet mee wilde bemoeien. De onderdelen van het tarief konden alleen maar goed ter plaatse worden beoordeeld door een vertegenwoordiger van elk specialisme. De hoogte van de honoraria viel bovendien buiten haar reglementaire bevoegdheid, want het vaststellen van dergelijke tarieven was geheel de competentie van de afdeling.³¹⁵

Specialisten die beneden de vastgestelde tarieven gingen, maakten zich schuldig aan 'oneerlijke concurrentie'. Tegen de betreffende specialist kon de specialistenvereniging maatregelen nemen, maar zij waren moeilijk uitvoerbaar. Meestal ging het om specialisten die geen lid waren van de NMG. Een specialist die meer vroeg dan het vastgestelde tarief was geen probleem, daarvoor was de lijst ook niet samengesteld. Aan de andere kant kon men niet zomaar meer vragen dan de vastgestelde tarieven. De specialist moest dan óf heel kundig zijn – of anderen het idee kunnen geven dat hij dat was – óf hij moest kunnen inspelen op een zeker snobisme van meer welgestelde patiënten. Voor huisartsen werkte dat in principe net zo. Een huisarts trok niet zozeer van heinde en ver patiënten, hij bezocht bepaalde patiënten vele malen per dag.³¹⁶ Patiënten die bezwaren hadden over de rekening konden daarover een klacht indienen bij de plaatselijke afdelingsraad.

5.5. Conflicten over de honoraria

Met het belangrijker worden van het ziekenfondshonorarium voor specialisten na 1920 namen de conflicten toe over de ziekenfondshonoraria. Huisartsen waren weinig geneigd geld in te leveren voor de honorering van specialisten. In de groepsvergadering van specialisten in 1936 kwam dit voor de zoveelste keer ter sprake. De afgevaardigde van Haarlem vond dat de specialisten onafhankelijker moesten worden van de huisartsen.

313. ARA, Archief NMG, inv. nr.136, A18, 'Tarieven, Organisatie der specialisten (onderafdeling Amsterdam)';

314. De Specialistenorganisatie verzocht een 15-tal afdelingen om inlichtingen: 'Jaarverslag SC 1932', 1081.

315. ARA, archief NMG, inv. nr.136, A18, 'SO aan hoofdbestuur, 28-4-1921'.

316. Verslagen NMG-afdelingsraad Arnhem, Tilburg, archief NMG.

De voorzitter van de NMG Kersbergen, onderkende weliswaar de problemen, maar daarmee hield het ook op. 'Uit den aard der zaak, [moet] de generatie der specialisten, als zijnde de jongste in de Maatschappij, op het oogenblik meer [...] vechten voor haar plaats onder de zon, dan de huisartsen.'³¹⁷

In Amsterdam was de specialistenhonorering tussen 1900 en 1941 vrijwel continu 'in het nieuws'. De specialisten drongen steeds aan op verbetering, maar vonden een gesloten front tegenover zich.³¹⁸ In 1935 barstte het zoveelste conflict los tussen de ASV en de AZA. Ook dit conflict, dat al sinds 1927 sluimerde, ging over de specialistenhonorering. Die was niet alleen volgens de ASV veel te laag, die opvatting kreeg een bredere ondersteuning. Volgens het bestuur van de Specialistenorganisatie was het honorarium 'werkelijk zeer sterk gelegen [...] beneden het bedrag, vastgesteld conform de richtlijnen der Maatschappij'.³¹⁹ Zelfs het NMG-bestuur vond de eisen van de specialisten billijk.³²⁰

Een verhoging van de specialistenhonoraria betekende echter nog steeds dat dit ten koste ging van de honoraria van huisartsen en apothekers. De AZA-apothekers vonden de klacht van de specialisten terecht. Indien de huisartsen bereid waren iets van hun honorarium in te leveren, waren zij dat óók.³²¹ De situatie bleef ongewijzigd, want de huisartsen waren dat niet.³²² Inmiddels was er bijna vier jaar verstreken en nog steeds was het specialistenhonorarium niet verhoogd. Met begrip alleen kwam men niet verder. Uiteindelijk nam de ASV in 1939 haar toevlucht tot het bindende besluit dat alle leden de relaties met de Amsterdamse ziekenfondsen moesten verbreken. De polikliniek-hulp zou voortaan alleen worden gegeven tegen particuliere tarieven en contante betaling.³²³ Arbitrage van de burgemeester voorkwam dat het besluit werd uitgevoerd.³²⁴

Problemen over de honoraria kwamen niet alleen als de verhoging van het honorarium van de één ten koste ging van dat van een ander. De conflicten ontstonden evenmin alleen tussen huisartsen en specialisten, maar ook tussen specialisten onderling, onder wie specialisten die in academische ziekenhuizen werkten. Ten slotte gingen de honorariumconflicten niet uitsluitend meer over ziekenfondshonoraria.

De economische recessie verergerde de problemen, want zij ging ook niet onopgemerkt voorbij aan de collectieve ziektekostenverzekeraars. 'Crisiskortingen' waren aan de orde van de dag.³²⁵ Ziekenfondsen kregen te maken met arbeiders die de premies niet meer konden betalen.³²⁶ Ziekenfondsen die daarop de premie verlaagden, zetten vervolgens de deelnemers onder druk 'gepaste zuinigheid' te betrachten, en voerden crisiskortingen in op de honoraria. De AZA kortte tussen 1934 en 1941 de honoraria met gemiddeld 5,6

317. 'Groepsvergadering specialisten (dec. 1936)', 986.

318. Van der Velden, *Financiële toegankelijkheid gezondheidszorg*, 172.

319. 'Verslag SC 1938', 1303.

320. ARA, archief NMG, inv. nr.A55, 'Geschil Amsterdamse ziekenfondsen betreff. de honoreering van specialisten, 1939' en 'Notulen buitengew. alg. verg. DB-NMG, 17-3-1939'.

321. 'Groepsvergadering specialisten (juni 1936)', 3528-3529.

322. ARA, archief NMG, inv. nr.A55, 'Geschil Amsterdamse ziekenfondsen betreff. de honoreering specialisten'.

323. 'Amsterdam Bindend Besluit', *NTvG* 83 (1939) II, 2204.

324. 'Verslag SC 1939', 1096.

325. Het ging daarbij in de regel om crisiskortingen van vijf tot tien procent. De maatregelen werden voorgesteld door de ziekenfondsbesturen of door de deelnemers zelf. Onder meer: 'Jaarverslag SC 1934', 750.

326. Noordhoff (bestuurslid NVV, en als zodanig in 1931 voorzitter van de Algemeene Raad ter bevordering van het Ziekenfondswezen), 'Vaste lasten ziekenfondsen moeten omlaag'.

procent.³²⁷ Deze kortingen kwamen bovenop de kortingen die men toepaste als de specialistenpot niet toereikend was. In *Het Volk* verscheen een pleidooi alle ziekenfondspremies met tien procent te verlagen. Artsen, die eigenlijk altijd kritiek hadden gehad op de 'geldverslindende' bedrijfsvoering van bepaalde ziekenfondsen, kregen daarin nu meer ondersteuning.³²⁸ Administratiekosten van ziekenfondsen en 'verspilling' van geneesmiddelen scoorden hoog bij de bezuinigingsvoorstellen.³²⁹

De financieringsproblemen beperkten zich niet tot de ziekenfondsen. RVB, Z. en O- (spoorweg)fondsen en Middenstandsziektekostenverzekeraars verlaagden eveneens de tarieven voor poliklinische en klinische hulp. Tot 1920 was de verstandhouding goed tussen NMG en RVB, en NMG en spoorwegfondsen, nu kwam die echter onder druk te staan. (De verhouding tussen NMG en Middenstandsziektenfondsen was de gehele periode 1920-1941 slecht.) De tariefsreducties van RVB en Z. en O-fondsen leverden veel meer problemen op dan de crisiskortingen bij de ziekenfondsen. Reducties waren even zovele stappen op weg naar een 'solidariteitstarief' voor nu ook al een groep uit de categorie particuliere patiënten. Bovendien ging het 'niet aan, den middenstander en den gegoeden patiënt zoo goed als geheel de medische hulp voor den arbeider te laten betalen'.³³⁰ De hoogte van deze tarieven was voor specialisten een belangrijke kwestie, want de tarieven van deze instanties dienden als voorbeeld voor andere collectieve particuliere ziektekostenverzekeraars.

Vooraf op de RVB-tarieven zoals die in 1922 waren vastgesteld, was veel kritiek. Met uitzondering van de 'onbekookte hoge' röntgentarieven,³³¹ was dat kritiek op het te laag bevonden onderhandelingsresultaat.³³² Specialisten waren niet alleen over de resultaten van de vele tariefsonderhandelingen met de RVB teleurgesteld, ook tegen de tariefsdalingen van de spoorwegfondsen verzette men zich met hand en tand. Dat was geen 'arm' fonds en alle andere tarieven stonden al zo onder druk.

De tegenstand was niet onterecht. De specialistenhonoraria bleken een verleidelijke bezuinigingspost op de begroting van vrijwel alle ziektekostenverzekeraars. De positie van de specialisten was in deze materie niet sterk en werd nog verzwakt als de verwijzende huisartsen de specialisten niet ondersteunden.

Het Z. en O-fonds kon gebruikmaken van zo'n verleidelijke bezuinigingspost, dankzij het gebrek aan solidariteit onder de NMG-leden. De specialisten in Tilburg kregen een conflict over de tariefsverlagingen die dit fonds had doorgevoerd. Dat tarief was vijftig procent lager dan twee jaar eerder was overeengekomen. De huisartsen en apothekers

327. Noordhoff, 'Vaste lasten ziekenfondsen moeten naar beneden'; *Gedenkboek AZA*, 151.

328. ARA, archief NMG, inv. nr.139, A55.

329. Noordhoff, 'Vaste lasten ziekenfondsen moeten naar beneden'; De Vries-Bruins, *Het ziekenfondswezen in Nederland*.

330. ARA, archief NMG, inv. nr.215, Z26, 'E.H. Gimbrère-Aghina (kno-arts), A.C.M. Beukers (chirurg-gynaecoloog), J. Goossens (ibidem), P. Sassen (oogarts): Aan de cie van beheer van het Z en O-fonds der Nederlandsche Spoorwegen, 27-3-1925'.

331. Aldus een actief lid van de ANVvMS in het tijdschrift van deze vereniging, *MudblSpecGenk* 5 (1922), nr.5, 33-34.

332. Dergelijke kritiek op de tarieven hield aan tot het einde van de jaren dertig. Achteraf, na diverse kortingen als gevolg van de recessie, vond de voorzitter van de Specialistenorganisatie Van Gangelen, de tarieven 1925-1926 over het geheel genomen hoog; ARA, archief NMG, inv. nr.221, z.d.

kregen geen tariefsverlaging. De specialisten schreven het Z. en O-fonds dat lage tarieven alleen voor minvermogenden waren en dat waren de leden van het Z. en O-fonds niet. 'Velen verdienen f 3 à 4000.' Deze patiënten wilden ook zelf volstrekt niet als minvermogene worden behandeld, zij weigerden op het morgenspreekuur, het spreekuur voor minvermogenden, te komen. De 'leden van de ZO vinden zich daarvoor te voornaam', zij wilden alleen op het middagspreekuur komen.³³³

De correspondentie van de specialisten met het Z en O-fonds over de tariefsverlaging had niet het gewenste effect. Het fonds hoefde ook niet toe te geven, want het had toegang tot de gratis universiteitsklinieken.³³⁴ Toen de specialisten de regeling niet aanvaardden, zonden de spoorwegartsen de patiënten naar het academisch ziekenhuis in Utrecht.³³⁵ Dat deed voor de specialisten in Tilburg de deur dicht. Zij wendden zich tot de NMG om de spoorwegartsen, de hoogleraren en specialisten uit de academische ziekenhuizen en het spoorwegfonds tot de orde te roepen. Zij verzochten het NMG-bestuur hen te beschermen en daarmee te 'toon dat de belangen der specialisten dezelfde behartiging ondervinden als die der huisartsen, [want] naast verschillende onfaire middelen, gebruikt het [ZO]-bestuur als voornaamste wapen, de onderkruipersdiensten van collega's te Utrecht of elders'.³³⁶ Het NMG-bestuur antwoordde geen heil te zien in een algemene actie tegen deze fondsen, die dankbaar gebruik maakten 'van de weinige solidariteit der specialisten in de verschillende plaatsen'.³³⁷ Het bestuur gaf er de voorkeur aan de weinig solidaire rol van de verwijzende spoorwegartsen niet op te merken, evenmin als die van hoogleraren en specialisten van het ziekenhuis.

Niet alle collectieve verzekeraars probeerden tijds- en andere omstandigheden zoveel mogelijk in het eigen voordeel te gebruiken. Het merendeel der specialisten had niets dan lof over samenwerking en tarieven van Centraal Beheer. Centraal Beheer keerde hogere bedragen uit dan de RVB. Opvallend gemakkelijk stapten Specialistenorganisatie en specialisten over het bezwaar heen dat Centraal Beheer ook vermogende boeren verzekerde. De loftuitingen werden er niet minder om, zij varieerden van 'loyaal', 'een zeer prettige samenwerking,' 'uitermate coulant,' 'zeer tevreden over de behandeling van Centraal Beheer', tot 'volkomen tevreden'.³³⁸

De Specialistenorganisatie ervoer de besprekingen met deze ziektekostenverzekeraar over het algemeen als 'aangenaam'. De waardering van de specialisten over tarieven en attitude van Centraal Beheer was niet zozeer het gevolg van de eventuele onderhandelingsbekwaamheden van de specialisten. Dat kwam meer door de houding van deze organisatie tegenover zowel specialisten als verzekerden. Waar andere verzekeraars probeerden alleen de hoogst noodzakelijke hulp zo goedkoop mogelijk te krijgen, ging Centraal Beheer uit van de verzekerden zelf. Zij dienden een goede behandeling te krijgen

333. ARA, archief NMG, inv. nr.215, Z26, 'Aan SC, van: Sassen [oogarts Tilburg], 1-5-1925'.

334. Mededeling van de voorzitter van de SC; ARA, archief NMG, inv. nr.215, Z26, 'Notulen vergadering HB-NMG, 24-1-1926'.

335. ARA, archief NMG, inv. nr.215, Z26, 'Correspondentie Tilburgse specialisten met SC en NMG, 27-3-1925, 8-4-1925, 1-5-1925, 6-11-1925, 21-11-1925'.

336. Ibidem, 'Aan: HB-NMG, van specialisten Tilburg, 6-11-1925' en 'Aan commissie van beheer Z en O-fonds der Nederlandsche spoorwegen, van E.H. Gimbrère-Aghina, e.a., 27-3-1925'.

337. Ibidem, mening DB-NMG, (z.d.).

338. ARA, archief NMG, inv. nr.225, 'Dossiers verhouding NMG en CB; NMG-secr. Droogleever Fortuyn, 25-2-1928'.

en dat moest dan ook worden gehonoreerd. Aan de NMG liet Centraal Beheer weten, 'wij stellen boven alles prijs op een uitstekende geneeskundige behandeling van onze getroffen³³⁹. In dit onderzoek is van een dergelijke opstelling van andere ziektekostenverzekeraars niets gebleken.

In deze hele geschiedenis van de ziektekostenverzekering leek het erop, met name bij de ziekenfondsen en de ziekenhuisverenigingen, dat het vooral om de organisatie ging en uiteindelijk niet zozeer om de leden. Allerlei subvragen doen zich voor over de cultuurverschillen tussen de diverse verzekeringsorganisaties. Waarom nam de ene verzekeraar een veel bedisselender houding aan tegenover de verzekerden dan de andere? Waarom verschilde de houding van Centraal Beheer tegenover specialisten zo van die van bijvoorbeeld de Z. en O-spoorwegfondsen, die volgens de specialisten uit Tilburg hen behandelden 'als een minderwaardig partijtje'³⁴⁰? Dergelijke vragen vallen buiten het bestek van dit onderzoek, maar zijn voor de sociale geschiedschrijving interessant.

5.6. Inkomens van specialisten

Specialisten verkregen hun inkomen via ziekenfonds en andere ziektekostenverzekeringen, uit staf- en overige betaalde functies en uit een particuliere praktijk. De hoogte van het inkomen was afhankelijk van specialisme en praktijkopbouw.

Het is niet mogelijk het reëel uitbetaalde ziekenfondsinkomen van 'de' specialisten te berekenen. Zelfs als er patiëntengegevens, ingediende declaraties en ziekenfondsgegevens beschikbaar zijn, blijft de onzekerheidsfactor van de uiteindelijk uitgekeerde percentages. Indien ziekenfondsen voor specialistische hulp bedragen reserveerden, geven die geen inzicht in het inkomen van specialisten. Zo was de ASV in 1913 een collectief contract aangeboden voor 26 cent per jaar per lid om de leden alle specialistische hulp te waarborgen.³⁴¹ Nu werd, bij de bespreking van het jaarverslag van de ASV over dat jaar, wel de verzuchting in het *NTvG* geslaakt dat het voor de historieschrijver goed was te weten, 'wat men in 1913 heeft durven beschouwen als een belooning voor diensten, die dengeen die ze bewijst niet alleen tijd en moeite, maar meestal ook geld kosten aan instrumenten, lokaalhuur, bediening, verband- en geneesmiddelen'. Doch ook dat brengt nog geen duidelijkheid in de materie.³⁴²

Het is noch goed mogelijk een gemiddeld ziekenfondsinkomen weer te geven noch een gemiddeld particulier inkomen. Al zouden er uit bijvoorbeeld particuliere of belastinggegevens inkomens kunnen worden vastgesteld, dan nog mogen de gegevens niet worden geëxtrapoleerd. Daarvoor waren de verschillen te groot per specialisme, in prak-

339. ARA, archief NMG, inv. nr.146, 'Centraal Beheer aan NMG, 19-1-1924'.

340. ARA, archief NMG, inv. nr.215, Z26, 'Correspondentie specialisten Tilburg met SC, mei 1925', 12.

341. Rubriek Beroepsbelangen: 'De Amsterdamsche specialistenvereniging', *NTvG* 58 (1914) I, 750-752, aldaar 751. In een reactie stelde de voorzitter van het betreffende ziekenfonds, 'Of de historieschrijver op de specialisten van 1913 een blaam zal werpen, dat zij voor bovengenoemde belooning hun diensten aanboden, zal de toekomst moeten leeren. Veel vrees koester ik daarvoor niet.' Zie ook: De Wal, 'De Amsterdamsche specialistenvereniging en het ziekenfonds AZA', 850.

342. Het bedrag moet worden vermenigvuldigd met het aantal leden. Vervolgens moet dat totale bedrag worden verdeeld over de specialisten die AZA-leden hadden behandeld én daarvoor een declaratie hadden ingediend. Over hoeveel specialisten werd het bedrag verdeeld, hoe was de verdeelsleutel over de verschillende specialismen en welk percentage werd uiteindelijk uitbetaald?

tijkopbouw en plaats van vestiging. Bovendien wordt een 'dwarsdoorsnee' bemoeilijkt door de 'grootverdieners': de specialisten die voornamelijk particuliere patiënten behandelden en de 'managers' met hun assistenten. De uitslag van het onderzoek naar het inkomen van de Nederlandse arts, dat in 1928 in het *NTvG* verscheen, geeft ook geen uitsluitel. Dit onderzoek geeft wel informatie, maar die dateert uit 1911 (zie bijlage 4a).³⁴³

De waardering over de hoogte van de ziekenfondstarieven was afhankelijk van wie zich daarover uitsprak. Tijdens de discussies over de verdeelsleutel van de honoraria, waren huisartsen en leden van de Huisartsenorganisatie het totaal niet eens met de specialisten dat die niet goed werden gehonoreerd.³⁴⁴ Specialisten refereerden daarentegen bij alle plaatselijke problemen daarover, aan het huns inziens comfortabele ziekenfondsinkomen van de huisartsen. Huisartsen en specialisten waren het vervolgens samen roerend eens dat de honoraria van apothekers 'buitengewoon' waren.³⁴⁵

Als er in specialistenkringen in de jaren 1900 tot 1940 ooit over hoge ziekenfondstarieven werd gesproken, was het voorbeeld altijd Arnhem. Daar waren met name twee klinische tarieven berucht. Het bestuur van de Specialistenorganisatie verzocht de Arnhemse specialisten zelfs 'zich te herinneren' dat het hier om ziekenfondspatiënten ging.³⁴⁶ In andere grotere steden was de situatie minder riant. Over het algemeen waren de ziekenfondstarieven zo laag, dat een praktijk die voor een groot deel uit ziekenfondspatiënten bestond niet loonde.³⁴⁷

Het oordeel van huisartsen over het ziekenfondshonorarium van specialisten kan niet gebaseerd zijn geweest op de praktijksituatie van 'de' specialist. Een objectief oordeel was voor huisartsen moeilijk, zolang de verbetering van het specialistenhonorarium ten koste van het eigen honorarium ging. 'De' huisarts moest al veel eerder dan specialisten een groot deel van zijn inkomen uit de ziekenfondspraktijk halen.³⁴⁸ Dat na 1920 ook voor specialisten de betekenis van het ziekenfondsinkomen toenam, was voor huisartsen moeilijk te 'geloven'. Zij veronderstelden dat specialisten de tarieven wel met die van de particuliere praktijk konden compenseren. Het zicht op de honoraria kon bovendien nog vertroebeld zijn door de specialisten, waaronder chirurgen, die over het algemeen wel behoorlijke inkomsten verkregen uit de ziekenfondspraktijk.

Het inkomen als staflid van een ziekenhuis gaf geen voldoende bestaanszekerheid, uitgezonderd dat van geneesheer-directeur en chirurg. Nu kwam dit mede, omdat het merendeel van de specialisten nog steeds parttime in de ziekenhuizen werkte. In 1925 kreeg de chirurg van het gemeenteziekenhuis in Dordrecht een tractement van f 3.000 per jaar en de kno-arts f 600. In 1926 diende de plaatselijke specialistenvereniging bij het ziekenhuisbestuur een honorariumvoorstel in (zie bijlage 10, tabel 27a). Dit voorstel werd afgewezen; het bestuur vond de bedragen veel te hoog.³⁴⁹ De specialisten die aan

343. Schuckink Kool, 'Onderzoek inkomen Nederlandschen arts'.

344. Zie onder meer ARA, archief NMG, inv. nr.274, 'Notulen SC, 1925'.

345. Voor één van de zeer vele opmerkingen daarover, zie ARA, archief NMG, inv. nr.199, S18-I, 'Positie specialisten-ziekenfondsen'.

346. ARA, archief NMG, inv. nr.210, 'Vergadering 16-6-1922, cie beheer Z en O-fonds, DB-NMG en SC'.

347. De voorzitter der SC, Van Cappellen: voor specialisten is het niet mogelijk een bestaan uit de ziekenfondspraktijk te krijgen; ARA, archief NMG, inv. nr.196, R58, 'Notulen buitengew. alg. verg., 28- en 29-3-1936'.

348. Tussen 1910 en 1920 was voor specialisten dat inkomen nog een 'onbetekenende factor' en voor huisartsen al niet meer; ARA, archief NMG, inv. nr.199, S18-I, 'Positie specialisten-ziekenfondsen'.

349. D'Haene en Schalema, *Merwedeziekenhuis*, 22-23.

het gemeenteziekenhuis in Arnhem waren verbonden, waren evenmin tevreden met hun stafvergoeding. In vergelijking met specialisten uit andere steden hadden zij echter in de jaren twintig niet te klagen (zie bijlage 10, tabel 27b).

De particuliere praktijk kon zonder twijfel voldoende bestaanszekerheid verschaffen. Alleen waren er wel veel specialisten, maar niet zoveel particuliere patiënten. Bovendien waren deze patiënten noch 'eerlijk verdeeld' over de specialisten noch over de specialismen. Bij hoge tarieven hoefde de particuliere praktijk niet groot te zijn, maar ook bij deze tarieven liep men op tegen grenzen door het inkomen van de patiënt. Wanneer de rekening van huisarts of specialist te hoog werd bevonden, kon daarover een klacht worden ingediend bij de plaatselijke afdelingsraad of bij de Specialistenorganisatie.³⁵⁰ Bij deze klachten stond het tarief als zodanig meestal niet ter discussie. De klachten gingen in de hele periode 1890-1941 vrijwel altijd over het aantal keren dat een huisarts of specialist de particuliere of via RVB en Centraal Beheer verzekerde patiënt had bezocht.

Het bleek geen uitzondering dat een huisarts meerdere keren per dag een niet zo zieke patiënt bezocht of een specialist iedere dag.³⁵¹ Zo diende een fabrikant een klacht in over de doktersrekening voor de behandeling van zijn zoon met waterpokken. Uit deze rekening bleek dat de huisarts de patiënt 22 keer bezocht, 4 keer de urine onderzocht, de nodige medicijnen verstrekke en het slaapvertrek ontsmette. De betreffende huisarts verweerde zich op de vraag van de voorzitter van de afdelingsraad, die dat toch wel 'wat véél visites voor waterpokken' vond, dat de angstige moeder dat allemaal zelf had gewild.³⁵²

Centraal Beheer diende een klacht in bij de NMG over een rekening van een matroos die aan twee vingers kneuswonden had opgelopen. De matroos was daarvoor 29 keer op het spreekuur van de huisarts geweest. De rekening was betaald, maar Centraal Beheer had er 'eenige probleemen' mee.³⁵³ Een andere klacht van deze verzekeraar betrof een rekening van een inwonend assistent uit een ziekenhuis. In de polikliniek behandelde de assistent tussen 29 maart en 6 juni een man met een geïnfecteerde duim. Die behandeling bestond onder meer uit een dagelijks sodabad. De klacht betrof niet de autonomie van de arts, de behandeling, maar zijn bevoegdheid als specialist. 'Als wij een specialistentarif betalen, wenschen wij ook de behandeling door een specialist met ervaring en als een specialist op chirurgisch gebied, kunnen wij een jong arts, die eenige maanden aan een interne afdeling van een ziekenhuis verbonden is niet erkennen.'³⁵⁴

De Specialistenorganisatie zweeg over het inkomen van specialisten. Als men over inkomens sprak waren dat – op enkele uitzonderingen na – óf algemene opmerkingen óf verhalen met eventueel bedragen uit het 'roddelcircuit'. Als er al bedragen werden genoemd, is het verder niet duidelijk of dit nu het totale inkomen of alleen het ziekenfondsinkomen was. Over chirurgieninkomens werden, zowel wat het ziekenfondsinkomen als het andere inkomen betrof, de meeste suggesties gedaan dat het wel 'voldoende schijnt te zijn'. Röntgenologen hadden de naam hoge tarieven te vragen en te krijgen,

350. Uit de archieven van de NMG en de afdelingsarchieven van Tilburg en Arnhem lijkt het aantal klachten niet zo groot te zijn geweest. Het is echter onbekend of de betreffende stukken compleet zijn.

351. Onder meer: ARA, archief NMG, inv. nr.225, 'CB aan HB, 30-4-1928'.

352. Archief Geneesk. Kring Arnhem, 'Notulen afdelingsraad afd. Arnhem der NMG, 8-5-1906, 11-5-1906 en 15-5-1906'.

353. ARA, archief NMG, inv. nr.225, '1928'.

354. Ibid., inv. nr.146, 'CB aan NMG, 19-1-1924'.

hetgeen door specialisten die eveneens van röntgen gebruikmaakten aan de kaak werd gesteld. Röntgenologen kwamen ook veel openlijker op voor hun materiële belangen dan andere specialisten. Als enige wetenschappelijke vereniging had de vereniging van röntgenologen al in 1905 de materiële belangenbehartiging ter hand genomen.³⁵⁵ Dat zal mede hebben bijgedragen aan de hoogte van de röntgentarieven. Zolang röntgenologen het röntgenapparaat in eigen beheer hadden, beschikten zij ook over een 'excuus': het apparaat was duur en dat moest toch worden betaald. Aan de andere kant van de ladder zaten kinderartsen van wie een deel moeite had het hoofd boven water te houden. Vervolgens bleek dat om een bestaan te kunnen vinden, de niet-chirurgische specialisten zich niet tot een consultatieve praktijk konden beperken, maar ook moesten behandelen. Alleen de tarieven van de snijdende specialisten waren zodanig, dat een consultatieve praktijk 'reeds een bestaan opleverde'.³⁵⁶

Extern geuite kritiek op de honorering van specialisten richtte zich eveneens voornamelijk op de chirurg, die in een hoge honorering 'ongetwijfeld vooraan staat'.³⁵⁷ In mei 1922 verscheen er een reeks van ingezonden stukken in het *Algemeen Handelsblad* als reactie op een brief van ene B. die een loonsverlaging verlangde voor chirurgen en hun buitensporige eisen.³⁵⁸ In de regel waren de conclusies van dergelijke critici gebaseerd op een extrapolatie van een ontvangen rekening van de operateur. Deze kan voor klassepatiënten hoog zijn geweest. Wanneer men zelf in een ziekenhuis in een grote stad voor de eerste klasse koos, was het te verwachten dat ook de specialist eerste klasse tarieven zou berekenen.³⁵⁹

Bij de beoordeling van de inkomens verschilde men bovendien van mening over wat veel was en wat niet. De opmerking dat er in Arnhem specialisten waren 'die wel f 10.000 verdienen', werd als bewijs aangevoerd dat die specialisten niets hadden te klagen.³⁶⁰ Dat bedrag kwam ongeveer overeen met een salaris van f 7.500, want van genoemde bedragen dient men ongeveer een kwart voor onkosten, pensioenpremie en dergelijke af te trekken. Enige jaren later oordeelde de internist J.M. Planteydt (1899-1953) in een artikel in het *NTvG* over een onder bepaalde voorwaarden te behalen ziekenfondsinkomen van onder meer een chirurg van f 14.500, rond de f 10.000 na aftrek onkosten, als 'zeker geen luxe'.³⁶¹ Deze bedragen komen wel overeen met de mededeling dat in het interbellum in een goed lopende praktijk in de grote steden voor chirurgen een totaal bruto inkomen van f 20.000 mogelijk was en voor kno-artsen f 15.000.³⁶² De salarissen van geneesheer-directeuren en staf-chirurgen geven hierover ook geen uitsluitsel. Deze salarissen varieerden tussen f 5.000 en f 9.000, maar werden aangevuld met inkomsten uit de particuliere praktijk.

355. De Knecht-van Eckelen, 'Röntgenologen verenigen zich', 88-89.

356. Rozelaar, 'Huisarts en specialist', 317.

357. Van Zanten, 'Honorarium medische specialisten een maatschappelijk gevaar', 201.

358. Geciteerd uit: Hijmans, 'Over chirurgen-tarieven', 42.

359. De specialisten uit de drie grote steden keken met enig *dédain* naar hun collega's in de 'periferie'. (Huis)artsen op het 'echte' platteland werden nog wantrouwender bekeken. Het Kamerlid De Vries-Bruins citeerde in de debatten over de wijziging van de Ongevallenwet een artikel uit *Het Centrum* van 13-3-1928. 'De ervaring heeft geleerd, dat het wantrouwen der werkgevers in de kunde en karaktervastheid van de geneeskundigen – schimpend 'plattelandici' genoemd – ook wel somtijds gegronde oorzaken heeft.' *Handelingen 1927-1928*, 138, Wijziging der Ongevallenwet, 14-3-1928, 1720.

360. ARA, archief NMG, inv. nr.191, RII I-II, 'Notulen DB-NMG, HO, SO, 27-9-1923'.

361. Planteydt, 'Maatschappij, ziekenhuisverplegingsverenigingen en specialisten', 3006.

362. Mededeling J.Ph. Staal, kno-arts, Rozendaal.

Om deze inkomens in een wat bredere context te plaatsen volgen hier nog enkele andere voorbeelden. De fulltime in dienst zijnde secretaris van de Specialistenorganisatie en de HB-secretaris van de NMG verdienden in 1939 *f* 10.000 plus een pensioenbijdrage van 8½ procent (beiden waren medici).³⁶³ De jaarwedde van de minister van Arbeid, Handel en Nijverheid was *f* 16.000 (in 1928), de salarissen van de secretaris-generaal en de referendaris van het ministerie waren respectievelijk *f* 8.500 en *f* 5.600. Het salaris van een gymnasiumleraar was, net vóór de crisiskortingen hem troffen, maximaal *f* 6.000.³⁶⁴ De tarievenlijst van de specialisten in Amsterdam ging uit van de ziekenhuisklassen, met tarieven naar inkomen. Eerste klasse *f* 20.000 en hoger, tweede klasse A *f* 10.000 - 20.000, tweede klasse B *f* 5.000 - 10.000 en derde klasse *f* 5.000 of minder.³⁶⁵

De hoogte van de inkomens van kleine middenstanders varieerde omstreeks 1920 van *f* 1.800 tot *f* 2.500. Afhankelijk van de burgerlijke staat en het aantal kinderen lagen deze inkomsten net 'boven het minimum'. In de toelichting op het wetsontwerp ziekenkostenverzekering in 1920 werd *f* 2.500 als welstandsgrens genoemd voor ziekenfondsverzekerden.³⁶⁶

6 DE SPECIALISTENORGANISATIE EN HAAR ACHTERBAN

In hoofdstuk 4 bleek dat het in de periode tot 1920 voor specialisten in de grote steden gunstiger was hun belangen buiten NMG-verband te behartigen. Dat kwam in de eerste plaats door de tegengestelde belangen binnen de NMG en het niet voor deze specifieke taak – de behartiging van de belangen van specialisten – berekende NMG-bestuur. Daarnaast had een specialistenvereniging die niet aan de NMG was gekoppeld nog andere voordelen voor de leden. De vereniging richtte zich direct op de plaatselijke situatie, zij behartigde de op die situatie toegespitste belangen. Een dergelijke vereniging reageerde niet alleen veel sneller op nieuwe ontwikkelingen, zij reageerde tenminste. In theorie was dan de enige conflictbron 'het' ziekenfonds of eventueel het bestuur van een ziekenhuis. In de praktijk moesten specialisten ook dan wel degelijk rekening houden met de huisartsen. Specialisten in de 'periferie' zochten juist de steun van een centrale belangenbehartiging. Dat was tot 1920 een in verhouding zo kleine groepering, dat deze specialisten ook in specialistenkringen maar weinig invloed op het beleid konden uitoefenen.

6.1. Inleiding

Na 1920 was de controverse over een belangenbehartiging binnen dan wel buiten de NMG over het hoogtepunt heen. Wel bleef een deel van de specialisten problemen houden met het centraal gevoerde beleid. Volgens veel specialisten presteerde de Specialistenorganisatie niets.³⁶⁷ Nu kreeg de gereorganiseerde Specialistenorganisatie bij de start in 1919 ook maar weinig krediet van de leden, mede door de persoonlijke bezwaren van specia-

363. 'Groepsvergadering specialisten (juni 1939)', 3869.

364. *Genootschap leeraren Nederlandsche gymnasia*, 32-33.

365. Bij de eerste klasse tarieven waren alleen minimumtarieven bepaald, bij de tweede klasstarieven een minimum en een maximum en bij de derdeklasstarieven waren alleen de maximumtarieven vastgesteld.

366. *Handelingen 1920-1921*, Bijlagen, 513.3, toelichting art. 14. Overigens overheerste buiten de NMG de mening dat een ziekenfondsverzekering niet alleen voor de laagstbetaalden diende te zijn.

367. Diehl, 'Aan de specialisten-leden NMG', 2386.

listen tegen een bestuurslid van de organisatie. Zijn autoritaire optreden riep weerstand op en zijn tegenstanders duiden hem als onbetrouwbaar.³⁶⁸ Omstreeks 1925 raakte deze geschiedenis op de achtergrond, waardoor na de reorganisatie in datzelfde jaar het wantrouwen minder werd. De ANVvMS, die in 1924 nog als een grote bedreiging van de Specialistenorganisatie werd gezien, werd eind 1925 opgeheven.³⁶⁹

Desondanks bleef de band tussen Specialistenorganisatie en leden zwak en de kritiek op haar beleid laaide steeds weer op. Daarnaast zorgde ook in deze periode het beleid van het NMG-bestuur nog voor onrust onder de specialisten. Via ettelijke reorganisatievoorstellen probeerde het NMG-bestuur steeds opnieuw zeggenschap naar zich toe te trekken.³⁷⁰ Daarentegen werkten de zelfstandige specialistenverenigingen van Amsterdam, Rotterdam en Den Haag, volgens hun woordvoerders, 'naar ieders tevredenheid'. Maar bereikten deze verenigingen dan zoveel meer dan de landelijke, de Specialistenorganisatie?

In vorige paragrafen van dit hoofdstuk kwam de Specialistenorganisatie al meerdere keren ter sprake. Haar roep om een vrije specialistenkeuze bij ziekenfondsen en ziekenhuizen en de waarschuwingen tegen contracten met ziekenhuisverplegingsverenigingen zijn daarvan enkele voorbeelden. Tevens is al gebleken dat plaatselijke verenigingen zeer zelfstandig konden optreden. Deze paragraaf wil voornamelijk deze interne verwickelingen verduidelijken. De belangrijkste vragen daarbij zijn: Was de kritiek die leden en bestuur van de Specialistenorganisatie op elkaar hadden terecht? Hoe moet het werk van de Specialistenorganisatie worden beoordeeld en hoe kon zij, gezien alle tegenwerking, overleven?

6.2. Voor- en nadelen van een plaatselijke belangenbehartiging

Er bestond ontegenzeggelijk een discrepantie tussen het landelijk verdedigde beleid en 'het' specialistenbelang. Specialisten neigden ertoe zelf het heft in handen te nemen als zij wilden ingaan tegen het centraal overeengekomen beleid. Het valt ook niet te ontkennen dat de Specialistenorganisatie soms minder bereikte dan plaatselijke specialistenverenigingen. Specialisten en specialistenverenigingen die kritiek hadden op het centrale beleid richtten niet altijd eigen belangenverenigingen op. Zij bleven dan in naam trouw aan de Specialistenorganisatie, maar gingen als het zo uitkwam volkomen hun eigen gang.

Niet alleen specialistenverenigingen, ook schaduwverenigingen als de ANVvMS, en – als nieuw fenomeen – een enkele wetenschappelijke vereniging voerden als dat beter leek een eigen beleid. Zo ontstond er een gezamenlijk, in algemene- en groepsvergaderingen overeengekomen beleid van de Specialistenorganisatie, én daarvan afwijkend beleid van de diverse andere groeperingen. Dat beleid richtte zich op de beroepsbelangen van hetzij (een deel van de) specialisten ter plaatse of in een bepaalde regio, hetzij op de belangen van een bepaald specialisme. De Specialistenorganisatie beoogde daarentegen de belangen van 'de' specialist te behartigen en niet dergelijke min of meer individuele belangen.

368. Vooral in het orgaan van de ANVvMS werd tegen deze 'leider' gefulmineerd, (*MndblSpecGenk*, i.h.b.jrg. 1922).

369. 'Officiële mededeelingen aan de afdelingsbesturen en leden'; 'Het referendum', 81.

370. Het NMG-bestuur bleef proberen via een reorganisatie de bevoegdheden van de sub-organisaties te beperken. Over het (voorlopig) laatste voorstel dat de specialisten in een buitengewone groepsvergadering in april 1940 bespraken, besloten zij het NMG-bestuur in overweging te geven dat voorstel terug te nemen en nieuwe voorstellen te ontwerpen.

Voor specialisten uit Den Haag golden beide bezwaren tegen het centrale beleid. Zij wilden weliswaar een gezamenlijke belangenbehartiging, maar zij hadden geen belang bij de Specialistenorganisatie: die kon voor hen niets bereiken. Hun belangen waren specifiek door het al vaker genoemde ziekenfonds de 'Volharding' dat 'alles tegenwerkte'.³⁷¹ De ANVvMS had haar grootste aanhang in Den Haag. In het jaar van opheffing van deze organisatie richtten Haagse specialisten een nieuwe vereniging op, de Haagsche Bond van Medische Specialisten (1925).³⁷² De 'Volharding' bleek toen niet het enige probleem, de eigen koepelorganisatie bleek dat evenzeer: de NMG richtte in 1925 een polikliniek op die de bestaande en goed-functionerende Algemeene Haagsche Polikliniek beconcurrerde!³⁷³

Specialisten uit Amsterdam kampen waarschijnlijk met de meeste problemen. De honoreringsproblemen bij de AZA, een groot aantal specialisten, stafziekenhuizen én de gratis universiteits(poli)klinieken die voor hen niet toegankelijk waren. Een centrale belangenbehartiging die onder auspiciën van de NMG werd gevoerd, was ook niet in het belang van de Amsterdamse specialisten. Zij kregen niet eens in theorie ondersteuning van de NMG: het bestuur en met name de secretaris, was niet erg geporteerd van specialisten. Dat de NMG de specialisten zou steunen in hun bezwaren tegen de hoogleraren was ondenkbaar. Terwijl die hoogleraren met enige regelmaat de afspraken niet nakwamen die met de afdeling en in de NMG waren gemaakt. De NMG tornde niet aan belangen van hoogleraren en liet dat ook haar suborganisaties niet toe. De AZA en de Amsterdamse huisartsen profiteerden eveneens van de situatie dat de NMG daar was gevestigd. De NMG woog alles wat de Amsterdamse specialisten deden op een zilveren schaalje. Zij oordeelde niet zelden bij voorbaat negatief over de specialisten bij de vrijwel voortdurende problemen tussen de plaatselijke huisartsen en specialisten. Zo 'vergat' het NMG-bestuur, bij zijn kritiek op de 'onaangename' particuliere tarieven van de ASV, dat de AZA de lage specialistentarieven jaar in jaar uit prolongeerde.

De specialisten uit Den Haag en Rotterdam gingen eveneens hun eigen gang, maar kregen daarop lang niet zoveel kritiek. De Rotterdamse specialistenvereniging kon 'ter ruste gaan' nadat zij rond 1905 de ziekenfondszaken had geregeld. Deze specialisten kregen een vergoeding voor de maandkaarten, de Amsterdammers voorlopig nog niet. In het contract dat de specialisten in 1921 met de Bond van Rotterdamsche Ziekenfondsen sloten, werd een bedrag van f 1,45 per lid per jaar beschikbaar gesteld. In Amsterdam was dat f 0,80.³⁷⁴ In paragraaf 1 werd de vraag gesteld of de 'perifere' specialisten door het op Amsterdam gerichte NMG-beleid in een nadelige positie verkeerden. De gerichtheid op Amsterdam bleek echter vooral voor de Amsterdamse specialisten nadelig.

Aan de specialisten uit Friesland ging de commotie rond de ziekenfondsbelangenbehartiging binnen of buiten de NMG tot aan het eind van de jaren twintig vrijwel voorbij. Friesland had tot die tijd geen echte ziekenfondstraditie.³⁷⁵ En zonder de interne proble-

371. Volgens het uit Den Haag afkomstige bestuurslid Van Gangelen; 'Buitengew. alg. verg. SO (1924)', 999.

372. Redactie, 'Bond van Haagsche Medische Specialisten', *MndblSpecGenk* 8 (1925) nr 5, 37 en Hijmans, 'Het debuut van den Bond van Haagsche Medische Specialisten', 49-52.

373. De NMG verdedigde zich als volgt tegen dit verwijt van de specialisten. Zij moest wel een polikliniek oprichten, omdat men dat had beloofd in verband met de strijd tegen de 'Volharding'; onder meer: Navis, 'De Maatschappij-polikliniek te 's-Gravenhage "OPG"', 2605-2606, De Groot jr, 'Specialisten-poliklinieken te 's-Gravenhage', 2311-2312, Kooreman, *Ibidem*, 2313 en Krijger, 'De strijd in 's-Gravenhage', 135.

374. d. G., 'Het nieuwe contract van specialisten met de ziekenfondsen te Amsterdam', 19.

375. Dat wil zeggen geen plattelandsfondsen op grote schaal; er waren in 1930 ongeveer dertien fondsen.

men die het ziekenfondsstelsel in de afdelingen veroorzaakte, konden de specialisten ook redelijk tevreden zijn met NMG en Specialistenorganisatie. Door hun nog geringe aantal waren zij zelfs gebaat bij een centrale belangenbehartiging. De stemming onder de specialisten in Friesland veranderde drastisch aan het eind van de jaren twintig, toen de NMG ook op het platteland zoveel mogelijk afdelingsziekenfondsen wilde oprichten; 66k in Friesland.

Volgens de betrokken specialisten was het platteland in Friesland in verhouding te groot en te welvarend. Op het Friese platteland was helemaal geen behoefte aan ziekenfondsen. Er woonden maar weinig arme mensen en die kwamen niets tekort. Degenen die zelf niets konden betalen, werden altijd gratis behandeld.³⁷⁶ De NMG legde de protesten van de specialisten terzijde, waarna in Friesland drie afdelingsfondsen werden opgericht.³⁷⁷ De bange vermoedens van de specialisten werden bewaarheid, de fondsen lieten de huisartsenbelangen prevaleren. Zij voerden zowel een verwijsbriefje in als het laten mede ondertekenen door de huisarts van de recepten die specialisten uitschreven. De Friese specialisten traden daarop uit de NMG en uit de fondsen. Voortaan gingen zij zelf hun belangen verdedigen.³⁷⁸ In afdelingen in de provincie Groningen ontstonden dezelfde problemen. Om dezelfde reden als hun collega's in Friesland wilden de specialisten daaraan niet meewerken.³⁷⁹

Op den duur bleek het eigen beleid overigens niet altijd even gunstig voor degenen die er eerst van profiteerden, zoals in paragraaf 4 onder meer bij de verlaging van de honoraria van stafleden bleek. Herhaaldelijk wees het bestuur van de Specialistenorganisatie op de negatieve gevolgen van 'onderhandse' overeenkomsten met ziekenfondsen of ziekenhuizen.³⁸⁰ Op korte termijn was het eigen beleid bovendien vaak niet in het belang van andere specialisten die zich wilden vestigen.

Zo bleven de specialisten uit Zuid-Limburg weliswaar lid van de NMG, maar zij vroegen met klem aan de Specialistenorganisatie of deze zich buiten hun aangelegenheden wilde houden.³⁸¹ Zij gaven er de voorkeur aan hun eigen overeenkomsten te regelen. Tegenstanders van de centrale organisatie beschouwden deze stellingname als principieel.³⁸² In de praktijk leek het echter meer op opportunisme, want via de overeenkomsten beschermde deze specialisten hun eigen positie. Zij regelden met het Mijnwerkersfonds dat zij alleen een contract kregen. Wanneer deze specialisten zich aan het centrale beleid hadden gehouden, betekende dat vroeg of laat de vrije artskeuze.³⁸³ Door het eigen 'beleid' werd het in Zuid-Limburg voor niet-gecontracteerde specialisten veel moeilijker een praktijk op te bouwen.³⁸⁴ In de buitengewone algemene vergadering van de Specialistenorganisatie in 1924 vroeg één van de benadeelde specialisten of er in plaats van

376. ARA, archief NMG, inv.nr.155, F-2, 'Notulen bijeenkomst over de moeilijkheden in Friesland, 5-4-1939'.

377. Japenga en Van der Velden, 'Organisatie en financiering gezondheidszorg', 518.

378. ARA, archief NMG, inv. nr.155, F12-I, 'Brief Vereniging van medisch specialisten in Friesland aan HC en SC, 11-10-1932'. Bemiddelingspogingen van de NMG om de specialisten weer in de organisatie te krijgen mislukten. '86e alg. verg. (1935)', 4748-4749; '89e alg. verg. (1938)', 4645.

379. ARA, archief NMG, inv. nr.180, M30, 'Brief secr. SC aan HB, 18-11-1930'.

380. Zie de jaarverslagen van de Specialistenorganisatie; onder meer: 'Jaarverslag SO 1921', 1054.

381. Mededeling Schnitzler [vice-voorzitter SO], 'Buitengew. alg. verg. SO (1924)', 997.

382. d. G., 'De zegeningen der geneeskundige vakorganisatie onder centrale "leiding"'.
 383. ARA, archief NMG, inv. nr.191, R11, 'Notulen vergadering DB-NMG, SO en HO, 27-9-1923'.

384. 'Jaarverslag SO 1921', 1054.

theoretische beschouwingen ook aandacht aan de praktijk kon worden geschonken. Kon de organisatie de specialisten die door het Mijnwerkersfonds werden uitgesloten niet helpen? Maar volgens een bestuurslid van de Specialistenorganisatie hadden de Limburgse specialisten uitdrukkelijk gevraagd zich buiten hun aangelegenheden te houden. Nu men de slechte gevolgen ondervond van het eigen optreden was de Specialistenorganisatie daarvoor niet verantwoordelijk.³⁸⁵

Alhoewel de organisatie inderdaad vrij machteloos was in dergelijke zaken, zal deze argumentatie de benadeelde specialist niet erg hebben aangesproken. In theorie waren plaatselijke specialistenverenigingen helemaal niet zo autonoom. De NMG-afdelingen moesten zich aan de reglementen houden en zich bij algemene bindende besluiten neerleggen. Maar de Specialistenorganisatie had geen doeltreffende middelen om de muur van plaatselijke afspraken te slechten. In de praktijk stuitte zij vaak op de gesloten gelederen van belanghebbenden. De 'zelfredzaamheid' van een deel van de specialisten verzwakte haar positie.

6.3. De zwakke positie van de centrale belangenorganisatie

De Specialistenorganisatie had het met de belangenbehartiging toch al niet gemakkelijk. En niet alleen vanwege de financiële problematiek van de ziekenfondsen. Eén van de problemen van een overkoepelende organisatie van vrije beroepsbeoefenaren is, dat deze als collectieve 'actor' moet optreden, terwijl die collectiviteit maar een smalle basis heeft. Dit geldt eens te meer voor specialisten door de onderverdeling in specialismen.³⁸⁶ Scholten concludeert, over een veel latere onderhandelingsperiode tussen overheid en LSV (1979-1989), dat de overheid in 1979 met de keuze van de LSV als onderhandelingspartner een problematische keuze deed. Door de macht van de achterban bleek de LSV in feite een zwakke onderhandelingspartner. In de periode tot 1941 was de kern van het probleem van de achterban al aanwezig. Het verschil was, dat specialisten vóór 1941 nog steun van de overheid verwachtten op het gebied van hun honorering, en in 1979 allang niet meer.

Het bestaan van allerlei zelfstandige specialistenverenigingen verzwakte haar positie in allerhande overlegsituaties, niet alleen extern, maar ook intern.³⁸⁷ Eén van grootste zorgen van de Specialistenorganisatie was dan ook dat ontevreden specialisten op grotere schaal hun lidmaatschap zouden opzeggen. Regelmatig werd zij op dat latente gevaar geattendeerd. Vele verenigingen dreigden daar voortdurend mee, anderen deden het ook daadwerkelijk,³⁸⁸ zoals de hier bovengenoemde specialisten in Den Haag, Rotterdam en Friesland, maar ook bijvoorbeeld in Arnhem en in Tilburg.³⁸⁹

385. Antwoord van het SO-bestuurslid Schnitzler op de vraag van afgevaardigde Meuleman uit Heerlen, 'Buitengew. alg. verg. SO (1924)', 997.

386. Overigens gold hetzelfde voor de overheidsdelegatie, die ook in toenemende mate problemen kreeg met de achterban; Scholten, *De omsingeling van medische specialisten*, 182-184.

387. Maar het waren de *ziekenfondsorganisaties* die problemen hadden met de twee specialistenverenigingen die er vanaf 1953 waren: de LSV en de Nederlandse Vereniging van Specialisten; zie: Juch, 'Veertig jaar onderhandelen', 787. Daarnaast was er ook nog de groep specialisten uit Friesland die zich in het begin van de jaren dertig van de Specialistenorganisatie had afgescheiden. Deze groepering was echter te klein om voor de ziekenfondsen een probleem te vormen.

388. Mededeling Schnitzler in vergadering DB-NMG, SO, HO, 27-9-1923, ARA archief NMG, inv. nr.191, RII.

389. Mededeling Van Gangelen [voorzitter SC], '82e alg. verg. (1931)', 4610.

De Specialistenorganisatie kon zich geen 'leegloop' veroorloven. Dat bevorderde niet alleen de onvrede onder de leden, het zou haar bovendien in financiële problemen brengen. De inning van de contributie van de leden verliep toch al stroef. Een deel van de afdelingen dat zich niet zo verbonden voelde met de Specialistenorganisatie, stortte de verplichte bijdragen niet of pas na veel aanmaningen. De stortingen van de afdelingen Arnhem, 's-Gravenhage, Amersfoort en Hilversum, om er slechts enkele te noemen, lieten 'veel tot zeer veel te wensen' over. In Heerlen waren vijf specialisten met een ziekenfondspraktijk, waarvan er één, na aanmaning, aan zijn verplichtingen voldeed. De Amsterdamse en Rotterdamse specialistenverenigingen betaalden daarentegen keurig op tijd. Zij vonden dan ook dat zij de kosten van de centrale belangenbehartiging betaalden.³⁹⁰

In 1924 bereikte het ongenoegen over het functioneren van de Specialistenorganisatie een nieuw hoogtepunt. Het bestuur was zeer verontrust over de 'krachtige actie' van de ANVvMS om leden te werven. Het ledental van deze vereniging was na 1920 geleidelijk gestegen van 140 in 1920, 169 in 1922 tot 178 in 1924. Deze leden waren over 22 gemeenten verdeeld.³⁹¹ De Specialistenorganisatie had 650 leden.³⁹² Deze gang van zaken maakte het bestuur voorzichtig in het optreden tegenover grotere groepen specialisten, hetgeen anderen weer irriteerde.

Zo kreeg een plaatselijke specialistenvereniging hooguit het advies om één en ander recht te zetten, wanneer de vereniging maatregelen had genomen die tegen de algemene besluiten ingingen.³⁹³ Als zo'n vereniging de zaak traineerde, was daaraan inderdaad niet veel te doen.³⁹⁴ Men kon moeilijk een hele specialistenvereniging royeren. De secretaris van het NMG-bestuur legde die houding uit als, het 'bestuur der Specialistenorganisatie durft er niet aan te tornen'.³⁹⁵ Hij koppelde daaraan nog de hem aangename conclusie, dat het ongenoegen onder specialisten vooral verzet was tegen de Specialistenorganisatie en niet tegen de NMG.³⁹⁶

Aan de andere kant kregen de leden door het voorzichtige taalgebruik van het bestuur van de Specialistenorganisatie ook geen juiste indruk van de problemen. Tussen 1930 en 1940 klaagden de specialisten steeds dat het in sommige plaatsen treurig was gesteld met de verdeling van de ziekenfondshonoraria van huisartsen en specialisten. Volgens de voorzitter van de Specialistenorganisatie, konden de leden nu wel verwijtend kijken naar het magere onderhandelingsresultaat, maar de organisatie had hierin 'niet altijd de medewerking van de specialisten'.³⁹⁷ Dat was een wel erg bedekte formulering. Bij die onderhandelingen was juist het negeren van het centraal overeengekomen beleid van de specialistenverenigingen zo'n groot probleem.

390. ARA, archief NMG, inv. nr.191, R11, 'Inlichtingen betref. binnengekomen bijdragen van leden SO, 15-10-1922', 217.

391. In 1919 voelden veel leden zich gedwongen hun lidmaatschap op te zeggen door het verbod aan NMG-leden om tevens lid te zijn van een andere vakorganisatie. In 1920 werd dat verbod weer opgeheven. *MndblSpecGenk*, 3 (1920) nr.7, 73-75, *Ibidem*, 6 (1923) nr.1, 4.

392. De ANVvMS had 35 leden in Amsterdam, 11 in Rotterdam en 90 in Den Haag; ARA archief NMG, inv. nr.191, R11-I-III, 'Reorganisatie HO en SO'.

393. Ook bij de kwestie van het Mijnerwerkersfonds in Limburg, 'Jaarverslag SC 1930', 2308.

394. Specialistenverenigingen achtten zich in voorkomende gevallen 'niet bevoegd' tot ingrijpen.

395. Droogleevers-Portuyn, ARA, archief NMG, inv. nr.191, R11, 'Beroepsorganisaties of vakverbond'.

396. *Ibidem*.

397. 'Groepsvergadering specialisten (dec. 1934)', 638.

Men ging eveneens uiterst voorzichtig om met controversiële onderwerpen, zoals met kritiek op de deskundigheid van specialisten. Sinds het begin van de jaren twintig was er toenemende kritiek van heelkundige deelspecialisten op algemene chirurgen. Goed opgeleide, jonge specialisten bekritiseerden vooral de oudere chirurgen, die niet voldoende op de hoogte zouden zijn van de nieuwe ontwikkelingen, chirurgen die niets aan deelspecialisten overlieten of chirurgen die een onvolledige opleiding hadden gevolgd.³⁹⁸ Ook de oogarts H.K. de Haas (1873-1953), voorzitter van de Specialistenorganisatie, had kritiek op chirurgen die alle ingrepen nog voor eigen rekening namen, respectievelijk moesten nemen, wanneer een ziekenhuis niet meer stafleden wilde aantrekken. Hij mocht echter deze belangrijke leden vooral niet voor het hoofd stoten. Voorstellen om deze chirurgen bij te scholen of voorstellen die anderszins de patiënten konden vrijwaren van eventueel niet voldoende bekwame specialisten, waren van hem alleen om die reden al niet te verwachten. Maar helemaal voorbijgaan aan de kritiek kon hij toch ook niet. Zijn reactie op de kritiek was vaag. 'Voor de techniek van gynaecologie, urologie, otologie, en wat al meer, staan de handen van den misschien voortreffelijken chirurg niet zo goed.'³⁹⁹ Uit dit antwoord valt niet op te maken of het nu een groot probleem was of niet. Algemene chirurgen konden er in ieder geval geen aanstoot aan nemen.

Zo verzwakte de angst voor het uittreden van specialisten de positie van de Specialistenorganisatie nog meer. Critici onder de leden werden op een verkeerd spoor gezet en nog meer aangezet de eigen belangen te behartigen.

6.4. Andere problemen van de Specialistenorganisatie

De relatie tussen Specialistenorganisatie en leden was op nog veel andere punten problematisch. Over en weer had men kritiek op elkaar. In de één of andere afdeling stak met enige regelmaat het ongenoegen de kop op over de werkwijze van het bestuur van de Specialistenorganisatie. Dat bestuur deed maar wat,⁴⁰⁰ werkte te langzaam, was niet pragmatisch genoeg, de leden werden niet of niet op tijd geïnformeerd en de centrale belangenbehartiging bereikte eigenlijk niets in de honoreringskwestie.⁴⁰¹

Het bestuur had ook de nodige en steeds terugkerende klachten over de leden. Onder meer over het gebrek aan samenhang bij de leden, over leden die steeds weer aparte kongsi's vormden als zij dachten daaruit voordeel te behalen, over het gebrek aan medewerking dat het bestuur van de kant van de leden ondervond, het slechte geheugen voor de gegeven informatie en het gebrek aan solidariteit.

Samengevat waren de belangrijkste problemen voor de Specialistenorganisatie in haar relatie met de leden: de diversiteit van de leden, het gebrek aan solidariteit bij een deel van de leden en de geringe betrokkenheid bij de centrale belangenorganisatie.

398. Onder meer: ARA, archief NMG, inv. nr.153, E8.

399. De Haas, 'Alg. verg. SO (1920)', 794.

400. Zie onder meer Vromen, 'Groepsvergadering specialisten', 2658, de motie van de afdeling Rotterdam, '79e alg. verg. (1928)', 4347, of het schrijven van de afdeling Arnhem die het werk van de Specialistenorganisatie niet voldoende vlug en afdoende achtte, 'Groepsvergadering specialisten (mei 1935)', 3686.

401. Zoals verwoord in: 'Groepsvergadering specialisten (mei 1935)', Behandeling punt c: schrijven van de afd. Arnhem aan alle specialistenverenigingen, 3686-3687.

Geen 'roerende eenstemmigheid'

De voornaamste klacht van de Specialistenorganisatie was het gebrek aan eenheid onder de leden. Ook in de vergadering van de Amsterdamse geneeskundige kring was al eens opgemerkt, dat er bij specialisten geen sprake was van een 'roerende eenstemmigheid'.⁴⁰² Mede daardoor waren er zoveel meningsverschillen over het te voeren beleid, waardoor het voor de Specialistenorganisatie vrijwel onmogelijk was de algehele goedkeuring van haar leden te verwerven. Er waren 'zooveel groepen specialisten [...] met zulke uiteenloopende en tegenstrijdige belangen', dat het bestuur van de Specialistenorganisatie 'onmogelijk alle die heeren kan dienen'.⁴⁰³

Specialisten die een centrale belangenbehartiging voorstonden, verwachtten daarvan bijvoorbeeld: een vrije toegang tot ziekenhuizen en ziekenfondsen of juist een beperking; een deel wilde een verbod op het houden van spreekuren buiten de eigen woonplaats, anderen wilden dat daarentegen weer niet; alleen de specialisten zonder ziekenfondspraktijk zagen het nut niet in van een ondersteuning bij de plaatselijke problemen over de verdeling van de honoraria; beginnende specialisten en specialisten met een grote ziekenfondspraktijk wilden geen verwijsbriefjes voor de polikliniek, en nog minder voor patiënten van de nieuwe collectieve verzekeringen als de ziekenhuisverenigingen en de ziektekostenverzekeringen voor de middenstand;⁴⁰⁴ de 'ziekenfondsspecialisten' wilden weliswaar een redelijke ziekenfondshonorering, maar geen centrale regulering voor de rest van de praktijkvoering; er waren slechts enkele specialisten die geen bezwaar hadden tegen een centrale regulering van de particuliere praktijk; een deel van hen wilde dat ook niet met die overeenkomsten die zij, ondanks de afspraken daarover, liever zelf wilden sluiten.

Het was onmogelijk om dergelijke diverse belangen en inzichten naar ieders tevredenheid te behartigen. Om de paar jaar laaide de kritiek op de landelijk gevoerde belangenbehartiging weer op. Bovendien werd het ook tegen de specialisten gebruikt. Zo kon de NMG onder meer verwijsbriefjes invoeren. De Specialistenorganisatie verzette zich tegen een verwijsbriefje, maar volgens het NMG-bestuur kon het best worden ingevoerd. De specialisten 'wenschen volstrekt niet de zoogenaamde vrije loop'.⁴⁰⁵

Nog afgezien van deze meningsverschillen was het niet eenvoudig in te schatten wat de leden nu eigenlijk wilden. Zo bleek er in de ene groepsvergadering van specialisten geen belangstelling te bestaan voor een eigen verslag over de medische beroepsbelangen.⁴⁰⁶ Het jaar daarop vond een afdeling het bestaande driemaandelijke verslag over de werkzaamheden van de Specialistenorganisatie weer niet uitvoerig genoeg.⁴⁰⁷

Gebrek aan solidariteit

De bestuursvergaderingen van de Specialistenorganisatie waren als het ware doorspekt met het probleem van het gebrek aan solidariteit van de leden. In het *NTvG* verzuchtte de secretaris: 'Wat baat het, de vrije specialistenkeuze als leus te voeren, wanneer in concrete

402. ARA, Archief NMG, inv. nr.200, S24, 'Verslag vergadering van de geneeskundige kring in Amsterdam, huishoudelijk gedeelte, 26-1-1915.

403. ARA, archief NMG, inv. nr.191, R11, 'D.A. de Groot aan SC, 12-11-1923'.

404. 'Groepsvergadering specialisten (april 1930)', 2491.

405. De HB-bestuurders Taminiau en Hammes, en Van Romunde van de SC in een bespreking op 28- en 29-12-1935; ARA, Archief NMG, inv. nr.169, H54, 'Honorering ziekenfondspraktijk'.

406. 'Groepsvergadering specialisten (juni 1932)', 4137; 'Jaarverslag SC 1932', 1076.

407. 'Groepsvergadering specialisten (dec. 1933)', 378.

gevallen de persoonlijke belangen van enkelingen telkenmale weer verhinderen, dit beginsel tot gelding te doen komen?⁴⁰⁸

Onderlinge solidariteit bleek inderdaad niet het sterkste punt van specialisten. Om te beginnen waren daar de notoire 'zelfregelaars' en de plaatselijke specialistenverenigingen die op eigen koers voeren. Zij sloten buiten de Specialistenorganisatie om overeenkomsten met ziekenfondsen of ziekenhuizen. Zij liepen echter de kans de complexiteit van tariefs- en andere onderhandelingen te onderschatten. Als die voorwaarden op den duur niet zo gunstig bleken, had dat een negatieve uitwerking op het imago van de Specialistenorganisatie.

De Specialistenorganisatie kon evenmin iets doen aan de 'bedrijfsvorming' van 'managers': specialisten met door assistenten gerunde super-praktijken. Dit was voor die assistenten nadelig, zowel positioneel als financieel. Dergelijke zeer grote praktijken waren een doorn in het oog van de centrale organisatie. De Specialistenorganisatie vond dat die omvang slechts kon worden gehandhaafd door een afschuiftactiek op de assistenten. Dergelijke praktijken bezorgden specialisten in het algemeen niet alleen een slechte naam vanwege de hoge inkomens, de organisatie twijfelde ook aan de kwaliteit ervan.⁴⁰⁹

Ten slotte waren er altijd wel ergens collega's die financiële voorwaarden aanvaardden die beneden de 'limiet' lagen. Zij deden dat, omdat zij door de recessie in de problemen kwamen, door het grotere aanbod van specialisten of uit 'zoogenaamd idealisme'.⁴¹⁰ Daarmee konden zij echter de positie van andere specialisten aantasten, die bovendien de dupe dreigden te worden van de mores van de plaatselijke vereniging, van ziekenfonds of ziekenhuis.

Het gebrek aan solidariteit beperkte zich niet tot de vrij-gevestigde specialisten. Er kwamen ook klachten binnen over het handelen van specialisten in de academische ziekenhuizen. De voornaamste klacht was dat deze specialisten ook patiënten gratis behandelden die voor specialistische hulp waren verzekerd of die een redelijk inkomen verdienden.

Geringe betrokkenheid bij de centrale belangenbehartiging

Het bestuur had er ook veel moeite mee dat leden weliswaar veel kritiek hadden, maar als er iets van de leden werd gevraagd, reageerden zij niet. De specialisten verwachtten eigenlijk van het bestuur dat het bepaalde problemen in de afdelingen voorkwam. Maar daar stond geen prestatie van de leden tegenover, zoals het aanwezig zijn op vergaderingen of het voldoen aan de verzoeken om inlichtingen. Dat vond men zonde van de tijd. Zo waren de leden in 1922 zeer ontevreden over de rol van de Specialistenorganisatie bij het vaststellen van het RVB-tarief. Zij wilden dat er een commissie werd ingesteld tot regeling der tarieven, die behoorlijk rekening diende te houden met de mening der afdelingen. Indertijd had het bestuur echter aan alle afdelingen gevraagd hun opmerkingen over het tarief op te sturen. Slechts een enkele afdeling had daarop gereageerd.⁴¹¹

408. Diehl, 'Aan de specialisten-leden NMG', 2386.

409. Pas in 1949 deed zich een mogelijkheid voor daartegen maatregelen te nemen. Toen in dat jaar bleek dat er niet viel te ontkomen aan een zekere tariefsverlaging, koos de LSV voor een degressief tarief in een tijdelijke overeenkomst met de ziekenfondsorganisaties. Degressieve tarieven waren zowel een middel om de bestaande zeer grote praktijken tegen te gaan, als een ondersteuning van de kleinere praktijken. Deze konden zich geen tariefsverlaging veroorloven; zie: Juch, 'Veertig jaar onderhandelen', 787.

410. De 'zwakkere broeder' die beneden het afgesproken tarief ging werken; onder meer ARA, archief NMG, inv. nr.216, Z32-1, 'Rapport commissie middenstandziektenkostenverzekering'.

411. 'Verslag alg. verg. SO (juni 1923)', 1585.

Ook met deze kritiek had de Specialistenorganisatie wel gelijk. De betrokkenheid van de gemiddelde specialist bij de belangenorganisatie was niet groot. De belangstelling voor de belangenbehartiging en de actie-bereidheid was nauw verwant aan het aan den lijve ondervinden van bepaalde ontwikkelingen. 'In elke afdeling scharen zich bij de oppositie enkele der geslaagden die bijna geen belang meer hebben bij de organisatie'.⁴¹² De belangstelling voor de belangenbehartiging liep eveneens terug als een hoogoplopend probleem was opgelost.

In plaats van jaarlijkse algemene vergaderingen, die tussen 1920 en 1930 werden gehouden⁴¹³, werden in 1930 de groepsvergaderingen in ere hersteld.⁴¹⁴ De bedoeling was om daarmee de afstand tussen de centrale organisatie en de specialisten te verkleinen en de betrokkenheid bij het beleid te vergroten.⁴¹⁵ Afgevaardigden van plaatselijke specialistenverenigingen overlegden met het bestuur over beleidszaken, namen daarover besluiten en verwierpen of fiatteerden de voorstellen van bestuur en afdelingen.

De groepsvergaderingen bleken in moeilijke situaties de kritiek over de afstand tussen bestuur en leden niet te kunnen wegnemen. Dat kwam in de eerste plaats, omdat slechts een klein deel van de specialisten de afdelings- en groepsvergaderingen van specialisten trouw bezocht.⁴¹⁶ Daardoor kon de vergadering beleid formuleren waar de afdelingen niet achter bleken te staan, en dat zij daarom naast zich neerlegden. (Dit bleek al eerder, onder meer bij het beleid ten aanzien van de vrije specialistenkeuze in de ziekenhuizen.) De verzoeken om inlichtingen die de Specialistenorganisatie naar de afdelingen stuurde, hadden evenmin altijd een even grote respons.⁴¹⁷

Een tweede bezwaar tegen het in de groepsvergaderingen geaccordeerde beleid kwam voort uit het stelsel van afvaardiging. Dat bevorderde nog eens extra de discrepantie tussen het stemgedrag in de groepsvergaderingen en het plaatselijke gedrag. Het werken met afgevaardigden vroeg om problemen door 'het gegeven' van de verschillende belangen per specialisme. Bovendien waren diezelfde afgevaardigden vertegenwoordigd in allerlei andere beleids- en adviescommissies.

In dit gecontinueerde stelsel van afvaardiging was al ingebouwd dat niet iedere specialist zich vertegenwoordigd zou voelen.⁴¹⁸ De afgevaardigden waren weliswaar specialisten, maar bij bepaalde belangen hield het gemeenschappelijke daarbij meteen weer op.

412. Van Bruggen, 'De Maatschappij als vakvereniging', 1598.

413. Zie ook de motie Rotterdam in de alg. verg. in 1928 (blz. 4347). Deze afdeling wilde de SC in haar tegenwoordige vorm afschaffen, omdat zij in belangrijke zaken adviezen gaf zonder voldoende ruggespraak te houden met de specialisten in het land.

414. De eerste groepsvergadering werd in 1917 gehouden om de mening van de specialisten te peilen over de reorganisatievoorstellen.

415. Vanaf 1933 werden zij tweemaal 's jaars gehouden.

416. Op de buitengewone vergadering (over de reorganisatie van de NMG) waren van de 60 afdelingen, 29 niet vertegenwoordigd. Op de alg. verg. van de SO in 1920 waren acht plaatselijke specialistenverenigingen vertegenwoordigd, in 1922 veertien en in 1923 zeven; respectievelijk: *NTvG* 64 (1920) II, 1649-1650, aldaar 1649; *Ibidem* 66 (1922) II, 1920-1928, aldaar 1921; *Ibidem* 67 (1923) II, 1584-1592, aldaar 1585. De groepsvergaderingen trokken wat meer afgevaardigden, in respectievelijken 1933: 23, en 19 en 18; in: *Ibidem* 76 (1932) III, 4183-4188, aldaar 4183; *Ibidem* 77 (1933) I, 465-476, aldaar 465 en *Ibidem* 77 (1933) II, 2891-2898, aldaar 2891.

417. Regelmatig gaf het bestuur van de Specialistenorganisatie in de groepsvergadering te kennen dat de afdelingen weinig meewerkten aan de informatierverschaffing; zie bijvoorbeeld 'Groepsvergadering specialisten (1933)', 2895; 'Jaarverslag SC 1932', 1081.

418. Archief Ned.Ver.v.Heelk., 'Van secr. SC aan secr. Ned.Ver.v.Heelk., 15-1-1938'.

Afgevaardigden die een belang moesten verdedigen van een andere discipline dan het hunne, verdedigden dat niet altijd naar volle tevredenheid van de betreffende specialisten. Eigenlijk zou iemand van de eigen discipline de specifieke belangen van zijn specialisme moeten behartigen. Gevoed door dergelijke ervaringen, richtten enkele wetenschappelijke verenigingen, waaronder de verenigingen van oogheelkunde, dermatologie en röntgenologie, al vóór 1941 commissies op voor sociale aangelegenheden of beroepsbelangen.⁴¹⁹ Aan het bestaan van deze commissies werd nog geen ruchtbaarheid gegeven. Het NMG-bestuur meende het de wetenschappelijke verenigingen 'ten zeerste te moeten ontraden de bevordering van maatschappelijke belangen' in de statuten op te nemen.⁴²⁰

Zo bereikte een onderhandelingscommissie onder voorzitterschap van G. van Gangelen (1873-1966), kno-arts en bestuurslid van de NMG, in 1937 overeenstemming over de tarieven met de RVB. Daaronder vielen ook de röntgentarieven. Het nieuwe tarief bleef voor röntgenologen ongewijzigd, zij hoefden niets in te leveren. Alle andere specialisten die röntgen als nevenvak beoefenden zoals internisten, chirurgen, urologen en dermatologen moesten daarentegen een forse tariefsdaling accepteren. Zij kregen voortaan slechts tweederde van het vastgestelde bedrag uitbetaald. De dermatologen schreven daarop aan de Specialistenorganisatie dat er met hun belangen niet voldoende rekening was gehouden.⁴²¹ Als dermatologen een huid bestraalden, behoorden zij daarvoor eerder meer dan minder dan een röntgenoloog te ontvangen.⁴²² De groepsvergadering ging echter accoord met een overeenkomst die slechts specialisten-röntgenologen ten volle honoreerde.⁴²³ Met dit besluit was niet eens een algemeen specialistenbelang gediend. Zolang niet iedere discipline voor de eigen belangen in de groepsvergadering mocht opkomen, kon een centrale belangenbehartiging nadelig zijn.

Een week na dit besluit van de groepsvergadering nam de vereniging van internisten over deze zaak contact op met de betreffende wetenschappelijke verenigingen en de Specialistenorganisatie. Maar aan de tarieven was niets meer te doen. De secretaris J.C. Diehl (1874-1963) wees erop dat de groepsvergadering zich had verenigd met het compromis dat tussen de verzekeringsorganen en de onderhandelingscommissie was bereikt.⁴²⁴ Enkele zich benadeeld voelende specialisten verzochten daarop bij de SRC om een registratie als röntgenoloog.⁴²⁵ Deze verzoeken werden niet ingewilligd.

Ook in plaatselijke afdelingen deed zich wel het probleem voor dat de onderhandelaars-specialisten bij de onderhandelingen met de ziekenfondsen vooral hun eigen specialisme goed konden verkopen. Een voorbeeld daarvan is het ziekenfondscontract dat de ASV in 1920 afsloot. Daarin waren de maandkaarttarieven overeengekomen en voor een deel van de specialismen verrichtingen benoemd en van tarieven voorzien. Er werd een gedetailleerde opsomming gegeven van urologische en kno-verrichtingen, verder werden nog enkele röntgen- en orthopedische verrichtingen en één dermatologisch tarief vermeld.

419. Archief Ned.Ver.v.Derm., 'Commissie soc. aangelegenheden, 26-1-1939'.

420. Archief Ned.Ver.v.Derm., 'Brief secr. NMG aan bestuur dermatologenvereniging, 14-6-1938'.

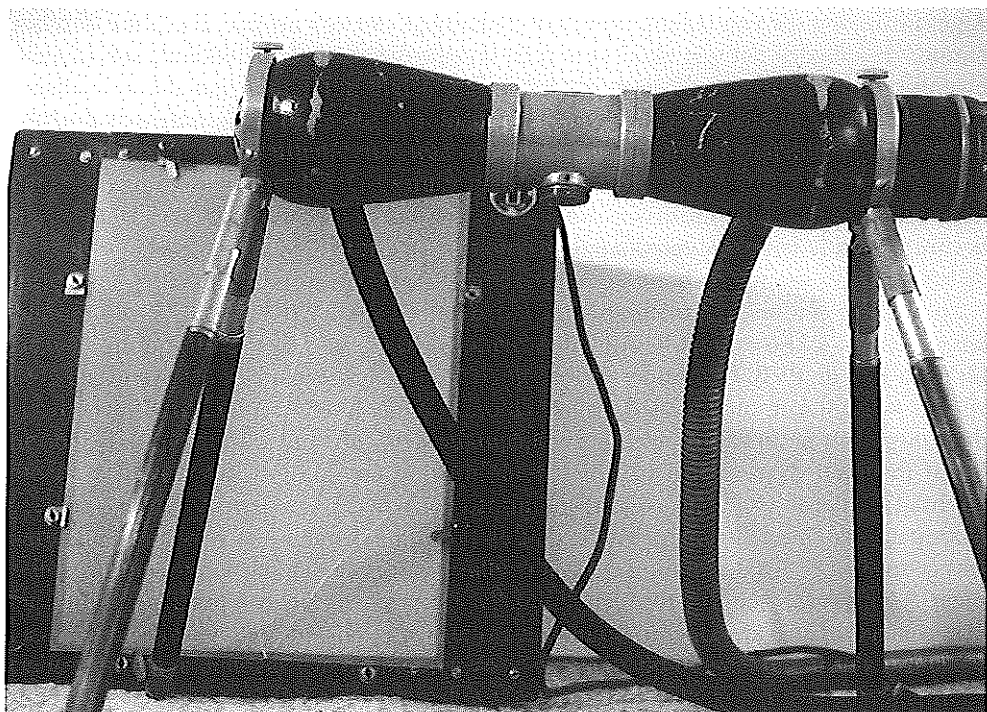
421. 'Groepsvergadering specialisten (dec. 1936)', 983.

422. Archief Ned.Ver.v.Derm., 'Verslag tariefsonderhandeling LSV, afgevaardigde Commissie sociale belangen Ver.v.Derm. over ziekenfondstarieven (z.d.)'.

423. 'Groepsvergadering specialisten (dec. 1937)', 608.

424. Archief Ned.Ver.v.Heelk., 'Van secr. SC aan de Ned.Int.Ver., Ver.v.Heelk. en de Ver.v.Urologie, 27-12-1937'.

425. 'Jaarverslag SRC 1937', 1283-1284.



Röntgenapparaat

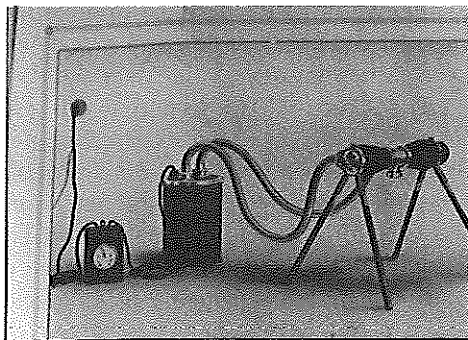
Merk: Philips Metalix

Dit draagbare toestel was met een tijdschakelaar eenvoudig te bedienen en veilig voor strooistralen!

De belichtingstijden waren opmerkelijk lang: 2 seconden voor een hand en voor een schouder niet minder dan 9 seconden!

Gewicht toestel 15 kg, transformator 20 kg.
Kostprijs complete toestel in 1929: f 1075, =.

De afgevaardigde van de vereniging van dermatologen vernam later waarom de RVB in 1937 de tarieven zo fors wilde verlagen. Door het nieuwe transportabele Metalix-röntgenapparaat konden nu zelfs huisartsen röntgenfoto's maken (Archief Ned. Ver.v.Derm.). Bron: Museum de Griffioen, Delft.



Vraagt de brochure betreffende het nieuwe
PHILIPS METALIX TOESTEL

De N. V. PHILIPS
Gloeilampenfabrieken

levert thans bovendien
Röntgenfotografische toebehooren:

- Films
- Cassetten
- Versterkingsschermen
- Ontwikkelraampjes
- Doorlichtingsschermen
- Cryptoscopen
- Numeroteurs
- Ontwikkelhanks
- Ontwikkelbakken
- Dompelementen
- Thermometers
- Ontwikkelklokken
- Filmklemmen
- Duofotolampen
- Lichtkasten
- Ontwikkelpoeder
- Fixeerpoeider

Brochure op aanvraag

Verrichtingen van de andere specialismen ontbraken op deze lijst.⁴²⁶ Omdat het dagelijkse bestuur van de ASV in 1920 bestond uit een uroloog, een röntgenoloog en een kno-arts en het hoofdbestuur uit een kno-arts en een gynaecoloog, kreeg deze 'merkwaardige' overeenkomst kritiek.⁴²⁷ De al eerder genoemde eerste complete lijst van heelkundige specialistische verrichtingen, met tarieven, was één van de gevolgen.⁴²⁸

De groepsvergaderingen waren een poging de afstand tussen bestuur en leden te verkleinen. Een zekere tweedeling tussen bestuur en leden kon men daarmee echter niet voorkomen, met leden die niet wisten wat 'ze' nu eigenlijk deden.⁴²⁹ Daardoor bestond ook het gevaar dat er als het ware twee partijen zouden ontstaan: bestuur en leden. Ieder hun eigen weg gaande partijen met vooroordelen tegenover elkaar. Dat gevaar nam toe met het gecompliceerder worden van de belangenbehartiging na 1918. In de externe betrekkingen tekende zich daarbij nog een nieuw verschijnsel af. Het bestuur moest binnen korte tijd over bepaalde gegevens beschikken waardoor er niet voldoende tijd was voor overleg. Zoals bijvoorbeeld bij de vaststelling van de RVB-tarieven van 1921 gebeurde.⁴³⁰ Dit ontnam bij de leden nog meer de animo zich in het betreffende probleem te verdiepen. Het bestuur werd daardoor gesterkt in zijn neiging de zaken zelf maar te regelen.

Resultaat

De kritiek van de leden fixeerde zich op wat de Specialistenorganisatie niet bereikte. In de ziekenfondsproblematiek bereikte zij geen echt flagrante resultaten. Dat kon zij ook niet, ook niet bij de AAZ-fondsen. In overeenkomsten met andere instanties scoorde de centrale organisatie evenmin opzienbarende doelpunten. Het eerste specifiek op specialistische verrichtingen geënte tarief van de RVB werd in 1921 vastgesteld. De jaarlijks daaropvolgende herzieningen waren een grote teleurstelling, want inmiddels waren de bezuinigingsoperaties van de overheid begonnen. De tarieven vielen veel lager uit dan men had voorgesteld, terwijl specialisten van deze tarieven eindelijk 'gerechtigheid' hadden verwacht.

Dit resultaat was evenwel niet de schuld van de Specialistenorganisatie. Haar secretaris mocht weliswaar in het *NTvG* verzoeken: 'Degenen die over het bestaande tarief der RVB zoo verbitterd oordeelen, gelieven te bedenken dat dit door de actie der SO er dan toch nog belangrijk beter uitziet voor de specialisten dan het oorspronkelijk door de RVB toegezonden ontwerp',⁴³¹ dergelijke verzoeken kwamen niet over bij de leden.

Maar bereikten de plaatselijke specialistenverenigingen dan zoveel meer? De plaatselijke onderhandelingen waren in ieder geval beperkt tot het eigen microniveau: de onderhandelingen met huisartsen, ziekenfondsen, ziekenhuizen en gemeente. In de vorige paragrafen zijn al meerdere voorbeelden gegeven dat deze onderhandelingen op termijn niet altijd

426. d. G., 'De Amsterdamsche specialisten en de ziekenfondsen', 91.

427. Ibidem, en *Genk. Jrb.* 1920.

428. In datzelfde jaar trad het bestuur van de specialistenvereniging af en werd de onderafdeling Amsterdam van de Specialistenorganisatie geliquideerd. Zie onder meer: 'Uitspraak Raad van beroep contra bestuur SO-Amsterdam', 1369.

429. In de groepsvergadering in 1932 werd besloten de specialistenverenigingen eens per drie maanden op de hoogte te houden van de belangrijkste werkzaamheden van het bestuur; 'Groepsvergadering specialisten (juni 1932)', 4187.

430. 'Verdere amendementen, motie, enz., op de voorstellen te behandelen op de alg. verg. SO (1920)', 3463.

431. Diehl, 'Aan de specialisten-leden NMG', 2387.

Tabel 16:
Aantal praktiserende huisartsen en specialisten in drie grote steden in 1914 en 1931

	huisarts : specialist	huisarts : specialist
	1914	1931
Amsterdam	228-121	277-215
Rotterdam	140-60	169-119
Den Haag	170-117	260-183

Bronnen: 'Register erkende specialisten', gemeentearchief Amsterdam, Rotterdam, Adresboekje 's-Gravenhage.

even gunstig bleken. Plaatselijke verenigingen konden evenmin maar weinig doen aan een verbetering van de honorering van de (poli)klinische hulp. Bij de verdeling van de honoraria waren in vrijwel alle grotere afdelingen de specialisten in een ongunstige positie tegenover de huisartsen (zie tabel 16). Ook bij de plaatselijke belangenbehartiging kampte men met het probleem dat de specialisten niet altijd als één man achter hun bestuur stonden. Of, zoals de voorzitter van de Specialistenorganisatie het met enig leedvermaak uitdrukte, dat daar evenmin 'de verschillende specialisten blijk geven van een groot gevoel van saamhoorigheid en eensgezindheid'.⁴³²

Het 'overall' resultaat van de ziekenfondsonderhandelingen van de grootste en meest zelfbewuste specialistenvereniging, die van Amsterdam (ASV), stemt niet optimistisch. Terwijl juist in Amsterdam het leven duurder was en de lonen relatief hoog waren.⁴³³ Nu lag dat voornamelijk aan de nóg sterkere, al vaker genoemde, tegenkrachten in Amsterdam: de huisartsenvereniging die werd ondersteund door het NMG-bestuur, de AZA, de ambitieuze medische faculteit en de stafziekenhuizen.

Zoals al eerder is gezegd, lijken de specialisten in Arnhem het met enkele hoge klinische ziekenfondstarieven voor chirurgie en kno-heelkunde beter te hebben gedaan dan hun Amsterdamse collega's. Dat was na 1920 echter meer een historisch gegroeide situatie, dan het onderhandelingsresultaat van de Arnhemse specialistenvereniging. De specialisten hadden ook maar weinig specifieke problemen. De gemeentelijke commissie voor het ziekenhuis was het tot in de jaren twintig met de specialisten van het gemeenteziekenhuis eens, dat er een behoorlijke vergoeding moest worden gegeven (zie ook: bijlage 10, tabel 27b). Het is echter niet zeker dat de goede regeling ook voor de interne specialismen gold. De gunstige regelingen van het ziekenfonds 'Voorzorg' golden in ieder geval niet voor nieuwkomers. Dat kwam echter mede, omdat de specialistenvereniging daar een voorstander van was. De specialisten wilden de pot voor de klinische hulp het eerste jaar niet met nieuwkomers delen.

Voor bepaalde onderdelen kon men echter plaatselijk betere resultaten bereiken dan de centrale organisatie. Dit was onder meer afhankelijk van het rendement van netwerkrelaties, het aantal specialisten en huisartsen, de onderlinge solidariteit, de bevolkingssamenstelling en het aantal ziekenfondsen in de betreffende stad.

432. Van Cappellen, 'Groepsvergadering specialisten (juni 1938)', 4054; 'Groepsvergadering specialisten (juni 1936)', 3529.

6.5. De werkwijze van de Specialistenorganisatie nader belicht

De kritiek van de leden op de centrale belangenbehartiging was lang niet altijd onterecht. Het bestuur camouflleerde bovendien met een grote regelmaat eigen laksheid of slechte resultaten door derden daarvan de schuld te geven. De houding bijvoorbeeld van de wetenschappelijke verenigingen bij de enquête over de specialistenopleiding in de jaren twintig was bij een deel van die verenigingen lang niet zo negatief als de voorzitter van het bestuur het in 1929 voorspiegelde (zie paragraaf 7 van dit hoofdstuk). De groepsvergadering was eveneens een ideale zondebok. Ook in de zaak van de röntgentarieven van de RVB verschool het bestuur van de Specialistenorganisatie, *in casu* haar secretaris, zich achter dat fenomeen. De groepsvergadering had immers de overeenkomst daarover geaccordeerd? De rol van de Specialistenorganisatie in de betreffende onderhandelingen verdween daarmee volledig van het toneel. Hoorde overigens de centrale belangenorganisatie in de groepsvergaderingen de belangen van een deel van de leden niet te beschermen?

Voor leden was vervolgens de theoretische benadering van het bestuur – het algemene belang en het belang van ‘de’ specialist – bij bepaalde praktijkproblemen een reden zich van de Specialistenorganisatie af te keren. Die theoretische benadering liet de organisatie echter zelf te pas en te onpas varen bij de goedkeuring van bijvoorbeeld de ziekenfonds-overeenkomsten. Een deel van de ziekenfondsen werd zonder voorbehoud goedgekeurd, terwijl het geen vrije specialistenkeuze kende, geen geld voor de poliklinische hulp had gereserveerd of lagere maandkaarttarieven had dan het tarief dat men onderling als minimum aanvaardbaar had afgesproken.⁴³⁴ Juist daarin had het bestuur met een wat meer vastberaden houding kunnen laten blijken, dat het tenminste enig begrip had voor de situatie van de benadeelde specialisten. Mede door het gebrek aan begrip bleef de afstand tussen bestuur en leden groot.

Mijns inziens was de niet optimaal gevoerde belangenbehartiging evenmin altijd aan een sterkere tegenpartij te wijten. Dat kwam ook, omdat de weg van de minste weerstand een verleidelijke weg was. In de onderhandelingen met de ziekenfondsorganisaties na 1947 bleken die onderhandelingen wel in het voordeel van de ‘sterke’ en ten koste van enkele ‘zwakke’ specialismen te worden gevoerd. Zo liet de LSV in de jaren zeventig de gelegenheid voorbij gaan om de ziekenfondstarieven van reumatologen en kinderartsen te verbeteren. De tarieven van deze specialismen, waarvoor volgens de onderhandelaar van de ziekenfondsorganisaties maar een ‘zeer gering bedrag’ werd uitgegeven, werden niet verhoogd. De LSV had in deze situatie een mogelijkheid voor een *packagedeal*, maar zij bracht dat niet eens ter sprake.⁴³⁵ Aangezien de attitude van de onderhandelaars zowel tegenover het onderhandelen als tegenover de grote specialismen na 1947 niet wezenlijk anders was dan vóór 1941, mag men veronderstellen dat dit een voortzetting was van het bestaande beleid.⁴³⁶

433. Van der Velden, *Financiële toegankelijkheid gezondheidszorg*, 153.

434. Eén van de vele voorbeelden van het niet-consistente beleid van de NMG en de suborganisaties waren de goedkeuring van overeenkomsten, waarin bepalingen waren opgenomen die nadelig waren voor de specialisten of die tegen het officiële beleid ingingen. Het werd mede in de hand gewerkt door het ‘leidraad’-beleid.

435. *Ibidem*.

436. Tussen 1947 en 1973 was het min of meer de LSV die de toon zette tijdens de tariefsonderhandelingen. Na omstreeks 1973 veranderden de onderhandelingsverhoudingen tussen LSV en ziekenfondsorganisaties. De LSV werd meer en meer de vragende partij; Juch, *Veertig jaar onderhandelen*, 28.

Er was nog andere kritiek mogelijk op de resultaten van de honoreringsonderhandelingen met de ziekenfondsorganisaties. Ten tijde van het wetsontwerp 1920 was een deel van de ziekenfondsen niet bereid om de polikliniekhulp volledig te honoreren, laat staan de dure klinische hulp. De voorzitter van de Specialistenorganisatie concludeerde daaruit dat er nogal wat ziekenfondsen waren die de specialistische hulp een overbodige weelde vonden.⁴³⁷ Deze conclusie lijkt vooral geënt te zijn geweest op de eigen AAZ-ziekenfondsen. De besturen daarvan reageerden anders op specialisten en specialistische hulp dan andere ziekenfondsbesturen. De AAZ-ziekenfondsen waren in hun honoreringsbeleid zeer op de penning. Dat kon, gekoppeld aan een zekere rivaliteit tussen huisartsen en specialisten, al gauw tot een terminologie van 'overbodige weelde' leiden. De andere ziekenfondsvertegenwoordigers waren, met de verzekerden, enthousiast over specialistische hulp. Zij wilden die hulp graag.

Mijns inziens was het niet alleen het gevolg van de financieringsproblematiek dat ziekenfondsen daarvoor niet allemaal betaalden of een niet reële vergoeding bedongen. De vertegenwoordigers van ziekenfondsen maakten in de onderhandelingen over de honoraria van specialisten uit tactische overwegingen gebruik van deze problematiek. Zelfs kon de Federatie⁴³⁸ zonder gevaar aangeven dat de arts, die immers ook maar een mens is, alleen dan zijn volle toewijding aan zijn fondspatiënten kan geven wanneer die praktijk materiële bevrediging schonk.⁴³⁹ Intussen kon zij in de onderhandelingen uit de voeten met 'de sociale taak van de artsen, die niet in geld uit te drukken is'.⁴⁴⁰ Geldgebrek vereenvoudigde de bepaling van het honorarium en daarmee de onderhandelingen.⁴⁴¹ Mede door de wijze waarop de Federatie dat wist te brengen, aanvaardde de Specialistenorganisatie het geldgebrek teveel als dogma. Bij de opeenvolgende besturen valt een zekere arrogantie over het eigen kunnen niet te ontkennen (zie ook hoofdstuk 6). Nu is het de vraag in hoeverre dat als tijdsverschijnsel kan worden aangemerkt. Uiteindelijk gold dat ook voor een deel van de leden.

6.6. De overleving van de centrale belangenbehartiging van specialisten

In hoofdstuk 4 bleek dat in de periode 1900 tot 1920 de overleving van de belangenbehartiging binnen de NMG aan een zijden draadje hing. De weg naar de verzelfstandiging van de specialisten 'vakbond' binnen de NMG was destijds veel meer een gedwongen traject, dan een door de NMG geplande of begeleide ondersteuning naar verzelfstandiging. Veel van de interne problemen die zich sinds begin 1900 voordeden, had men kunnen voorkomen als de achtereenvolgende besturen zich meer hadden verdiept in oorzaken en achtergronden daarvan. 'Het' NMG-bestuur had echter weinig oog voor de consequenties van zijn handelen en gedrag in de praktijk. Dientengevolge werkte het optreden van de NMG alles behalve oplossend of pacificerend. Dat kan overigens niet alleen op conto

437. De Haas, tijdens de behandeling van het wetsontwerp; 'Verslag alg. verg. SO (1920)', 792.

438. De Federatie werd in 1937 gereorganiseerd; vanaf die tijd voerde zij de naam Centrale Bond van Ziekenfondsen (CBZ).

439. *Adres van de Federatie van onderlinge fondsen aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal*.

440. Juch, 'Onderhandelingen huisartsen en ziekenfondsorganisaties', 107.

441. Dit veranderde na 1947 drastisch met de start van honoreringsonderhandelingen op landelijk niveau. Vanaf die tijd moest er door de fondsen echt worden onderhandeld over de honoraria, hun geldgebrek bracht geen begrip meer op. Door het ziekenfondsenbesluit was immers het contributieprobleem opgelost? De onderhandelingen werden daardoor een tijdrovende aangelegenheid.

van deze niet-optimaal functionerende besturen worden geschreven. Het streven van de NMG naar centralisering, stuitte in de algemene vergaderingen steeds op het argument van de afdelingen dat de plaatselijke verschillen zo groot waren. De afdelingen wilden daarom kunnen afwijken van het 'centrale' beleid, dat daardoor slechts de status van 'leidraad' kreeg.

Ook na 1920 is de vraag interessant hoe de centrale belangenorganisatie uiteindelijk kon standhouden en overleven. De resultaten en de problematiek, die met de behartiging van de nogal eens divergerende belangen van specialisten samenhangt, doen immers vermoeden dat de centrale belangenbehartiging weinig overlevingskansen had. De uiteindelijke 'overwinning' van de centrale vakvereniging binnen de NMG kwam ook pas na diverse reorganisaties. Dat 'succes' werd zowel behaald door interne 'postulaten' als door externe ontwikkelingen.

In de allereerste plaats behoorde het lidmaatschap van de NMG nog tot de 'cultuur' van de artsen. Veel artsen vonden in de praktijk dat zij lid behoorden te zijn van de NMG. Zij zagen de NMG weliswaar niet als de behartiger van hun belangen, maar wel als hun standsorganisatie. Daarvan keerde men zich niet zo maar af: er bestond in 'onze Maatschappij' althans in theorie een zeker 'wij-gevoel'.

Anderzijds waren daarbij andere, minder ideële motieven in het geding; meer pragmatische redenen voor het NMG-lidmaatschap, waaraan vanaf 1918 het lidmaatschap van de Specialistenorganisatie was gekoppeld. De collegiale contacten – die ook verwijzingen konden opleveren – en waarnemingen in de afdelingen waren immers beperkt tot de leden. Mijns inziens was echter de belangrijkste stimulans voor het lidmaatschap het toenemende belang van de ziekenfondspraktijk. In de leidraad voor AAZ- en goedgekeurde fondsen (1914) was opgenomen dat een deelnemer lid van de NMG moest zijn. De afdelingen hoefden de leidraad weliswaar niet in te voeren, belangrijke verenigingen als die van Rotterdam en Amsterdam hielden zich dit keer wel aan het advies.⁴⁴² Bovendien bleek dat men het lidmaatschap helemaal niet hoefde op te zeggen als men van tijd tot tijd een eigen beleid wilde voeren.

Vervolgens kon de Specialistenorganisatie bij een plaatselijke belangenbehartiging niet helemaal worden gemist. In zaken die de rijksoverheid betroffen, waren NMG en Specialistenorganisatie veel invloedrijker onderhandelingspartners dan plaatselijke specialistenverenigingen. Daarnaast vroeg de tendens naar de vorming van koepelorganisaties bij ziekenfondsen, ziekenhuizen en ziekenhuisverenigingen, om hetzelfde collectieve 'antwoord' van NMG of Specialistenorganisatie. Het zou onbegonnen werk zijn geweest met alle plaatselijke specialistenverenigingen te onderhandelen over een wettelijke regeling van de specialistische hulp. De schaduwverenigingen waren te klein en de doelstelling van de wetenschappelijke verenigingen liet dergelijke onderhandelingen niet toe. De belangrijkste voordelen van een centrale belangenbehartiging zijn mijns inziens echter, dat het tijd spaart en professioneler kan zijn. Het onderhandelen over tarieven en andere specifieke belangen is tijdrovend en eist een professionele aanpak (zie ook hoofdstuk 6). Beide zaken bleken vaak te worden onderschat.

442. Zoals de Eindhovense specialistenvereniging in 1935, NTvG 79 (1935) II, 1668-1669.

De Specialistenorganisatie had ook verder nog praktisch nut: 'zij kunnen ons met raad en daad bijstaan'.⁴⁴³ Daarvan maakten specialisten veelvuldig gebruik, zoals advisering bij plaatselijke onderhandelingen en contracten, en bemiddeling bij conflicten.

Vervolgens was de meerderheid van de leden niet echt geïnteresseerd in het wel en wee van de vakvereniging, hetgeen zij zelf positief vonden. Dat wil zeggen, zij waren niet zo geïnteresseerd zolang er zich geen al te grote problemen voordeden of geen al te grote wijzigingen optraden. Wél geïnteresseerden klaagden herhaaldelijk over de lage opkomstcijfers bij zowel de vergaderingen in de afdelingen als bij de groepsvergaderingen. Indien er zich problemen voordeden, ging het uiten van kritiek niet altijd gepaard met het ondernemen van actie. Dat was tijdrovend en vroeg om veel inzet. Er werd altijd slechts een deel van de specialisten direct 'benadeeld' door het gevoerde of door omstandigheden opgelegde beleid. De niet direct betrokkenen konden zich daarin niet goed inleven. 'Daadkrachtige' aandacht voor de materiële problematiek ontstond meestal pas wanneer men zelf daarmee werd geconfronteerd.

Het standhouden van de centrale belangenvereniging was niet alleen te danken aan deze interne aangelegenheden. De Specialistenorganisatie begon in 1919 haar werkzaamheden juist aan de vooravond van belangrijke veranderingen. Deze hadden gevolgen voor specialisten en specialistische hulp. Ten eerste kwam de regering met een nieuw ontwerp ziekte-wet waarin voor het eerst ruimte – en geld – was voor de volledige specialistische hulp. Vervolgens ontstonden, in navolging van NMG- en Federatiefondsen, na 1920 verscheidene andere overkoepelende ziekenfondsorganisaties. Deze ontwikkeling werd gestimuleerd door de komende wetgeving, de separatie tengevolge van de verzuiling, de machtspositie van de NMG en de toename van het aantal ziekenfondsverzekerden. De veranderingen in de ziekenhuisvoorzieningen leidden tot problemen over onder meer de verhouding tussen ziekenhuis en specialist, de hulpverlening aan de derdeklasse patiënten en de honorering van die hulp.

Vervolgens moet niet worden vergeten dat de economische recessie diep in het leven van alledag doordrong. De recessie was ernstig en langdurig en de eerste tekenen manifesteerden zich al in 1922. De verlaging van de tarieven en honoraria van ziektekostenverzekeraars en ziekenhuisbesturen, accentueerden het belang van een vakvereniging die als eenheid naar buiten kon treden. In dergelijke onderhandelingen op macro-niveau maakten plaatselijke specialistenverenigingen weinig kans. Daarentegen was voor de buitenwereld de NMG zonder twijfel een volwaardig gespreks- en onderhandelingspartner. Dit straalde uit naar haar suborganisaties, maar niet naar een plaatselijke specialistenvereniging of een vereniging als de ANVvMS, die zelf nog geen vergelijkbare status hadden opgebouwd.

Ten slotte veranderde voor specialisten in deze periode de waarde van de ziekenfondspraktijk. Tot begin van de jaren twintig was deze praktijk voor hen over het algemeen financieel gezien nog bijzaak.⁴⁴⁴ Daarna werd dit honorarium als basishonorarium steeds belangrijker.⁴⁴⁵ Dientengevolge werd het voor specialisten belangrijker dat de ver-

443. De Jager, 'De weerstandskas van het CO', 885.

444. Doelman, 'De inrichting der Maatschappij', 883. Zie ook: Verslag vergadering cie positie specialisten - ziekenfondsen, ARA archief NMG, inv. nr.199, S19-I.

445. De toename van het aantal ziekenfondspatiënten speelde hierbij natuurlijk ook een rol. Het hoefde overigens geen verbetering van het honorarium in te houden, alhoewel dit volgens de secretaris-penningmeester van de Specialistenorganisatie wel zo was. (Diehl, 'Aan de specialisten-leden der NMG', 2387). Auteurs in het *NTvG* wezen nu geregeld op het belang van het ziekenfondsinkomen en ook de 'terzijdes' in de vergaderingen van de Specialistenorganisatie wijzen daarop.

deling van de honoraria in de afdelingen tussen huisartsen en specialisten goed werd geregeld. Zij hadden behoefte aan een buiten de afdelingen staande beschermer en verdediger van de specialistenbelangen, vooral in de niet zo grote afdelingen.

7 BEVOEGDHEID VAN SPECIALISTEN

In hoofdstuk 2 werd beschreven dat in de periode 1890-1920 een regeling van de bevoegdheid van specialisten geen prioriteit had in de NMG en Specialistenorganisatie. Externe ontwikkelingen, als de verwachte indiening van een wetsontwerp ziektekostenverzekering, en interne ontwikkelingen als de 'polikliniekkwestie' en de oprichting van eigen afdelingsfondsen, stimuleerden de belangstelling voor een regeling. Zodra deze druk afnam verflauwde de interesse weer.

Van staatsbemoeiing was geen sprake. Zowel NMG als overheid beschouwden de specialistenkwestie als een interne aangelegenheid. De regering voelde zich niet geroepen om hierin op te treden, want er bestond officieel geen bevoegdheidsvraagstuk. Iedere arts was bevoegd tot het uitoefenen van de geneeskunde en derhalve bevoegd tot het uitoefenen van een bepaald onderdeel daarvan.

Van de kant van de ziekenfondsorganisaties was evenmin actie te verwachten. Zij waren niet in een eventuele specialistenopleiding geïnteresseerd. Dat maakte overigens weinig uit, omdat ziekenfondsen tot de jaren twintig als pressiegroep een te verwaarlozen factor waren. Het merendeel van de ziekenfondsen stelde wel de eis dat de specialist zich moest beperken tot een bepaald onderdeel van de geneeskunde.

Ten slotte waren er nog de wetenschappelijke verenigingen van waaruit men enige belangstelling voor dit onderwerp kon verwachten. Deze verenigingen waren echter óf overtuigd dat een regeling niet mogelijk was óf zij vonden een dergelijk vraagstuk niet in de doelstelling van de vereniging passen.

Zolang het niet-regelen minder problemen opleverde dan het wel regelen, bleef de structuur informeel. In principe was het tot die tijd mogelijk om zich met een minimum aan specialistische kennis of ervaring als specialist te vestigen. In de praktijk waren er echter de nodige hindernissen opgeworpen. Als criterium voor de bevoegdheid gold dat de specialist gedurende enige tijd als assistent of volontair had gewerkt in een bijzondere (poli)kliniek. Waar en hoelang was een persoonlijke zaak. De opleiding waarvan de kernwoorden zelfstudie en zelfwerkzaamheid waren, diende in ieder geval 'voldoende' te zijn. Wat dat precies inhield was nergens vastgelegd; in de NMG beschouwde men dit als een fatsoenskwestie.

7.1. Inleiding

Na 1920 kwam er meer beweging in de kwestie van de specialistenbevoegdheid. De externe druk op de NMG om dit te formaliseren, werd sterker. Dit kwam voornamelijk van politieke zijde, want ziekenfondsen en andere ziektekostenverzekeraars hadden ook nu nog weinig belangstelling voor deze kwestie. Het bleef hooguit bij een enkele constatering. Binnen de beroepsgroep groeide zo langzamerhand het besef dat de informele structuur de nodige problemen opleverde. Deze problemen bleken op zichzelf niet voldoende om de bestaande informele structuur te wijzigen. Het duurde nog tien jaar voor de NMG daartoe besloot, en dan nog maar beperkt. Vanaf 1931 moesten specialisten geregistreerd

zijn als zij zich aan een ziekenfonds wilden verbinden. De NMG stelde een commissie in die onder meer moest nagaan of de aanvraag tot registratie kon worden gehonoreerd.

Gezien het op de lange baan schuiven van deze kwestie was de formalisering van de bevoegdheid van specialisten voor de NMG niet urgent. In andere landen was het dat evenmin, alhoewel sommigen daarmee al eerder begonnen. In Engeland was de formalisering van de bevoegdheid geen gevolg van een algemeen aanvaarde regeling. De regulering was in handen van meerdere instanties die niet met elkaar waren te vergelijken. Zo introduceerde de Conjoint Board of the Royal Colleges in 1920 een post-doctoraal examen voor kno-heelkunde en oogheelkunde. In 1924 stelde de Liverpool University een graad in voor orthopedie. Ook gynaecologie-obstetrie en radiologie voerden post-doctorale examens in.⁴⁴⁶

In Italië werd in 1923 wettelijk gereguleerd dat specialisten pas bevoegd waren wanneer zij een diploma hadden verworven. Specialisten die konden bewijzen dat zij voor 31 december 1923 als zodanig werkzaam waren, kregen de titel specialist.⁴⁴⁷

In Amerika was oogheelkunde het eerste specialisme waaraan algemene eisen werden gesteld. In 1916 werd de American Board of Ophthalmology opgericht die de eisen formuleerde waaraan een oogarts moest voldoen en zijn 'titel' waarborgde. In 1924 werd de Board for Otolaryngology ingesteld, in 1930 volgde gynaecologie. Zo waren er in 1942 veertien van dergelijke Boards. Een adviescommissie, die in 1933 werd opgericht, had als taak het werk van de diverse Boards te coördineren en de opleiding van specialisten te verbeteren.⁴⁴⁸

De regeling in België en Frankrijk liet langer op zich wachten. In België discussieerden de artsorganisaties⁴⁴⁹ tussen 1920 en 1940 regelmatig over de reglementering van de bevoegdheid van specialisten. Het kwam echter niet tot een regeling.⁴⁵⁰ In Frankrijk verspreidden specialisten zich na 1880 net als in de andere landen zeer snel. Volgens Weisz functioneerden zij daar zonder enige noemenswaardige controle of regulering. Pas na 1945 werd de bevoegdheid gereguleerd.⁴⁵¹ Daarentegen meldde de Nederlandse hoogleraar oogheelkunde G.F. Rochat (1876-1965) in 1913, in een debat in de NMG over reglementering van de specialistenbevoegdheid, dat het Syndicat des oculistes destijds van de nieuwe leden een certificaat eiste van een tweejarige dienst in een oogkliniek.⁴⁵²

In de Nederlandse situatie is een eerste vraag waarom de NMG besloot tot de instelling van de SRC. Er hebben zich niet veel auteurs bezig gehouden met de specialistenopleiding vóór 1941. In zijn dissertatie *'De opleiding tot medisch specialist'* richt De Roo zich op de jaren na 1945.⁴⁵³ De vraagstelling van Egmond in zijn dissertatie *'Over de opleiding tot vrouwenarts'* is gericht op de situatie rond 1975.⁴⁵⁴ Ook het artikel van Van den Berg in *Medisch Contact*, 'Specialisten Registratie Commissie vijftig jaar', verschaft geen relevante informatie over de periode 1930-1941.⁴⁵⁵ De gedenkboeken van De Vink en Festen beschrijven wel de totstandkoming van de SRC.

446. Stevens, *Medical practice*, 39-41.

447. Fokkema, *Schade door röntgen- en radiumstraling*, 65-66.

448. Stern, 'The specialist and the general practitioner', 353-354.

449. De Académie Royale de Médecine en het Algemeen Belgisch Geneesherenverbond; Schepers, 'Eenheid medisch beroep', 41.

450. Ibidem.

451. Weisz, 'Development of medical specialization', 180.

452. '64e alg.verg. (1913)', 1237.

453. De Roo, *De opleiding tot medisch specialist*.

454. Egmond, *Over de opleiding tot vrouwenarts*.

455. Van den Berg, 'Specialisten Registratie Commissie vijftig jaar', 369-378.

De Vink verklaart het ontstaan van de SRC, omdat 'volgens het hoofdbestuur van de Maatschappij, in het licht van de komende ziekenfondswetgeving de patiënten van gelegaliseerde hulp verzekerd moesten zijn. De wetgeving had hier niet voor gezorgd en daarom diende de vakvereniging dit over te nemen.'⁴⁵⁶ Festen legt de nadruk op de rol van de toenmalige voorzitter van de NMG bij de totstandkoming van de SRC.⁴⁵⁷ Zelf gaf de NMG in 1930 aan dat zij de regeling van de specialistenbevoegdheid niet langer kon uitstellen. Zonder formalisering van de bevoegdheid kwam een bij wet geregelde vrije specialistenkeuze in gevaar.

Mijns inziens benaderen de genoemde auteurs het vraagstuk teveel vanuit een NMG-visie, waardoor de gebeurtenissen niet helemaal in het juiste perspectief komen te staan. Het motief van de NMG om tot actie over te gaan, vraagt eveneens om nader onderzoek. Bij de wetgeving van 1920 voerde de NMG al het belang van de vrije artsenkeuze ten tonele. In de voorgaande hoofdstukken bleek reeds dat de NMG in de praktijk niet echt in een vrije specialistenkeuze was geïnteresseerd. In dit hoofdstuk wordt hierop ingegaan. Tevens zal worden geanalyseerd in hoeverre deze regeling inderdaad aan (ziekenfonds)patiënten de garantie bood van de 'meer'-waarde van specialisten.

Daarnaast komen in de volgende paragrafen vragen aan bod, als: waarom de formalisering van de bevoegdheid van specialisten zo lang op zich liet wachten, waardoor kwam deze kwestie 'op de agenda', welke acties ondernam men intern, wat was de houding van diverse wetenschappelijke verenigingen hierin, wat leidde tot de instelling van de SRC en welke opleidingsgaranties gaf de SRC?

7.2. NMG en hoogleraren, struikelblokken voor de regulering van de bevoegdheid?

Sinds het begin van de eeuw was er in de NMG gewezen op het belang van duidelijkheid over de specialistenbevoegdheid. De NMG gaf deze kwestie geen prioriteit. Het motief dat zij daarvoor aandroeg, dat het zo'n moeilijke kwestie was, overtuigt om meerdere redenen niet. De artsenorganisatie voerde immers in de ziekenfondsstrijd wél sancties in tegen afvallige leden en niet tegen niet voldoende gekwalificeerde specialisten. Bovendien was de NMG zeer actief in de bestrijding van 'slechte' ziekenfondsen en bij de opzet van de eigen ziekenfondsorganisatie. Dat waren pas echt 'moeilijke kwesties'.

Vond de NMG een regulering eigenlijk niet nodig, omdat er een staatstoezicht was op de volksgezondheid?⁴⁵⁸ In 't Veld formuleerde namelijk de hypothese of het aanleunen van de NMG tegen de overheid in de zuiveringsacties tegen de artsen die tussen 1940 en 1945 hadden gecollaboreerd, is terug te voeren op het feit dat de artsen aan het staatstoezicht zijn onderworpen.⁴⁵⁹ Deze overweging werd weliswaar nooit in de discussies over de bevoegdheid genoemd, maar het kan wel hebben meegespeeld.

Moet de verklaring voor de afwachtende houding van de NMG mede worden gezocht in haar zelfvoldaanheid? Andere standsorganisaties hielden zich wél actief bezig met

456. De Vink, *SRC*, 19.

457. Festen, *125 jaar geneeskunst*, 535-540.

458. Het medisch tuchtcollege (1928) is ingesteld door de overheid, zodat dit college in dit opzicht niet relevant is. De gedragsregels van de NMG (1936) waren meer medisch-ethische regels dan kwaliteits- *casu quo* deskundigheidseisen. Zie ook: Klazinga, *Quality management*, 107 en 108.

459. In 1945 waren door de advocatenorde de meeste collaborateurs in mei/juni al weggezuiverd. Bij de artsen was eerder sprake van een poging tot zuivering, vanwege het buitengewoon geringe resultaat; In 't Veld, *Zuivering van artsen en advocaten*, 122 en 127.

dergelijke zaken. Accountants bijvoorbeeld richtten zich juist op een beleid van scholing en 'opwaardering' van het beroep.⁴⁶⁰ De advocatenorde was gewend scherpe maatregelen te treffen tegen de confrères die uit de pas liepen.

Aan de andere kant werd de vertraging mede mogelijk gemaakt, omdat de NMG ook de regering ervan had kunnen overtuigen dat het zo'n moeilijke kwestie was. Deze kreeg bovendien dezelfde signalen van de hoogleraren die zij om advies vroeg. Hoogleraren waren niet alleen zeer gewaardeerde leden van de NMG, voor de overheid waren zij dé adviseurs over specialisten en hun opleiding. Op dit gebied waren hoogleraren echter nogal onwillige adviseurs. Het merendeel voelde niets voor een universitaire specialistenopleiding, omdat de universiteitsvoorzieningen daarop niet zouden zijn berekend. Het is zelfs de vraag of hoogleraren altijd voldoende waren geïnformeerd om goede adviezen over de specialistenbevoegdheid te kunnen geven.

Zo doet de visie over deze kwestie van de algemeen geachte hoogleraar fysiologie in Amsterdam, G. van Rijnberk (1875-1953), achterhaald aan. In 1919 gaf hij in een serie artikelen in het *NTvG* zijn mening over de opleiding van algemeen arts en specialist. Degenen die zich aan een specialisme wilden wijden, zouden volgens hem daarvoor een aanvullende periode van twee semesters moeten doorlopen. Chirurgen moesten dan, al aanvulling op de heelkunde in de algemene opleiding, nog twee semesters besteden aan bijzondere heelkunde en grote chirurgie. De toekomstige gynaecoloog moest voor zijn bijzondere diploma het semester verloskunde van de algemene opleiding volgen en daaraan een elfde semester vrouwenziekten vastknopen.⁴⁶¹ Voor de vakken op het gebied van de interne geneeskunde propageerde Van Rijnberk zelfs het systeem van halfspecialisten. 'Ik denk mij, dat hier een eenvoudige regeling doeltreffend zou zijn. Elke algemeene arts zou als "specialist" binnen zijn eigen gebied, op een bepaald onderdeel kunnen werkzaam zijn, mits hij twee semesters achtereen zich daarin aan een onzer hoogeschole bekwaamd had en een diploma daarin had verworven.'⁴⁶²

Wat mag de reden zijn geweest dat Van Rijnberk zich zo weinig verantwoordelijk toonde voor de kennis en kunde van toekomstige specialisten? Was dit mede een 'Amsterdams kwestie'? De relatie tussen hoogleraren en specialisten was daar in 1917/1918 op een dieptepunt gekomen door een contract dat met de ziekenfondsen was gesloten. Zoals al meerdere keren naar voren kwam, was het in Amsterdam gevestigde NMG-bestuur al niet erg specialist-vriendelijk en geneigd de partij van de hoogleraren te kiezen. Volgens een bericht van de NMG-afdeling Dordrecht, zag de secretaris van de NMG de opleiding van specialisten zelfs nog eenvoudiger dan Van Rijnberk: 'immers een maand of 3 à 4 in Berlijn en wat b.v. de kindergeneeskunde betreft, de bestudeering van een goed boek vormen een specialist'.⁴⁶³

Overigens roept niet alleen de specialistenbevoegdheid, maar de hele relatie hoogleraar-assistent-specialist vragen op. Waarom waren hoogleraren zo tegen een universitair examen of andere regeling via de universiteit voor specialisten? Bestond daarvoor tussen de diverse hoogleraren nog zoveel verschil van mening over een 'protocol'? Waarom

460. *Gedenkboek Nederlandsch Instituut van accountants*, 13-16.

461. Van Rijnberk, 'Examens, diploma's en bevoegdheden. 5. De specialismen', 1934.

462. *Ibidem*.

463. Geciteerd in: K., 'Caveant Consules ...', 33.

waren bepaalde hoogleraren tegen de instelling van aparte doctoraten?⁴⁶⁴ Vonden zij dat een aantasting van de eigen positie? Wat hield de opleiding van de soms vele assistenten van een hoogleraar eigenlijk in? Was dat wel een echte opleiding of werden assistenten alleen gebruikt als hulppersoneel? Waarop baseerde een hoogleraar een eventueel negatieve beoordeling van een assistent? Deze vragen kunnen hier echter niet worden beantwoord, omdat dit een volledig zelfstandig onderzoek is.

7.3. Nadelen van een niet-gelegitimeerde bevoegdheid

Nog afgezien van het patiëntenbelang, was een handhaving van de *status quo* ook niet altijd in het belang van een deel van de specialisten. Zolang er geen algemeen geldende regels waren, kon de bevoegdheid tevens als middel worden gebruikt om de specialisteninstroom te reguleren. Het weren van niet 'voldoende' bevoegde specialisten was voor gevestigde specialisten de enige legitieme mogelijkheid de toeloop van specialisten te beperken. Hiervan maakte men ook gebruik. Sinds 1920 weigerden plaatselijke, 'overvulde' specialistenverenigingen specialisten met het argument dat de opleiding niet aan 'de eisen' voldeed.⁴⁶⁵ Een uniforme regeling zou tenminste een objectievere beoordeling van de opleiding mogelijk maken. Vanwege deze problemen, in onder meer Amsterdam, vond de Specialistenorganisatie in 1923 een regeling van de specialistenopleiding een 'brandende kwestie'.⁴⁶⁶

De bestaande situatie verhinderde eveneens een objectieve beoordeling van de 'functioneringsproblemen' die in de jaren twintig een hoogtepunt bereikten. Het optreden van kinderartsen, van in ziekenhuizen werkzame algemene artsen en algemene chirurgen gaf aanleiding tot competentievragen. Deze kon men echter nergens legitiem toetsen. Gezien de overvullingsproblematiek waren deze vragen niet noodzakelijkerwijs altijd terecht. Een regeling van de bevoegdheid zou bovendien alvast iets van de irritatie kunnen wegnemen tussen bijvoorbeeld kinderartsen en huisartsen, internisten en huisartsen, en chirurgen en deelspecialisten. De vereniging van kinderartsen zag 'het feit dat degenen die zich kinderarts noemen en het feitelijk niet zijn, [als] de grootste ergernis van de huisartsen'.⁴⁶⁷ Maar dat bleek niet het enige probleem. Ook na de inwerking-treding van de SRC waren de problemen tussen huisartsen en kinderartsen nog lang niet opgelost.

7.4. Externe belangstelling voor het bevoegdheidsvraagstuk

Alhoewel er inmiddels specialisten waren die een regeling van de bevoegdheid een 'brandende kwestie' vonden, was er daarmee nog geen regeling. Zolang er geen druk van buitenaf op de NMG of Specialistenorganisatie werd uitgeoefend, hadden deze organisaties

464. Zie hoofdstuk 2 en de rede van de hoogleraar Snapper bij de aanvaarding van zijn ambt in de inwendige geneeskunde aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam op 22-9-1919. Snapper pleit ervoor in plaats van orgaanspecialisten, het systeem van consulterende internisten in te voeren, als een verbeterde uitgaven van de algemeen arts. Thans fungeren als zo'n 'verbeterde uitgave' de hoogleraren in de inwendige geneeskunde en enkele directeuren van grote ziekenhuizen; geciteerd uit: d.G., 'De opleiding der specialisten', 48.

465. ARA, archief NMG, onder meer: inv. nr.128, P28, mei 1935; 'Jaarverslag SC 1926', 2211-2212.

466. ARA, archief NMG, inv. nrs.274 en 590, 2-8-1923.

467. Archief Ned.Ver.v.Kindergenk., 'Notulen vergadering juni 1926'.

de neiging bepaalde zaken voor zich uit te schuiven of niet als probleem te onderkennen. Zoals gezegd, stelden ziektekostenverzekeraars zich neutraal op in de kwestie van de specialistenbevoegdheid. Incidenteel diende een ziekenfonds een klacht in bij de NMG, Specialistenorganisatie of plaatselijke afdelingsraad, over een zijns inziens ten onrechte als specialist optredende arts. Een voorbeeld daarvan is de klacht van Centraal Beheer (zie paragraaf 5) over het in rekening gebrachte specialistentarief voor een behandeling door een jong arts, die slechts enige maanden aan de interne afdeling van een ziekenhuis was verbonden. Centraal Beheer kon deze arts niet als specialist erkennen. Organisaties die uit administratieve, religieuze of andere redenen geen onbeperkte vrije artsenkeuze wensten, betrokken in hun argumentatie ook 'weleens' de bevoegdheidskwestie. Een werkelijk probleem lijkt het evenwel voor de ziektekostenverzekeraars niet te zijn geweest. Ziekenfondsen die met de plaatselijke specialistenverenigingen een collectief contract sloten, hadden enige waarborg over de kwalificatie van deze specialisten. Het bestuur overtuigde zich ervan of een nieuw lid 'te goeder naam en faam' bekend stond. In hoofdstuk 4 bleek echter dat dit evenmin een volledige garantie gaf. Een afwijzing op grond van een niet 'te goeder naam en faam' bekend staan, gold vooral voor artsen die aan verboden ziekenfondsen meewerkten.

Ook de 'unificatiecommissie' van het ziekenfondswezen (zie paragraaf 2 van dit hoofdstuk) had geen problemen met de informele structuur van de specialistenbevoegdheid. De commissie was samengesteld uit de belangrijkste betrokkenen bij het ziekenfondswezen: afgevaardigden van de NMG, de Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, de Federatie ter behartiging van het Ziekenfondswezen en de vijf vakcentrales.⁴⁶⁸ De commissie wijdde in haar rapport een apart hoofdstuk aan de specialistische hulp. Zij vroeg zich daarbij niet af wie als specialist kon worden aangemerkt.

In 1920 stond bij de regering de regeling van de bevoegdheid evenmin als knelpunt te boek. De Hoger-onderwijswet, die in 1920 werd ingediend en in 1921 gewijzigd, noemde 'specialist noch specialisme',⁴⁶⁹ laat staan dat de wet zich over de bevoegdheid van specialisten uitliet. De wet beperkte zich tot artsen: 'de hoedanigheid van arts geeft de bevoegdheid de geneeskunst uit te oefenen in haar vollen omvang'.⁴⁷⁰ Hetzelfde gold voor de artikelen in de wet die de examens en promoties regelde, het 'Academisch Statuut'.⁴⁷¹

Het wetsontwerp ziekenverzorging van 1920 liet zich ook niet uit over een eventuele legitimatie van specialisten. In 1919 had minister Aalberse van het departement Arbeid, Handel en Nijverheid de voorbereiding van dit wetsontwerp opgedragen aan een staatscommissie. In deze commissie zaten vertegenwoordigers uit de diverse belangengroeperingen, onder

468. Het Nederlandsch Verbond van Vakverenigingen, het Bureau voor de RK-Vakorganisatie, het Christelijk Nationaal Vakverbond, het Algemeen Nederlandsch Vakverbond en het Nationaal Arbeidssecretariaat; *Unificatierapport*, 3-4.

469. 'Verslag alg. verg. SO (1920)', 792.

470. Art. 153 van de 'Wet tot regeling van het Hooger Onderwijs', 11-6-1921, Stbl 782.

471. Het artsexamen omvatte voortaan de volgende vakken: 1. bijz. ziektekunde en therapie 2. kindergeneeskunde 3. psychiatrie 4. artsenijbereidkunst 5. heilkunde 6. verloskunde. Besluit van den 15den Juni 1921, houdende wijziging en nadere vaststelling van het laatstelijk bij ons besluit van 8 Maart 1921 (Stbl no. 226), gewijzigde KB van 27 April 1877, waarbij de in de artikelen 131, 137 en 141 der Hooger-Onderwijswet bedoelde examens en promotiën zijn vastgesteld (Academisch Statuut); Smidt, *Het Academisch Statuut*, 4-5.

wie de toenmalige voorzitter van de Specialistenorganisatie, Brongersma.⁴⁷² De commissie omzette de bevoegdheid van specialisten door zich voor alle deelnemers aan de ziekenfondsen te houden aan het oude en vertrouwde 'te goeder naam en faam bekend staan'.⁴⁷³ Deze kwalificatie bleek echter niet als eventuele legitimatie van specialisten bedoeld. Het was erin geplaatst om de vrije artskeuze voor de leden van ziekenfondsen te kunnen regelen.⁴⁷⁴

In 1922 verscheen een rapport van een andere staatscommissie, de zogenaamde 'tuberculosecommissie'. Dit rapport ging wel in op de bevoegdheid van specialisten.⁴⁷⁵ De commissie stelde voor een opleiding in te stellen, bestaande uit een assistentschap in een interne kliniek die gelegenheid had voor pathologisch-anatomisch onderzoek, aangevuld met een assistentschap in een sanatorium en consultatiebureau. Met het oog op een goede samenwerking met de huisartsen vond de commissie het noodzakelijk dat de aanstaande tuberculosearts als algemeen praktiserend geneesheer ervaring had opgedaan.⁴⁷⁶ Niet lang na de indiening van het wetsontwerp van 1920 kwamen er ook andere signalen dat de bevoegdheidskwestie tot de regeringskringen was doorgedrongen. Er gingen geruchten dat de minister een regeling van de specialistenopleiding voor ogen had, die aansloot op het Academisch Statuut.⁴⁷⁷ Dit waren nog geruchten, maar de regering bleek wel degelijk belangstelling te hebben voor het onderwerp. In 1923 vroeg zij advies aan een commissie van hoogleraren in hoeverre een opleiding van specialisten wenselijk was.⁴⁷⁸ Inmiddels werkte ook het bestuur van de Specialistenorganisatie naar eigen zeggen 'met kracht' aan een regeling voor de opleiding van specialisten.

7.5. Initiatieven van specialisten

Zoals eerder is vermeld, diende het hoofdbestuur van de NMG in 1930 bij de algemene vergadering een voorstel in over te gaan tot het registreren van specialisten.⁴⁷⁹ Daarmee wordt de indruk gewekt dat het hoofdbestuur in deze periode het voortouw nam om tot legitimering van de specialistenbevoegdheid te komen. Na 1919 komt dit onderwerp inderdaad niet meer op de agenda van de algemene vergadering voor. In dat jaar werd het werk van de commissie 'opleiding specialisten' (zie hoofdstuk 3) aan de Specialistenorganisatie overgedragen. Daarmee lijkt de conclusie van Festen, dat de registratie 'vol-

472. Deze commissie telde zestien leden, negen niet-geneeskundigen (onder wie vertegenwoordigers van vakverenigingen en ziekenfondsen) en zeven geneeskundigen (onder wie één specialist); F.H., 'Commissie tot regeling van de ziekenverzekering', 5.

473. 'Ontwerp wet ziekenverzorging', *Handelingen 1919-1920*, Bijlagen, 531.1-2, art.9. Zie ook: 'Verslag alg. verg. S.O. (1920)', 804-805.

474. Dat dientengevolge niet alleen voor artsen, maar voor alle deelnemers aan fondsen. De Memorie van Toelichting maakt voor dit artikel wel een voorbehoud: fondsen moeten minder goed bekendstaande doktoren (en andere deelnemers) kunnen weigeren. Het minder goed bekendstaan moest op feiten berusten, men mocht dus niet op geruchten afgaan. Art. 12, *Handelingen 1920-1921*, Bijlagen, nr.531.1-2 en *ibidem*, Memorie van Toelichting, 531.3.

475. Staatscommissie ingesteld bij KB van 3-7-1918 no. 25, tot voorlichting over wettelijke maatregelen tot bestrijding der tuberculose en over de beste wijze van bestrijding dier ziekte.

476. *Verslag van de Staatscommissie tuberculosebestrijding*, 120.

477. Henkes en Crone, *Een eeuw Nederlandse oogheelkunde*, 180.

478. ARA, archief NMG, inv. nr.274, 'Notulen SC, 25-11-1923; *Ibidem*, 2-8-1923'.

479. '81e alg. verg. (1930)', 4996-5001.

komen onverwacht' kwam, niet ongegrond.⁴⁸⁰ Tijdens dit onderzoek bleek echter dat er in de tussenliggende periode diverse aanzetten werden gegeven om tot een meer formele structuur te komen, met name door de Specialistenorganisatie en enkele wetenschappelijke verenigingen.

Het bestuur van de Specialistenorganisatie bestond, met uitzondering van de secretaris, uit specialisten die dit bestuurswerk naast hun eigen werk deden. Er was altijd zoveel te regelen dat er een sterke neiging was om zaken die niet om een directe oplossing vroegen op de lange baan te schuiven. De vele wetsontwerpen ziektekostenverzekering en voorstellen tot wijzigingen daarop tussen 1919 en 1930, dwongen de Specialistenorganisatie echter zich van tijd tot tijd minder vrijblijvend met de specialistenopleiding bezig te houden. De mogelijke uitkomsten van deze bemoeienissen maakte zij niet bekend.⁴⁸¹

In 1921 boog de Specialistenorganisatie zich blijkens haar jaarverslag over de 'voorwaarden waaraan een medicus moet voldoen om als specialist erkend te worden'.⁴⁸² In 1923 schreef haar voorzitter in het *NTvG* dat 'het bestuur met kracht werkt aan de regeling betreffende de opleiding der specialisten'.⁴⁸³ Deze opmerking sloeg naar alle waarschijnlijkheid op de enquête die de organisatie onder alle specialisten over dit vraagstuk had ingesteld, en op haar onderzoek naar het aantal arts-assistenten dat in de ziekenhuizen werkte.⁴⁸⁴

De Specialistenorganisatie was niet zelf op het idee van de enquête gekomen. Het initiatief daartoe ging uit van het Oogheekundig Gezelschap. Deze vereniging onderzocht via een vragenlijst welke wensen en ideeën er onder de leden leefden op het punt van de opleiding. De enquête was het gevolg van de 'gebleken waarschijnlijkheid, dat een regeling van de opleiding door de autoriteiten werd voorbereid'. Als er eenmaal een regeling van hogerhand was ontworpen, zou het zeer moeilijk zijn om daarin nog iets te wijzigen. Met de gegevens uit de enquête wisten de oogartsen in ieder geval wat de eigen leden wilden. De actie leverde dermate bruikbare resultaten op dat het verstandig leek ook de andere wetenschappelijke verenigingen te vragen mee te doen. Hoe meer specialisten de enquête invulden, des te groter was de kans dat er met de wensen van de specialisten rekening zou worden gehouden.⁴⁸⁵

Omdat de archieven niet volledig zijn, is het niet precies te achterhalen hoe één en ander in zijn werk ging. Het lag echter in de lijn dat de Specialistenorganisatie deze taak overnam.⁴⁸⁶ Deze maakte het verkregen resultaat van haar 'krachtig werken' niet bekend. In het jaarverslag van 1929 verwees de voorzitter, L.H. van Romunde (1882-1945), nog wel naar de enquête, maar echt veel duidelijkheid verschaftte dat niet. Volgens Van Romunde was er toentertijd 'door de weinige samenwerking van genoemde verenigingen van deze enquête niets terecht gekomen, omdat men een wettelijke regeling ongewenscht achtte'.⁴⁸⁷ Deze uitspraak doet onrecht aan dat deel van de wetenschappelijke verenigingen

480. Festen, *125 jaar geneeskunst*, 539.

481. Deze uitkomsten zijn ook niet terug te vinden in het archief van de Specialistenorganisatie.

482. 'Jaarverslag SO 1921', 1054-1055.

483. Van Romunde, 'De organisatie der specialisten', 1289.

484. ARA, archief NMG, inv.nr.137: A32; inv. nr.274: nr.633, 8-9-1923.

485. Archief Ned.Ver.v.Derm., (Dermatologie), 'Van: de commissie uit het Oogheek. Gezelsch. (z.d.)'.

486. In het archief van de Ned.Ver.v.Orth. is een afschrift bewaard gebleven van de vragen die de secr. van de SO stelde aan de secr. van de plaatselijke specialistenverenigingen (7-8-1932).

487. 'Jaarverslag SC 1929', 1176.

dat zich intensief met deze materie had bezig gehouden. Zij hadden uitgebreide adviezen opgesteld over de huns inziens beste opleiding voor hun speciale vak.

Het gebrek aan duidelijkheid in de Specialistenorganisatie over de specialistenopleiding betekende niet dat het bestuur zich daarover geen mening had gevormd. Inmiddels was daarvoor gelegenheid genoeg geweest. Wat de specialisten niet wilden was duidelijk. Toetsing door middel van een overheidsexamen viel als mogelijkheid af, want 'veelen vonden dat niet gewenscht'. Hierdoor verviel ook het alternatief dat het Academisch Statuut (1921) bood: een 'vrij doctoraal' examen voor specialistische vakken. De orthopeden en de kinderartsen zagen daarin overigens wel mogelijkheden.⁴⁸⁸ De orthopeden benoemden zelfs in de enquête van 1923 de vakken die daarvoor voor hun specialisme in aanmerking kwamen.⁴⁸⁹ De Specialistenorganisatie zag ook perspectieven in het Statuut voor een doctoraal examen in de speciale vakken aan de universiteiten. Maar daarvoor voelden de hoogleraren weer niets.⁴⁹⁰ Het leek de hoogleraren trouwens voorlopig onmogelijk; de universiteiten konden deze toeloop niet aan.⁴⁹¹

Van Romunde meende dat ook de wetenschappelijke verenigingen er niets voor voelden zelf examens af te nemen of diploma's uit te reiken. Dit deed hun teveel aan het gildensstelsel denken.⁴⁹² De bestaande regeling had overigens ook 'gildentrekjes': de kwalificatie van de specialist-in-spe door de hoogleraar, die niet per definitie objectief was, en het assistentschap dat enigszins verwant was aan de meester-gezel relatie. Toch was er een doorbraak nodig, want de tijd drong. Het bleek dat de legitimatie van de specialisten niet meer aan de 'eer en het fatsoen' van de stand kon worden overgelaten. Aan het eind van de jaren twintig stelden enkele Kamerleden vragen over de bevoegdheid van specialisten aan de minister van Justitie, Donner.

7.6. De druk neemt toe

In die tijd was de voorbereiding van een nieuwe ziekwet (weer) in volle gang.⁴⁹³ Aan diverse instanties, waaronder de Specialistenorganisatie, was daarvoor advies gevraagd over de specialistenopleiding en de legalisering van de specialistenbevoegdheid.

In zijn Voorlopig Verslag aan de Tweede Kamer, memoreerde de minister van Justitie Donner, dat enige leden hadden aangedrongen maatregelen te treffen tegen het misbruik maken van de hoedanigheid van medisch specialist. Iedere medicus was vrij om zich als specialist te vestigen, zonder dat er enige waarborg aanwezig was dat inderdaad de opleiding was genoten die mocht worden geëist, en zonder dat de beschikking over voldoende

488. Archief Ned.Ver.v.Kindergenk., 'Notulen vergadering, o.a. mei 1927'; Archief Dermatologie, afschrift brief van de vereniging van Orthopeden aan de SO, zonder datum.

489. Archief Dermatologie, ibidem.

490. Van Romunde, 'Specialist te zijn of niet te zijn', 707.

491. In 1923 vroeg de minister van koloniën aan de geneeskundige faculteit in Groningen diploma's uit te reiken aan bepaalde militaire artsen met een specialistische opleiding. De faculteit antwoordde daarop onder meer, dat zij dergelijke verklaringen niet kon geven en dat het een zelf-gekozen beperking was als een arts zich slechts voor een deel der praktijk beschikbaar stelt. Geciteerd uit: Fokkema, *Schade door röntgen- en radiumstraling*, 68.

492. Van Romunde, 'Specialist te zijn of niet te zijn', 706.

493. Deze wet werd in 1930 ingevoerd. Weliswaar nog zonder de ziekenfondsartikelen, maar ook daarvoor verwachtte men binnenkort een definitieve regeling.

kennis en ervaring aanwezig was.⁴⁹⁴ Bescherming van de titel was volgens Donner echter meer een kwestie voor het departement van Arbeid, Handel en Nijverheid. Dat werd door de betreffende minister nog niet overwogen, maar hij zou daarover waarschijnlijk wel advies vragen aan de Gezondheidsraad.⁴⁹⁵

In datzelfde jaar (1930) vroeg de 'betreffende' minister (Terpstra) aan de Gezondheidsraad of aan artsen de vrijheid kan worden gelaten zich zonder meer als 'specialist' te vestigen.⁴⁹⁶ Het jaar daarop berichtte de Gezondheidsraad de minister dat het 'wenselijk was om maatregelen te nemen dat niet iedere arts openlijk de titel van specialist kan voeren'. De Raad wist niet op welke wijze dat moest gebeuren. Hij gaf het advies hierover eerst de medische faculteiten te horen.⁴⁹⁷ De minister volgde dat advies op,⁴⁹⁸ maar inmiddels had de algemene vergadering van de NMG ingestemd met de instelling van de Specialisten Registratie Commissie (SRC).

7.7. Instelling van de specialistenregistratie

'In verband met de spoedig te verwachten ziekenfondswetgeving' bracht de Specialistenorganisatie in 1930 advies uit aan het hoofdbestuur van de NMG over de specialistenopleiding.⁴⁹⁹ Dat advies, met als kernthema's assistentschap en registratie, was geen grote verrassing. Het bestond uit dezelfde componenten als de voorstellen van 1913 (zie hoofdstuk 3). Het was de meest eenvoudige oplossing. Men ging zowel uit van het bestaande stelsel als van datgene waarover onder de specialisten een consensus bestond. Sinds de eerste discussies over de specialistenopleiding was er onder de diverse groeperingen overeenstemming over het assistentschap als adequate opleidingsvorm. Op registratie als erkenningsvorm was in het *NTvG* al eerder gewezen. Registratie als systeem was een bekend verschijnsel in de praktijkvoering van de arts. Zo had de RVB, het uitvoeringsorgaan van de ongevalwet van 1901, een register aangelegd van onder meer artsen die patiënten van de RVB wilden behandelen. De belangrijkste kritiek op het bestaande systeem was dat er geen eisen waren vastgelegd over de opleidingsduur en -plaats. Men kwam aan deze kritiek tegemoet door de duur van het assistentschap vast te leggen en opleidingsziekenhuizen aan te wijzen. Het was een voor de hand liggende uitkomst waartegen – en dit was belangrijk voor de Specialistenorganisatie – weinig tegenstand was te verwachten van de diverse geledingen. Het registratievoorstel dat door het hoofdbestuur bij de algemene vergadering werd ingediend, leverde vrijwel geen problemen op.⁵⁰⁰

In de eerder genoemde beschrijving van de legalisering door De Vink 'de wetgeving had hiervoor niet gezorgd, daarom diende de vakorganisatie dit over te nemen'⁵⁰¹ is de gang van zaken mooier voorgesteld dan het was. De NMG had herhaaldelijk aangegeven dat zij een regeling van de specialistenbevoegdheid niet aan de overheid wilde overlaten. Dit bleek ook uit haar acties bij een mogelijke ziekenfondswetgeving. In het eveneens al

494. *Handelingen 1930-1931*, II Bijlage A, hfst. IV, nr 8, Voorlopig verslag, blz. 13.

495. *Ibidem*, nr 10, Memorie van Antwoord, blz. 14.

496. 'Beknopt verslag werkzaamheden Gezondheidsraad 1930', 68.

497. *Ibidem*, 207-209.

498. Zoals blijkt uit de briefwisseling in 1933 tussen de faculteiten en de SRC, De Vink, SRC, bijlage I, 197-199.

499. 'Jaarverslag SC 1930', 2308.

500. 81e (1930) en 82e (1931) alg. verg., respectievelijk 4996-5001 en 4636-4638.

501. De Vink, SRC, 19.

eerder genoemde gedenkboek van Festen wordt de rol van de voorzitter in deze geaccenteerd. Zonder iets te willen afdoen aan diens eventuele verdienste als voorzitter van de NMG, zijn er geen aanwijzingen dat hij zo'n initiërende rol speelde als Festen het laat voorkomen.⁵⁰² De gebeurtenissen die aan de totstandkoming van de specialistenregistratie vooraf gingen, gaven richting aan de wijze waarop deze 'legalisering' werd verwezenlijkt. Een binnen zeer korte tijd te verwachten ziekenfondswetgeving, gekoppeld aan het kritischer worden van een aantal Tweede Kamerleden over het niet-geformaliseerde functioneren van specialisten, maakte een actie van de NMG urgent. Het was ten slotte de taak van de voorzitter om het intern al zovele malen besproken onderwerp aan de algemene vergadering voor te leggen.

7.8. Registratie van specialisten en specialismen

In 1930 nam de algemene vergadering van de NMG het voorstel aan een register aan te leggen voor specialisten die zich aan ziekenfondsen wilden verbinden. Na een nadere uitwerking in het daaropvolgende jaar startte begin 1932 de Specialisten Registratie Commissie (SRC). Door de instelling van de SRC kwam de Specialistenorganisatie in opleidingsvraagstukken meer op de achtergrond. Naast het beoordelen van de ingediende registratieaanvragen hield de SRC zich in de beginperiode bezig met praktische vragen als: welke specialismen en dubbelspecialismen kunnen worden erkend, hoe lang moet de opleiding duren, wie vraagt de opleidingsbevoegdheid aan – het ziekenhuis of het hoofd van de afdeling – en welke niet-academische ziekenhuizen komen als opleidingsziekenhuis in aanmerking?

De commissie was samengesteld uit een voorzitter, een secretaris en veertien leden. De voorzitter van de Specialistenorganisatie was tevens voorzitter van de registratiecommissie. De leden waren vanuit de wetenschappelijke verenigingen afgevaardigd als deskundigen in hun vakgebied. Het verschil tussen de grootste steden en 'de periferie' komt hier opnieuw tot uiting: de leden waren vrijwel allemaal afkomstig uit de grote specialistencentra: uit Amsterdam (zes), Den Haag (vier) en Rotterdam (twee). Van de vijftien verenigingen die door de secretaris van de SRC waren aangeschreven, was alleen de vereniging van tuberculoseartsen niet vertegenwoordigd.⁵⁰³

Naar de reden daarvan kan men slechts gissen. Het SRC-archief is niet openbaar en in het archief van de longartsenvereniging zijn weinig gegevens van vóór 1945 bewaard gebleven. De afwezigheid zou wellicht kunnen worden verklaard uit de positie van de tuberculoseartsen. De opleiding tot tuberculosearts – hetgeen gelijk was aan een sanatoriumarts – was in handen van de sanatoriumdirecteuren. Deze hadden waarschijnlijk geen behoefte aan een instantie die hun regels oplegde, net zo min als de hoogleraren dat hadden. De opleiding konden zij zelf wel beoordelen. Daarbij komt dat de vereniging van tuberculoseartsen destijds een vereniging was van gesalarieerde sanatoriumartsen-'ambtenaren'. In het algemeen hadden artsen in dienstverband weinig belangstelling voor

502. Festen, 'Erkenning en registratie van specialisten', 827.

503. De leden waren afgevaardigden van de wetenschappelijke verenigingen van 1. dermatologie en venereologie 2. electrologie en röntgenologie 3. gynaecologie en vrouwenziekten 4. heilkunde 5. interne geneeskunde 6. kno-heelkunde 7. kinderziekten 8. maag- en darmartsen 9. neurologie en psychiatrie 10. oogheelkunde 11. orthopedie 12. pathologische anatomie 13. tropische ziekten 14. urologie; samengesteld uit: De Vink, SRC, 25.

Tabel 17:
Aantal geregistreerde specialisten naar specialisme (zonder mond- en tandziekten) per 1 juli 1931.

chir. ¹	119	chir-gyn	55	gyn-obst.	85
kno ²	98	ooghk.	100	kno/ooghk.	9
huid/geslzt.	110	derm/urol.	4	inw/derm.	1
inw.zkt.	81	maag/darm spijs/stofw. ³	35	inw/kno	1
kinderzkt.	86	gyn/kindzkt	3	inw/kindzkt	1
longzkt. ⁴	62	hart/vaatzkt.	14	long/hart	3
röntg.	35	narcol. ⁴		path/lab/bact.	17
orthop.	15	electrother.	1	fys.ther/voetafw.	4
urol.	13	allerg.zkt.	1	trop.zkt	3
psych/neur.	156	neurochir.	1	seriol/vaccinther.	1

1 incl. de combinatie met orthopedie, urologie of röntgenologie

2 kno- of keel- of oorarts

3 of in andere onderlinge combinatie

4 longziekten, tuberculosearts of astma

Bron: 'Register erkende specialisten', 117-144.

beroepsbelangen. De verenigingen van de longartsen en van de psychiaters, die eveneens vaak in dienstverband werkzaam waren, hadden niet voor niets vroeg of laat aparte verenigingen: één voor de vrijgevestigde en één voor de in dienstverband werkzame longartsen of psychiaters.

De zogenaamde commissie van uitvoering besliste over de erkenning van aspirant-specialisten die zich wilden laten registreren. Deze commissie bestond uit de voorzitter, twee vaste leden en de secretaris. Zij beslisten over de inschrijving, na het advies gehoord te hebben van het lid dat het betreffende specialisme vertegenwoordigde. Bij meningsverschillen schakelde men de voltallige registratiecommissie in. Een afgewezen kandidaat-specialist kon in beroep gaan bij het hoofdbestuur van de NMG.

Registratie was slechts verplicht voor specialisten die zich aan ziekenfondsen wilden verbinden. Van het begin af aan wilden echter alle aanstaande specialisten zich laten registreren. Sinds 1934 konden ook hoogleraren zich laten inschrijven. Specialisten die vóór 1 juli 1931 als zodanig werkzaam waren, konden zich in het register laten inschrijven. Uit de eerste gepubliceerde lijst van erkende specialisten bleken dat er 1118 te zijn (zie tabel 17). In Amsterdam, Den Haag en Rotterdam waren 517 geregistreerde specialisten, in de universiteitssteden Groningen, Leiden en Utrecht 152 en in de rest van het land 500 (zie tabel 10). De toename tot 1941 valt af te lezen uit tabel 28 in bijlage 11.

De erkenning van specialisten had de erkenning van specialismen als neveneffect. Ook dat was een taak van de SRC, die bijvoorbeeld reumatologie als apart specialisme afwees.⁵⁰⁴ De beoordeling van de opgegeven specialismen waarover nog onduidelijkheid bestond was in 1933 nog niet klaar. De lijst vermeldde daarom ook specialismen waar-

504. In 1948 werd reumatologie wel als specialisme erkend; zie: De Vink, SRC, 37.

Tabel 18:
Aantal geregistreerde specialisten per provincie en in vijf grote steden (zonder mondziekten) per 1-7-1931, aantal inwoners per provincie.

	aantal specialisten	inwoners provincie
<i>Groningen, stad</i>	41	
Groningen	2	392.436
Friesland	24	399.659
Drenthe*	7	222.432
Overijssel	64	520.788
Gelderland	91	829.293
<i>Utrecht, stad</i>	69	
Utrecht	18	406.960
<i>Amsterdam</i>	209	
Noord-Holland	127	1.509.587
<i>Den Haag</i>	169	
<i>Rotterdam</i>	114	
Zuid-Holland	70	1.957.578
Zeeland	19	247.606
Noord-Brabant	64	898.386
Limburg	38	550.840

*in Assen

Bronnen: 'Register erkende specialisten', Van der Woude, 'Bevolking en gezin', 22.

Tabel 19:
Aantal inwoners per specialist in 1910 en 1931*

	1910	1931
Groningen	15.620	9160
Friesland	51.360	16.650
Drenthe	—	31.780
Overijssel	21.270	8140
Gelderland	20.630	9110
Utrecht	56.640	4680
Noord-Holland	10.970	4420
Zuid-Holland	10.380	5545
Zeeland	38.750	13.030
Noord-Brabant	56.640	14.040
Limburg	—	14.490

*afgerond

Bronnen: *Geneeskundig Jaarboekje* 1910, 'Register erkende specialisten', Van der Woude, 'Bevolking en gezin', 22.

over nog geen beslissing was genomen. Neurochirurgie stond bijvoorbeeld wel op de lijst, maar werd pas in 1949 als specialisme erkend.⁵⁰⁵ Het specialisme tropische geneeskunde werd al in 1934 als specialisme uit het register geschrapt, omdat het te weinig bestaansrecht had.⁵⁰⁶ De dubbelspecialismen werden in 1939 beperkt tot de vier al eerder genoemde combinaties (zie hoofdstuk 3).⁵⁰⁷ De combinatie kno- met oogheelkunde, die in de periferie nog voorkwam, kreeg geen erkenning meer, zodat deze geleidelijk uitstierf.⁵⁰⁸ Niet gebruikelijke combinaties, zoals interne geneeskunde met kno-heelkunde of een dermatoloog-internist-tropische ziekten werden direct afgeschaft. De specialist in 'astma en astmatische toestanden' zag al in 1932 zijn vak niet meer als specialisme vermeld.

Psychiaters-neurologen waren de grootste groep, gevolgd door chirurgen, dermatologen, oogartsen en kno-artsen. De kinderartsen behoorden eveneens tot deze 'topgroep', ondanks de tegenwerking die zij hadden ondervonden. De verspreiding van specialisten naar de 'periferie' had, zoals gezegd, tot gevolg dat zieken in de eigen regio meer keuzemogelijkheden kregen (zie tabel 18). Het aantal inwoners per specialist varieerde echter sterk (zie tabel 19).

7.9. Een onvoldoende voor de registratie-eisen

Het doel van de registratie was aan een bepaalde bevolkingsgroep, de ziekenfondspatiënten, een zekere garantie te geven dat een arts zich niet onrechtmatig de 'titel' van specialist zou kunnen aanmeten. De commissie ging bij de beoordeling van een registratieaanvraag van de volgende opleidingseis uit: 'een assistentschap van drie jaar aan een universiteitskliniek of ziekenhuis waar behoorlijke gelegenheid tot opleiding in het specialisme bestaat'.⁵⁰⁹ Dat was alles over het 'lespakket'. Welke niet-academische ziekenhuizen deze behoorlijke gelegenheid gaven, werd niet bekend gemaakt. Over de opleider werd niet gerept. De commissie die in 1932 aan het werk ging, beschikte dientengevolge niet over vastgelegde eisen over vaardigheden, kennis en opleider.

De erkenning van een ziekenhuis als opleidingsziekenhuis berustte op vage voorwaarden. De aanduidingen in de concept-voorwaarden als 'goed geoutilleerd', 'in voldoende mate beoefend' en 'eischen te stellen mutatis mutandis', liepen immers niet over van duidelijkheid.⁵¹⁰ Deze voorwaarden waren in de beginjaren van de SRC bovendien niet toegankelijk. Zij werden pas in 1939 gepubliceerd.⁵¹¹ De belangrijkste klinische voorwaarde voor niet-academische ziekenhuizen om door de SRC als opleidingsplaats te worden erkend, bleek het beddenaantal voor een bepaald vak.⁵¹² De SRC moest beoordelen of zij

505. Ibidem, 31, 36 en 68.

506. Ibidem, 31.

507. 'Verslag SRC 1938', 616.

508. Tot 1955 werkte in Den Helder nog de kno- en oogarts Van Waveren; zie: Henkes en Crone, *Een eeuw oogheelkunde*, 61. Ook was er in Haarlem omstreeks 1950 nog een specialist die 'alles aan het hoofd' als 'specialisme' had: mondelinge mededeling van Prof. dr M.J. van Lieburg.

509. '82e alg.verg. (1931)', 4601-4642, 'Register erkende specialisten', 4636.

510. 'Concept-voorwaarden waaraan ziekenhuizen moeten voldoen, om het recht te geven specialisten op te leiden in: (volgen 21 specialismen)', 14-2-1934, bijlage II, De Vink, SRC, 200-201.

511. Archief Ned.Ver.v.Urol., 'Voorwaarden waaraan ziekenhuizen moeten voldoen, om het recht te geven specialisten op te leiden, 20-11-1939'.

512. Archief Dermatologie, 'Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid: Cie Open en Gesloten ziekenhuizen, 21-6-1956'.

een opleiding aan een niet-erkend ziekenhuis kon honoreren. Regelmatig verscheen de mededeling in het *NTvG* om zich in 'twijfelachtige gevallen' eerst in verbinding te stellen met de secretaris van de SRC, alvorens men zich als assistent aan een ziekenhuis verbond. Dit was uiterst belangrijk, want van de erkende ziekenhuizen was al evenmin een lijst gepubliceerd. Die lijst bestond wel, maar diende uitsluitend voor intern SRC-gebruik.⁵¹³

De inschrijving of afwijzing van een specialist was alleen afhankelijk van de erkenning van het ziekenhuis en het driejarig assistentschap. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de SRC niet veel kandidaten afwees. Uit de jaarverslagen over 1932, 1933 en 1934 blijkt dat respectievelijk 'bijna allen' werden toegelaten, een zestal werd afgewezen en een enkeling de raad gegeven een langere, of een aanvullende opleiding in een andere inrichting te volgen. Vanaf 1935 werden nog slechts de aantallen toegelaten specialisten vermeld. Dat waren er tussen 1932 en 1939 totaal 736.⁵¹⁴

Enkele wetenschappelijke verenigingen kregen in de loop van de jaren dertig enige kritiek op de vaag gestelde eisen. Na 1945 kwam de kritiek op de specialistenopleiding in een stroomversnelling terecht.⁵¹⁵

7.10. De wetenschappelijke verenigingen en de specialistenopleiding

Sinds het begin van de jaren twintig hielden enkele wetenschappelijke verenigingen zich bezig met het vraagstuk van de specialistenopleiding. Zij maakten onder andere veel werk van de eerder genoemde enquête, en hoorden daarover vervolgens niets meer van de Specialististenorganisatie. Geleidelijk aan voelden ook andere verenigingen zich betrokken bij opleidingsaangelegenheden. De 'bedreigde' specialismen kindergeneeskunde, orthopedie en inwendige geneeskunde gingen uitgebreid in op de vragen van de SRC. Zo behandelden de kinderartsen niet alleen uitvoerig de vraag van de SRC over de duur van het assistentschap, zij verdiepten zich ook in hetgeen onder een 'volledige opleiding' diende te worden verstaan. Bovendien discussieerden zij over de eisen die aan ziekenhuizen moesten worden gesteld om een erkenning te kunnen krijgen als opleidingsplaats voor aanstaande kinderartsen.⁵¹⁶ Ook de orthopeden bespraken uitgebreid aan welke eisen de afdeling van een ziekenhuis moest voldoen om officieel als opleidingsplaats te kunnen worden erkend. Als uitgangspunten namen zij daarbij het aantal operaties en het aantal nieuwe patiënten in de polikliniek.⁵¹⁷

De Nederlandsche Vereniging van Internisten (NIV) hield zich sinds haar oprichting in 1931 zeer intensief bezig met de opleiding. Bij het opstellen van de opleidingseisen beperkten zij zich niet tot het aangeven van het beddenaantal en de eis dat de opleider een geregistreerde internist diende te zijn. Zij bekeek als enige van de onderzochte groep ook de merites van de klinieken op het gebied van de wetenschappelijke mogelijkheden.

513. De Vink, SRC, 31.

514. De SRC publiceerde haar jaarverslagen in het *NTvG*.

515. Niet alleen vanuit (meer) wetenschappelijke verenigingen, ook ziekenhuizen, faculteiten, overheid en ziekenfondsen mengden zich in de discussies over de nodig geachte herziening van de specialistenopleiding. Alleen de assistenten ontbraken hierbij, maar die waren voorlopig ook niet in een positie dat hun stem werd gehoord.

516. Archief Ned.Ver.v.Kindergenck., 'Notulen vergadering 24-5-24; 21-5-27; 10-7-1932; 8-7-33; 27-11-1938'.

517. Archief Ned.Ver.v.Orth., 'Notulen vergadering 13-5-1934; 12-6-1938; 19-11-1939'.

Zo schreef de NIV in 1933 aan de secretaris van de SRC dat de commissie ook klinische voorwaarden moest stellen aan een ziekenhuis met een internistenopleiding. 'Vooral aan de eisch van de aanwezigheid van een afdeling voor pathologische anatomie menen wij groote waarde te moeten hechten, daar zonder een dergelijke afdeling onzes inziens een goede wetenschappelijke opleiding niet mogelijk is.'⁵¹⁸ De 'voorwaarden' voor een kno- of oogheelkundige opleiding waren daarentegen heel summier: 'Uitsluitend aan Universiteitsklinieken en poliklinieken. Voor beoordeeling buiten die opleiding zal elk geval afzonderlijk moeten worden behandeld.'⁵¹⁹

Na de instelling van de SRC veranderde de positie van de wetenschappelijke verenigingen. Zij waren voortaan mede-verantwoordelijk voor de specialistenopleiding, of zij dit wilden of niet. De SRC was in haar informatieverwerking erg afhankelijk van hun medewerking. Er heerste echter als vanouds per specialisme verschil van inzicht. Wie droeg bijvoorbeeld de verantwoordelijkheid voor de opleiding? Lag deze bij de faculteiten *casu quo* de hoogleraar of moesten zij als wetenschappelijke verenigingen eisen vaststellen?

De betrokkenheid van de verenigingen tot 'SRC-zaken' varieerde ook na de instelling van de registratiecommissie nog sterk. Voortbordurend op het 'eer en fatsoens' begrip hielden bepaalde verenigingen zich nog steeds vrijwel volledig afzijdig, daarbij de verantwoordelijkheid voor de opleiding geheel aan hoogleraar of opleider overlatend. De vereniging van heelkundigen wilde niet door een lid van de vereniging in de SRC vertegenwoordigd zijn. De hoogleraar C.F.A. Koch (1859-1950) vond dat echter toch wel gewenst.⁵²⁰ Hij vertegenwoordigde de vereniging enige jaren *à titre personnel*; bij zijn aftreden in 1939 was hij bijna tachtig jaar. In 1939 wilde de heelkundige vereniging ook over de duur van de opleiding geen oordeel uitspreken, 'doch vele hoogleraren wenschen een inwonend assistentschap van vijf jaar'.⁵²¹ De vereniging van kno-artsen hield zich in deze periode eveneens nog vrij afzijdig. Zij besteedde weinig tijd aan de vraag van de SRC de opleidingseisen tot kno-arts vast te stellen.⁵²²

De wetenschappelijke verenigingen werkten met talloze commissies om 'voorwerk' te doen voor de behandeling van bepaalde vraagstukken. Deze commissies schreven in de regel een rapportje met aanbevelingen. De vereniging van kinderartsen had een commissie om de 'regelen voor de opleiding tot kinderarts' op te stellen en een commissie 'inzake opleiding'.⁵²³ Veel verenigingen stelden een commissie in voor SRC-aangelegenheden om hun afgevaardigde te ondersteunen. Dat was ook nodig, want al spoedig kwamen enkele bezwaren van de regeling naar voren.

In de vooroorlogse jaren ging men er zonder meer vanuit dat academische ziekenhuizen een goede opleiding waarborgden. Nog afgezien van de vraag of dit terecht was, konden deelspecialismen daarvan de dupe worden; te meer omdat er geen echte opleidingseisen waren vastgesteld. De vereniging van urologen tekende aan het eind van de jaren dertig bezwaar aan bij de SRC. Assistent-urologen konden zich niet altijd voldoende in de urologie bekwamen,⁵²⁴ omdat er geen universitaire afdelingen waren die onder leiding stonden

518. Archief Ned.Intern.Ver., 'Brief NIV aan secretaris SRC, 28-5-1933'.

519. De Vink, SRC, 31 en 201.

520. Archief Ned.Ver.v.Heelk, 'Notulen, 9-12-1939'.

521. Brief secr. SRC, schema duur opleidingen, 21-11-1939; De Vink, SRC, 38.

522. Archief Ned.KNO-heelk.Ver., 'Notulen vergadering 1923 en 1933'.

523. Archief Ned.Ver.v.Kindergenk., 'Notulen vergadering, o.a. 24-5-1924, 21-5-1927 en 7-7-1933'.

524. Archief Ned.Ver.v.Urol., Map Oud II, 'Brief aan leden SRC, 1-10-1939'.

van een geschoold uroloog.⁵²⁵ Volgens de urologen werden er daardoor soms onterecht specialisten in het register ingeschreven. De opleidingen tot cardioloog, orthopeed en arts voor maag-, darm- en stofwisselingsziekten hadden met hetzelfde probleem te kampen. Ook daar stonden universiteitsklinieken vaak onder leiding van een 'verkeerde' specialist. De orthopeden waren er tegen dat men als orthopeed kon worden ingeschreven, zelfs na een vijfjarig assistentschap aan een chirurgische kliniek.⁵²⁶ De commissie van uitvoering van de SRC was het echter niet met de urologen en orthopeden eens. 'Een driejarig assistentschap aan een universiteitskliniek gaf rechten, waaraan de commissie niet kan tornen'.⁵²⁷ Nu waren deze deelspecialisten ook in een nadelige positie als er verschil van mening was over beslissingen van deze commissie. Deze commissie bestond eveneens uit 'verkeerde' specialisten: de voorzitter, een chirurg en een internist.

De periode 1940-1945 bracht een intermezzo, waardoor deze kritische kanttekeningen over de specialistenopleiding nog niet in de openbaarheid kwamen. In 1941 werd de NMG, en diens gevolg de SRC, op last van de rijkscommissaris opgeheven. Na 1945 kwamen de eerste aanzetten tot verbetering van het stelsel van de wetenschappelijke verenigingen. De visie op taak en doel van de wetenschappelijke verenigingen bleek volkomen gewijzigd, de verenigingen gingen een sleutelrol spelen in de opleiding. De grootste 'omslag' maakte de vereniging van heelkundigen.⁵²⁸ Deze vereniging, die zich voor 1941 nog verre hield van 'maatschappelijke' belangen, was de eerste vereniging die een zogenaamde visitatiecommissie instelde (1948).⁵²⁹

Aan de hand van de gegevens die de SRC van de wetenschappelijke verenigingen had ontvangen, stelde zij in 1951 een lijst op met eisen waaraan opleiders, ziekenhuizen en assistenten moesten voldoen. Pas in 1955 keurde het hoofdbestuur van de inmiddels Koninklijke NMG deze lijst goed.⁵³⁰ De veranderingen verliepen ook daarna niet zonder de nodige problemen. De bevoegdheden van de SRC werden daarbij doorkruist en ook andere, als KNMG en faculteiten, voelden zich gepasseerd. Daarbij bestond er geen consensus over wie er voor de opleiding verantwoordelijk moest zijn, over een eventueel af te leggen examen en over de duur van de opleiding. Faculteiten en overheid gingen zich ermee bemoeien en zo duurde het uiteindelijk tot 1960 voor er een nieuwe structuur was gevonden.⁵³¹

525. Ook de voorwaarden waaraan een (niet-academisch) ziekenhuis moest voldoen om als opleidingsziekenhuis voor urologie te kunnen dienen waren vaag: 'Opleiding aan een goed ingerichte chirurgische kliniek, waar dit speciale onderdeel in voldoende mate beoefend wordt', De Vink, SRC, 200.

526. Archief Ned.Ver.v.Orth., 'Notulen vergadering van onder meer 12-6-1938'.

527. Archief Ned.Ver.v.Urol., Map Oud II, 'Brief Westra, lid commissie van uitvoering, aan NVvU, 8-10-1939'.

528. In 1947 hoorde men echter nog wel de mening dat de vereniging een zuiver wetenschappelijke vereniging was, die zich niet met sociale zaken behoorde te bemoeien. Archief Ned.Ver.v.Heelk., 'Algemeen, 13-4-1947'.

529. In 1950 werd dit algemeen ingevoerd, De Vink, SRC, 67.

530. Ibidem, 77, 80-82.

531. In 1961 werd het 'Centraal college voor de erkenning en registratie van medische specialisten' opgericht. De taak van dit college werd het opstellen en bijstellen van opleidingseisen voor alle medische specialisten, het vaststellen van de duur van de onderscheiden opleidingen en het oordelen over het eventueel erkennen van nieuwe specialisten. De SRC werd verantwoordelijk voor de registratie van specialisten en de bewaking van de kwaliteit van de opleiding aan de hand van door de Concilia van de wetenschappelijke verenigingen uitgevoerde visitaties, waarbij de opleidingseisen als leidraad dienen.

De Vink concludeert, dat de kwaliteit van de opleiding van specialisten nu was gewaarborgd en de uitvoering in handen was van organisaties waarin de partijen zich konden vinden.⁵³² Daaraan kan nog één 'maar' worden toegevoegd. De nadruk lag op opleider, opleidingsinstituut en opleidingsduur. Leerdoelen, toetsing en nascholing kwamen nog steeds niet, of veel minder, aan bod.

7.11. Besluit

De NMG handhaafde tot 1931 de onbevredigende situatie van de bevoegdheid van specialisten, onder verwijzing naar de problemen die een regeling met zich zou meebrengen. De instelling van de specialistenregistratie falsificeerde dit motief. Al sinds 1913 lag een 'blauwdruk' klaar waarover weinig verschil van mening bestond in de NMG: assistentschap, duur daarvan en registratie.

Het voornaamste probleem bleek de NMG zelf. Zij had de neiging zaken op de lange baan te schuiven, zolang er geen bedreigende situatie voor de huisartsen ontstond. De NMG kwam vaak pas tot actie als er politieke inmenging dreigde. In de opleidingskwestie waren beide voorwaarden aanwezig. Ook hierin wilde men de huisarts ontzien: het regelen van de bevoegdheid van specialisten had gevolgen voor de bevoegdheid van huisartsen en de regering leek serieuze plannen te hebben zich met deze kwestie te gaan inlaten.

De NMG gaf de bevoegdheid van specialisten niet alleen geen prioriteit, zij vond het ook onbelangrijk. Zoals ook nog in het slothoofdstuk ter sprake zal komen, stelde de garantie (aan de ziekenfondspatiënten) weinig voor. De belangrijkste waarborg die de registratie gaf, was dat een geregistreerd specialist een bepaald aantal jaren assistent was geweest en dat hij zich beperkte tot een erkend specialisme.

Indien de SRC een soort eindstation was geweest op de opleidingsweg van specialisten, zou er op deze werkwijze niet zoveel aan te merken zijn geweest. Het spoor dat naar dat station leidde, was echter niet bekend. In hoeverre nam een opleider de taak op zich de aspirant-specialist te beoordelen op zijn geschiktheid voor het vak? Kon de opleider met recht een opleider worden genoemd? Waren er wel leerdoelen? Werd een specialist-in-opleiding wegens eventuele ongeschiktheid door de opleider 'naar huis gestuurd'? Welke garantie geeft het aantal bedden in een ziekenhuis over de kwaliteit van de geneeskunde in dat ziekenhuis?

De wijze waarop de opleiding van specialisten werd gerealiseerd, bevorderde de 'omslag' van de wetenschappelijke verenigingen, van min of meer elitaire verenigingen naar verenigingen met vakgerichte verantwoordelijkheden.

532. Zie voor een uitvoerige beschrijving: De Vink, SRC, 53-94.

6 – *Specialist – specialisme*

MANIFESTATIE 1890-1920 – CONSOLIDATIE 1920-1941

In dit boek is uiteengezet hoe de vestiging van de stand van medisch-specialisten plaatsvond in voortdurende interactie met andere medici, de NMG, overheid, financiers en directies van instellingen in de gezondheidszorg. Daarbij zijn twee periodes te onderscheiden: een periode waarin specialisten zich nadrukkelijk manifesteerden en een periode van hun consolidatie in de gezondheidszorg.

MANIFESTATIE 1890-1920

Sinds omstreeks 1890 vestigden zich in de grote steden 'vrij-gevestigde' specialisten. Hun aantal is tot omstreeks 1910 niet exact aan te geven. Specialisten manifesteerden zich met een praktijkvoering die verschilde van de praktijkvoering van huisartsen: specialisten beperkten zich voornamelijk tot een onderdeel van de geneeskunde en hielden spreekuur in een aparte locatie, de polikliniek. Deze poliklinieken voor armen en minvermogenden waren een succes.

In de NMG en NMG-afdelingen bracht de komst van specialisten en hun poliklinieken echter onrust en verwarring. Het probleem van deze poliklinieken was niet gelegen in de geneeskundige merites van deze instellingen, maar in de dreiging die daarvan uitging voor de praktijk van de huisarts. In die tijd was de huisarts dé arts voor zowel armen en minvermogenden als voor particulieren; incidenteel werd een hoogleraar geconsulteerd. Specialisten verstoorden deze 'tweedeling'. Huisartsen wilden met definitie en centrale afspraken de nadelige gevolgen van deze ontwikkeling indammen. Aangezien huisartsen in de NMG een dominante positie innamen, was elke vorm van regulering door de NMG bijna vanzelfsprekend nadelig voor specialisten. Ziekenfondsen en hun patiënten speelden in deze controverse tussen huisartsen en specialisten een centrale rol. De rijksoverheid nam in deze periode nog geen concrete maatregelen op het gebied van de specialistische hulp. Wel zette de voorbereidingen voor een ziekenfondswetgeving de NMG aan tot vergaande acties om zo de positie van de huisarts veilig te stellen.

Specialisten streefden vóór 1920 bewust naar autonomie. De verwevenheid van de specialisten met en hun afhankelijkheid van het NMG-beleid in belangenkwesties, de financieringsproblematiek van de specialistische hulp en de divergerende belangen van specialisten onderling, zijn factoren waarvan men zou verwachten dat zij een remmende invloed op de opkomst van specialisten zouden hebben gehad. In werkelijkheid heeft geen van deze factoren die ontwikkeling kunnen tegenhouden. De samenbundeling van specialisten ontstond als reactie op maatregelen van derden. Degenen die in dit 'samenbundelingsproces' tot actie opriepen, waren huisartsen, NMG, ziekenfondsen, ziekenfondspatiënten en ziekenfondswetgeving. In 1920 is er sprake van een gevestigde stand van specialisten.

NMG, specialist en specialisme

In de NMG werd tussen 1890 en 1920, de eerste periode die dit proefschrift beschrijft, veel gediscussieerd over specialisten. Ondanks alle woorden die men aan deze kwestie besteedde, heerste in de NMG onduidelijkheid over specialisten, specialismen, 'titel', nut, praktijkvoering en status in de NMG. De huisarts was lang niet altijd overtuigd van de meerwaarde van specialisten. Nu konden zij daarover zelden objectief oordelen, omdat erkenning van specialisten en specialismen voor hen nadelig kon zijn. Dat betekende een inkrumping van de huisartsenpraktijk, die toch al onder druk stond, omdat er steeds meer artsen bijkwamen. Bij deze concurrentie tussen huisartsen onderling, bleek de specialist een nieuw soort concurrentie met zich mee te brengen: die tussen 'algemeen' en 'speciaal': huisartsen en specialisten hadden een gescheiden horizon.

Daardoor is het ook begrijpelijk dat er in de NMG geen consensus bestond over wie nu precies als specialist moest worden beschouwd. De opvattingen daarover liepen uiteen naarmate men zelf huisarts was of specialist. In 1902 besloot de NMG de ziekenfondscontracten, waarin ook in poliklinische specialistenhulp was voorzien, zoveel mogelijk gezamenlijk in de afdelingen te sluiten. De afdelingen bepaalden welke specialisten en specialismen tot de contracten werden toegelaten. Dat maakte de belangentegenstellingen tussen huisartsen en specialisten pijnlijk zichtbaar. Het verhevigde tevens de behoefte aan een definitie van een specialist. Een uniforme begripsbepaling was echter ook niet mogelijk, omdat de NMG-leden de begripsbepaling als middel zagen om hun belangen te verdedigen.

De huisartsen wilden een definitie die op de praktijkvoering van specialisten was gericht. Anders gingen zij niet akkoord met de opnemings van specialistische hulp in de ziekenfondscontracten. De NMG motiveerde haar behoefte aan een definitie met het argument, dat zij daarmee een geneesheer kon weren die zich onterecht specialist noemde. Het blijkt dat dit geen overtuigend motief was, want geen enkel definitievoorstel ging over bevoegdheid *casu quo* deskundigheid. De definities richtten zich louter en alleen op de praktijkvoering.

Specialisten die een definitie nodig oordeelden, wilden daarmee vooral de zogenaamde halfspecialisten weren. Niet iedere 'specialist' beperkte zich namelijk tot een onderdeel van de geneeskunde. Dat leverde allerlei variaties aan halfspecialisten op. Deze halfspecialisten droegen eveneens bij aan de onduidelijkheid rondom specialisten. In hoofdstuk 1 is de auteur Jaspers genoemd, die van mening is dat er vóór 1931 (de instelling van de specialistenregistratie) zelfs helemaal geen specialisten waren. Dit onderzoek relateert zijn stellingname dat er uitsluitend halfspecialisten waren. Het toont dat er in de periode

1890-1920 wel degelijk specialisten waren, ondanks de voorbeelden die er zijn aan te halen van specialisten die in meerdere of mindere mate andere paden dan die van hun specifieke vak betraden. Het aantal halfspecialisten bleek niet groot.

Halfspecialisten kwamen in de NMG zo vaak ter sprake, dat daardoor de indruk kan ontstaan dat het om een groot aantal ging. Zij waren een nog grotere concurrentie voor de huisartsenpraktijk dan specialisten. Kinderartsen die tevens de huisarts van kinderen waren, duchtten de huisartsen het meest. Zij bleken sinds 1900 het grootste beslag op deze titel te leggen. De verhouding tussen kinderartsen en huisartsen was slecht en deze kwestie hield de NMG jarenlang in beroering. Bovendien kwamen halfspecialisten elke keer ter sprake wanneer er opnieuw over een definitie, ziekenfondscontracten of de bevoegdheid van specialisten werd gesproken.

De nog flexibele begrenzing tussen generalistische en specialistische verrichtingen, maakte de specialist in de grote steden in het begin van de twintigste eeuw niet tot huisarts-specialist. Een specialist hield zich voornamelijk bezig met zijn specifieke vak(ken). In de grotere afdelingen kwam dat mede door de beperkende bepalingen die de NMG-afdelingen hanteerden bij de collectieve ziekenfondscontracten. In de periferie konden echter in de periode 1900-1920, naar de mening van zowel specialisten als huisartsen, halfspecialisten niet worden gemist. Daar waren echter niet veel specialisten gevestigd. Bovendien werd daar tot ver in de jaren twintig voor een groot deel in de behoefte aan chirurgen, oog- en kno-artsen voorzien door de zogenaamde reizende specialisten.

Om dezelfde redenen als bij de definitie van specialisten, was de erkenning van specialismen een thema dat verwarring en onduidelijkheid bracht in de NMG. Rond 1900 was er geen wettelijke of anderszins vastgelegde regulering voor de erkenning van specialismen. Tot de invoering van het Academisch Statuut (1921) gaven de universiteiten daarover ook geen uitsluitsel. De eerste specialismen ontstonden in (categorale) klinieken en specialistische poliklinieken, pas in een later stadium kregen deze specialismen een bij wet geregelde leerstoel aan de universiteiten.

De collectieve ziekenfondsovereenkomsten vroegen niet alleen om een definitie, de NMG-leden wilden daarvoor tevens een richtlijn hebben welke specialismen zij tot het contract moesten toelaten. De NMG stelde daartoe een lijst op van 'erkende' specialismen voor ziekenfondspatiënten. Dat leverde eveneens een breed spectrum op aan variaties in de afdelingen. De plaatselijke afdelingen bepaalden welke specialismen zij tot de collectieve ziekenfondscontracten toelieten. Zo ontstond de situatie dat in de ene afdeling een bepaald onderdeel van de geneeskunde voor ziekenfondspatiënten wel, en in de andere afdeling geen specialisme was. Dat had repercussies voor de niet-toegelaten specialisten en voor ziekenfondspatiënten. Zij kregen van hun verzekering een specialistisch aanbod dat afweek van armenzorg- en particuliere patiënten.

Volgens de NMG was haar 'erkenning' van specialismen gebaseerd op wetenschappelijke overwegingen. Dit onderzoek brengt echter andere motieven aan het licht. In de NMG voerde men geen (openbare) wetenschappelijke discussies over welke mate van gecompliceerdheid, vaardigheden en kennistoename leidde tot de afscheiding in een specialisme. Nergens werd omschreven wat precies een onderdeel was van de geneeskunde en welk onderdelen voor specialisatie in aanmerking kwamen. Evenmin kwam de vraag aan bod waarop de erkenning van specialismen was gebaseerd. Het nader specificeren van criteria voor de erkenning van vooral geneeskundige specialismen, werd ook vrijwel onmogelijk

gemaakt door de veelal verborgen criteria die men daarbij hanteerde. In werkelijkheid bepaalden ook geen wetenschappelijke criteria deze erkenning, maar acceptatie. Want in de praktijk bleek de NMG de specialisatie niet zonder meer te aanvaarden. De acceptatie was mede afhankelijk van de dreiging die een specialisme op de praktijk van de huisarts uitoefende, de 'sociale status' van een ziekte waaromheen een specialisme ontstond, en de mate van besmettelijkheid van de ziekte. De grenzen van de specialismen en deelspecialismen waren niet omschreven. Wie wát deed, hing af van wie plaatselijk 'de grootste mond' had. De grenzen van algemene geneeskunde en specialisme waren evenmin omschreven, maar hier was de specificatie gecompliceerder. Dit was niet alleen mede afhankelijk van de kennis en kunde van de plaatselijke huisartsen, maar ook van de dynamiek van de wetenschap.

In dit onderzoek bleken de problemen over definitie en erkenning exponenten van de problematiek van centrale regelingen in de NMG. Het aantal specialisten, specialismen, voorzieningen, ziekenfondsen en afdelingsregelingen verschilde per NMG-afdeling dermate, dat een 'centraal' beleid slechts met vele voorbehoudsclausules kon worden geformuleerd. In theorie voerde de koepelorganisatie een centraal beleid, in de praktijk was dat vrijwel niet herkenbaar. De leden waren, als het erop aankwam, niet geporteerd van algemene regelingen die te weinig rekening konden houden met hun eigen inzichten en belangen. De theorieën van de standsorganisatie kregen geen kans door het praktijkdenken van betrokkenen.

Toename van het aantal specialisten

In hoofdstuk 1 is gesteld dat er in 1890 nog nauwelijks sprake was van specialisten en dat er in 1941 een grote, georganiseerde en duidelijk herkenbare groep specialisten was. Als mogelijke verklaringen voor de snelle toename van specialisten en hun consolidatie in de gezondheidszorg werden de technologiethese, de concurrentiethese en in het verlengde daarvan de marktthese genoemd. Het bleek dat hedendaagse onderzoekers kritiek hebben op de technologiethese als verklaring voor de snelle toename van het aantal specialisten. De hypothese werd daarbij geformuleerd dat niet alleen de technologiethese geen voldoende verklaring biedt, maar dat dit ook geldt voor de concurrentie- en de marktthese. Dit onderzoek maakt duidelijk dat door het 'overschot' aan artsen en de gerichtheid op concurrentie en marktwaarde als verklaring voor de snelle toename van specialisten, andere determinerende factoren onderbelicht blijven. Het toont dat voor de opkomst van specialisten(men) zelden een monocausale verklaring is te geven, en dat de verklaring mede specialisme-gebonden is.

Wanneer de technologiethese centraal staat, kan men een onderscheid verwachten tussen specialismen waarvan de opkomst is gekoppeld aan een nieuwe technologie en de andere specialismen die zich daarop niet kunnen beroepen. Er was inderdaad sprake van een zekere hiërarchie. Vooral heelkundige specialismen, zoals chirurgen, kno-artsen en vrouwenartsen, maakten gebruik van deze technologie. Zij stonden hoger op de 'ranglijst' dan de geneeskundige specialismen. Deze kwestie is echter gecompliceerder. Andere belangrijke criteria voor de plaats op de 'ranglijst' waren inkomen en behandelingsresultaten, maar ook het aantal particuliere en ziekenfondspatiënten van een praktijk. Een groot aantal ziekenfondspatiënten was geen aanbeveling. Dat kon afhankelijk zijn van

het ontberen van relaties, maar ook van het specialisme, zoals bij tuberculoseartsen. Deze hadden niet alleen veel ziekenfonds- en andere laagbetaalde patiënten, tuberculoseartsen behaalden bovendien weinig spectaculaire resultaten. Heelkundige specialisten konden in het algemeen hogere tarieven vragen dan geneeskundige specialisten; zij konden ook bogen op meer direct zichtbaar resultaat.

In deze studie bleek dat, ondanks de kritiek erop, de technologiethese als verklaring voor de snelle toename van specialisten(men) niet geheel terzijde kan worden geschoven. Voor alle specialismen zijn argumenten voor de technologiethese aan te voeren. Tot de inwerkingtreding van het Academisch Statuut waren huisartsen niet opgeleid in de speciale vakken. Specialisten in een onderdeel van de geneeskunde, zoals kinderartsen, internisten, maag-darmartsen en tuberculoseartsen, hadden op hun vakgebied meer kennis – die bovendien op recente inzichten was gebaseerd – en meer ervaring dan de huisarts. Bij heelkundige specialisten, zoals oogartsen, oorartsen, vrouwenartsen en chirurgen, waren naast kennis en ervaring ook specifieke vaardigheden vereist met onder andere instrumentarium. Gritzer en Arluke typeerden deze instrumenten weliswaar als ‘rudimentair’ (hoofdstuk 1), maar in de onderhavige studie bleek dat dit destijds niet als zodanig werd ervaren. Medici vonden deze instrumenten zo moeilijk te hanteren dat alleen de ervaren (deel)specialist daarvan gebruik maakte. Bovendien was de aanschaf van deze instrumenten voor de huisarts niet economisch.

Als verklaring voor de snelle opkomst van specialisten(men) zijn er ook argumenten die de concurrentie- en marktthese ondersteunen. Specialisatie kon een geducht concurrentie-instrument zijn. Deze concurrentie uitte zich vooral in de ‘meerwaarde’ van specialisten en in hun behandeling in poliklinieken waar zij zichtbare resultaten konden bereiken. Zowel specialisten met de nieuwste ‘technologische snufjes’ als bekende specialisten in een onderdeel van de geneeskunde trokken van heinde en verre patiënten naar hun poliklinieken. Het ziekenhuiswerk kwam pas op de tweede plaats, chirurgen en ‘internisten’ brachten daar nog de meeste tijd door. Bekende heelkundige specialisten trokken patiënten door de resultaten van grote operatieve ingrepen en geneeskundige specialisten door de naam die zij hadden op het gebied van klinische behandelingen.

Vervolgens komt concurrentie in beeld door de ‘overvulling’ van het huisartsenberoep in de grote steden. Het andere alternatief, vestiging als huisarts in de ‘periferie’, was minder aantrekkelijk, zowel financieel als qua ‘status’ in de medische wereld. Concurrentiemotieven hoefden overigens niet alleen de keuze tussen huisarts of specialist te beïnvloeden. In de periode van de manifestatie kon een chirurg nog ter plaatse beslissen dat hij zich als vrouwenarts of uroloog ging vestigen.

De concurrentiethese en het marktmodel lijken hierdoor een waardevolle verklaring, maar hoe kan men de gratis of vrijwel gratis hulp van specialisten aan het merendeel van de zieken met deze thesen verklaren? De conclusie van dit onderzoek moet immers zijn dat voor de belangrijke groep van ziekenfondspatiënten, andere minvermogenden en leden van belangrijke ziektekostenverzekeraars, waaronder het spoorwegfonds, vestiging als specialist géén ‘tarievenkwestie’ was. In het geheel genomen, waren deze tarieven voor de specialistische hulp (veel) lager dan de huisartsentarieven. Het merendeel van de ziekenfondsen – de AAZ-fondsen en de ziekenfondsen waarmee een collectief contract werd aangegaan – honoreerde alleen de poliklinische hulp. In de steden werden de overgekomen tarieven bovendien slechts gedeeltelijk uitbetaald. De ziekenhuisverplegings-

verenigingen brachten wat de honorering betreft niet veel verbetering. Vooral de verenigingen buiten de 'randstad' vergoedden, op enkele uitzonderingen na, behalve de chirurg geen specialistische hulp.

Nu kan men de concurrentiethese om deze redenen alleen niet terzijde schuiven. Ziekenfondspatiënten waren niet de enige patiënten, bovendien waren zij niet 'eerlijk' verdeeld over de specialisten(men), en als in een NMG-afdeling ruimte was voor een bepaald specialisme, kon dat betere financiële vooruitzichten bieden dan een huisartsenpraktijk. Dat gold zeker voor de heekkundige vakken.

Voor de interne specialismen schieten concurrentiemotieven als verklaring echter tekort. Weliswaar was er veel vraag naar deze specialisten, maar hun toename is niet voldoende – en wellicht zelfs helemaal niet – verklaard vanuit concurrentie of marktwaarde. Door het grote aantal minvermogenden (ziekenfondspatiënten, kleine middenstand, lagere ambtenaren), betekende 'vraag' niet dat er tevens financiële mogelijkheden waren. Bepaalde specialismen waren niet aantrekkelijk. Financieel niet – zoals kinderartsen en maag-, darmartsen – of anderszins niet – zoals tuberculoseartsen en specialisten voor huid- en geslachtsziekten –. Daarenboven verhult de nadruk op 'keuze' dat artsen niet altijd in de omstandigheid verkeerden een keuze te kunnen maken tussen een praktijk als huisarts of als specialist. Men moest over de nodige financiën beschikken voor de 'opleiding' tot specialist en men moest over specifieke vaardigheden beschikken. Dat laatste ging aan de keuze vooraf: ook daardoor kon niet iedere medicus kiezen voor die specialismen die uit financiële overwegingen aantrekkelijk waren, zoals chirurgie en kno-heelkunde.

Samenvattend kan de snelle toename van het aantal specialisten(men) in zowel de heekkundige als de interne vakken als volgt worden verklaard. Specialisatie werd gestimuleerd door een complex aantal factoren, hetgeen men slechts ten dele kan uitleggen met toenemende kennis en technologie, concurrentie, vraag en marktwaarde. Daaraan wil ik toevoegen: belangstelling én de capaciteiten voor het vak, sociale overwegingen, hiaten in de algemene opleiding, behandelingsresultaten en 'toeval'. Het bleek bovendien dat de éniige drijfveer voor specialisatie kon zijn: liefde voor het vak, het behandelingsresultaat, sociale overwegingen of een combinatie daarvan.

De polikliniek, basis van het succes van specialisten

Specialisten werkten in poliklinieken voor armen en minvermogenden, spreekuren aan huis of -voor particuliere patiënten – bij de patiënt thuis, als consulent van de huisarts en verder in algemene en categorale ziekenhuizen. Met uitzondering van een chirurg en eventueel internist, was een ziekenhuis nog niet het specifieke werkterrein van specialisten. Bovendien gingen onder die noemer een groot aantal van elkaar verschillende instellingen schuil. In de periode van hun manifestatie was de vraag naar specialisten zelfs in moderne ziekenhuizen nog gering. Daar werd in verhouding slechts een klein aantal patiënten langdurig verpleegd, zodat specialisten daar nog niet veel kennis en ervaring konden opdoen. In categorale ziekenhuizen kon dat wel, maar daarvan waren er te weinig om specialisten veel mogelijkheden te bieden.

Deze studie voegt interessante gegevens toe over de polikliniek. Ten eerste als zijnde het belangrijkste werkterrein van specialisten. Vervolgens als het centrum waar alle in dit

onderzoek als significant naar voren gekomen processen en ontwikkelingen samenkwamen. De 'extramurale' poliklinieken waren eenvoudig van opzet en het eigendom van een specialist of van een aantal specialisten. Het maakte het werken in zoverre gemakkelijk dat er geen inmenging van derden was; specialisten konden zich met hun polikliniek beperken tot een manifestatie.

In hoofdstuk 1 is gesteld dat specialisten met de polikliniek als het ware een nieuwe infrastructuur in de gezondheidszorg creëerden, die aan hun eisen tegemoet kwam: een groot aanbod van patiënten met klachten op hun specifieke aandachtsgebied. Daarmee bundelden specialisten in hun poliklinieken tevens de vraag. Door de combinatie met een lage toegangsdrempel, gratis of voor een gering bedrag, kregen zij voldoende 'materiaal' om kennis en ervaring op te doen. Mijns inziens bevestigt de nadruk die specialisten op deze scholingsfunctie legden, de indruk dat een deel van de specialisten er niet was voor de patiënten, maar de patiënten voor de specialist.

Zoals zoveel in de 'geschiedenis van specialisten', is de beoordeling of de oprichting van de poliklinieken een belangeloze daad was van specialisten, afhankelijk van de visie waaruit men dit bekijkt. Door dit stelsel kreeg een grote bevolkingsgroep toegang tot een belangrijke voorziening van de gezondheidszorg. Nu hadden specialisten deze groep patiënten weliswaar nodig, maar dat was niet hun enige drijfveer. Zij verwachtten met de reputatie van hun polikliniek een particuliere praktijk te kunnen opbouwen. Wanneer men vooral dit laatste wil accentueren, behoorden de onkosten van de polikliniek en de 'gratis' hulp tot de post noodzakelijke verwervingskosten.

Poliklinieken trokken van heinde en verre grote aantallen patiënten, die voor betrekkelijk eenvoudige tot meer ingewikkelde aandoeningen werden behandeld. De pijlers waarop het succes van poliklinieken was gebouwd, waren in ieder geval specialisten, de scholingsfunctie en de 'supporters': patiënten en subsidieverstrekkers. Patiënten zochten het in een polikliniek niet alleen 'hogerop'. Een polikliniek was ook een alternatief voor opname in een (gemeente)ziekenhuis, zolang die instelling bij armen en minvermogenden nog het imago van 'dodenhuis' had.

Een goede polikliniek kostte echter geld en de uitgaven namen alleen maar toe. Grotere poliklinieken konden niet overleven, tenzij zij een financiële ondersteuning kregen via giften, legaten of subsidies. De particuliere ondersteuning die poliklinieken vooral in de twee decennia rond de eeuwwisseling kregen, paste in de negentiende-eeuwse cultuur van armen- en ziekenzorg: het waren goedkope en eenvoudige voorzieningen met een honoraire dienstverlening en gefinancierd door goeuden. Gemeentelijke subsidies aan poliklinieken vloeiden voort uit de taak van de gemeente. Eén van de overwegingen bij het geven van een subsidie, was de toenemende belangstelling voor het economisch nut van arbeiders. Het duurder worden van de klinische hulp was nog een reden te meer de veel goedkopere poliklinieken te steunen. Het verstrekken van een subsidie aan een polikliniek, was voor armen- en gemeentenbesturen – en als de polikliniek een regionale functie vervulde provincies – uit budgettaire overwegingen te prefereren boven een ziekenhuisopname. Bovendien kampten de meeste gemeenteziekenhuizen met een beddentekort.

Daarmee kregen de poliklinieken belangrijke, officiële supporters. Deze ondersteuning was voor specialisten van groot belang. De huisartsen wilden de stroom patiënten naar specialisten indammen met een verwijfsbriefje voor de polikliniek en door slechts een beperkt aantal specialismen toe te laten tot de collectieve ziekenfondscontracten. Bovendien wilden zij dat het poliklinische werk zich beperkte tot uitsluitend consulta-

tief. Hoogleraren, die het 'onderwijsbelang' geschaad achtten door de poliklinieken, beperkten zich in hun tegenwerking vooral tot het niet nakomen van afspraken over de 'verdeling' van de patiënten. Specialisten streefden naar een vrije toegang tot de polikliniek en een honorering voor die diensten. Het collectieve specialistenbelang beperkte zich tot 1920 nog voornamelijk tot deze twee kwesties. Zij bleken echter niet bij machte deze belangen op een bevredigende manier te verdedigen.

Dit alles maakt dat de polikliniek niet alleen moet worden gezien als een medische instelling. (Een populaire instelling, want daarop kan niet genoeg de nadruk worden gelegd: specialistische hulp was zeer gewild bij patiënten, gemeenten en een deel van de ziekenfondsen.) Het was een sociale voorziening, een 'opleidingsinstituut', een voorziening die de NMG dwong zich te bemoeien met tijdrovende en ingewikkelde kwesties; een voorziening die interactie met verzekeraars in gang zette; een voorziening die de belangen van de diverse groeperingen van de NMG aan het licht bracht; een voorziening die alle aandacht richtte op de ziekenfondspatiënt: de polikliniek wás de manifestatie van specialisten. De polikliniek droeg in belangrijke mate bij aan het succes van specialisten, door hun specifieke praktijkvoering in de poliklinieken en door de behandelingsresultaten.

De bloeiperiode van de 'extramurale' poliklinieken nam af na 1920. Door de toename van moderne ziekenhuizen (met poliklinieken) kwamen meer scholingslocaties beschikbaar en de toenemende kosten van een polikliniek maakten de exploitatie steeds bezwaarlijker. In hoofdstuk 1 is de vraag gesteld in hoeverre deze overgang naar ziekenhuispoliklinieken een wijziging markeerde in de negentiende-eeuwse opvattingen over armen- en ziekenzorg. Mijn conclusie is dat na de Eerste Wereldoorlog deze opvattingen voor specialisten definitief verleden tijd waren geworden. Specialisten gaven daarmee te kennen, de inmiddels gebruikelijke honoraire dienstverlening voor de poliklinische hulp niet meer te willen accepteren.

NMG en de bevoegdheid van specialisten

Specialisten vertegenwoordigden een bepaalde 'meerwaarde'. Zelf legden zij sterk de nadruk op hun grotere vaardigheid in het hanteren van een bepaald instrument of op hun kennis en ervaring bij het stellen van een specifieke diagnose. Hun behandeling en diagnose waren bovendien op recente wetenschappelijke inzichten gebaseerd. De 'titel' specialist was in deze periode niet gebonden aan formeel gestelde voorwaarden. Als referentie voor de toereikendheid van de genoten 'opleiding' gold een assistentschap. Het criterium voor het specialist-zijn was het houden van een polikliniek. De NMG was de meest voor de hand liggende instantie om het optreden van specialisten te formaliseren. Zij stelde zich echter op het standpunt dat 'specialisten' die misbruik van de titel maakten, door de concurrentie vanzelf zouden verdwijnen.

De neiging van NMG en suborganisaties om controversiële zaken zoveel mogelijk op de lange baan te schuiven, hetgeen op zichzelf begrijpelijk was, kon nadelige gevolgen hebben voor de individuele specialist. Het kon bezwaarlijk zijn dat er geen uniforme en op schrift gestelde eisen waren over het 'te goeder naam en faam' bekendstaan. De 'eisen' werden vereenvoudigd, wanneer de voorkeur voor een bepaalde specialist berustte op een relationele of confessionele voorkeur. De 'eisen' konden ook worden verzwaard bij een plaatselijke 'overvulling' of in economisch moeilijke tijden, zodat het ontbreken van

regelgeving als een verkapt vestigingsbeleid kon dienen. Daarmee verviel zelfs de schijn van objectiviteit bij de beoordeling over de bevoegdheid van een specialist.

In hoeverre specialisten zich niet naar 'eer en fatsoen' van de stand gedroegen door zich 'te weinig' in het speciale vak te bekwamen, is niet nagegaan in juridische publicaties. NMG- en andere relevante bronnen geven daarover geen uitsluitsel. Het was óf inderdaad niet zo'n groot probleem óf men diende daarover geen klacht in bij de NMG of Specialistenorganisatie. Het archief van de Specialistenorganisatie geeft slechts een enkel voorbeeld. Tijdgenoten wezen steeds op het bestaan van niet voldoende gekwalificeerde specialisten. Zij haastten zich echter eraan toe te voegen dat het er niet zoveel waren. In het *NTvG* worden daarover slechts enkele opmerkingen gemaakt, maar alleen in vage termen als 'zo hier en daar' en 'het komt voor'. In hoeverre de weinige verwijzingen een kwestie was van 'tactiek' – wanneer men zei dat het een groot probleem was, moest daaraan iets worden gedaan – is niet te achterhalen. Erg waarschijnlijk lijkt dat niet. Verreweg het merendeel van de klachten dat bij de NMG of plaatselijke afdelingsraden werd ingediend, ging over de hoogte van de declaratie.

In principe kon iedere huisarts inderdaad een bordje op de deur timmeren met alle mogelijke 'specialismen' daarop vermeld. Maar hoe kwam hij aan patiënten, uitgezonderd dan degenen die zich aangetrokken voelden door deze 'reclame'? De plaatselijke huisartsen zouden hem niet bij hun patiënten aanbevelen, in ziekenhuizen met een vaste staf kwam hij niet aan bod, voor een aanstelling bij de spoorwegen en gemeente had hij 'voorspraak' nodig, voor een ziekenfondsovereenkomst die collectief in de afdeling werd afgesloten, had hij de medewerking van de plaatselijke collega's nodig.

Deze sancties ontmoedigden in ieder geval het misbruik. Bovendien kon een niet voldoende gekwalificeerde specialist struikelen over de drempels die plaatselijke specialistenverenigingen en wetenschappelijke verenigingen opwierpen. Deze beperkingen betekenden niet, dat misbruik was uitgesloten en nog minder dat er geen kritiek mogelijk was op de 'kwaliteit' van specialisten. Als een niet-gekwalificeerde 'specialist' buiten de sancties en instellingen om toch een praktijk wist op te bouwen, waren er echter geen mogelijkheden om hem dat te beletten.

Dat kan echter niet alléén worden toegeschreven aan de niet-gereguleerde opleiding-tot-specialist. De hele maatschappelijke context, waarin specialisten functioneerden, werkte daaraan mee, zoals relaties, vriendjespolitiek, de afhankelijkheid van elkaar door de verwijzingen, aanbevelingen, toekenningen van spoorweg- en bepaalde andere functies die in trek waren, en het beleid van vooral confessionele ziekenhuizen.

De NMG vond een regulering van de bevoegdheid van specialisten niet urgent. In eerste instantie motiveerde zij haar standpunt door te verwijzen naar de positieve kanten van de concurrentie. Na 1910 gaf zij als motief dat een regulering onoverkomelijke problemen zou opleveren voor de eenheid van stand én de bevoegdheid van de huisarts. Zij hield vast aan het 'te goeder naam en faam' bekendstaan als beoordelingscriterium.

Zoals in hoofdstuk 3 bleek, werd in deze periode gediscussieerd over een formalisering van de specialistenbevoegdheid, omdat de NMG het gewenst achtte het optreden van specialisten tegenover *huisartsen* te rechtvaardigen. Nu is dit vanuit een huisartsenperspectief niet zo verwonderlijk, maar voor een organisatie die steeds betoogde het patiëntenbelang en het standsbelang op de voorgrond te plaatsen, is dat toch een opmerkelijk standpunt: het werd voor patiënten niet nodig geacht. Volgens de artsenorganisatie was de formali-

sering al helemaal niet nodig voor particuliere patiënten. Die konden daarover zelf oordelen óf hun huisarts raadplegen. Mijns inziens paste ook dit NMG-standpunt indirect in haar beleid de huisarts te ontzien. Particuliere patiënten waren financieel gezien de meest interessante categorie. Bij deze groep was echter een directe bescherming van de positie van de huisarts onmogelijk; particuliere patiënten accepteerden geen verwijfsbriefje. Door te stimuleren dat deze patiënten voor een specialistenkeuze hun huisarts moesten consulteren, waren zij nog niet ‘verloren’ voor de huisartsenpraktijk.

Dit *laissez-faire* beginsel beperkte de ‘idealen’ van de NMG tot een theorie die niet in daadkracht werd omgezet. Zij maakte ook in de bevoegdheidskwestie het patiëntenbelang ondergeschikt aan eigenbelang. Een specialist vertegenwoordigde immers ook voor particuliere patiënten een zekere meerwaarde, zowel in deskundigheid als in kosten. Een patiënt kón niet altijd herkennen of een ‘specialist’ misbruik maakte van de titel; of dit nu particuliere of ziekenfondspatiënten waren, maakte niet zoveel verschil. De laatste categorie kreeg zelfs geen gelegenheid zijn eventuele kritiek kenbaar te maken. Dat was ondenkbaar in de verhouding tussen specialisten en patiënten, die in die tijd gebruikelijk was. Met hen werd niet eens over hun ziekte, de vooruitzichten en andere toch relevante zaken gesproken. Hun familie kreeg geen informatie en de ‘gratis’ patiënten mochten in veel ziekenhuizen geen bezoek ontvangen. Uitleg en informatie vragen bij de huisarts had dikwijls ook weinig zin. Er zijn weinig aanwijzingen dat de verhouding tussen huisarts en minvermogende patiënten op dit punt zoveel anders was dan die tussen specialisten en deze patiënten: ‘An ons, mense, geeft ‘n dokter geen uitlegging!’¹

Mijn interpretatie van de houding van de NMG is dat zij de bevoegdheidskwestie niet alleen uitstelde om de positie van de huisarts te beschermen, maar ook om sterker te staan in haar strijd tegen ‘slechte’ ziekenfondsen. Het bleek dat het ‘te goeder naam en faam’ bekendstaan, het criterium waarnaar de NMG verwees in discussies over de specialistenbevoegdheid, geen ‘opleidingseisen’ hoefden te zijn. Maar vooral diende om te verhinderen dat specialisten zich bij een ‘verboden’ ziekenfonds aansloten. Als de NMG de bevoegdheid van specialisten formaliseerde, verloor zij haar middel om specialisten ervan te weerhouden zich bij verboden ziekenfondsen aan te sluiten.

Een specialist is ...

Het onbeantwoord blijven van vragen als, wat hield een specialisme nu precies in, welke verrichtingen waren in feite specialistisch en welke generalistisch, impliceert niet dat er geen antwoord mogelijk is op de vraag wat in deze periode van manifestatie het onderscheid was tussen algemeen arts en specialist.

Specialisten behoorden in het algemeen tot de jongere generatie geneesheren, hun kennis en ervaring in een deelgebied van de geneeskunde was aangevuld, hun studie frequenter afgerond met een promotie dan huisartsen, zij ‘hielden’ een polikliniek en zij waren verenigd in een wetenschappelijk platform: de wetenschappelijke verenigingen. Ook op materieel gebied profileerden zij zich met hun specialistenverenigingen als een aparte groepering. Een specialist was echter niet alleen een geneesheer die zich voornamelijk beperkte tot een onderdeel van de geneeskunde.

1. Emants, *Inwijding*, deel II, 60.

De 'keuze' voor specialisatie betekende enerzijds een zekere uitdaging, zowel maatschappelijk als wetenschappelijk. Anderzijds betekende specialisatie ook, dat men als specialist moest opboksen tegen de gevestigde belangen van de andere leden van de NMG (met name huisartsen en hoogleraren), in de NMG-afdelingen te maken kreeg met maatregelen die tegen de specialistische praktijk waren gericht, geen ondersteuning kreeg van het NMG-bestuur en genoeg moest nemen met lage tarieven voor de grootste categorie patiënten of met helemaal geen honorering.

Ook op ander gebied onderscheidden specifieke behandelaars zich van algemene behandelaars. Zelfs in de nog vrij onduidelijke tijd rond de eeuwwisseling was er een onderscheid, niet alleen bij de heelkundige, ook bij de interne specialisten. De belangrijkste verschillen moeten worden gezocht in de praktijkvoering, ander werk met een gescheiden horizon, een andere opstelling van specialisten tegenover de patiënten, hun specifieke ervaring en kennis, de uitputtende gerichtheid op diagnostiek, en de wijze waarop men tegenover de medische wetenschap stond.

In het algemeen, en mede afhankelijk van het specialisme, kan een specialist worden gekenmerkt als 'zakelijker' dan een algemeen geneesheer, zoals dit vooral tot uiting kwam in de polikliniek. Daarmee koos hij voor een efficiënte praktijkvoering, met 'geselecteerde' patiënten en gericht op zijn noodzakelijke scholing en behoefte om 'bij' te blijven. Dit toont tevens dat vanaf het eerste optreden van specialisten, de latere kritiek op specialisten en specialistische gezondheidszorg in de kern aanwezig was: daarin is te weinig aandacht voor de 'hele mens'.

De specialistische kennis was niet-verouderd. De kennis van een huisarts op dat specifieke gebied was daarentegen afhankelijk van zijn leeftijd, zijn eigen oordeel over zijn kunnen en kennis, en zijn opvattingen over de beroepsuitoefening. Er waren weliswaar mogelijkheden tot bijscholing, maar deze waren niet verplicht. Bovendien was er geen leeftijdsbegrenzing aan de uitoefening van zijn vak. Van de NMG kon men op het gebied van de 'kwaliteitsbewaking' van de leden evenmin veel verwachten, want dat lag niet in de belangstellingsfeer van deze organisatie. In vergelijking met een specialist had een huisarts op het gebied van 'specialistische' verrichtingen te kampen met een gebrek aan ervaring. Ook huisartsen die goed op de hoogte waren met de ontwikkelingen binnen het vak, hadden op het terrein van specifieke verrichtingen veel minder ervaring dan degenen die zich daarmee frequent bezig hielden. De vraag of huisartsen dergelijke verrichtingen in principe konden of behoorden te kunnen, is minder relevant, omdat het gebrek aan ervaring de kans op complicaties of een onjuiste diagnose vergrootte.

Ten slotte kon een onderscheid tussen huisartsen en specialisten zijn – en ook dit gold nadrukkelijk niet voor alle huisartsen – dat huisartsen eerder waren geneigd in plaats van causaal-gericht, symptoom-gericht te werken. De ouderen onder hen waren niet opgeleid met de moderne methoden van diagnostiek. Zij stelden weliswaar een diagnose, maar die was in dat geval niet geverifieerd met eigentijdse diagnostische hulpmiddelen. Daaruit kon volgen dat de betreffende huisarts een verkeerde diagnose stelde of ten onrechte vaststelde dat de ziekte onbehandelbaar was.

NMG-belangenbehartiging en specialistenbelangen

In deze studie wordt duidelijk dat de grote verwarring die in de NMG ontstond door de manifestatie van specialisten vooral een belangenkwestie was. Vervolgens blijkt dat 'het'

ziekenfonds, en daaraan gekoppeld het beleid van de NMG, voor specialisten een essentiële drijfveer was voor organisatie en oprichting van belangenverenigingen. Bij de bevoegdheidskwestie is al geconcludeerd dat de NMG twee belangrijke beleidsuitgangspunten had: bescherming van de positie van de huisarts en het weren van 'slechte' ziekenfondsen. Als vertegenwoordiger van één van de belanghebbende partijen bij een goede ziekenfondsregeling, had de NMG een zeer intensieve bemoeienis met ziekenfondsen. Door hun specifieke problematiek en collectivisering, én door de kans op wetgeving op dit gebied, zagen medici ziekenfondsen en hun patiënten bovendien als een grote bedreiging. Tot in het begin van de twintigste eeuw hadden overigens ook andere maatschappelijke groeperingen veel kritiek op het bestaande ziekenfondsstelsel.

De steeds terugkerende plannen voor een ziekenfondswetgeving en het gevaar dat de wetgeving voor artsen nadelige kanten van het bestaande ziekenfondsstelsel zou bestendigen, zette de NMG aan tot een ver doorgevoerde en slepende strijd met ziekenfondsen en koepelorganisaties. Als belangrijkste 'wapens' gebruikte zij daarbij: haar eisenpakket waaraan ziekenfondsen dienden te voldoen, de keuring van ziekenfondsen waaraan artsen al dan niet mochten deelnemen, ('verboden' ziekenfondsen), en de oprichting van eigen ziekenfondsen (AAZ-fondsen). De oprichting van deze ziekenfondsen maakte de relatie tussen specialisten en ziekenfondsen zeer complex. Daarentegen bezorgden de AAZ-fondsen de NMG een stevige uitgangspositie in allerlei onderhandelingen op ziekenfondsgebied. De NMG motiveerde deze acties als zijnde noodzakelijk in het algemene en het patiëntenbelang. Eén van de conclusies over de 'ziekenfondsstrijd' is echter dat de ziekenfondsorganisaties, waaronder de NMG, de indruk wekten meer voor de organisatie op te komen dan voor de leden.

Ziekenfondsstrijd

Bij de keuring van ziekenfondsen hield de NMG niet consequent vast aan haar eisenpakket met voorwaarden waaraan ziekenfondsen moesten voldoen. In dit onderzoek bleek dat dit mede afhankelijk was van minder openbare voorwaarden: de honorering en de houding van het ziekenfonds tegenover de medici. Over het algemeen schikten artsen zich in een lage ziekenfondshonorering, maar een goed honorarium maakte de eisen minder urgent. Dan was een ziekenfonds zonder artsen in het bestuur of met een afhankelijke positie voor de artsen minder bezwaarlijk. Een ondergeschikte en afhankelijke positie bleef evenwel een groot probleem, als het ziekenfondsbestuur er om bekend stond dat het een arts teveel als werknemer en met te weinig respect behandelde. Daartoe behoorden de (onderlinge) ziekenfondsen, die door arbeiders werden bestuurd. Tegen armenzorgpatiënten hadden artsen om beide redenen minder bezwaren.

Ondanks al het 'wapengekletter en klaoengeschal' en de vele bindende besluiten die tegen ziekenfondsen werden genomen, viel het daarom in de praktijk mee met de artsenboycot van verboden ziekenfondsen. Bovendien richtte de keuring zich in eerste instantie op nieuwe ziekenfondsen, mede daardoor bleven alle mogelijke – in de ogen van de NMG 'goede' en 'slechte' – ziekenfondsen bestaan. Dat was echter tevens een teken dat de positie krachtiger werd van de belangrijkste tegenspeler van de NMG, de koepelorganisatie van de onderlinge fondsen. Intern hanteerde de NMG in de ziekenfondsstrijd het 'te goeder naam en faam bekendstaan' van geneesheren, als middel de leden ervan te weerhouden zich bij een verboden ziekenfonds aan te sluiten. Ook hier is

het de vraag of het patiëntenbelang was gediend met deze toevoeging aan de beoordeling van geneesheren. Dit had in ieder geval niets met het werk van de betreffende arts te maken of met zaken die men medisch onethisch achtte.

Want bij al het ijveren voor een 'goede' ziekenfondsvoorziening, lag in het NMG-voorwaardenpakket de nadruk op de organisatie van ziekenfondsen. Aan een verbetering van de verstrekkingen kwam zij niet toe (ook niet in de AAZ-fondsen). Poliklinische specialistenhulp was niet overal inbegrepen, er was veel kritiek op de wacht- en onderzoekkamers, het vervoer van zieken behoorde niet tot het 'basispakket', evenmin als ziekenhuisverpleging, sanatoriumopname, mechano-therapie, lichtbehandeling et cetera. (AAZ)-ziekenfondsen beperkten zich tot eenvoudige geneesmiddelen, een bril en een breukband. Dergelijke verbeteringen van het ziekenfondsstelsel waren voor patiënten belangrijk, maar die waren niet in het 'eisenpakket' opgenomen.

Er valt het nodige af te dingen op de definiëring van goed ingerichte ziekenfondsen van de artsenorganisatie, en op de wijze waarop zij haar voorwaarden kracht meende te moeten bijzetten. De diverse ziekenfondswetsontwerpen honoreerden ook niet alle NMG-voorwaarden. De twijfel bij de tegenstanders van de NMG over haar motieven om 'slechte' ziekenfondsen te verbieden en eigen ziekenfondsen te beheren was terecht. De motivering van de NMG, dat dit in het algemeen belang *casu quo* in het patiëntenbelang was, verhulde het grote aandeel van het eigenbelang dat daarmee was gemoeid. De NMG-leden ondersteunden deze besluiten niet uit roeping het bestaande ziekenfondsstelsel te verbeteren. In deze studie bleek dat de oprichting van de Raden van Arbeid, die wellicht uit arbeiders zouden bestaan, de belangrijkste aanzet was voor de oprichting van de AAZ-fondsen. Bovendien ging het wetsontwerp-Talma aan belangrijke eisen van de artsen voorbij.

Belangrijke drijfveren voor de ziekenfondsacties van de NMG waren: het waarborgen van de eigen positie in de ziekenfondsen, het weren van die leden die de NMG niet als laag-betaald beschouwde, en het streven de ziekenfondsen te 'verheffen'. Mijns inziens moeten in de ziekenfondsstrijd, de 'vakbonds'-taak van de NMG bij uitstek, eventuele gunstige beslissingen die het patiëntenbelang dienden, meer als een bijkomend voordeel worden gezien dan als doel van de NMG.

Tegenover de kritiek op dit ziekenfondsbeleid van de NMG staat, dat zij tenminste iets dééd. Zij bleef er op hameren dat uitsluiting van de verzekering als gevolg van 'onbehoorlijk gedrag' niet juist was, dat een patiënt zijn eigen dokter moest kunnen kiezen, zéker als hij werd verplicht zich bij een bepaald fonds te verzekeren. Mede door het 'keurings-systeem' van ziekenfondsen nam het aantal niet-goed beheerde ziekenfondsen af. Zonder twijfel leverden de AAZ- en goedgekeurde ziekenfondsen, met als voorbeeld het goedgekeurde ziekenfonds de AZA, een bijdrage aan de verbetering van het ziekenfondsstelsel. Zij boden tenminste een garantie voor de verstrekkingen en dat alleen al kon een hele vooruitgang betekenen voor ziekenfondsleden. Uitsluitingen op 'morele gronden' waren taboe, hetgeen één van de redenen was dat de organisatie van de katholieke ziekenfondsen niet van de AAZ-fondsen was gediend. Ten slotte was, ondanks de beperkingen, een deel van de eisen van de NMG mede in het belang van de patiënt. Dat gold zowel voor een onafhankelijke positie van de ziekenfondsgeneesheer als voor de vrije artsenkeuze. Daarnaast waren de AAZ-fondsen een eerste stap op weg naar de nood-

zakelijke schaalvergroting. De oprichting van AAZ-fondsen en de keuring van ziekenfondsen door de NMG, wakkerden de discussie aan over de verbetering van het ziekenfondswezen. De oprichting van andere overkoepelende ziekenfondsorganisaties werd er door aangemoedigd.

Bovendien werden artsen inderdaad geconfronteerd met de nodige nadelige kanten aan het ziekenfondsstelsel, waaronder de honorering en positie van de deelnemende artsen. Indien artsen een ondergeschikte positie hadden in een ziekenfonds dat door arbeiders of andere laag-betaalden werd bestuurd, was dat door de standsverhoudingen in die tijd een onoverkomelijk bezwaar. Andere academici hadden met dit probleem niet van doen, met uitzondering van wellicht predikanten. De NMG moest als belangenorganisatie tegen deze 'wantoestanden' in het geweer komen, als grootste ziekenfondsorganisatie kreeg zij de gelegenheid dat te beperken. Uit dit onderzoek blijkt, dat het niet ondergeschikt willen zijn aan bepaalde ziekenfondsbesturen voor de NMG-leden erg belangrijk was. Zelfs in die mate, dat zij daarvoor het polariserende en tijdrovende honoreringssysteem, waarin de NMG-afdelingen de honoraria bepaalden, verdeelden en uitbetaalden, niet alleen bedachten, maar ook jarenlang accepteerden.

De financiële vooruitzichten waren voor beginnende artsen niet erg rooskleurig. Indien de tarieven niet werden verhoogd, verslechterde de situatie nog door de toename van het aantal ziekenfondspatiënten. Nu hoefde aan het begin van de twintigste eeuw deze toename van verzekerde arbeiders nog niet per se ten koste te gaan van de betalende patiënten. Arbeiders werden in eerste instantie gerecrueteerd uit die groep van de bevolking, die vóór die tijd zelf de rekeningen moest betalen, maar dat veelal niet konden. Wetgeving zou dat echter veranderen, het aantal ziekenfondspatiënten zou daardoor sterk toenemen en in de eerste wetsontwerpen kon de honorering van de artsen nog steeds een sluitpost van de ziekenfondsbegroting blijven. Daartegen kwamen de artsen eveneens in het geweer.

In de NMG betekende het uit de marginale sfeer komen van de ziekenfondsverzekerden én het NMG-ziekenfondsbeleid, dat de NMG-afdelingen steeds meer met ziekenfondsleden en ziekenfondsen kregen te maken. Alhoewel er in de NMG, in de NMG-afdelingen en in de Specialistenorganisatie nog de nodige andere zaken aan de orde kwamen, nam 'het' ziekenfonds zoveel tijd in beslag, dat het leek alsof alle aandacht daar naar toe ging. Deze indruk werd nog versterkt door het besluit van de NMG eigen ziekenfondsen op te richten. Zoals gezegd, was het honoreringssysteem dat daarbij werd ingevoerd zeer tijdrovend en conflictgevoelig. Mede door dit beleid hadden belanghebbenden een duidelijke monocausale verklaring voor al de spanningen en conflicten die zich op elk niveau in de NMG voordeden: 'het' ziekenfonds.

Bij al de aandacht voor het centrale beleid moet niet worden vergeten, dat het merendeel van de contacten met andere belanghebbenden in de gezondheidszorg nog plaatselijk was. Daar werd de onderlinge verstandhouding positief beïnvloed als er 'netwerkjes' van goede relaties bestonden: artsen die zitting hadden in medische commissies en die tevens bestuursfuncties vervulden in ziekenfonds, ziekenhuis en armenzorg of lid waren van een kerk- of ander genootschap. Buiten de grotere bevolkingscentra richtte de algemene onvrede zich in de periode tot 1920 overigens nog meer op het abstracte begrip 'ziekenfonds', dan op de ziekenfondsen waarbij men zelf als deelnemer was aangesloten. En als dat dan ook de zelf opgerichte 'doktersfondsen' waren, was er helemaal niets aan de hand.

In dit onderzoek kwam naar voren, dat het ongenoegen van de specialisten zich in de periode van hun manifestatie over het algemeen meer richtte op de ontkenning van hun

specifieke belangen door de NMG en haar suborganisaties, dan op de 'fouten' van de ziekenfondsen. Aan de andere kant werkten juist de NMG- en goedgekeurde ziekenfondsen mee aan een nauw verholen wrevel bij de specialisten over de ziekenfondsen. Dat moet vooral worden toegeschreven aan de wijze waarop de honorering tot stand kwam. Goedbeschouwd projecteerden zij daarmee hun irritatie over de houding van NMG en huisartsen op 'het' ziekenfonds.

Gezamenlijke belangenbehartiging

Specialistenbelangen kunnen niet los worden gezien van de NMG en het NMG-ziekenfondsbeleid, zij werden daardoor in deze periode van hun manifestatie zelfs in belangrijke mate 'gemaakt'. De belangenbehartiging van specialisten was een moeilijke kwestie. De wijze waarop de belangen werden behartigd, moest de goedkeuring van de leden dikwijls ontberen, hetgeen tot uiting kwam in de oprichting van 'schaduwverenigingen'. Daarvoor kunnen vier knelpunten worden aangewezen: de verwevenheid met de NMG en het beleid van deze organisatie, de tegengestelde belangen van huisartsen en specialisten, 'het' ziekenfonds en de divergerende belangen van de specialisten zelf.

De opzet van de gezamenlijke belangenbehartiging van huisartsen en specialisten, die in 1902 met een centrale commissie en in de afdelingen in gang werd gezet, vroeg om moeilijkheden. 'De' specialisten (de specialisten in de grote steden) hadden te kennen gegeven dat zij geen belangenbehartiging wilden onder auspiciën van de NMG. Zij wilden eigen, los van de NMG staande, belangenverenigingen. Van 1905 af richtten zij plaatselijke belangenverenigingen op en sinds 1914 was een zelfstandige overkoepelende organisatie actief (ANVvMS). De NMG negeerde deze activiteiten min of meer en ging in eerste instantie voort op de door haar ingeslagen weg: vasthouden aan een gezamenlijke belangenbehartiging. Het gevolg was dat er zowel binnen als buiten NMG-verband belangenverenigingen van specialisten waren, en zowel op plaatselijk als op overkoepelend niveau.

In de NMG trad in 1915 de eerste Specialistenorganisatie in werking. Deze centrale organisatie was weliswaar niet zelfstandig, maar het was toch een aarzelende erkenning dat er ook specifieke specialistenbelangen waren. Het hoofdbestuur gaf in zijn pre-advies bij het amendement over de instelling van deze vertegenwoordiging met onderafdelingen te kennen, dat het bestuur het uit de aard der zaak zou toejuichen als de specialisten een dergelijke vertegenwoordiging zouden wensen. De specialisten wensten dat niet. De situatie was al teveel geëscaleerd, door het vasthouden van de NMG aan de 'ideologie' en het negeren van de consequenties van de besluiten van de algemene vergadering. Door de minderheidspositie van de specialisten in de NMG konden die besluiten voor hen nadelig zijn. Tussen 1915 en 1919 steeg het wantrouwen van specialisten over de vakbondskwaliteiten van de NMG tot een climax, veel specialisten traden uit de NMG. Eind 1918 werd de Specialistenorganisatie gereorganiseerd, daarna kon zij iets zelfstandiger optreden.

Het hoofdbestuur werd aldus geconfronteerd met een 'democratiseringsproces', waardoor het was genoodzaakt mee te gaan met een decentralisering van de bevoegdheden. De structuur daarvan was meer bepaald door pressiegroepen dan een door 'de' NMG – dat wilde tot die tijd vaak zeggen: het bestuur – uitgewerkte ordening. Zowel NMG-bestuur als specialisten bleven dientengevolge problemen houden met de nieuwe Specialistenorganisatie. Bij het minste of geringste vlamde het wantrouwen weer op.

Op de vraag waarom de NMG vasthield aan een gezamenlijke belangenbehartiging, laat deze studie de volgende conclusies toe. In het officiële NMG-beleid bleek de directe materiële belangenbehartiging niet te passen. Het bestuur distantieerde zich daarvan niet alleen in de externe betrekkingen, maar ook in interne aangelegenheden. Het was de gemakkelijkste weg en uiteindelijk was een materiële belangenbehartiging ook niet zo *comme il faut*. Zo kon het NMG-bestuur de signalen negeren die erop wezen dat er toch het één en ander schortte aan de opzet van de belangenbehartiging. Als er wrijvingen over materiële zaken waren, ging van de opeenvolgende besturen weinig activiteit of visie uit. In de afdelingen werkte dit optreden van de opeenvolgende NMG-besturen echter polariserend. Daar werd men geconfronteerd met de gevolgen van dit beleid.

De NMG stortte zich sinds 1910 op de inrichting van ziekenfondsen en, min of meer gedwongen, in een reorganisatierage. Het batig saldo van deze reorganisaties was gering, terwijl zij veel tijd in beslag namen. Zij veroorzaakten binnen de NMG veel wroef over het optreden van het bestuur en de belangrijkste dwarsliggers, de specialisten. In de reorganisatievoorstellen probeerde het NMG-bestuur zoveel mogelijk zelf de beslissingsbevoegdheid te houden. Het bestuur stopte daarbij veel energie in pogingen de belangenbehartiging op de één of andere wijze binnen de NMG te houden. Het vond dat een te grote zelfstandigheid van belangenorganisaties alleen maar aanleiding gaf tot problemen. Het bestuur verwees daarbij naar de 'onverkwikkelijke zaken' in onder meer Amsterdam. Daar lag het 'onverkwikkelijke' echter niet zozeer aan de inderdaad zeer zelfstandige specialistenvereniging aldaar. De problemen waar de NMG op doelde, ontstonden door de houding van de hoogleraren, die gemaakte afspraken niet nakwamen over de patiëntenverdeling tussen de universiteits- en specialistenpoliklinieken.

Het NMG-bestuur motiveerde haar optreden vervolgens met het argument dat suborganisaties het zicht op het algemeen belang verloren. Overigens was het onterecht om alle plaatselijke specialistenverenigingen daarvan te betichten. Het merendeel van de verenigingen hield bij het vaststellen van de hoogte van de tarieven, wel degelijk rekening met het 'algemeen belang'. De NMG bracht dat algemeen belang nu wel als intentieverklaring naar buiten, maar ook hierbij bleek in de praktijk dat daarmee de nodige dosis retoriek was gemoeid.

Om te beginnen bleek het 'algemeen belang' waarop de NMG doelde, zich te beperken tot ziekenfondspatiënten. Vervolgens deed de NMG geen enkel constructief voorstel om de specialistenverenigingen, die inmiddels in de grote steden waren ontstaan, te bewegen zich binnen de NMG te organiseren. De gedachte dat deze verenigingen zonder meer hun zelfstandige belangenbehartiging zouden opgeven voor een, door hen niet adequaat geachte, NMG-belangenbehartiging was te naïef. Wat was dán de drijfveer van het NMG-bestuur om dit niet uit handen te willen geven, als het 'algemeen belang' dat bestuur niet voldoende kon aansporen? Wat het algemeen belang motief niet kon, vermocht het gevaar van een scheuring in de gelederen van de NMG.

In de hele reorganisatietijd, van 1902 tot het einde van de jaren dertig, hing een 'scheuring' als een zwaard van Damocles boven de organisatie. De NMG zag dat als een aanslag op haar machtspositie, terwijl die positie zo nodig was in de ziekenfondsstrijd en bij de ziekenfondswetgeving. De angst voor een scheuring en het daaraan verwante streven om de belangenbehartiging binnen de NMG te houden, maakte het optreden van het bestuur kwetsbaar. Grote en kleine afdelingen, en vooral ook specialisten, lieten niet na het bestuur hiermee onder druk te zetten.

Het hoofdbestuur was het overigens helemaal niet met de specialisten eens dat het de belangen van de specialisten achterstelde. Het schoof de schuld door naar de afdelingen. Het wantrouwen van de specialisten – dat NMG-bestuur en algemene vergadering de huisartsenbelangen lieten prevaleren – werd echter door steeds nieuwe ervaringen gevoed. Zolang specialisten in de minderheid waren, konden hun belangen in de algemene vergaderingen worden weggestemd, hetgeen ook gebeurde. Zelfs als in de algemene vergadering de intentie aanwezig was om goede regelingen te treffen, waren daar nog de 'plaatselijke omstandigheden'. In de praktijk gooiden die omstandigheden roet in het eten.

In de algemene vergaderingen bereikte men over vrijwel alle problemen die zich voordeden in de relatie huisarts-specialist-ziekenfonds een consensus. Intentieverklaringen daarover bleken echter meer theorie dan werkelijkheid, zij dienden slechts als leidraad. Hierdoor veranderde er voor specialisten niet veel. De afdelingen vroegen niet voor niets om een 'leidraad'. Zo hoefden zij de bepalingen die voor hen nadelig waren niet in hun reglementen op te nemen.

Het NMG-beleid resulteerde in een overdreven fixatie op 'het ziekenfonds' en afwerende maatregelen tegen specialisten. In de grotere afdelingen kregen specialisten te maken met enkele of meerdere van deze maatregelen. Conflicten daarover bleven niet uit. Dat kwam echter door het NMG-ziekenfondsbeleid: het ingewikkelde, op 'collegialiteit' gebaseerde, stelsel van bepaling en verdeling van de honoraria voor de poliklinische hulp aan ziekenfondspatiënten.

Dit onderzoek toont dat de problemen rond het ziekenfondsstelsel slechts ten dele werden veroorzaakt door de financieringsproblemen. Voor een groot deel bleken zij het gevolg van het NMG-beleid dat zich richtte op het huisartsenbelang: de beperking van specialismen in ziekenfondsen, de verdeelsleutel, het niet opnemen van specialistische hulp in de collectieve contracten, een verwijfsbriefje, de specialistenpot, het niet fixeren van de honoraria van specialisten, het niet volledig betalen van de ingediende declaraties en andere budgettaire maatregelen ten koste van specialisten. Zelfs moet men concluderen dat het NMG-beleid voor specialisten problemen in het leven riep, die niets van doen hadden met de ziekenfondsstrijd van de NMG.

Een tweede belangrijke conclusie over het NMG-beleid betreft de positie van de huisarts. Reeds omstreeks 1900 heerste in de NMG de mening dat de huisarts gedoemd was te verdwijnen, maar het bleek dat tegelijkertijd zijn positie in de gezondheidszorg stevig werd verankerd. De basis daarvoor werd gelegd door de polikliniek – waarvoor de centrale rol van de huisarts-als-verwijzer in het leven werd geroepen – en door het ziekenfondsbeleid van de NMG: ondersteuning van een op huisartsen gericht beleid.

Ten slotte was het NMG-beleid geen neutraal beleid en nog minder een beleid dat zich inzette voor specialistenbelangen. Het was eerder een kwestie van NMG versus specialisten. Geconcludeerd moet worden, dat de wrevel bij specialisten over 'het' ziekenfonds vooral werd veroorzaakt door het NMG-beleid van de 'modelziekenfondsen': de AAZ- en goedgekeurde ziekenfondsen. Terwijl het negatieve imago van 'het' ziekenfonds, waartegen de ziekenfondsstrijd van de NMG was gericht, vooral werd veroorzaakt door de onderlinge fondsen: de ziekenfondsen die door arbeiders waren opgericht.

Ondanks alle tegenwerking en de slechte honorering, was de positie van specialisten in 1920 stevig verankerd in de gezondheidszorg. Behalve de eerder genoemde verklaringen voor de opkomst van specialismen moeten als belangrijkste oorzaken van het succes van specialisten worden gezien, dat veel patiënten een specialist boven een huisarts verkozen, specialisten iets te bieden hadden en de officiële steun die specialisten van gemeentebesturen en notabelen kregen.

CONSOLIDATIE 1920-1941

In de tijd van de manifestatie van specialisten waren de acties van specialisten nog voornamelijk reacties op intern opgeworpen barrières. Zelfs de ziekenfondsen en de problemen daarover werden door het ziekenfondsbeleid van de NMG voor een groot deel een interne aangelegenheid. In de tweede periode die in dit proefschrift wordt beschreven, de periode van hun consolidatie en hun integratie in de gezondheidszorg (1920-1941), werd dit veel breder en ingewikkelder. De 'beroepsvorming' van specialisten werd beïnvloed door andere groeperingen in de samenleving: wetgever, nieuwe financiers en nieuwe koepelorganisaties. Mede door de bredere werklocatie ontstonden nieuwe (externe) belangentegenstellingen, bovendien werd een redelijk ziekenfondsinkomen belangrijker. Voor specialisten bleven NMG en NMG-beleid zowel belangrijke referentiekaders als belangrijke stoorzenders. In deze periode consolideerde de positie van specialisten: de centrale belangenbehartiging werd iets zelfstandiger, de bevoegdheid gereguleerd en de financiële erkenning wettelijk vastgelegd. Specialistische hulp was een onmisbare schakel geworden in de gezondheidszorg.

Hoofdstuk 5 handelt over deze periode van integratie in de gezondheidszorg, de interactie met andere belanghebbenden en de problemen waarmee de centrale belangenbehartiging kreeg te maken. In deze periode werd de bevoegdheid van specialisten geformaliseerd. De periode sluit af met het ziekenfondsenbesluit in 1941. Specialisten werden daarmee wettelijk erkend, in die zin dat zij zowel voor hun poliklinische hulp als klinische hulp aan ziekenfondspatiënten in principe een honorarium kregen.

Oorzaken en gevolgen van het uitstel van de ziekenfondswetgeving

Ook in de periode 1920 tot 1941 was de rijksoverheid niet intensief betrokken bij de financiering en regeling van doktershulp en de (poli)klinische gezondheidszorg. De ziekenfondswetgeving werd steeds uitgesteld; uiteindelijk voerden de Duitsers het ziekenfondsenbesluit in. Het uitstel van de ziekenfondswetgeving was nadelig voor specialisten. Het had ook gevolgen voor het overleg tussen de diverse ziekenfondsorganisaties dat na 1920 op gang kwam. Want was de NMG vóór 1920 nog de enige belangrijke ziekenfondsorganisatie, na die tijd kreeg zij te maken met belangrijke mededingers. De wetsontwerpen maakten in ieder geval duidelijk dat een meer regulerend overheidsingrijpen in het verschiet lag. Wilde men zijn stem kunnen laten horen, dan diende men zich te organiseren. Het overleg tussen de diverse ziekenfondsorganisaties leverde uiteindelijk geen resultaat op, hetgeen mede kwam door het uitstel van de wetgeving. Zodra de wetgeving weer van de agenda verdween, werd het voor de ziekenfondsorganisaties minder urgent de belangentegenstellingen te overbruggen en het wantrouwen te overwinnen.

De NMG hield vast aan haar voorwaarden. Als enige organisatie die tevens de deelnemers aan de ziekenfondsen vertegenwoordigde, kon zij ook niet zoveel toegeven. Eerst diende de honorering en de positie van de (huis)artsen veilig te worden gesteld. De uitgangspositie van de NMG was niet zwak, zij was immers tevens de vertegenwoordiger van de grootste ziekenfondsorganisatie. Enerzijds hoefde de NMG geen concessies te doen die de positie van de artsen zou kunnen benadelen. Anderzijds kan men uit deze opstelling concluderen dat de NMG in haar relatie met andere ziekenfondsorganisaties, niet naar het evenwicht was toegroeid dat de 'zuilen' onderling wél hadden bereikt: de gezamenlijke ziekenfondsorganisaties bereikten niet het stadium waarin zij elkaars rechten en aanspraken erkenden.

Het uitstel van de wetgeving was een gevolg van een combinatie van factoren. In hoofdstuk 5.1. worden enkele auteurs geciteerd die zich met deze kwestie hebben bezig gehouden. Zij noemen respectievelijk als mogelijke oorzaken voor het niet doorgaan van de wetgeving: de economische crisis en afkeer van staatsbemoeying (Querido), politieke onwil (Juffermans) en kabinetwisselingen (Van der Hoeven). De diverse bij de wetgeving betrokken ministers gaven aan dat de wetgeving niet kon doorgaan vanwege geldgebrek. Zij waren bovendien van mening dat het ziekenfondswezen goed was geregeld, zodat overheidsop treden niet echt noodzakelijk was.

Deze studie leert dat het inderdaad één van de grootste problemen was van de overheid dat elke regeling of maatregel geld kostte. De ziekenfondsproblematiek was daarvan slechts een onderdeel. Het niet nemen van maatregelen kostte overigens ook geld. Dat een deel van de kosten van vooral de klinische hulp toch al uit algemene middelen werd betaald, maar dan door de plaatselijke overheden bleek echter, voor zover mij bekend, geen punt van overweging in de Kamerdiscussies. Ook bleek dat overheidsingrijpen niet echt dringend meer was voor de bevolkingsgroep die voor een ziekenfondsverzekering in aanmerking kwam. Diverse organisaties hadden zich inmiddels geworpen op het ziekenfondswezen. Deze organisaties hadden weliswaar onderling de nodige problemen over het beleid en beheer van elkaars ziekenfondsen, doch het aanbod van de doktershulp hoefde daaronder niet te lijden.

In dit onderzoek blijkt vervolgens dat er nog andere belangen in het geding waren. De ziekenfondswetgeving was een vrij ingrijpende wetgeving. Er dienden algemene voorwaarden aan ziekenfondsen te worden gesteld, waardoor een deel van de ziekenfondsen zou verdwijnen. De werkgevers, die een verplichte bijdrage moesten leveren, waren een belangrijke tegenstanders van de wet. Zij lieten de regering weten dat, als gevolg van de recessie, iedere lastenverzwaring onverstandig was.

De machtspositie van de NMG gerefactiveerd

De machts- en beheersingsbenadering in de professionaliseringsliteratuur, die in hoofdstuk 1 werd genoemd, legt sterk de nadruk op het medisch beroep. Daarin staat de verwerving van een machtspositie centraal, als belangrijke factor bij de beroeps- en organisatievorming. Het kan niet worden ontkend dat de NMG in de periode 1890 tot 1941 actief streefde naar een machtspositie. Jaspers schrijft zelfs de oorzaak van het uitstel van de wetgeving toe aan de machtspositie van de NMG. De NMG wilde inderdaad liever geen wetgeving, dan wetgeving die de onafhankelijke positie van de arts en zijn overwegende zeggenschap in het bestuur van een ziekenfonds niet garandeerde. Mijn visie is echter

dat de NMG niet bij machte was invloed te kunnen uitoefenen op het al dan niet aannemen van de ziekenfondswetgeving. Als resultaat van dit onderzoek kan een serie kanttekeningen worden gemaakt, waardoor die positie van de NMG wordt gerelativeerd. Want door alle aandacht te richten op dit bewuste streven naar een machtspositie van de NMG, is er te weinig aandacht voor de tegenkrachten.

De NMG bereikte in bepaalde opzichten een machtspositie, hetgeen niet onopgemerkt bleef voor haar tegenspelers op ziekenfondsgebied. Naast de monopoliepositie van uitsluitend door de beroepsgroep te verlenen, als noodzakelijk erkende diensten, leek zij een vrijwel onaantastbare positie te hebben tegenover de kleine ziekenfondsen en de onderlinge ziekenfondsen. De samenbundeling van de artsen zorgde voor een stevige uitgangspositie van de NMG in de ziekenfondsonderhandelingen, want haar organisatiegraad was hoog. De 'macht van het getal' gold bovendien voor het grote ledental van de AAZ-ziekenfondsen. Ten slotte vonden de ideeën van de NMG over de inrichting van de ziekenfondsen tot in de jaren twintig in het algemeen aansluiting bij die van de politieke en de 'gevestigde' orde. De NMG lijkt daarmee duidelijk de voordeligste positie in te nemen in haar streven de inrichting van ziekenfondsen, inclusief de honoraria, naar haar inzichten te verwezenlijken.

Daar staat tegenover dat de NMG – en haar suborganisatie de Specialistenorganisatie – als los zand aan elkaar hing, hetgeen niet direct de associatie met 'machtsblok' oproept. De positie van de NMG was bovendien veel minder sterk bij de ziekenfondsen van de grote ondernemingen, de spoorwegziekenfondsen en de RVB. In de relatie met (een deel van) deze collectieve verzekeraars was de NMG zelfs geneigd mee te gaan in de voorwaarden die deze verzekeraars aandroegen. Ten slotte was de NMG na 1920 ook niet meer de enige grote ziekenfondsorganisatie.

De belangrijkste tegenspeler van de NMG, de Federatie van onderlinge ziekenfondsen, groeide snel evenals de RK-Bond van Ziekenfondsen. De onderlinge ziekenfondsen konden voor 1920 nog niet op veel politieke steun rekenen. Ook daarin stonden zij zwakker dan de NMG. Alleen de SDAP wilde meegaan in hun eisen betreffende artsen in loondienst en een bestuur dat alleen uit leden was samengesteld. De ideeën van NMG en regering waren over het algemeen meer gelijkgesteld. Dat deze gelijkgezindheid niet altijd voor de inrichting van het ziekenfondswezen opging, kwam voornamelijk omdat de NMG daarin ook als belangenorganisatie van de artsen optrad. In de periode 1920-1941 had de SDAP inmiddels een grote aanhang gekregen, maar in de confessionele kabinetten waren socialistische ideeën geen gemeengoed. Wel keek de regering met andere ogen naar vakbewegingen dan de NMG.

Nu was het ook na 1920 nog steeds niet waarschijnlijk dat de Federatie veel politieke steun zou krijgen; daarin leek de positie van de NMG toch gunstiger. Nu stemden de zienswijzen van de NMG en de regering weliswaar meer met elkaar overeen, maar dat betekende niet dat daardoor ook de invloed van de artsen op de wetgeving doorslaggevend was. De hoogte van de welstandsgrens bijvoorbeeld, was voor de NMG zeer belangrijk. De grens die de regering voorstelde was echter altijd hoger dan de NMG wenste. Bovendien had de regering een zekere voorkeur adviezen bij hoogleraren in te winnen. Hoogleraren hadden heel andere belangen dan vrij-gevestigde artsen.

Bovendien kwam er in de jaren twintig een andere koepelorganisatie met een veel beter netwerk dan de NMG: de RK-Bond van Ziekenfondsen. De Bond had dezelfde

organisatiestructuur als de NMG, met (al langer bestaande) plaatselijke ziekenfondsen en het nieuwe overkoepelende orgaan. Maar de Bond had meer. Zij had via het RKWV toegang tot de grootste regeringspartij, de RK-Staatspartij. De RK-organisatie had weliswaar niet zulke, volgens de NMG, gevaarlijke ideeën over de inrichting van ziekenfondsen, maar gelijkgesteld waren de NMG en RK-Bond zeker niet. De katholieke ziekenfondsen hadden voor 1920 enkele 'morele' bezwaren tegen de AAZ-fondsen. De NMG vond het zo belangrijk met de Bond samen te werken, dat zij aan het eind van de jaren twintig bereid bleek haar medisch-ethische principes te verloochenen. Om haar machtspositie te versterken sloot de NMG een overeenkomst, waarin zij concessies deed die strijdig waren met de medisch-ethische inzichten van het merendeel van haar leden: de niet-katholieke artsen. Die leden maakten daartegen weliswaar veel bezwaar, de overeenkomst werd echter niet geannuleerd.

De tegenkracht die de RK-Bond van ziekenfondsen op de positie van de NMG kon uitoefenen, was nog min of meer duidelijk. De tegenkracht van de onderlinge ziekenfondsen was minder duidelijk zichtbaar. Mijn interpretatie is, dat het streven naar een machtspositie van de NMG hen dwóng naar alternatieve machtsmiddelen te zoeken. Zij vonden dit in hun 'underdogpositie': hun geldgebrek, en in het beheersen van de onderhandelingen. Deze ziekenfondsen bleken hun 'onmacht' te kunnen benutten en om te zetten in het verkrijgen van een zekere macht.

Het eerste 'sterke punt' daarbij was geldgebrek. Sinds de allereerste contacten tussen (individuele) artsen en ziekenfondsen buiten deze ziekenfondsen dit uit. In het kader van belangenbehartiging zijn onderhandelingen over de honorering een belangrijk, zonet het belangrijkste, onderdeel waarop veel onderhandelingen stuklopen. Nu leek vóór 1941 een goede honorering over het algemeen zo weinig perspectief te bieden, dat zowel de huisartsen als de specialisten ervan uitgingen dat daarover niet veel kon worden onderhandeld. Dit was niet alleen te wijten aan de ziekenfondsen met hun grote onderlinge concurrentie, maar mede aan de stellingname van de rijksoverheid dat er geen middelen beschikbaar waren. NMG, én Specialistenorganisatie, aanvaardden dat echter teveel als 'gegeven'. In hun bezwaren over de honorering kregen zij zelfs ondersteuning van de Federatie, die aangaf de honoraria van huisartsen en specialisten eveneens te laag te vinden. Dat kostte de Federatie niets, terwijl zij daarmee wel 'scoorde'. Deze 'kracht' van de Federatie liep veel minder in het oog. Juist door de zwakke positie in de vooroorlogse 'onderhandelingsperiode', leerde de Federatie dat, wilde zij iets kunnen bereiken, veel afhing van de onderhandelingsbekwaamheid van haar vertegenwoordigers. NMG en Specialistenorganisatie verwaarloosden echter dat belangrijke aspect, en daarmee toonden zij tevens hun zwakte. Door hun houding die in het algemeen zelfvoldaan was, hadden noch NMG noch Specialistenorganisatie oog voor deze kwaliteiten van hun tegenstanders.

Locatie, ziekenhuizen

De werklocatie van specialisten werd na 1920 breder. Naast privé poliklinieken werden moderne ziekenhuizen en hun poliklinieken voor specialisten steeds aantrekkelijker als werkterrein. De hoeveelheid klinisch werk was specialisme gebonden, maar in het algemeen bleef het poliklinische werk het belangrijkste onderdeel, hetzij in de eigen polikliniek, hetzij in een ziekenhuispolikliniek. Dit werkterrein bracht interacties teweeg met

ten dele 'externe' belanghebbenden, waaronder ziekenhuisdirecties en ziekenhuisverplegingsverenigingen en met belanghebbenden binnen de NMG: stafspecialisten en in ziekenhuizen behandelende huisartsen.

Deze tegenkrachten in de gezondheidszorg bleken veel sterker dan de specialisten hadden verwacht, met name bij de voorkeur van ziekenhuisdirecties voor stafvorming voor de derdeklasse. Deze stafziekenhuizen konden geen genade vinden in de ogen van de Specialististenorganisatie. Andere specialisten kregen zo geen gelegenheid hun polikliniekpatiënten ook klinisch te behandelen. Bovendien was de positie van stafspecialisten niet sterk.

Uit dit onderzoek blijkt dat het aantal gesloten ziekenhuizen groter was dan tot nu toe uit andere onderzoeken naar voren kwam. Veel ziekenhuizen die zichzelf als open ziekenhuis aanprezen, hadden óf geen vrije artskenkeuze voor de derdeklasse patiënten óf zij bleken daarmee alleen een vrije huisartskenkeuze te bedoelen. Het lijkt gerechtvaardigd dergelijke 'open' ziekenhuizen, die zelf niet vermeldden dat zij beperkingen hadden ingevoerd, tot de gesloten ziekenhuizen te rekenen. In het merendeel van de ziekenhuizen was de derdeklasse verreweg de grootste afdeling.

Ziekenhuisdirecties motiveerden hun voorkeur voor een gedeeltelijke stafvorming (voor de derde klasse) met organisatorische argumenten. In grote ziekenhuizen was een vrije specialistenkeuze inderdaad een probleem voor de organisatie van het ziekenhuis, bij middelgrote ziekenhuizen bleek dit argument van ziekenhuisdirecteuren echter minder overtuigend. Een ziekenhuisdirecteur zelf had ook belang bij een stafziekenhuis, omdat in die ziekenhuizen de geneesheer-directeur de zaalpatiënten behandelde. Bovendien konden in stafziekenhuizen ten koste van specialisten, geldbesparende maatregelen worden genomen. In een open ziekenhuis was dat onmogelijk.

Stafspecialisten kregen een stafhonorarium voor de behandeling van armlastige zaalpatiënten. De stafhonoraria waren laag, met uitzondering van die van geneesheer-directeur en chirurg. De honoraria van de stafspecialisten bleken in de loop van de jaren twintig verleidelijke bezuinigingsposten te zijn op de begroting van het ziekenhuis. Het tweede financiële voordeel van een stafziekenhuis was de mogelijkheid een contract te sluiten met de populair wordende ziekenhuisverplegingsverenigingen. Ziekenhuisdirecties die in geldnood zaten, konden zich geen leegstaande bedden veroorloven. Zij probeerden contracten te sluiten die ook voor verzekeraars voordelig waren. Zij boden dan specialistische hulp aan voor de derdeklasse, zónder ook deze dokterskosten voor de verzekering te berekenen. Specialisten protesteerden tevergeefs. Specialisten hadden belang bij de toegang tot de derdeklasse, alleen dan konden zij immers hun polikliniekpatiënten ook klinisch behandelen. Toch mag men hieruit niet concluderen dat dit noodzakelijke verwervingskosten waren, zoals dit bij de polikliniek wel kon. Bij de polikliniek was dit een eigen beslissing. In een ziekenhuis werden zij voor een *fait accompli* gesteld, en dan ook nog voor de behandeling van niet-armlastige patiënten. De waarschuwingen van de Specialististenorganisatie tegen stafvorming waren terecht, dat kon nadelig zijn voor specialisten.

Blijft de vraag waardoor de controverse over de twee organisatievormen na 1945 zo geruisloos ten gunste van stafvorming werd opgelost. Een groot deel van de problemen verdween door de invoering van het ziekenfondsenbesluit dat de klinische hulp als ziekenfondsverstrekking opnam. Daardoor kwam voortaan een groot aantal zaalpatiënten ten laste van het ziekenfonds. Voor de resterende (na indicatie van de GGD opgenomen) armenzorgpatiënten en de eventueel niet voldoende verzekerde leden van ziekenhuisver-

plegingsverenigingen, stuurden specialisten een rekening naar de gemeentelijke sociale dienst. Daarmee waren belangrijke knelpunten opgelost; in veel gemeenteziekenhuizen kreeg een stafspecialist geen honorarium meer van het ziekenhuis, en de directeur kon geen contracten meer sluiten ten koste van specialisten. Stafspecialisten hadden een overeenkomst met een ziekenhuis, maar zij waren daarvan financieel onafhankelijk. Wél vonden de specialisten de klinische ziekenfondstarieven te laag. Een volgend belangrijk bezwaar van de Specialistenorganisatie tegen stafziekenhuizen, was het ontbreken van een vrije specialistenkeuze. Het ziekenfondsenbesluit loste ook dit probleem op (waarvan overigens de armlastigen mee profiteerden). Het besluit ging uit van een vrije ziekenhuiskeuze. Dit garandeerde indirect een vrije specialistenkeuze, omdat het aantal moderne ziekenhuizen geleidelijk groter werd ten koste van de minder geoutilleerde ziekenhuizen.

Inkomen

In hoofdstuk 1 wordt opgemerkt dat een antwoord op de vraag over het inkomen van 'de' specialist niet mogelijk is. Daarvoor verschilden de tarieven van de diverse specialismen en de praktijkopbouw te veel. Bovendien blijft de onzekerheid over het ziekenfondsinkomen, omdat uiteindelijk maar een percentage van de overeengekomen tarieven werd uitbetaald.

Uit dit onderzoek wordt duidelijk dat specialisten over het ziekenfondsinkomen niet tevreden waren. Een deel van de huisartsen had weliswaar een positief oordeel over het ziekenfondshonorarium van specialisten, daaruit kan men niet zonder meer de conclusie trekken dat het met dat inkomen wel meeviel. Een objectief oordeel was moeilijk, omdat de verbetering van het ziekenfondshonorarium van specialisten veelal ten koste ging van dat van de huisartsen. Huisartsen die vonden dat specialisten niets hadden te klagen over hun ziekenfondshonorarium, kunnen daarmee een enkel tarief hebben bedoeld dat in verhouding goed werd gehonoreerd. Zij kunnen ook van mening zijn geweest dat specialisten het ziekenfondsinkomen niet nodig hadden en huisartsen wel. Zij kunnen vervolgens hebben gedoeld op twee 'beruchte' tarieven in Arnhem. Deze tarieven zeiden echter niets over het 'gemiddelde' ziekenfondstarief. De specialisten die zich net in Arnhem hadden gevestigd, kregen helemaal niets en de tarieven van de andere specialismen waren niet zo berucht dat daaraan werd gerefereerd.

In het algemeen waren de klachten van specialisten over het ziekenfondsinkomen niet overdreven. Een praktijk die voornamelijk bestond uit armenzorg- en ziekenfondspatiënten bood geen bestaanszekerheid. De ziekenfondsinkomsten stonden, enkele uitzonderingen daargelaten, niet in verhouding tot het verrichte werk. In de praktijk bleek het zogenaamde verrichtingentarief een mengsel van honoreringsvormen: gedeeltelijk stukloon, gedeeltelijk een abonnement en ten slotte de gratis elementen voor de klinische hulp en als de specialistenpot leeg was.

Uit de lage tarieven blijkt tevens, dat de toegangsdrempel tot de specialistische gezondheidszorg voor minvermogenden laag kon zijn door de lage tarieven van specialisten en de hoge tarieven voor particuliere patiënten. In nog sterkere mate gold dat voor de ziekenhuisverplegingsverenigingen, die in aantal, organisatie en beheer sterk aan ziekenfondsen verwant waren. Een deel van deze verenigingen ging er gewoon van uit dat specialisten gratis waren, soms met uitzondering van de chirurg.

Daarentegen mag worden aangenomen, dat het inkomen goed was van vrijwel iedere specialist die uitsluitend of vrij veel particuliere patiënten behandelde. In dat geval wer-

den er 'compensatietarieven' berekend, maar daartegenover stonden geen lage tarieven of honoraire dienstverlening. Zelfs dit was dan nog afhankelijk van de plaats van vestiging. Specialisten uit Amsterdam, Den Haag en Rotterdam vroegen hogere bedragen dan specialisten uit de 'periferie'. Het leven was daar duurder en misschien konden deze specialisten, uit al dan niet terecht veronderstelde kwalitatieve aanspraken, zich ook hogere tarieven veroorloven dan 'perifere' specialisten.

Grotere afdelingen stelden tarievenlijsten op voor particuliere patiënten. Zolang een patiënt niet over een zijns inziens te hoge rekening klaagde, kon een specialist in principe hogere tarieven berekenen dan de op de lijst vermelde bedragen. Een verhaal uit het 'roddelcircuit' over een hoogleraar-chirurg die f 25.000 voor blindedarmoperaties vroeg (en kreeg), hoeft daarom niet onjuist te zijn. Er waren nu eenmaal specialisten die gebruik maakten van hun naamsbekendheid of inspeelden op het snobisme van bepaalde patiënten. Zij 'schreven maar wat'.

Nu betrof dat vooral bepaalde specialismen, zoals chirurgie, kno-heelkunde en de kleine groep specialisten die zich uitsluitend met röntgenologie bezighield. Dit waren tegelijk de specialismen die belangrijk bijdroegen aan het imago van 'de' specialist. Dat, gecombineerd met de hogere tarieven, kan weleens een te rooskleurig beeld hebben gegeven van het inkomen van diezelfde specialist. Want naast deze betrekkelijk kleine 'toplaag' van specialisten met veel particuliere patiënten en hogere tarieven en de 'managers' met assistenten, waren er de andere specialisten die de financieel minder aantrekkelijke patiënten in hun praktijk hadden. Voor artsen zonder neveninkomsten kon het assistentschap financieel al te bezwaarlijk zijn. Voor beginnende specialisten die geen familie of andere relaties hadden, waardoor de praktijkopbouw werd vergemakkelijkt, moet de 'compensatie'-tarifiëring een probleem zijn geweest. Zelfs wanneer men bij vestiging ter plaatse de enige in een bepaald specialisme was, hoefde dat nog niet te betekenen dat een particuliere praktijk een kwestie was van tijd. De mogelijkheid dat in die plaats een andere specialist 'filiaal-hield', moet zeker niet worden uitgesloten. Dit hoeft niet tegenstrijdig te zijn met de gedachtengang van de concurrentiethese. Door het grote aantal huisartsen in de steden, was een vestiging als huisarts financieel evenmin altijd even aantrekkelijk. Bovendien verwachtten specialisten op de langere duur een grotere particuliere praktijk te kunnen opbouwen en zo hun inkomen veilig te stellen.

Functioneren van de Specialistenorganisatie

De Specialistenorganisatie, de centrale belangenvereniging in NMG-verband, werd in de periode 1920-1941 iets zelfstandiger en krachtiger. De betrokkenheid van specialisten bij hun koepelorganisatie was over het algemeen niet groot, hetgeen hen er niet van weerhield veel kritiek op de organisatie te hebben. Specialisten waren teleurgesteld indien er zich individueel of in de afdeling problemen voordeden, die de Specialistenorganisatie evenmin naar volle tevredenheid kon oplossen. Zij waren al snel geneigd zich af te keren van de organisatie en een eigen vereniging op te richten of zij bleven in naam trouw aan de centrale organisatie, maar gingen verder volkomen hun eigen gang.

Het bestuur van de Specialistenorganisatie probeerde evenals het NMG-bestuur de uiteenlopende financiële belangen waar mogelijk te herformuleren in een algemener belang. Het deed dit uit strategische overwegingen, het was echter mede een gevolg van een bepaalde aan de beroepsgroep toegedachte 'ethische' instelling; het altruïstisch opzij

schuiven van het eigen belang ten bate van een 'hoger' belang. Dientengevolge was het voor de Specialistenorganisatie – als subafdeling van de NMG – moeilijk om in het openbaar teveel de nadruk op de financiële belangen te leggen. Zeker in zaken die tegen de grens van hulpbehoefendheid aanleunende patiënten betroffen.

In naam hield de Specialistenorganisatie vast aan een landelijk uniform beleid. Alleen al door het 'leidraad' principe van het NMG-beleid bleek het in de praktijk niet mogelijk uniforme oplossingen te vinden. Niet in de tarifiëring, niet in de overeenkomsten en niet in een plaatselijke verdeelsleutel van het ziekenfondshonorarium voor huisartsen en specialisten. De problematiek rond open en gesloten ziekenhuizen kon onmogelijk ten faveure van het officieel gevoerde beleid, een open stelsel, worden opgelost. De diversiteit in ziekeninrichtingen, de onwil van zowel ziekenhuisdirecties als een deel van de staf-specialisten, en de financiële bezwaren tengevolge van het grote aantal niet-betalende patiënten, verhinderden dat de vrije specialistenkeuze kon worden verwezenlijkt.

Het niet-uniforme beleid kon echter geen voedsel zijn voor kritiek, want in de praktijk wensten de specialisten geen uniform beleid. Pas wanneer er problemen opdoemden, wilde men een ondersteuning van de centrale organisatie – die gericht was op de eigen situatie – en niet eerder. Een grote handicap voor een centraal éénvormig beleid was dat een centraal beleid per definitie 'ideologisch' uitviel dan de praktijk van alledag. Bovendien waren de ideeën over het te voeren beleid erg afhankelijk van de eigen situatie van het moment. Zodra specialisten zich in hun financiële bestaan bedreigd voelden, had een centrale regulering weinig vat op hun gedrag. Hetgeen centraal werd afgesproken of aangekondigd, was daarmee nog geen uniform landelijk beleid. Ook niet in de vaak – wat de belangen betrof – op één hoop gegooide drie grote steden, Amsterdam, Rotterdam en Den Haag. De specialisten in Amsterdam waren in een niet benijdenswaardige positie. De aanwezigheid van het NMG-bestuur maakte de toch al ongunstige situatie in Amsterdam (de AZA, gesloten ziekenhuizen, ontoegankelijke universiteits(poli)klinieken, 'Het Onderwijs Belang') tot een specifiek Amsterdams specialist-onvriendelijk NMG-beleid. In vergelijking met de specialisten in Amsterdam en Den Haag lijken de specialisten in Rotterdam een wat minder taaie tegenstand te hebben ondervonden. De specialistenvereniging werkte daar geruislozer dan die in de twee andere steden, zij werkte echter wel degelijk. In hoofdstuk 1 wordt de vraag geformuleerd in hoeverre het op Amsterdam gerichte NMG-beleid nadelig was voor de 'periferie'. Mijn interpretatie is dat deze specialisten daardoor niet in een nadelige positie verkeerden. Deze specialisten voelden zich na 1920 weliswaar tegengewerkt, maar de specialisten in de grote steden hadden datzelfde proces van teleurstelling in het NMG-beleid al achter de rug. Bovendien bleek de situatie van de 'perifere' specialisten bij de verdeling van de ziekenfondshonoria in het algemeen gunstiger.

De centrale belangenbehartiging kreeg veel kritiek van de leden. De problemen ontstonden echter niet alleen door het ziekenfondsbeleid in de afdelingen of door maatregelen van externe actoren. De problemen waren eveneens het gevolg van de handelwijze van specialisten zelf. Het centrale beleid werd er niet gemakkelijker op door de barrières die vooral specialisten, maar ook huisartsen, opwierpen om de vestiging van specialisten te bemoeilijken, door onderlinge afspraken van (een deel van de) specialisten die op den duur nadelig bleken te zijn, en andere maatregelen van specialisten. Specialisten hadden maar weinig collectieve belangen, niet slechts door de onderverdeling in specialismen, ook buiten dat waren specialisten onderling verdeeld door divergerende belangen van

gevestigde specialisten en nieuwelingen, stafspecialisten en specialisten die geen toegang hadden tot een plaatselijk ziekenhuis, specialisten met een grotere ziekenfondspraktijk en specialisten met vrijwel alleen particuliere patiënten, 'filiaalhouders' en 'managers' met superpraktijken.

Er is in het voorgaande reeds gesteld dat de machtspositie van de NMG moet worden gerelativeerd. Voor het handelen van haar suborganisatie, de Specialistenorganisatie, geeft een verklaringsmodel aan de hand van de machts- en beheersingsbenadering evenmin voldoende zicht op de 'geschiedenis van specialisten'. Deze organisatie had niet alleen met externe krachten van doen, zij moest bij tijd en wijle ook tegen de NMG opboksen. In dit proefschrift blijkt duidelijk dat de Specialistenorganisatie geen macht had, in die zin dat zij veranderingen of verbeteringen kon bewerkstelligen. Zij kon niet veel bereiken in een zo belangrijke taak als verbetering van de ziekenfondshonorering. In de NMG kon zij noch de plaatselijke regelingen doorbreken noch de verdeling van de ziekenfondshonoraria verbeteren. In de externe betrekkingen met collectieve verzekeraars of ziekenhuisdirecties was het al niet veel beter. Mijn conclusie is dat specialisten, met uitzondering van enkele specialismen, hun grote populariteit bij (een het deel van de) ziekenfondsen en bij ziekenfondspatiënten, niet in hun financiële voordeel konden omzetten.

Bij een beoordeling over het functioneren van de centrale belangenbehartiging, hoort de vraag of de Specialistenorganisatie zoveel meer had kunnen bereiken. Enerzijds waren er veel knelpunten, zoals de afhankelijkheid van de NMG en het op huisartsen gerichte NMG-beleid, het uitblijven van een ziekenfondswetgeving, de concurrentie en contributieproblemen van zowel ziekenfondsen als ziekenhuisverplegingsverenigingen, de verdeelsleutel van de honoraria in de afdelingen en de 'solidariteitstarieven' voor een groot deel van de patiënten. Anderzijds legde de Specialistenorganisatie zich te gemakkelijk neer bij de problemen.

De neiging de eigen zaken te regelen, roept bovendien de vraag op of deze plaatselijke belangenbehartiging zo veel betere resultaten opleverde. Een belangrijk voordeel van de plaatselijke belangenbehartiging was dat die onmiddellijk kon inspelen op ontwikkelingen die specialisten ongewenst vonden. Bovendien kregen specialisten alleen al door het bestaan van die vereniging het gevoel dat er begrip was voor hun moeilijke situatie. Bij de centrale organisatie ontbrak het aan dat begrip.

Het uiteindelijke resultaat was, gemiddeld genomen, uiteindelijk niet veel groter dan dat van de centrale belangenorganisatie. De meest krachtige specialistenorganisatie, de ASV, bleek zelfs veel geringere resultaten in de ziekenfondshonorering te boeken dan de verenigingen in andere steden, inclusief de verenigingen in de 'periferie'. In de praktijk accepteerden ook andere plaatselijke specialistenverenigingen, dat zij niet zoveel eisen konden stellen als hun ziekenfondshonorering ten koste ging van de huisartsen. En dat de kas leeg kon zijn als het op uitbetalen aankwam.

Bij een plaatselijke belangenbehartiging bleek het bereikte resultaat veelal een korte termijn succes. Het kon bovendien negatieve effecten hebben voor de individuele specialist. Het ontbrak daar aan een tegenwicht tegen de beperkende maatregelen en onderlinge afspraken om de vestiging van specialisten tegen te gaan. Een plaatselijke belangenbehartiging kon ook nadelig zijn voor vooral geneeskundige specialismen. Men kan bijvoorbeeld slechts gissen naar de oorzaken van de verschillen in de ziekenfondstarieven voor de diverse specialismen. Dat lijkt niet slechts het gevolg te zijn geweest van arbeidsintensief werk of omdat het vak objectief gezien zoveel moeilijker was.

Men moet zich ten slotte afvragen of de plaatselijke verenigingen jaar in jaar uit over specialisten beschikten met de nodige onderhandelingsvaardigheden. Mijn interpretatie is dat men zich in de ingewikkeldheid daarvan gemakkelijk vergiste. Zolang er nog zoveel kritiek mogelijk was op de professionaliteit van de onderhandelaars op nationaal niveau, stemt dat voor het plaatselijk equivalent evenmin optimistisch. Dat nadeel was veel groter dan men zich leek te realiseren. In dit onderzoek komt het beeld naar voren dat specialisten in het algemeen, tenminste degenen die naar buiten traden, niet kunnen worden getypeerd als functionarissen die eventuele eigen tekortkomingen bij het onderhandelen herkennen; laat staan als zwakke herkennen.

Nog afgezien van dit gebrek aan professionaliteit, had een plaatselijke, financiële belangenbehartiging, want daarover ging het voornamelijk, twee grote nadelen. Ten eerste koos men daarmee voor het polarisatiemodel in de afdelingen. Er kan worden gesteld dat er nooit voldoende geld beschikbaar was om iedereen tevreden te stellen. In een deel van de plaatselijke afdelingen werden de onderlinge verhoudingen grondig verstoord door het zelf moeten verdelen van het 'budget'. Vervolgens kregen door een plaatselijk gevoerd beleid andere belanghebbenden in de gezondheidszorg meer kansen voor een 'verdeel en heers' beleid. Weliswaar was een deel van deze belanghebbenden eveneens plaatselijk georganiseerd, maar zoals hierboven bleek, was een centrale belangenbehartiging niet alleen nodig omdat externe belanghebbenden zo sterk waren.

Critici van de Specialistenorganisatie vroegen zich bij herhaling af wat daarvan nu eigenlijk het nut was. Ongetwijfeld waren zij van praktisch nut, zoals het bemiddelen bij plaatselijke geschillen en het keuren van overeenkomsten. De centrale organisatie verrichtte vooral op het gebied van ziekenfondsregelingen veel 'voorwerk', bouwde hierbij een zekere know-how op en leverde een bijdrage aan een meer uniform beleid, ook voor ziekenfondspatiënten. De Specialistenorganisatie werd daardoor steeds meer als de vertegenwoordiger van de specialisten gezien. Niet alleen intern, maar ook door derden, hetgeen van belang was door het toenemende overleg op macroniveau. Men bereikte daarbij geen landelijk uniforme tarieven, maar voorkwam daarmee wel dat de leden onderling tegen elkaar konden worden uitgespeeld, hetgeen in de praktijk wel degelijk gebeurde.

In hoofdstuk 5 werd al geconcludeerd dat het nut van de vereniging één van de redenen was, waardoor de Specialistenorganisatie kon overleven. Mijns inziens was echter de belangrijkste reden dat veel grote plaatselijke specialistenverenigingen de 'leidraad' van de NMG volgden: alléén NMG-leden mochten aan de collectieve ziekenfondscontracten meedoen. Verder werden onder meer genoemd, de netwerkfunctie en een zekere 'cultuur'.

Veel leden beoordeelden het werk van de Specialistenorganisatie vanuit de eigen situatie. Daar tegenover staat, dat bij het bestuur de neiging bestond letterlijk alles op rekening van onwillige leden te schuiven. Ook de eigen tekortkomingen. Tegen plaatselijke bepalingen kon de Specialistenorganisatie weliswaar niet veel doen, maar zij probeerde dat ook nauwelijks. Eventuele aanmerkingen op dit plaatselijk gedrag verwoordden zij heel omzichtig, hetgeen het centrale beleid er niet duidelijker op maakte. Het ontging de specialisten daardoor welke nadelige gevolgen hun gedrag had, het stimuleerde hen bovendien op dezelfde voet door te gaan. De bestuurders van de Specialistenorganisatie wisten zeer wel dat de regels werden overtreden. Erg druk over geconstateerde afwijkingen daarvan maakte zij zich in de regel niet, zelf waren zij ook niet altijd even consequent. De beginselen waren modern: iedere specialist diende gelijke kansen te krijgen. Toen de omstandig-

heden verslechterden, bleken de beginselen in de praktijk ook voor de centrale organisatie moeilijk te verwezenlijken.

De terugkerende klacht van leden over de werkwijze van het bestuur, 'Gij vertegenwoordigt niemand', was in zijn algemeenheid niet terecht. De onvrede die de leden over de vakorganisatie naar buiten brachten, was vaak op oneigenlijke gronden gebaseerd. Terwijl er op andere gronden de nodige kritiek op de Specialistenorganisatie voorhanden was, met name op de weinig professionele structuur en werkwijze van de organisatie.

Met uitzondering van de secretaris bestond het bestuur uit specialisten die de verenigingswerkzaamheden naast hun gewone dagtaak deden. De taakvervulling als bijbaan zorgde voor een aantal 'logistieke' problemen. Mede daardoor schoof men niet dringend geachte zaken op de lange baan, het bestuur holde achter de zaken aan en nam ad hoc beslissingen. Ondanks al hun kritiek, stelden de leden over belangrijke zaken geen kritische vragen aan het bestuur. Een betere regeling dan een specialistenpot voor de verdeling van de honoraria kwam bijvoorbeeld niet eens op de agenda voor. Een regulering van de 'titel' specialist werd steeds vooruitgeschoven, de vrije specialistenkeuze in de ziekenhuizen bleef meer theorie dan praktijk, er was noch sprake van een 'kwaliteitsbewaking' van specialisten noch van beleid op een iets langere termijn.

Het bestuurswerk was erg intensief, maar hard werken zegt op zichzelf niets over de kwaliteit van het bestuurswerk. De belangeloze inzet voor de organisatie ontnam de leden de lust tot het uitoefenen van gerichte kritiek en controle, er was immers al zoveel kritiek op de centrale organisatie. Het is daarbij overigens de vraag of er veel leden waren die in het reilen en zeilen van de organisatie enig inzicht hadden. De opzet van de belangenbehartiging bleef dientengevolge weinig professioneel, hetgeen evenzeer was te wijten aan de leden, als aan het bestuur. De vanzelfsprekendheid waarmee aan de steeds wisselende bestuursleden soms ten onrechte bepaalde kwaliteiten werden toegedacht, was niet bevorderlijk voor een zo optimaal mogelijke belangenbehartiging. Een kwaliteit als onderhandelingsbekwaamheid was lang niet een ieder gegeven. Toch hield het voorzitterschap van de Specialistenorganisatie tevens het onderhouden van de externe betrekkingen in. En dat onderhandelen werd steeds belangrijker door de onderhandelingen met overheid en overkoepelende ziekenfonds- en ziekenhuisorganisaties, die sinds de jaren twintig sterk toenamen.

Een weerkerende klacht van het bestuur over de leden was dat deze 'de geschiedenis niet kenden'. Het bestuur deed echter nooit daadwerkelijke pogingen om dergelijke hiaten in die zo nuttig geachte historische kennis aan te vullen. Mede daardoor werd de arrogantie aangewakkerd tegenover de leden. Er ontstond een vicieuze cirkel van (steeds nieuwe) leden, die niet voldoende op de hoogte werden gehouden, en een (steeds nieuw) bestuur waarover men geen idee had wat 'ze' nu eigenlijk deden.

Zolang het bestuur het gevoel had 'bij de gratie' van de leden te opereren, belemmerde dat het optreden van de Specialistenorganisatie. De mogelijkheid dat de ontevreden zouden uittreden, werd als een immer loerend gevaar beschouwd. Daardoor bestond de neiging om bepaalde persiegroepen – de grote specialismen – binnen de organisatie te ontzien. De zeggenschap van de centrale organisatie was in de vooroorlogse jaren als het erop aan kwam gering. Deze autoriteitscrisis ontnam vervolgens de animo bij het bestuur zaken zelfs maar aan te roeren, waarvan men van te voren al wist dat daarover veel verschil van mening bestond.

Een dergelijk autoriteitsprobleem hoeft geen consequentie te zijn van het centraal organiseren van de vakbelangen van beoefenaren van een vrij beroep. Dit probleem speelde bijvoorbeeld veel minder bij advocaten. Mijn verklaring voor dit verschil kan men vinden in 'het beroep' zelf. 'De' specialist was niet gewend dat een instantie of persoon in zijn werk autoriteit over hem uitoefende en hij wenste dat ook niet. 'Het beroep' bevorderde bij specialisten niet alleen de tamelijk vrijblijvende houding van een deel van hen tegenover hun belangenvereniging. Specialistische hulp was sinds de opkomst van specialisten bij het publiek en ziekenfondsen gewild. Dat gold nu juist veel minder voor advocaten, met een studie die al eeuwenlang dé studie was voor het verkrijgen van openbare functies. Specialisten hoefden zich helemaal niet 'waar te maken'. Extern 'promoten' was niet nodig, daardoor kon de Specialistenorganisatie de regulering van de opleiding aan de NMG overlaten. Wanneer men de 'geschiedenis van specialisten' overziet, dringt zich het beeld op dat de specialist er niet voor de patiënt was, maar dat de armen en minvermogende patiënten er voor de specialisten waren. Deze houding schaadde echter zijn imago niet. Andere beroepsgroepen in de vrije sector, die niet met zoveel krediet van het publiek startten, zoals de accountants, richtten zich juist op een beleid van scholing en 'opwaardering' van het beroep. Daaraan kan nog worden toegevoegd dat de voornamelijk in poliklinieken en thuiswerkende specialist, zijn eigen gang kon gaan en niet werd gestimuleerd tot een kritische reflectie op zijn handelen. Specialisten kregen weliswaar kritiek, maar dat was geen kritiek die men zich persoonlijk hoefde aan te trekken. Omdat men niet in teamverband werkte, waren er ook weinig op- en aanmerkingen te verwachten van de kant van collega's. Kritiek op het werk van collega's – die er wel degelijk was – werd binnenskamer gehouden. Nu waren er weliswaar geen sancties, maar door dit individualisme van specialisten werd naar mijn mening op 'het beroep' als entiteit een schaduw geworpen.

Specialistenbevoegdheid

De regeling van de bevoegdheid van specialisten ten slotte, was sinds het begin van de twintigste eeuw een kwestie waarover men van tijd tot tijd in de NMG discussieerde. De NMG motiveerde het niet-regelen van de bevoegdheid van specialisten onder meer met te wijzen op de moeilijkheden die een regeling met zich meebracht. De overheid maakte geen problemen over deze informele structuur, het was ook geen onwettig optreden. De regering had er evenmin problemen mee het motief van de NMG tot de hare te maken: de regeling van de bevoegdheid van specialisten was een moeilijke kwestie. Zij kwam mede tot dit standpunt, omdat de regering zich voor advies en informatie in dergelijke kwesties tot hoogleraren wendde. Nu voelden hoogleraren niets voor een onder auspiciën van de universiteit geregelde specialistenopleiding. (De vraag waarom zij daar zo tegen waren, moest in dit onderzoek onbeantwoord blijven, wel werden in hoofdstuk 5 enige suggesties gedaan.) Hoogleraren wezen de regering derhalve op de onvoldoende faciliteiten van de faculteiten en de grote kosten die een universitaire specialistenopleiding met zich mee zou brengen, want dat was voor de regering altijd een groot probleem.

Was de formalisering van de bevoegdheid wel zo'n moeilijke kwestie, zoals de NMG dit wilde doen geloven? Was de domeinafbakening tussen specialisten en huisartsen nog steeds zo'n gevoelige kwestie? Het 'model' van assistentschap en registratie dat in 1931 werd aangenomen, circuleerde al meer dan twintig jaar in de NMG. Daartegen bleek

helemaal niet zoveel weerstand te zijn, zodat men kan concluderen dat het motief van de NMG een drogreden was. Bovendien zag de NMG in haar ziekenfondsbeleid ook niet op tegen écht moeilijke kwesties, zoals 'verboden' ziekenfondsen, bindende besluiten en de oprichting van een eigen ziekenfondsorganisatie. Anders lag dat bij de bepaling wat nu precies specialistische verrichtingen waren. De scheidslijn specialistische verrichting – algemene geneeskunde was flexibel en naar alle waarschijnlijkheid niet zuiver theoretisch te bepalen.

Wat bracht de NMG tot de instelling van de SRC? Bij de conclusies over de 'titel' van specialisten tijdens hun manifestatie is al geconcludeerd, dat de NMG bij het op de lange baan schuiven van de regeling van de bevoegdheid minder voor het algemeen opkwam dan zij altijd voorgaf. De belangrijkste drijfveer van de NMG om de bevoegdheid van specialisten uiteindelijk te formaliseren, was politieke inmenging. De NMG wilde niet toegeven dat een regeling van de bevoegdheid een algemeen belang was; registratie achtte zij alleen nodig voor specialisten die ziekenfondspatiënten behandelden. Nota bene, de enige categorie patiënten waarvoor de bevoegdheid van de haar behandelende specialisten bij het sluiten van het ziekenfondscontract werd 'gecontroleerd'. Dat in de praktijk vrijwel alle specialisten, inclusief hoogleraren, zich wilden laten registreren, doet daaraan niets af.

Het is onwaarschijnlijk dat er zich in de periode van integratie nog specialisten vestigden, die zich niet als assistent gedurende enige jaren in hun specialisme hadden bekwaamd. Een indicatie geven over de kwaliteit van de 'opleiding' vóór er in 1931 werd overgegaan tot registratie van de specialisten die een ziekenfondsovereenkomst wilden aangaan, is echter niet mogelijk. Een beginnend specialist ontleende de eigen autoriteit voor een groot deel aan die van zijn opleider. Bij bepaalde hoogleraren bestonden er voor de assistentschappen wachtlijsten en het gebeurde, dat men de hoogleraar voor het assistentschap moest betalen. Het was afhankelijk van de instelling van de hoogleraar of een assistent ook inderdaad een opleiding kreeg of dat hij een assistent tot hulppersoneel degradeerde.

Het is niet alleen niet goed mogelijk een indicatie te geven van de kwaliteit van de 'opleiding' van specialisten vóór 1931. Uit dit onderzoek blijkt dat dit ook na de instelling van de SRC niet kan. Bij de invoering van de specialistenregistratie koos de NMG de weg van de minste weerstand. De regeling bleek niet gericht op het instellen of bevorderen van een hoog gekwalificeerde opleiding. De vage 'opleidingseisen' zorgden ervoor dat er voor de diverse belanghebbenden niet zoveel overbleef om het oneens over te zijn. Zij lieten bovendien de bestaande regelingen en verhoudingen vrijwel onaangetast. Het verschil vóór en na de instelling van de SRC was wat betreft een 'garantie' van de opleiding niet groot. Mijn conclusie over de specialistenregistratie in hoofdstuk 5 was dan ook dat dit een 'onvoldoende' kreeg. Nadat het stelsel enige tijd had gewerkt, werden de tekortkomingen duidelijker. De rol van de wetenschappelijke verenigingen veranderde aanzienlijk. Zij kregen een belangrijke taak bij de erkenning en registratie toebedeeld. Voor een deel van de verenigingen was dat inmiddels een 'natuurlijke' zaak, voor een enkele vereniging betekende dat toch nog meer een geforceerde cultuur-doorbraak.

In de 'inwerkfase' van de specialistenregistratie gaven SRC en wetenschappelijke verenigingen meer aandacht aan het opleidingsaspect ervaring, dan aan het verwerven van wetenschappelijke kennis. Bij de beoordeling van klinieken als opleidingsplaats werd de nadruk gelegd op zaken als het aantal bedden. De inhoudelijke eisen over de opleiding bleven steken in de duur van de opleiding. Eisen aan de te verwerven vaardigheden en

kennis en aan de opleider ontbraken. In deze periode waren er dientengevolge geen uniformiteit in of zekerheid over de kwaliteit van de opleiding, te meer omdat de candidaat-specialist geen examens hoefde af te leggen. De specialistenopleiding kwalificeerde zich in deze periode meer tot een 'interne bedrijfskursus' dan tot een legitieme postdoctorale opleiding. Dit sluit overigens niet uit dat de opleiding, afhankelijk van opleider en opgeleide, uitstekend kan zijn geweest. De instelling van de specialistenregistratie lijkt een belangrijke cesuur te zijn voor de bevoegdheid van specialisten. Er moet echter worden geconcludeerd dat de SRC op de keper beschouwd weinig verbetering bracht.

In 1890 leek de verzuchting van Multatuli waarmee dit boek aanving, een weergave van de verwarring die er in de NMG over medisch specialisten bestond. Nader onderzoek leerde evenwel dat die verwarring voor een belangrijk deel voortkwam uit de dreiging, die de manifestatie van specialisten opriep bij de 'gevestigde orde' van huisartsen en hoogleraren. Er bleek een antwoord mogelijk op de vraag: wat was een specialist? In 1941 waren specialisten geïntegreerd in de gezondheidszorg, er hadden zich instituten gevormd rondom hun belangen, rondom de wetenschap en rondom hun opleiding, hun positie was geconsolideerd en zij waren wettelijk 'erkend'.

Desondanks sluit deze periode in de 'geschiedenis van specialisten' af met tal van onzekerheden. Het ziekenfondsenbesluit regelde weliswaar de honorering van de poliklinische en klinische hulp, daarentegen bleef de specialistenpot bestaan, mét de daaraan verbonden financiële onzekerheden. De Specialistenorganisatie was nog geen zelfstandige tak in de NMG en de belangen van huisartsen en specialisten waren niet volledig gescheiden. Bij een deel van de wetenschappelijke verenigingen sluimerde de ontevredenheid over de doelstelling van de vereniging en de registratie bood niet die waarborgen die men van een 'standsorganisatie' behoorde te kunnen verwachten. De bezettingstijd bracht een intermezzo, de toekomst had nog de nodige problemen in petto.

Bijlagen

Bijlage 1: Overzicht ziekenfondswetsontwerpen

1904 (Kuyper)	ziekengeld en geneeskundige behandeling; val kabinet; wetsontwerp ingetrokken
1906 (Veegens)	ontwerp ziekenwet val kabinet; wetsontwerp ingetrokken
1910 (Talma)	ontwerp ziekenwet, loskoppeling met apart ziekenfondshoofdstuk, amendementen ---->
1913 (Talma)	gewijzigd ontwerp ziekenwet
1916 (Treub)	nieuw kabinet, nieuw ontwerp: koppeling met geneeskundige behandeling, motie: ontkoppeling, Treub neemt ontslag
1920 (Aalberse)	nieuw ontwerp met ziekenfondsregeling
1925 (Aalberse)	1921: economische omslag, geldgebrek: gewijzigd ontwerp; val kabinet
1927 (Slotemaker de Bruïne) 1930	2e nota van wijziging wet inwerking, m.u.v. hoofdstuk ziekenfonds
1930 (Verschuur)	3e wijzigingsnota; ingetrokken
1936 (Slingenberg)	4e wijzigingsnota 5e wijzigingsnota val kabinet
1937 (Romme)	nieuw ontwerp; val kabinet
1940 (Romme - V.d. Tempel)	nieuw ontwerp
1941	Ziekenfondsenbesluit
1949	advies Ziekenfondsraad
1951 (Joekes)	ontwerp Ziekenfondswet
1962 (Veldkamp)	nieuw ontwerp
1964	amendementen
1966	Ziekenfondswet aangenomen

Bijlage 2: Wetenschappelijke verenigingen, gedeeltelijk met oprichtingsjaar. De disciplines van de tussen haakjes geplaatste verenigingen zijn (waren) geen specialismen of geen geregistreerde (deel)specialismen

1871	Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie
1895	Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie, tot 1972
1917*	(+ Nederlandsche Vereeniging voor Psychoanalyse)
1920*	(+ Nederlandsche Vereeniging voor het wetenschappelijk onderzoek der therapie van zenuw- en zielsziekten; tot ±1948)
1931*	(+ Nederlandsche Vereeniging voor Psycho-therapie)
193?	(+ Vereeniging voor Christelijke psychiaters)
1937*	(+ Vereeniging van Psychoanalytici in Nederland)
1938*	(+ Nederlandsche Vereeniging van Artsen-Physico-therapeuten)
1956*	(+ Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband)
1972	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
1972	Nederlandse Vereniging voor Neurologie
1887	Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging
1965	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
1866	(Ophthalmologische congressen)
1891	Nederlandsch Oogheekundig Gezelschap
1892	Nederlandsche Vereeniging voor Paediatrie
1922	Nederlandsche Vereeniging voor Kindergeneeskunde
1893	Nederlandsche Keel-, Neus- en Oorheekundige Vereeniging
1936*	(+ Genootschap van Keel-, Neus- en Oorartsen; tot ± 1945)
1977	Nederlandse Vereniging voor KNO-Heelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied
1896	Nederlandsche Vereeniging van Dermatologen
1979	Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie
1898	Nederlandsche Orthopaedische Vereeniging
1904*	(Geneeskundige Vereeniging van Physische Therapie; tot ±1908)
1906*	(Nederlandsche Vereeniging voor Thalasso-therapie; tot ±1945)
1901	Nederlandsche Vereeniging voor Electrologie en Röntgenologie
1965	Nederlandsche Vereeniging voor Radiologie
1978	Nederlandse Vereniging voor Radiodiagnostiek
1978	Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie
1902	Nederlandsche Vereeniging voor Heelkunde
1948	Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgen
1949	Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen
1952	Nederlandse Vereniging voor Plastische en Reconstructieve Chirurgie
1972	(+ Nederlandse Vereniging voor Handchirurgie)
n.i.*)	(+ Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie)
1981	(+ Nederlandse Vereniging voor Chirurgische Oncologie)
1981	(+ Nederlandse Vereniging voor Traumatologie)
1991	(+ Nederlandse Vereniging voor Reumachirurgie)
1992	(+ Nederlandse Stichting tot bevordering der Chirurgische Wetenschappen)
1908	Nederlandsche Vereeniging voor Urologie

- 1908 Nederlandsche Vereeniging van Tuberculoseartsen
 1950 Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose
 1950 + Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Longartsen; tot 1985
 1948 (+ Nederlandse Vereniging van Artsen van de Consultatiebureaus voor Tuberculosebestrijding)
- 1912* (Nederlandsche Vereeniging voor Microbiologie)
 1992 + Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie
 1921 Nederlandsche Patholoog-anatomen Vereeniging
 1990 Nederlandse Vereniging voor Pathologie
 (sectie experimentele, sectie klinische en sectie veterinaire path.)
 1928 (Bijeenkomsten van laboratoriumartsen)
 1950 Nederlandse Vereniging van Laboratoriumartsen; tot 1992
 (gezamenlijke vergaderingen Ned. Ver. van Microbiologen en Ned. Ver. van Laboratoriumartsen)
- 1951* (Vereniging voor Klinische Chemie)
 1992 Vereniging Artsen Laboratoriumdiagnostiek [artsen-klinisch chemici]
- 1907 (Nederlandsche Vereeniging voor Tropische Ziekten; tot 1984)
 1904 (Nederlandsche Vereeniging voor Tropische Geneeskunde)
 1913 Vereeniging van Nederlandsche Maag- en darmartsen
 1917 (Nederlandsche Algemeene Ziektekundige Vereeniging; tot omstreeks 1986)
 1973 Nederlandse Vereniging voor Gastro-enterologie
 1931 Nederlandsche Internisten Vereeniging
 1947 (+ Nederlandse Vereniging voor Endocrinologie)
 1950 (+ Nederlandse Vereniging voor Haematologie)
 1972 (+ Nederlandse Vereniging voor Nefrologie)
 1976 (+ Vereniging voor Infectieziekten)
 1977 (+ Nederlandse Vereniging voor Intensive Care)
 1985 (+ Nederlandse Vereniging voor Hepatologie)
- 1930* (Nederlandsche Vereeniging voor Sociale Geneeskunde)
- 1934 Nederlandsche Vereeniging voor Cardiologie
- 1948* (Nederlandse Gerontologische Vereniging)
- 1948 Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
- 1929* (Studiegenootschap Rheuma)
 1948 Nederlandse Vereniging van Reumatologen
- 1955 (Nederlandse Vereniging voor Angiologie)
 1955 Nederlandse Vereniging van Artsen voor Revalidatie en Fysische Geneeskunde
- 1957 Nederlandse Vereniging voor Allergologie
- 1983 Nederlandse Vereniging voor Geriatrie
- 1984 Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde
 1988 Vereniging Klinische Genetica Nederland

? (Nederlandse Anthropogenetische Vereniging)

NB: Deze lijst heeft niet de pretentie geheel volledig te zijn.

Bronnen: *Geneeskundige Jaarboekjes*, Kamers van Koophandel, NTvG, secretariaten en archieven wetenschappelijke verenigingen. * = omstreeks het genoemde jaartal, de eerste vermelding in de *Geneeskundige Jaarboekjes* of het NTvG. n.i. = niet ingeschreven in de Kamer van Koophandel.

Bijlage 3, tabel 20: Aantal specialisten/specialismen (zonder mond- en tandziekten) in Amsterdam, Den Haag, Rotterdam, Utrecht, Groningen, Leiden en in de rest van het land in 1920.

	Amsterdam ¹	Den Haag	Rotterdam	Utrecht ¹	Groningen ¹	Leiden ¹	²
huid/geslachtszk	19	15	9	3	3	1	13
urologie	5	5	4	-	-	-	1
huidz/urol.	-	-	-	-	1	1	4
huidz/inwzkt	-	-	-	-	-	1	3
kno	14	19	7	5	6	2	27
kno/oogzk	-	-	-	-	-	-	8
oog/oor	-	-	-	-	1	-	1
oogzk	15	11	8	3	6	1	27
heelkunde ³	22	10	11	5	7	2	49
orthopedie ⁴	1	7	4	1	-	2	1
gyn/obst	18	13	8	4	5	1	10
gyn/obst/kinderz	-	-	-	-	-	-	2
inw.zk	-	-	-	1	1	-	4
maag/ingewand	-	9	4	-	-	-	-
maag/ingew/stofw ⁵	-	-	-	3	-	1	4
spijsvert/stofw	7	-	-	-	-	-	-
maag/borst	-	-	-	-	-	-	1
kinderzk	11	10	4	3	2	1	1
longzk	2	1	-	1	-	-	1
hart/long	-	2	-	-	-	-	1
hart/vaatzk	2	-	1	-	-	-	-
rö/electrotherapie	4	4	2	-	-	1	3
electrotherapie	-	1	-	-	-	-	-
fysische therapie	1	3	-	-	-	-	-
narcologie	1	1	-	-	-	-	-
tropische zk	-	5	-	-	-	1	-
path/bact.	6	-	-	-	-	1	-
zenuw/zielszkt	12	21	4	8	2	1	33
kindzk/inwzk	-	-	-	-	-	-	1
diathermie	-	-	-	1	-	-	-
voetafwijkigen	1	-	-	-	-	-	-

¹ exclusief hoogleraren² Alkmaar, Amersfoort, Apeldoorn, Arnhem, Breda, Bussum, Delft, Deventer, Dordrecht, Enschede, Gouda, Haarlem, Den Helder, 's Hertogenbosch, Hilversum, Leeuwarden, Maastricht, Middelburg, Nijmegen, Schiedam, Tilburg, Vlissingen, Zaandam, Zeist, Zutphen en Zwolle.³ inclusief deelspecialismen, waaronder 1 chirurgie/oogheelk.⁴ inclusief mechanotherapie⁵ en andere combinatiesBron: *Geneesk Jrb* 1920.

Bijlage 4a. Tabel 21: Onderzoek naar het inkomen van de Nederlandse arts over 1911

Gegevens bijlage 4a en 4b uit een enquête onder de leden van de NMG, respons 58%.

Gemiddeld nettoinkomen van 323 specialisten in 1911 met een praktijk tot 10 jaar, tussen de 10 en 20 jaar en langer dan 20 jaar

specialisten	aantal	gem. inkomen
< 10 jaar	150	f3764
10-20 jaar	101	f7242
> 20 jaar	72	f7344

Bron: NTvG 72 (1928) I, 2141-2159.

Bijlage 4b. Tabel 22: Verhoudingscijfers particuliere- (part) en ziekenfondspraktijk (zf) en andere baten (rest) op het inkomen van specialisten met een praktijk tot 10 jaar, tussen de 10 en 20 jaar en langer dan 20 jaar in 1911

specialisten	aantal	part.	zf	rest
< 10 jaar	144	63,0	6,1	30,8
10-20 jaar	88	73,5	2,0	24,5
> 20 jaar	62	65,9	0,8	33,2

Bron: NTvG 72 (1928) I, 2141-2159.

Bijlage 5: Voorschriften der RK-moraal in de geneeskundige praktijk*)

Positieve plichten

1. Tijdig zorgen voor geestelijke hulp van patiënten, die levensgevaarlijk ziek zijn.
2. Bij zwangerschap, respectievelijk bevalling zoo goed mogelijk zorgen voor den doop van het kind, wanneer dit in doodsgevaar verkeert; zoo noodig, óók voor doopsel in utero matris of door doopsel met behulp van sectio caesarea onmiddellijk na het succombeeren der moeder.

Negatieve plichten

1. Geen rechtstreeksche vruchtafdrijving van een levende, nog niet levensvatbare vrucht, óók niet met het doel, om daardoor het leven der moeder te redden.
2. Geen craniotomia, cephalotripsia, of op andere wijze dooden van de levende vrucht, ook niet met het doel, om daardoor het leven der moeder te redden.
3. Geen pijnverdoovende middelen, die *tevens tot doel* hebben, om *den dood te verhaasten* en dáárdoor de pijnen te verkorten.
4. Geen castratie, vasectomia, sterilisatie door wat voor middelen ook, met het doel, om daardoor bevruchting te voorkomen, al vrees den geneesheer of patiënt of andere belanghebbenden ook ziekelijke of gedegeneerde progenituur of een levensgevaarlijke graviditeit voor de moeder of overbelasting van het gezin of schande, voortvloeiend uit een eventueel intredende zwangerschap.
5. Geen openlijk of bedekt aanwenden of adviseeren of op verzoek van belanghebbende(n) toestaan van de z.g.n. 'voorbehoedmiddelen' tegen zwangerschap als: condoom, pessarium occlusivum, irrigaties, abruptio copulae cum seminatione extra vaginam, enz. óók niet met het doel

daardoor een levensgevaarlijke graviditeit of infectieziekte te voorkomen.

De geneesheer zij daarom ook *uiterst voorzichtig* met waarschuwingen tegen een nieuwe praeg-natie, wyl hij daardoor de echtelieden zoo licht in de verleiding brengt, den coïtus zóó te stellen, dat zij bevruchting moedwillig verhinderen en dientengevolge hevige zielsconflicten veroor-zaakt.

6. Geen prophylactica tegen venerische infecties verstrekken of adviseeren of verkrijgbaar stellen of aanwijzen aan hen, van wie hij weet of vermoedt, dat zij voornemens zijn om venerische hande-lingen te plegen, waaruit infecties kunnen voortvloeien.
7. Aan masturbanten ('onanisten') nimmer adviseeren, buitenhuwelijkschen sexueelen omgang te plegen met een persoon of personen van de andere sexe noch aan sexueel overbelasten, zich van het molest, dat hun sexuele prikkel veroorzaakt, door het plegen van masturbatie (onanie) op geregelde tijden of buitenhuwelijkschen coïtus te bevrijden.
8. Geen pijnstillende middelen of bedwelmende genotmiddelen, die gevaarlijk zijn voor het leven, de gezondheid of de zeden van de patiënt.

* Bron: NTvG (1928), 252-253.

Bijlage 6a: Onderzoek honoreringssysteem 1943

Uit het onderzoek naar de systemen van honorering van aan ziekenfondsen verbonden specialisten (omstreeks 1943) bleek, dat er alleen een enigszins uniforme honoreringsregeling van specialistische hulp was in de steden Amsterdam, Rotterdam, 's-Gravenhage en Utrecht en in sommige streken als Twente en Friesland (m.u.v. Leeuwarden). Desondanks konden de fondsen naar de wijze van hono-tering der specialisten in drie groepen worden ingedeeld:

1. Fondsen, die een bepaald bedrag per jaar ter beschikking stelden van de gezamenlijke specialis-ten (specialistenpot).
2. Fondsen met een verrichtingenstelsel.
3. Fondsen, die een combinatie van een abonnement- en verrichtingenstelsel hanteerden.

Bijlage 6b. Tabel 23: Honorering in guldens van een blindedarm- (1) en een mastoïdoperatie (2) met nabehandeling omstreeks 1943 door RVB en ziekenfondsen die per verrichting betaalden.

	1	2		1	2
RVB	75	50	Wageningen + O.	45	45
Zf-Geldermalsen	65	60	Gorkum, de Vries Robbé	40	40
O.Geld.- Z.Overijssel	55	60	Heerenveens tarief	40	40
Pope's fabriek Venlo	60	60	Bergen op Z./Roosend.	25	35
Special.bureau R'dam	50	60	Breda + O.	25	30
Schouwen-Duiveland	50	50	AAZ-Breda	25	30

Bron: Resultaat onderzoek honorering specialisten.

Bijlage 7. Tabel 24: Centrale ziekenfondsorganisaties met het aantal aangesloten ziekenfondsen en het aantal leden in 1937

	Aantal	Leden
Maatschappijfondsen	84	1.180.000
Federatie-onderlinge fondsen	68	570.000
Niet-aangesloten onderlinge fondsen	148	397.000
Directiefondsen	50	588.000
Ondernemingsfondsen	62	357.000
Doktersfondsen	214	146.000
Overige fondsen	22	319.000
Totaal	648	3.557.000

Bron: Gegevens CBS geciteerd in: Van der Hoeven, *Om de macht bij het fonds*, 168.

Bijlage 8. Tabel 25: Aantal en oprichtingsjaar van de ziekenhuisverplegingsverenigingen per provincie, 1908-1940

	- 1908	1908- 1917	1918- 1922	1923- 1927	1928- 1932	1933- 1937	1938- 1940	Totaal
Groningen	-	20	21	36	7	1	-	85
Friesland	-	2	2	44	20	11	1	80
Drenthe	1*	-	5	37	9	3	1	56
Overijssel	-	1	-	8	19	10	-	38
Gelderland	-	3	-	14	39	19	8	83
Utrecht	-	-	1	4	13	3	-	21
N-Holland	2	2	2	54	22	6	-	88
Z-Holland	-	1	4	104	56	10	6	181
Zeeland	-	-	-	-	9	3	-	12
N-Brabant	-	-	2	4	4	8	-	18
Limburg	-	-	-	-	1	6	1	8
Regionaal	-	-	-	-	3	2	-	5
	2	29	37	305	202	82	17	675

* Van één verplegingsfonds is de oprichtingsdatum niet bekend.

Bron: CBS, *Verzekering tegen kosten ziekenhuisverpleging 1940*, 12-13.

Bijlage 9. Tabel 26: Percentage der bevolking dat in 1940 was verzekerd bij ziekenhuisverplegingsverenigingen en ziekenfondsen

	ziekenhuisver.	ziekenfonds
Groningen	54,5	28,1
Friesland	53,7	14,9
Drenthe	69,2	28,7
Overijssel	12,7	53,9
Gelderland	26,5	36,1
Utrecht	13,2	47,1
N-Holland	18,2	59,5
Z-Holland	24,9	56,4
Zeeland	43,1	31,1
N-Brabant	8,7	36,1
Limburg	1,0	36,7
Gemiddeld	24,5	45,6

Bron: CBS, *Verzekering tegen kosten ziekenhuisverpleging 1940*, 7.

Bijlage 10. Tabel 27a: Honoreringsvoorstellen van respectievelijk specialistenvereniging en gemeenteziekenhuis in Dordrecht in 1926

	honorariumvoorstel	gemeenteziekenhuis
chirurg/gyn/obstetr.	>f 3000	f 3000
kinderarts	f 2000-2400	f 600
röntgenoloog	f 2000	?
kno-arts	f 1200-1500	f 600
derm. en neuroloog	f 800-1000	f 600

Gegevens uit D'Haene en Schalema, *Merwedeziekenhuis*, 23.

Alleen over het honorarium van de chirurg leek overeenstemming te bestaan. Het inkomen van de diverse specialisten kan hieruit niet worden afgeleid. Dat was afhankelijk van de andere inkomsten die men nog had en van de patiëntenpopulatie van de praktijk. De uiteenlopende bedragen geven geen rangorde van specialismen. De bedragen die de specialistenvereniging voorstelde, waren vooral gerelateerd aan de tijd die de betreffende specialist in het ziekenhuis doorbracht.

Bijlage 10. Tabel 27b: Honoreringsvoorstel van de gemeenteraadscommissie voor het ziekenhuis voor de vergoeding van de stafspecialisten in verband met de heropricting van de GGD in Arnhem in 1923*

voorstel ziekenhuiscommissie	
chirurg	f 3500
gynaecoloog	f 2000
oorarts	f 1500
oogarts	f 1500
huidarts	f 1500
zenuwarts	f 1000

Bron: Secretarie-archief gemeente Arnhem 1917-1924, inv. nr. 3043.

*Specialisten die niet aan het ziekenhuis waren verbonden, kregen eventueel een vergoeding per verrichting.

Bijlage 11. Tabel 28: Aantal geregistreerde specialisten tot 1941 (exclusief mond- en tandziekten)

	1933	1934	1936	1939
		-	-	-
		1935	1938	1941
allergische zkt	4	-	3	2
heelk	113	29	156	63
heelk en vrouwzkt	71	6	82	5
huid-geslachtszkt	110	12	124	13
inw.genk	97	29	142	68
kno-heelk	112	21	128	20
kindergenk	94	22	121	29
path.anat	19	1	22	5
bact/serol	8	2	7	4
vaccino therapie	1	-	2	1
gerecht.genk	3	-	1	-
longzkt.	71	4	63	15
maag-darm-stofwzkt.	36	3	38	4
narcologie	4	-	3	1
neuro-chir.	1	-	4	1
zenuw-zielszkt	178	30	211	52
ooghk.	114	19	130	23
orthopedie	22	2	29	4
fysische therapie	7	1	8	8
radiol-electrol.	42	8	51	19
urologie	17	3	25	2
verlk-gyn.	90	20	118	28
zkt. hart-bloedv.	17	4	28	2
tropische zkt.	5	-	-	-
Totaal	1236	216	1496	369

Bron: De Vink, SRC, 52. (Afwijkingen van de aantallen in deze tabel zijn mede mogelijk door het vervallen van niet gangbare dubbel-specialismen, waardoor er een keuze moest worden gemaakt.)

Bijlage 12: Lijst van verrichtingen in Amsterdam, 1921

1. <i>Hart- en bloedvaatziekten</i>	eenzijdige hazenlip
electro-cardiogram	gastrostomie
	multiple lymphomata
	multiple varices
2. <i>Heelkunde</i>	nephropexie
bovenkaakresectie	peestransplantaties
chir. behandeling van fract. colli femoris met beenpennen	penisamputatie met klierextirpatie
heupexarticulatie	radicaaloperatie voor haemorrhoiden
laminectomie	repositie van luxaliocoxa congen
pharynx-, larynxextirpatie	
pylorusresectie	appendiculair abces
rectumextirpatie	arthrotomie
trepanatie	castratie
	cytostomie
blaasresectie	ostetomie
darmresectie	paranephritisch abces
dij-amputatie	proeflaparotomie
galblaasoperatie	radicaaloperatie voor breuk
gastro-enterostomie	resectie voor empya thoracis
ileus-operatie	urethrotomia externa
laparotomie voor inw. bloeding	
nephrectomie	fistula ani
nephrotomie	hydrocele operatie
chir. behandeling van luxaties en fracturen	redressement forcé
palatum fissum-operatie	varicocele
pneumotomie	zenuwhechting
prostatectomie	
strumectomie	centrale injectie voor trigeminusheuralgie
tongextirpatie	lipcarcinoom
thoracoplastiek	
grote buikbreuk	hallux valgus
	phimosi
amputatie mammae (ca)	repositie van fract. in narcose
dubbele hazenlip	
hernia incarcerata	enkelvoudige peeshechting
knie-resectie	verwijderen van kleine tumoren
onderkaakresectie	verwijderen van corpor. alien.
onderbeenamputatie	tenotomie
uitgebreide plastische operaties	repositie van luxaties in grote gewrichten
	unguis incarnatus
anus praeternaturalis	vingeramputaties en exarticulaties
appendectomie	
armexarticulatie	cytoscopie en uter catheterisatie
bovenarmamputatie	incisie van diepe phlegmone
arthrodese	
blaassteenoperatie	cauterisatie
decapsulatio renes	cytoscopie

incisie van een abces

verbanden:

rekverband, spijkerrekverband

gipsverbanden:

arm, been, gipsbed, gipscorset, calotverband

3. Huid- en geslachtsziekten

a. Onderzoek

urethroscopie

cytoscopie

serologisch onderzoek bloed

serologisch onderzoek lumbaalvocht

intracutane injecties (Noguchi, Von Türgust)

b. behandeling

b.1 operatieve

meatotomie

urethrotomia interna

urethrotomia externa

phymosis-operatie

paraphymosis-operatie

paraphymosis repositie

incisie en excochleatie van bubo

condylomata acuminata (met narcose)

kleine huidoperaties

c. inspuitingen van arseenpreparaten e.d.

intraveneus, intramusculair (Surfarsenol e.a.)

d. lumbaalpunctie

e. licht- en stralenbehandeling

röntgen, radium, haute frequence, diathermie

electrolytische epilatie

verwijderen wratten

electriche massage van de prostaat

warmte behandeling van de prostaat

f. scabieskuur

4. Keel-, neus- en oorziekten

adenotomie, tonsillotomie, adeno tonsillotomie

tonsillectomie

incisie peritonsillair absces

conchotomie en cristotomie

intranasale ethmoidoperatie

intranasale sphenoidoperatie

proefpunctie kaakholt

aanboring sinus maxillaris

radicaal-operatie sinus maxillaris

radicaal-operatie sinus frontalis

galvano-caustiek

submuqueuse septumresectie

intralaryngeale operaties

parakentesis

ooroperatie door/aan gehoorgang

mastoïdoperatie

radicaal-operatie middenoor

bronchoscopie-oesophagoscopie

bronch. en oesophag. operaties

verwijdering van vreemde lichamen

neuspoliepen

operatie vlg West

5. Laboratorium-onderzoek

a. sputum

b. pus, microscopisch

pus culturen

pus culturen op gonococcen

c. urine, gualit. en micr. sediment

urine microsc. op tuberkelbac.

urine dierproef

urine blaas- nierstenen

urine gonococcen

d. faeces op bloed, urobiline

faeces op vertering, parasieten

faeces galstenen

faeces tuberkelbacillen

faeces typhus, paratyphus, cult.

faeces dysenterie, cult, en amoeben

faeces cholera

e. bloed haemoglob., rode en witte bl.l., leucocytenformule

bloed quant. bilirubine, ureum

bloed quant. glucose

bloed quant. cholesterine, urinezuur

bloed constante van Ambard

bloed reactie van Wasserman

bloed reactie van Sachs-Georgi

bloed combinatie van beide reacties

bloed compl. binding op echinococcus

bloed malaria

bloed reactie van Widal

bloed typhus, paratyphus, cult.

bloed sepsis, culturen

f. exsudaten, transsudaten, punctie-vloeistoffen

cytodiagnostiek, pleocytose, eiwitonderzoek

tumorcellen

maaginhoud

zorg

sperma

diphtherie, microsc., cult.

onderzoek op spiroch. pallida

onderzoek op favus, herpes tonsur
weefselonderzoek, tumoren en curett.
autovaccinbereiding
obductie

6. *Mond en tandziekten*

a. tandreiniging
extractie met of zonder anaesthesie
extractie met chirurgische ingreep
proefpunctie kaakholte
opening sinus maxillaris
incisie van abces
verwijdering tumoren, sequesters
apexresectie
reïmplantatie
lipcarcinoom
centr. injectie voor trigeminusneuralgie
intermediaire injectie
b. speciale tandheelkundige behandeling
tandvullingen, plastisch materiaal
porcelein, goud
wortelbehandeling
stiftanden
gouden kronen
brugwerk
kunstgebitten
goud, caoutchouc
kaakfracturen
orthodontische behandeling

7. *Narcologie*

narcose

8. *Oogziekten*

a. spreekuur
sonderen van traanwegen
subconj. injecties
afkrabben hoornvlies
branden van hoornvlieszweer en derg.
verwijderen van een chalazion en andere derg.
operaties oogleden
b. grotere operaties
operatie seniele cataract
nastaar-punctie
glaucoom-operatie
enucleatio, exenteratio bulbi
operatie van juveniele cataract
scheelzien
traanzakoperaties
plastieken, tumoren, verwondingen, ooglid e.a.

atypische operaties

9. *Röntgenologie*

a. onderzoek
hand, voet, arm, been, tanden
schouder, knie, kaak, heup
borstkas, schedel, bekken, wervels
maag-, darmonderzoek
niersteen, galsteen
onderzoek van andere inw. organen
b. oppervlakte therapie
huid-erytheemdosos
c. diepte therapie
huid-erytheemdosos

10. *Ziekten der urinewegen*

nephrectomie
nephrectomie met totale ureterectomie
splitsing hoefijzernier
totale cystectomie
partiële resectie van blaaswand met ureter-
reïmplantatie
radicaal-operatie voor carcinoma prostatae
totale emasculatie
prostatactomie
partiële resectie van urethra met aanleg tijde-
lijke blaasfistel
decapsulatio renis
lumbale proef-incisie
incisie paranephritisch absces
blaassteen operatie, cystostomie
prostatotomie
penisamputatie met klierextirpatie
urethrotomia externa
plastische operaties van urethra
incisie urine-absces
operaties op testis en epidydimis
phimosis-operatie
urethrotomia interna
blaaspunctie
cytoscopie en endocs. post
uretercytoscopie
epidurale injectie
nierbekkenspoeling
endoscopia ant.
endovesicale behandeling:
electrocoagulatie, lithotripsie e.d.
röntgenonderzoek en behandeling
laboratoriumonderzoek

12. *Verloskunde*

gewone partus, consult met andere medicus en
 termineren van partus
 abortus
 curettage (verlosk., gynaecologisch)
 partus arte praematurus
 versie en extractie
 hoge tang, Lange, Scanzoni
 perforatie
 embryotomie
 uitwendige kering in narcose
 uitgangstang
 manuele verwijdering van placenta

13. *Gynaecologie*

laparotomie:
 w.o. sectio caesarea, symphyseotomie, heboste-
 otomie, extrauterine graviditeit
 totale extirpatie uterus
 supravaginale amputatie uterus
 enucleatie van myomen
 ovariectomie

salpingectomie
 salpingostomie
 proeflaparotomie
 ventrofixatie
 intra-abdominale verkorting lig. rotunda
 retroflexie-operaties, w.o. van A. Adams
 hernia ventralis
 kolpotomia
 prolapsoperatie
 vesico-vaginaalfisteloperatie
 recto-idem
 amputatio port. vaginalis
 Emmet's operatie
 vaginale uterusextirpatie
 vaginale ovariectomie
 perineoplastiek

14. *Zenuwziekten*

lumbaalpunctie, inspuiting voor aangezichts-
 pijn
 operaties niet nader omschreven



Bronnen en literatuur

Archivalia

Algemeen Rijksarchief (ARA)

Archief Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (toegangsnr. 2.19.053.01).

Archief Binnenlandse Zaken, verzoekschriften (toegangsnr. 2.02.08)

Provinciaal archief (RAG)

Algemeene Arnhemsche Polikliniek (toegangsnr. 16.031)

Inrichting voor Ooglijders te Arnhem (toegangsnr. 16.015)

Polikliniek Nederlandsch Hervormd Diaconessenhuis, 1929-1946 (toegangsnr. 16.015)

Sociale zaken (toegangsnr. 26.011)

Gemeentearchieven

Arnhem:

Ziekenhuizen, inv.nrs. 3018, 3026, 3067

Stukken betreffende het gemeenteziekenhuis (ADC 167)

Diaconessenhuis inv. nr. Va 52

Kinderziekenhuis (niet openbaar archief) (inv.nr. 5)

Arnhemsche Inrichting voor Ooglijders

Algemeene Arnhemsche Polikliniek (inv.nr. 3058)

Verslag van den toestand der gemeente, 1877-1925

Verslag der zittingen van den gemeenteraad in Arnhem, 1877-1940

Den Haag:

Archief van de Vereeniging Algemeene Haagsche Polikliniek 1893-1973/1975 (inv.nr. 269)

Dordrecht:

Archief van de Dordrechtsche polikliniek (inv.nr. 354)

Tilburg:

Archief van de afdeling Tilburg van de (Koninklijke) Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (toegangsnr. 2.04.00.01)

Archieven wetenschappelijke verenigingen:

Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venerologie
 Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
 Nederlandsche Internisten Vereeniging
 Nederlandse Vereniging voor KNO-heelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied
 Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
 Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose
 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
 Nederlandse Orthopedische Vereniging
 Nederlandse Vereniging voor Urologie

Andere archieven

Archief afdeling Arnhem van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (voor 1945)
 Archief Nederlands Astma Centrum Davos (Sijmondsstrasse 11, 7270 Davos): archief Sanatorium voor Nederlandsche min-vermogende longlijders te Davos-Platz
 Archief van de Rijksverzekeringsbank (Bibliotheek Sociale Verzekeringsbank, Utrecht)
 Archief Nationale Ziekenhuisraad (Utrecht)
 Archief Ziekenfondsraad (Amstelveen)
 Handelingen van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.

Periodieken

Adresboekjes Arnhem 1880, 1889, 1895-1918
Dagblad De Telegraaf 1893-1905
De Gids 1890-1910
De Nederlandsche Spectator 1896-1907
Eigen Haard 1890-1914
Geneeskundige Courant 1890-1912
Geneeskundige Gids 1923-1939
Geneeskundig Jaarboekje 1884-1887, 1891, 1895, 1897, 1898-1935
Het Ziekenhuis 1910-1922
Het Ziekenhuiswezen 1928-1935, 1937
Jaarverslagen Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1907-1912
Maandblad voor Specialistische Geneeskunde 1919-1926
Medisch Weekblad 1894-1920
Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde 1857-1940
Sociaal Weekblad 1890-1910
Socialistische Gids 1916-1938
Tijdschrift der Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (1850-1856)
Tijdschrift voor Ongevalleneeskunde 1916-1919
Tijdschrift voor Sociale Hygiëne en Openbare Gezondheidsregeling 1899-1910
Tijdschrift voor Sociale Hygiëne en Hygiënische Bladen 1903-1904
Vragen des Tijds 1890-1920

Literatuur

Abrahams, 'Vrije specialistenkeuze in ziekenhuizen', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 65 (1921) II, 680-681.
Adres aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal, Betreffende het ontwerp ziekenfondswet 1930, Van Bond van Rotterdamsche, van Amsterdamsche en van Haagsche ziekenfondsen (Z.p. 1931) 6.
 'Adres aan de Tweede Kamer in zake raden- en ziektewet', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 55 (1911) II, 1009-1032.
 Adres over het ontwerp van wet, regelende de wettelijke verplichting van vaste werklieden, om zich te verzekeren tegen geldelijke gevolgen van ziekte en bevalling, bij de Tweede Kamer der Staten-

- Generaal ingediend door het bestuur van het Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam, 27 December 1906.
- Adres van de Federatie van onderlinge fondsen aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal, februari 1928.
- Adriani, e.a., 'Enige opmerkingen en bedenkingen, naar aanleiding van de redevoering in de algemene vergadering van de Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunde, uitgesproken door Den voorzitter, Professor Donders, op den 23sten Juny 1875', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 19 (1875) 657-662.
- Algemeen Ziekenfonds Maatschappij Voorzorg 26 december 1836 tot 26 december 1961* (Z.p. z.j.).
- Alphen, H.A.M. van, 'Neurochirurgie in Nederland 100 jaar', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 137 (1993) 4, 201-208.
- Anrooy, H. van, e.a., [50 specialisten uit Rotterdam], 'De specialisten en de Maatschappij', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 60 (1916) II, 2297-3301.
- Autos, 'Toestand en toekomst van de opleiding der geneeskundigen', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 27 (1883) 33-41.
- Baart de la Faille, J., 'Openingsrede 40e algemene vergadering (1889)', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 33 (1889) II, 62-72.
- Baart de la Faille, J.M., 'Inrichtingen voor mechano-therapie in Nederland', *Catalogus van de historisch-geneeskundige tentoonstelling 1849-1899*, 1 tot 31 Juli te Arnhem (Arnhem z.j.) I-V.
- Baayens, J., L. Kik en J.V.A. Tilburg, *Toetredingsreguleringen bij vrije beroepen. Een voorstudie bij zes beroepsgroepen; literatuurstudie: vrije beroepen en professionalisering* (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid 1982).
- Bader, Chr., *Overpeinzingen bij een 50-jarig artsjubileum 1904-1954* (Arnhem z.j.).
- Bakker, L.F., *Geschiedenis van de Anna-kliniek voor orthopaedie te Leiden 1929-1977* (Leiden 1989).
- Bär, G.F.J.M., 'Vijf en twintig jaren orthopaedie in de Sint Maartenskliniek', in: *Gedenkboek. Sint Maartenskliniek paedologisch instituut 'Sint Joseph' 1936-1961* (Nijmegen 1961) 95-110.
- Bardet, J., 'Ingezonden', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 41 (1897) II, 633-634.
- Baudet, 'Poliklinieken', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 40 (1896) II, 315.
- Bax, H.R., 'Een blik terug', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 111 (1967) I, 941-947.
- 'Beknopt verslag van de werkzaamheden van den Gezondheidsraad over 1930', in: *Verslagen en mededeelingen betreffende de Volksgezondheid* (Z.p. 1931) 61-71.
- Benjamins, C.E. en A. de Kleyn, 'De specialisten en de Maatschappij', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 62 (1918) I, 1562-1563.
- Berg, H.H. van den, 'Specialisten Registratie Commissie vijftig jaar', *Medisch Contact* 37 (1982) nr.13, 369-378.
- Berge, A. la, Mordechai Feingold, 'The development of medical specialization in nineteenth-century Paris', in: Ann la Berge and Mordechai Feingold, (ed.), *French medical culture in the nineteenth century* (Amsterdam/Atlanta 1994) 149-188.
- Berichten en Mededeelingen, 'De vrije specialistenkeuze in het gemeenteziekenhuis in Arnhem', *Het Ziekenhuiswezen* 7 (1934) nr.2, 82.
- Berkel, K. van, *In het voetspoor van Stevin. Geschiedenis van de natuurwetenschap in Nederland 1580-1940* (Meppel 1985).
- Berkel, K. van, 'Ter inleiding. Trots, overmoed en onbhagen. Discussies over natuurwetenschap en levensbeschouwing rond 1900', *Groniek* 27 (1994) nr.123, 8-14.
- Berting, J., 'In het brede maatschappelijke midden', in: F.L. van Holthoon, (red.), *De Nederlandse samenleving sinds 1815. Wording en samenhang* (Assen/Maastricht 1985) 119-139.
- Bestuur SO, 'Waarschuwing', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 65 (1921) II, 302.
- Beukers, H., 'De opkomst van het universitair onderwijs in verloskunde en gynaecologie in Nederland', in: F.J.J. van Assen, *Een eeuw vrouwenarts*, Uitgegeven ter gelegenheid van het honderdjarig bestaan van de Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie 1887-1987 (Amsterdam 1987) 241-259.
- Beumer, H.M., *Leven en werken van Willem Bronkhorst (1888-1960)* (Lochem 1972).
- Beunders, H.J.G., 'Weg met de vlootwet! De maritieme bewapeningspolitiek van het kabinet-Ruysch de Beerenbrouck en het succesvolle verzet daartegen in 1923 (Bergen 1984).
- (Z.a.) 'Bij den aanvang van het Nieuwe Jaar', *Maandblad voor Specialistische Geneeskunde* 2 (1920) nr.7,

- 73-74.
- Bindenga, A.J., *Het vrije beroep van accountant. Enige uitgangspunten voor wijzigingen in de organisatie van het openbaar accountantsberoep als gevolg van ontwikkelingen in dat beroep* (Diss.) (Alphen aan de Rijn/Brussel 1973).
- Bles, Ch., 'Vrije specialistenkeuze in ziekenhuizen', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 65 (1921) II, 547-548.
- Bles, Ch., 'Vrije specialistenkeuze in ziekenhuizen', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 66 (1922) I, 429-431.
- Blom, J.C.H., *Verzuiling in Nederland in het bijzonder op lokaal niveau, 1850-1925* (Amsterdam 1981).
- Boekholt, P.Th.F.M., 'De Nederlander gaat naar school', in: F.L. van Holthoorn, (red.), *De Nederlandse samenleving sinds 1815. Wording en samenhang* (Assen/Maastricht 1985) 203-227.
- Boer, D. de, 'Enige aspecten van het leven rond 1900', in: D. de Boer, B.H. Spaanstra-Polak, G.W. Huygens, C.C.J. von Gleich en A.H.B. Briels, *Nederland rond 1900* (Bussum 1972) 5-33.
- Boer, P.W., J. Felderhof, W.A. Moonen en L.M.H. Schreinemachers, (red.), *Nederlandse Vereniging voor Urologie 1908-1983* (Z.p., z.j.).
- Boogman, J.C. en C.A. Tamse (samenstelling), *Emancipatie in Nederland. De ontvoogding van burgerij en confessionelen in de negentiende eeuw* (Den Haag 1978).
- Boot, J.M.D. en M.J.H.M. Knapen, *De Nederlandse gezondheidszorg: gebruikers, overheid, voorzieningen* (Utrecht/Antwerpen 1983).
- Brongersma, H., 'Specialisten! wacht U!', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 64 (1920) II, 1033-1037.
- Borger, G.J. en P.W. Klein, (red.), *De jaren dertig. Aspecten van crisis en werkloosheid* (Amsterdam 1979).
- Broers, J.H. en J. de Groot jr, 'De strijd in 's-Gravenhage', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 70 (1926) II, 133-135.
- Bronkhorst, J., e.a., *Prae-advies. De organisatorische positie van de medisch specialist in het Nederlandse algemene ziekenhuis* (Z.p. 1965).
- Brotherston, J., 'Evolution of medical practice', in: J.M.W. Binneveld (samenstelling) *Gezondheidszorg en maatschappelijke ontwikkeling* (Den Haag 1980) 27-43.
- Bruggen, A.C. van, 'Huisartsen en specialisten', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 45 (1901) I, 1340-1361.
- Bruggen, A.C. van, 'De Rotterdamsche specialisten en de CO', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 59 (1915) I, 2053.
- Bruggen, A.C. van, 'De specialisten en de Maatschappij', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 62 (1918) II, 1441-1442.
- Bruggen, A.C. van, 'De Maatschappij als vakvereniging', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 66 (1922) II, 1598-1599.
- Brugmans, I.J., *Paardenkracht en mensenmacht. Sociaal-economische geschiedenis van Nederland, 1795-1940* herdruk ('s-Gravenhage 1976).
- Brugmans, I.J., *Stapvoets voorwaarts. Sociale geschiedenis van Nederland in de negentiende eeuw* 2e herziene druk (Haarlem 1978).
- Bruinsma, G.W., 'Vrijheid van uitoefening der geneeskunst', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 27 (1883) 373-383.
- Bruinsma, G.W., 'Hoeveel geneeskundigen zijn er in Nederland in het vervolg te verwachten?' *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 27 (1883) 486-493 en *Ibid.* 34 (1890) 1, 412, 1259.
- Brust, J.F. en Ph. Kooperberg, *Tien jaren praktijk der Ongevallenwet 1901 (1 Febr. 1903 tot 1 Febr. 1913)* (Haarlem 1913).
- Bucher, R. and Anselm Strauss, 'Professions in process', *American Journal of sociology* 66 (1961) 325-334.
- Burema, L., e.a., (red.), *Volksgezondheid in ontwikkeling. Liber Amicorum ter gelegenheid van de 70e verjaardag van Prof.Dr. P. Muntendam* (Assen 1971).
- Burger, H., (samenstelling), *Gedenkboek der Nederlandsche Keel-Neus-Oorheekundige Vereeniging, 1893-1918* (Amsterdam, 1918).
- Burger, H., e.a., (commissie voor het Gedenkboek), *Gedenkboek der Nederlandsche Maatschappij tot*

- bevordering der Geneeskunst bij haar 75-jarig bestaan den leden aangeboden, 8 Juli 1924* (Z.p. 1924).
(Z.a.) [H. Burger], 'De H.B.S. als voorbereidende school voor hooger onderwijs', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 41 (1897) I, 413-414.
- Burger, H., 'De praktische opleiding der geneeskundigen in de speciale vakken', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 50 (1906) I, 249-253.
- Burger, H., 'Het polikliniekvraagstuk', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 52 (1908) I, 1881-1887.
(Z.a.) [H. Burger], (Z.t.) ['Voorbereiding geneeskundige studie'] *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 54 (1910) I, 449.
- Burger, H., *Statuten der Vereeniging voor Doofstommen-onderwijs te Amsterdam, gevestigd te Amsterdam*, deel I 1910-1921 (Amsterdam 1924), deel II 1925-1944 (Amsterdam z.j.).
- Burger, H., C.C. Delprat, Th. Hammes, H. Pinkhof en C.F. Schreve, (red.), *Gedenboek uitgegeven ter gelegenheid van de viering van het vijf en zeventig-jarig bestaan van den Geneeskundigen Kring te Amsterdam, 21 September 1923* (Amsterdam 1923).
- Burgh, J.P.C. van der, e.a., (samenstelling), *Rijksverzekeringsbank 1901-1941; Gedenboek opgedragen aan Dr. H.L. van den Duyl, oud-voorzitter van het bestuur der RVB* (Haarlem 1941).
- C.C.N., 'Eenige kanttekeningen n.a.v. voorstel F van het hoofdbestuur', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 34 (1890) I, 712-725.
- Cahn, L.A., *Medemblik, een episode in de Nederlandse psychiatrie 1884-1967* (Castricum 1970).
- Cammaert, C.A., 'Verdwijning of wedergeboorte van den huisarts', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 75 (1931) IV, 5631-5634.
- Cate, F.J. ten, 'Vrije specialistenkeuze', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 58 (1914) I, 1838-1839.
- Centraal Bureau voor de Statistiek, *De verzekering tegen de kosten van de ziekenhuisverpleging in Nederland op 1 Januari 1940* ('s-Gravenhage 1940).
- Charité, J., (red.), *Biografisch woordenboek van Nederland I* (Amsterdam 1985).
- (Z.a.) Cleynert jr. P.C., 'Poliklinieken aan het Oude en Nieuwe Gasthuis te Delft', Rubriek Berichten en Nededeelingen, *Het Ziekenhuiswezen* 7 (1934) nr.12, 518.
- Cleynert jr. P.C., 'Ziekenhuispoliklinieken', *Het Ziekenhuiswezen*, 6 (1933) nr.3, 113-118.
- Commissie inzake Staatsbemoeiing met ziekenhuizen, 'Ontwerp-rapport waaraan inrichting van ziekenhuizen moet voldoen', *Het Ziekenhuis* 11 (1920) nr.10, 86-88.
- Companje, K.-P., *Over artsen en verzekeraars. Een historische studie naar de factoren, die de relatie ziekenfondsen-artsen vanaf 1827 op landelijk en regionaal niveau hebben beïnvloed* (Diss.) Verschijnt najaar 1997.
- Coronel sr. S., 'De Hilversumsche industrie. Een hygiënisch-sociale studie', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 6 (1862) 433-447.
- Coronel sr. S., 'De bevolking van Hilversum in verband tot hare industrie; eene statistische studie', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 6 (1862) 651-664.
- Coronel sr. S., 'De ziekte der calicot-wevers', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 4 (1860) 497-506.
- Coronel sr., S., 'De ligchamelijke ontwikkeling in verband tot den maatschappelijken toestand en den arbeid der kinderen', *Schat der Gezondheid* 5 (1862) 193-206.
- Coser, A.R., 'Authority and decision-making in a hospital', *A.S.R.* 23 (1958), 56-63.
- Cramer, C.D., 'Vrije specialistenkeuze en het Utrechtsche Diakonessenhuis', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 67 (1923) I, 805-806.
- Croin, 'Brief aan redacteur', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 40 (1896) I, 778-782.
- Daal, M. van en A. de Knecht-van Eekelen, 'Over aetiologie en therapie van tuberculose: het debat in Nederland (1900-1910)', *Gewina* 15 (1992) 211-233.
- Damen, P.C. en W.J.F.I. Nuyens, *De structuur van de Nederlandse gezondheidszorg. Feiten en visies* (Lochem 1976).
- Datema, S., *Met de zuster op stap* (Oosterbeek 1972).
- (Z.a.) 'De Amsterdamsche specialistenvereniging', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 58 (1914) I, 750-752.
- (Z.a.) 'De Enschedesche ziekenhuis vraagstukken, Rapport der afdeling Enschede en O. van de NMG',

- Het Ziekenhuiswezen* 3 (1930) nr.2, 266-272.
- (Z.a.) 'De kinderarts als specialist', *Maandblad voor Specialistische Geneeskunde* 7 (1924) 1, 7-8.
- (Z.a.) 'De vakvereniging der vrije beroepen', *De Nederlandsche Spectator* 48 (1907) 4-5-1907, 157-159.
- (Z.a.) 'De vrije specialistenkeuze in het gemeenteziekenhuis in Arnhem', *Het Ziekenhuiswezen* 7 (1934) nr.2, 82.
- Deinse, F.J.H. van, *Het vraagstuk der venerische ziekten bij de marine* (Diss.) (Leiden 1918).
- Delprat, C.C., *De wording en de geschiedenis van het genootschap ter bevordering van natuur-, genees- en heekunde te Amsterdam, 1790-1915* (Amsterdam z.j.).
- Diehl, J.C., 'Aan de specialisten, leden der NMG', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 67 (1923) II, 2384-2388.
- Diehl, J.C., Chr. Eggink, A.M. Hartog en J.W. Lindenbergh, 'Te veel medische studenten', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 72 (1928) I, 705-707.
- Dietz, H. en T. Ketelaars, *Johanna Stichting 1900-1990: negentig jaar zorg voor kinderen met een lichamelijke handicap* (Arnhem 1990).
- Dijck, J.J.J. van, 'Netwerken van organisaties in de gezondheidszorg', in: Th.M.A. Keulen, (red.), *Netwerken van organisaties in de gezondheidszorg* (Alphen aan de Rijn 1982) 13-28.
- Dingwall, R. and P.Lewis, (eds), *The sociology of the professions. Lawyers, doctors and others* (Z.p., 1983).
- Doeleman, F.P.J., 'De inrichting der Maatschappij', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 68 (1924) I, 880-883.
- Doesschate, G. ten, M.A.J. Jansen, C.C. de Lange (overleden), A. Melchior, F.A. Schalijs en F. Wibaut, (red.), *Gedenkboek der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst ter gelegenheid van haar honderdjarig bestaan, 7-8-9-Juli 1949* (Amsterdam 1949).
- 'XIIe Congrès International de Médecine', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 40 (1897) II, 531-533.
- Drion, R. en B. Drion, 'Geschiedenis van de wetgeving op het gebied van de artsopleiding, het artsexamen en het artsdiploma', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 122 (1978) nr. 36, 1334-1337.
- Drogendijk, C.A. *Het protestants-christelijk ziekenhuis in Nederland. Een onderzoek naar de organisatie, de structuur en het functioneren van 43 protestants-christelijke algemene ziekenhuizen* (Diss.) (Utrecht 1975).
- Drukker, J.W., *Waarom de crisis hier langer duurde. Over de Nederlandse economie in de jaren dertig* (Amsterdam 1990).
- Duffhues, T., A. Felling en J. Roos, *Bewegende patronen; een analyse van het landelijk netwerk van katholieke organisaties en bestuurders, 1945-1985* (Nijmegen 1985).
- Eden, P.H. van, (secr.-rapporteur), *Rapport ziekenfondsen: provincie Gelderland* (Leeuwarden 1903).
- Eeftinck Schattenkerk, J.C.P., 'Ontwikkeling van de heekkundige specialismen', in: P.J. Kuijjer, J. Boevé, J.C.P. Eeftinck Schattenkerk, J.T.H. Grond, en D. de Moulin, *Nederlandse Vereniging voor Heekkunde 1902-1977* (Utrecht 1977) 45-68.
- Eerenbeemt, H.F.J.M. van den, 'Wat leidde tot de woningwet 1901', *Spiegel Historiae* 11 (1976), 517-525.
- Eerland, L.D., *Het scalpel en de kaars. Herinneringen aan jeugd- en ontwikkelingsjaren van een chirurg-vrouwenaarts, in het bijzonder aan zijn zelfstandige arbeid in het voormalig Ned. Indië en Nederland, 1897 tot 1926 - 1937 tot 1966* (Assen 1970).
- Eggink, Chr., 'Kort verslag Handelingen 83e algemeene vergadering (1932)', XII. A.1: Van het HB inz. de verhouding huisarts-kinderarts, *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 76 (1932) III, 4390-4393.
- Egmond, W.G., *Over de opleiding tot vrouwenarts* (Diss.) (Leiden 1979).
- Eindrapport samengesteld uit de rapporten der afdelingen over het ontwerp-ziekteverzekeringwet 1905* (Amsterdam 1906).
- Elema, B. *Opkomst, evolutie en betekenis van research gedurende honderd jaren gistfabriek* (Delft 1970).
- Elliott, P., *The sociology of the professions* (London/Basingstoke 1972).
- Ellemers, J.E., 'Macht', in: L. Rademakers, (red.), *Sociologische grondbegrippen I: Theorie en analyse* (Utrecht/Antwerpen 1981) 276-297.
- Ellemers, J.E., 'Het meten van macht en invloed', in: P. Veen en H.A.M. Wilke, (red.), *Zicht op macht* (Assen 1983) 19-33.

- Emants, M., *Inwijding. Haags leven* ('s-Gravenhage 1901) eerste deel.
- Enklaar van Quericke, F., 'De specialisten en de Maatschappij', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 62 (1918) II, 1258.
- Enneking, J.A.M.J., 'Over de wijze van honoreering der specialisten bij de ziekenfondsen', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 84 (1940) III, 3841-3842.
- Erp Taalman Kip, L.F.C. van, 'Het voor en tegen van een vasten staf', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 84 (1940) II, 2095-2098.
- Eulner, H.-H., *Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes* (Stuttgart 1970).
- Fabius, G., 'Hoe wordt de behandeling van ziekenhuispatiënten het best geregeld?' *Het Ziekenhuis* 12 (1921) nr.2, 17-21.
- Fennema, M. en H. Schijf, 'Netwerkonderzoek onder Nederlandse elites', in: J. Dronkers en F.N. Stokman, (red.), *Nederlandse elites in beeld. Rekrutering, samenhang en verandering* (Deventer 1984) 9-27.
- Fesevur, H.J.Ph., 'Is het aan te bevelen, dat het ziekenhuis zijn geneeskundige functies in eigen beheer neemt, m.a.w. moeten de geneeskundigen van een ziekenhuis vol-ambtenaar zijn?' *Het Ziekenhuiswezen* 3 (1930) nr.2, 91-95.
- Festen, H., 'Uit de geschiedenis van de Maatschappij. De regeling van de onderlinge verhouding huisarts-specialist', *Medisch Contact* 18 (1963) nr.10, 143-147 en *Ibid.*, nr.12, 183-190.
- Festen, H., 'Uit de geschiedenis van de Maatschappij. Erkenning en registratie van specialisten', *Medisch Contact* 18 (1963) nr.45, 822-827.
- Festen, H., 'Uit de geschiedenis van de Maatschappij. De totstandkoming van een afzonderlijke organisatie voor specialisten binnen de Maatschappij', *Medisch Contact* 19 (1964) nr.39, 643-646, *Ibid.*, nr.40, 664-666, *Ibid.*, nr.41, 681-683 en *Ibid.*, nr.42, 717-720.
- Festen, H., *125 jaar geneeskunst en Maatschappij. Geschiedenis van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst* (Z.p., 1974).
- Fisher, R. en Ury W. Patton, *Excellent onderhandelen. Een praktische gids voor het best mogelijke resultaat in iedere onderhandeling* (Utrecht/Antwerpen 1987).
- Flines, E.W. de, 'Specialistenpoliklinieken te 's-Gravenhage (II)', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 70 (1926) I, 2313.
- Fokkema, R.E., *Schade door röntgen- en radiumstraling. Een hoofdstuk uit de vroege geschiedenis van de radiologie, 1896-1939* (Diss.) (Groningen 1993).
- Fokker, A.P., 'Bestrijding der tuberculose', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 48 (1904), 207-220.
- Freidson, E., *Professional dominance. The social structure of medical care* (New York 1970).
- Freidson, E., *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge* (New York 1971).
- Freidson, E., *Doctoring together. A study of professional control* (New York 1975).
- Frijhoff, W.Th.M., B. Looper, J van der Kluit, C.E.M. Reynders, R.G.C. de Savornin Lohman, e.a., *Geschiedenis van Zutphen* (Zutphen 1989).
- Gantvoort, C.H., 'De liquidatie der Amsterdamsche specialisten-vereeniging', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 68 (1924) I, 1481.
- (Z.a.) *Gedenkboek Nederlandsch Instituut van accountants 1895-1935* (Z.p., z.j.).
- (Z.a.) *1830-1930 Gedenkboek van het genootschap van leeraren aan Nederlandsche Gymnasiën* (Amersfoort 1930).
- Gedenkboek aangeboden aan de Staatscommissie voor het afnemen van het notarieel examen ter gelegenheid van de beëindiging harer werkzaamheden door de Broederschap der Notarissen in Nederland en de Broederschap der Candidaat-Notarissen* (Z.p, z.j.).
- Gedenkschrift bij het honderd-jarig bestaan van den Geneeskundigen Kring te Amsterdam* (Amsterdam 1948).
- (Z.a.) *Gemeenteziekenhuis te Arnhem 1850-1950* (Z.p. z.j.).
- Gerlings, P.G., *40 jaar Keel-, Neus- en Oorheelkunde 1932-1972, afscheidscollege gehouden op 29 september 1972 door Prof. Dr. P.G. Gerlings hoogleraar in de Keel-, Neus- en Oorheelkunde aan de*

- Rijksuniversiteit te Utrecht (Haarlem, z.j.).
- Giele, J., (bezorging en inleiding), *De arbeidsenquête van 1887. Een kwaad leven* deel III, 'De vlasindustrie Tilburg. Eindverslag', (Nijmegen 1981).
- Giesberts, G.D., 'Honoreering van specialistische hulp voor ziekenfondsleden', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 54 (1910) I, 375-376.
- Glaser, W.A., *Paying the doctor. Systems of remuneration and their effects* (Baltimore/London 1970).
- Godber, G.E., 'Specialization in the evolution of medicine', in: L. Burema, e.a., (red.), *Volksgezondheid in ontwikkeling, Liber Amicorum ter gelegenheid van de 70e verjaardag van Prof.Dr. P. Muntendam* (Assen 1971) 193-204.
- Godefroy, J., (samenstelling), *Onderzoek naar de spreiding, leeftijd en de kerkelijke gezindte der medische specialisten in Nederland* ('s-Gravenhage 1955) Kath. Sociaal-Kerkelijk Instituut, rapport nr.144.
- Godefroy, L.S., *Het ziekenfondswezen in Nederland. Ontwikkelingen en perspectieven* (Den Haag 1963).
- Goldwater, S.S., bezorgd door W.H. Mansholt, 'Wat moeten wij aanvangen met specialisten', *Het Ziekenhuiswezen* 2 (1929) nr.1, 25-28.
- Gool, J.D. en H.J. Neyens, 'De opleiding tot specialist voor kindergeneeskunde', *Medisch Contact* 31 (1976) nr.36, 1173-1178.
- Gorkom, J.P.J., 'Iets over ziekenfondsen', *St. Willibrordusvereniging ter verspreiding van goedkope Katholieke volkslectuur*, nr.76, 7 (1902-1903), nr.4, 1-15.
- Goudsmit, J., *Anderhalve eeuw dokters aan de arts. Geschiedenis van de medische opleiding in Nederland* (Amsterdam 1978).
- Greshoff, J., 'Liefdesverklaring', in: C.J. Aarts en M.C. van Elten, (samenstelling), *Domweg gelukkig in de Dapperstraat. De bekendste gedichten uit de Nederlandse literatuur* (Amsterdam 1994) 138-139.
- Grinten, T.E.D. van, 'Macht, tegenmacht, onmacht. De hardnekkige aanwezigheid van het maatschappelijke middenveld in de gezondheidszorg', in: E. Dekker en E. Elsinga, (red.), *Mensen en machten. Gezondheidszorg in de jaren negentig* (Houten 1990) 115-129.
- Gritzer, G. and Arnold Arluke, *The making of rehabilitation. A political economy of medical specialization, 1890-1980* (Berkeley/Los Angeles/London 1985).
- Grond, J.T.H., 'De positie van de geneeskunde in Nederland in de tweede helft van de 19e eeuw', in: P.J. Kuijper, J. Boevé, J.C.P. Eeftinck Schattenkerk, J.T.H. Grond en D. de Moulin, *Nederlandse Vereniging voor Heelkunde 1902-1977* (Utrecht 1977) 29-44.
- Groot, D.A. de, 'Specialistische hulp aan fondsleden', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 58 (1914) I, 2195.
- Groot, D.A. de, 'De specialisten en de Maatschappij', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 62 (1918) II, 1440-1441.
- Groot, J. de, 'De Algemeene Haagsche Polikliniek', *Medisch Weekblad* 14-10-1911 (Overdruk).
- d.G., [J. de Groot sr], 'De Amsterdamsche specialisten en de ziekenfondsen', *Maandblad voor Specialistische Geneeskunde* 3 (1920) nr.8, 88-92.
- d.G., [J. de Groot sr], 'De opleiding der specialisten', *Maandblad voor Specialistische Geneeskunde*, 3 (1920), nr.4, 44-50.
- Groot, J. de, J.H. Hanken en Plet, 'De specialisten en de Maatschappij', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 58 (1914) II, 403-405.
- d.G., [J. de Groot sr], 'De zegeningen der geneeskundige vakorganisatie onder centrale "leiding"', *Maandblad voor Specialistische Geneeskunde* 5 (1922) nr.1, 2.
- d.G., [J. de Groot sr], 'Het nieuwe contract van de specialisten met de ziekenfondsen te Amsterdam', *Maandblad voor Specialistische Geneeskunde* 6 (1923) nr.3, 19-20.
- Groot, J. de, 'Ontstaan van de SO', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 67 (1923) II, 1063-1067.
- d.G. [J. de Groot sr], 'Onwetendheid of opzet', *Maandblad voor Specialistische Geneeskunde* 5 (1922) nr.8, 66-68.
- Groot, J. de jr., 'Specialisten-poliklinieken te 's-Gravenhage', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 70 (1926) I, 2311-2312.
- Gutmann Rosenkrantz, B., 'The search for professional order in the 19th-century American Medicine', in: Judith Waltzer Leavitt en Ronald L. Numbers, (ed.), *Sickness and health in America. Readings in*

- the history of medicine and public health* Second ed., revised (University of Wisconsin Press 1985) 219-232.
- Haas, H.K. de, 'De specialisten en de Maatschappij II', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 62 (1918) II, 1566-1567.
- Haene, E.G.M. d' en S.K. Schalema, *Medische staf Merwedeziekenhuis, 60 jaar. Over de vorming van medische staven in Nederland en een integrale uitgave van de notulen 1927-1931* (Dordrecht 1987).
- Halbertsma, S.J., 'Zedepreek', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 66 (1922) II, 1482-1485.
- Hamaker, H.G., 'De specialist en de Maatschappij', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 62 (1918) II, 1766-1767 en 1924-1925.
- Hammes, Th., 'De strijd in 's-Gravenhage', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 70 (1926) II, 134-135.
- Hammes, Th., 'De verhouding van specialisten en huisartsen in de particuliere praktijk, een poging tot logischen opbouw', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 71 (1927) II 1909-1915.
- Haneveld, G.T., 'Chirurgie. Een specialisme dat zich steeds verder verfijnt en vertakt', in: G.T. Haneveld, (red.), *In medische handen, 100 jaar geneeskunst* (Nijmegen 1986) 94-101.
- Haneveld, G.T., 'Medische science fiction. Grepen uit honderd jaren waarin fantasie werkelijkheid kon worden', in: G.T. Haneveld, (red.), *In medische handen, 100 jaar geneeskunst* (Nijmegen 1986) 9-26.
- Heide, C.C. van der, 'Huisartsen en kinderartsen', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 73 (1929) I, 599-601 en 988-989.
- Heide, C.C. van der, Voordracht: 'Over den invloed van maatschappelijken welstand en woning op de zuigelingensterfte, in het bijzonder op die te Arnhem gedurende de jaren 1896-1904', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 49 (1905) II, 553-556.
- Hekman, J., 'De voorbereiding van het ambt van geneesheer-directeur', *Het Ziekenhuiswezen* 2 (1929) nr.3, 177-179.
- Hellinga, G, *Geschiedenis van het Sint Pieters- of Binnengasthuis* (Amsterdam 1930).
- Hengel, F.J., *Geneeskundige plaatsbeschrijving van het Gooiland*, Bijdragen tot de Geneeskundige plaatsbeschrijving van Nederland. Uitgegeven door het Departement van Binnenlandsche Zaken. Derde Stuk ('s-Gravenhage 1875).
- Hermans, H.E.G.M. en J.Spek, 'De actualiteit van de geschiedenis der ziekenfondsen', in: *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 65, (1987) nr.4, 104-110.
- Hermans, H.E.G.M., *Zorg en markt in historisch en huidig perspectief* (Deventer 1994).
- Hen, P.E. de, 'De industrialisatie van Nederland', in: F.L. van Holthoon, *De Nederlandse samenleving sinds 1815. Wording en samenhang* (Assen/Maastricht 1985) 3-19.
- Henkes, H.E. en R.A. Crone, (red.), *Een eeuw Nederlandse oogheelkunde, 1892-1992. Gedenkboek bij het 100-jarig bestaan van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap* (Houten/Zaventem 1992).
- Hertog, H. den, *De militair-geneeskundige verzorging in Atjeh, 1873-1904* (Diss.) (Amsterdam 1991).
- (Z.a.) 'Het feest van den Arnhemschen geneeskundigen kring', *Geïllustreerd zondagsblad van de Arnhemse Courant*, 5e jrg., nr.42, 24 October 1926.
- (Z.a.) 'Het referendum', *Maandblad voor Specialistische Geneeskunde* 8 (1925), nr.11, 81.
- (Z.a.) 'Het voorstel Schiedam en het prae-advies van het hoofdbestuur', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 44 (1900) I, 1001-1004.
- (Z.a.) *Het ziekenfondswezen en de Landelijke Federatie* (Utrecht 1936).
- Het ziekenfondswezen in Nederland, Ontwikkeling en perspectieven* Geschriften van de Prof.Mr. B.M. Teldersstichting, ('s-Gravenhage 1963).
- Heyermans, L., 'Het ontwerp zieketwet 'Treb', *Socialistische Gids* 1 (1916) nr.12, 865-880.
- Heyermans, L., 'Ziekenhuispolitiek en het verband met geneeskundige of gezondheidsdiensten', *Het Ziekenhuiswezen*, 1 (1928) nr.2, 34-36.
- Heyermans, L., 'Handelingen 65e algemeene vergadering (1914)', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 58 (1914) II, 1197-1404.
- Hijmans, F., 'Specialisten! wacht U!', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 64 (1920) II, 1339-1344.
- E.H., [F. Hijmans], 'Commissie tot regeling van de ziekenverzekering', *Maandblad voor Specialistische Geneeskunde* 3 (1920) nr.2, 5-12.

- Hijmans, F., 'Bravo! Dordt!', *Maandblad voor Specialistische Geneeskunde* 5 (1922) nr. 5, 33-34.
- Hijmans, F., 'Over chirurgie-tarieven', *Maandblad voor Specialistische Geneeskunde* 5 (1922) nr. 6, 42-48.
- Hijmans, F., 'De vrije specialistenkeuze in de ziekenhuizen', *Maandblad voor Specialistische Geneeskunde* 6 (1923) nr. 3, 20-21.
- Hijmans, F., 'De opleiding en de bevoegdheid der specialisten', *Maandblad voor Specialistische Geneeskunde* 7 (1924) nr. 3, 20-23.
- Hijmans, F., 'Het debuut van den Bond van Haagsche Medische Specialisten', *Maandblad voor Specialistische Geneeskunde* 8 (1925) nr. 7, 49-52.
- Hijmans van den Bergh, A.A., P.K. Pel, G.C. Nijhoff, A.N. Erkelens en J. Schoenmaker, 'Derde rapport der blijvende commissie voor het praktische en het aanvullende geneeskundig onderwijs, benoemd door het hoofdbestuur der Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, ingevolge het besluit der algemeene vergadering van Dinsdag 10 Juli 1906', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 55 (1911) II, 1364-1370.
- Hijmans van den Bergh, A.A., Th.M. van Leeuwen en F.H. Quix, 'Beschrijving van de nieuwe Utrechtsche klinieken en poliklinieken', *Het Ziekenhuiswezen* 1 (1928) nr. 1, 13-15.
- Heynsius van den Berg, M.R., *Herdenkingsrede ter gelegenheid van het 50-jarig bestaan van de Nederlandse Vereniging van artsen voor longziekten en tuberculose* (Z.p. z.j. [1958]).
- Hintzen, A.H.J., 'Vrije specialistenkeuze in ziekenhuizen', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 65 (1921) II, 412-416.
- Hoeven, H.C. van der, *Voor elkaar; De ziekenfondsen te midden van de sociale veranderingen in de jaren 1900-1960* (Utrecht 1963).
- Hoeven, H.C. van der, *Om de macht bij het fonds. De ziekenfondsen te midden van de sociale veranderingen in de jaren 1900-1982* (Den Haag 1983).
- Hoeven, H.C. van der, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting; de werkelijkheid over het Ziekenfondsenbesluit 1941* (Den Haag 1989).
- Hoeven, L. van der, *Uit den praktijk van een medicus* ('s-Gravenhage 1929).
- Hoeven, L. van der, 'Huisarts en specialist', *Geneeskundige Gids* 4 (1926) 561-567.
- Hoeven Leonhard, J. van der, 'De vrijheid van specialistenkeuze', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 84 (1940) I, 895-896.
- Hogerlinden, J.G.A. van, *Gids voor Arnhem over 1923* (Arnhem, z.j.).
- Holthoon, F.L. van, 'De armenzorg in Nederland', in: F.L. van Holthoon, (red.), *De Nederlandse samenleving sinds 1815. Wording en samenhang* (Assen/Maastricht 1985), 175-187.
- (Z.a.) *Honderd jaar geneeskundige kring te Arnhem* (Z.p. 1946).
- Hoppenbrouwer, R.W.J.N., (red.), *125 jaar ooglijdersgasthuis 1858-1983. Gedenkboek ter gelegenheid van het 125-jarig bestaan van het Koninklijk Nederlands Gasthuis voor Ooglijders* (Utrecht 1983).
- Horst, C.E. van der en C.W. Vrendenberg, 'Eenige sociaal-medische opmerkingen, naar aanleiding van een ziekenfondsqwaestie', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 42 (1898) 466-469.
- Houtzager, H.L., 'Honderd jaar operatieve gynaecologie en verloskunde', in: F.J.J. van Assen, e.a., (red.), *Een eeuw vrouwenarts* Uitgegeven ter gelegenheid van het Honderdjarig Bestaan van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie 1887-1987 (Amsterdam 1987) 141-158.
- Houwaart, E.S., *De hygiënist. Artsen, staat en volksgezondheid in Nederland 1840-1890* (Diss.) (Groningen 1991).
- Huet, L., 'Openingsrede 32e algemeene vergadering (1881)', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 25 (1881), 469-479.
- Huizenga, J., *Memorabele mensen uit de geschiedenis van de intramurale gezondheidszorg* (Lochem 1991).
- Iddekinge, P.R.A. van, *Ach lieve tijd, 750 jaar Arnhem. Arnhem en de Arnhemmers* (Zwolle 1983/ 1984) dl. I: *De Arnhemmers en hun rijke verleden*, dl. V: *De Arnhemmers en hun huizen*, dl. VII: *De Arnhemmers en hun industrie*.
- Illich, I., *Het medisch bedrijf, een bedreiging voor de gezondheid* (Baarn 1975).
- Jaarverslag Ziekenfondsraad 1949.
- Jager, L. de, 'De voorbereiding voor de studie geneeskunde', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*

- 54 (1910) I, 445-448.
- Jager, L. de, 'De weerstandskas van het CO', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 68 (1924) I, 885-887.
- Jansma, M.A.J., 'Verslag van de commissie van de overvulling van het geneeskundig beroep', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 83 (1939) I, 1313-1314.
- Japenga, C.J. en H.F. van der Velden, 'Het geneeskundig beroep en de regionale differentiatie in organisatie en financiering van de gezondheidszorg in Nederland (1900-1941). De casus Friesland', *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis* 18 (1992) 4, nov.1992, 503-524.
- Japenga, C. en Henk van der Velden, 'Access to curative health care: sickness funds versus medical relief in the Netherlands (1850-1941)', in: Hans Binneveld en Rudolf Dekker, (ed.), *Curing and insuring. Essays on illness in past times: the Netherlands, Belgium, England and Italy, 16th-20th centuries* (Hilversum 1993) 169-188.
- Jaspers, J.B., *Het medisch circuit. Een sociologische studie van de ontwikkeling van het netwerk van afhankelijkheid tussen cliënten, artsen, centrale overheid, ziekenfondsen en ziekenhuizen in Nederland (1865-1980)* (Diss.) (Utrecht/Antwerpen 1985).
- Jaspers, Joop, 'Schisma in de professie', *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek* oktober '86, bijlage, 10-13.
- Johnson, T.J., *Professions and power* (London/Basingstoke 1972).
- Jonge, J.A. de, *De industrialisatie in Nederland tussen 1850 en 1914* Reprint (Nijmegen 1976).
- Jongkees, L.B.W., *Wat bleef, wat verdween* College bij het afscheid als hoogleraar in de Keel-, Neus- en Oorheelkunde aan de Universiteit van Amsterdam op vrijdag 29 oktober 1982 (Z.p., z.j.).
- Jongkees, L.B.W., 'Toespraak bij het 75-jarig bestaan van de Nederlandse keel-, neus- oorheelkundige vereniging', in: H.B. Jonkhoff en G.de Wit, (red.), *Gedenkboek. Nederlandse keel-, neus-, oorheelkundige vereniging. 75: 1893-1968* (Z.p. 1968) 9-27.
- Jonkers, F., 'Is opnieuw organisatie der Maatschappij gewenscht?' *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 73 (1929) II, 5060-5063.
- Josselin de Jong, R. de, R.N.M. Eykel, P.J. Fortanier, M.R. Heynsius van den Berg en J.A. Putto, *Leerboek der Tuberculosebestrijding* 7e druk ('s-Gravenhage 1948).
- Juch, A., 'De onderhandelingen tussen huisartsen en ziekenfondsorganisaties', *Huisarts en Wetenschap* 34 (1991) nr.3, 104-110.
- Juch, A. 'De positie van de medisch-specialisten in Nederland (1890-1920)', *Gewina* 19 (1996) 231-245.
- Juch, A., 'Het "nut" van sanatoria. Het tuberculosevraagstuk in Nederland rond 1900', *Tijdschrift voor Geschiedenis* 107 (1994) 214-238.
- Juch, A., 'Specialisten en ziekenfondsen, veertig jaar onderhandelen', *Medisch Contact* 43 (1988) nr.25, 787-790.
- Juch, A. *Voorkomen is beter. Gemeentelijke gezondheidszorg in Arnhem* (Utrecht 1996).
- Juda, M., J.G. van Dooremaal en J.M. Huizinga, 'Rapport over den toestand der ziekenfondsen in Nederland', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 34 (1890) II, 134-147.
- Juda, M., A. Mijnlieff en A. Sikkel, 'Rapport van het hoofdbestuur van de NMG over het voorstel 's-Gravenhage en O., aangenomen in de algemeene vergadering te Leiden in 1901', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 46 (1902) I, 1079-1115.
- Juffermans, P., *Staat en gezondheidszorg in Nederland* (Diss.) (Nijmegen 1982).
- K., 'Caveant Consules ...', *Maandblad voor Specialistische Geneeskunde* 7 (1924) nr.5, 33-34.
- Karsmeyer, J. en H.D. Veenstra, 'Korte geschiedenis van het genootschap van leraren aan Nederlandse gymnasiën van 1930-1955', in: *Gedenkboek 1930-1955 ter gelegenheid van het 125-jarig jubileum van het "genootschap" van leraren aan de Nederlandse gymnasia en lycea* (Groningen/ Djakarta 1955) 30-75.
- Keesing, F.A.G., 'De conjuncturele ontwikkeling van Nederland en de evolutie van de economische overheidsbeleidspolitiek, 1918-1939', in: P.B. Kreukniet, (red.), *De Nederlandse volkshuishouding tussen twee wereldoorlogen. Bijdragen tot de sociaal-economische vernieuwing*, dl I-III (Utrecht/ Antwerpen) dl. I, 94-109.
- Kersbergen, L.C., "Onze Maatschappij in de branding", Openingsrede uitgesproken op de 88e algemene vergadering der NMG, den 5den Juli 1937 te Utrecht', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*

- 81 (1937) III, 3403-3415.
- Keunen, J.E.E. en L. den Tonkelaar, *Bestaat het Nederlands Oogheekundig Gezelschap wel 100 jaar?* (Utrecht 1993).
- Kijlstra, H.J., 'De specialisten en de Maatschappij II', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 62 (1918) III, 1701-1702.
- Klazinga, N., *Quality management of medical specialist care in the Netherlands. An explorative study of its nature and development* (Diss.) (Overveen 1996).
- Klinkert, H., 'Openingsrede der 73ste algemeene vergadering der NMG op 3 Juli 1922 te Maastricht', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 66 (1922) I, 217-224.
- Klinkert, J.J., *Verloskundigen en artsen. Verleden en heden van enkele professionele beroepen in de gezondheidszorg* (Diss.) (Alphen aan de Rijn 1980).
- Kleyn, A. de en C.E. Benjamins, 'De specialisten en de Maatschappij', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 62 (1918) I, 1562-1563.
- Kloosterman, G.J., 'Een terugblik', in: F.J.J. van Assen, e.a., (red.), *Een eeuw vrouwenarts* Uitgegeven ter gelegenheid van het Honderdjarig Bestaan van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie 1887-1987 (Amsterdam 1987) 5-54.
- Knecht-van Eekelen, A. de, 'Broer Pieter Bernard Plantenga (1870-1955). Grondlegger van de zuigelingenzorg', *Voeding* 55 (1994) 7/8, 22-25.
- Knecht-van Eekelen, A. de, 'Intree-redes en het beeld van het medisch onderwijs in de heel- en verloskunde in Nederland (1865-1900)', *Gewina* 13 (1991) 3, 119-149, en *Gewina* 13 (1992) 1, 3-33.
- Knecht-van Eekelen, A. de, *Naar een rationele zuigelingenvoeding. Voedingsleer en kindergeneeskunde in Nederland (1840-1914)* (Diss.) (Nijmegen 1984).
- Knecht-van Eekelen, A., de, 'Röntgenologen verenigen zich', in: A. de Knecht-van Eekelen, J.E.M. Panhuysen en G. Rosenbusch, (red.), A. de Knecht-van Eekelen, (eindred.), *Door het menselijke vlees heen. 100 jaar radiodiagnostiek in Nederland, 1895-1995* (Rotterdam 1995) 83-119.
- Koch, J.D.C., 'De specialisten en de Maatschappij', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 62 (1918) I, 1800-1801.
- Koerber, D.H., 'Idealisme, theorie en praktijk', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 66 (1922) II, 1811.
- Köhler, J.W.L., 'Honorering van specialisten door ziekenfondsen', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 58 (1914) I, 2397-2399.
- Kooger, J.P., *100 jaar ziekenhuis Velp. Tussen kerkpad en circuit* (Velp 1992).
- Kooreman, Th. G., 'Specialisten-poliklinieken te 's-Gravenhage', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 70 (1926) I, 2313.
- Kooyker, H.A., 'De ligue tegen de tuberculose', *De Gids* 39 (1897) II, 167-197.
- Korst, J.K., *Om lijf en leven. Gezondheidszorg en geneeskunst in Nederland circa 1200-1960* (Utrecht/Antwerpen 1988).
- (Z.a.) 'Kort verslag van de algemeene vergadering van de Vereeniging tot bevordering van het Ziekenhuiswezen, 30-10-1920', *Het Ziekenhuis* 11 (1920) nr.10, 104-105.
- Kossmann, E.H., *De lage landen 1780-1940. Anderhalve eeuw Nederland en België* 2e druk (Amsterdam 1979).
- Koster, W., Rubriek Boekaankondiging, 'De ziekenfondsen in Nederland. Rapport, uitgebracht door de H.H. Dr. W. Stoeder, Dr. C.J. Snijders, Dr. G.P. van Tienhoven en Mr. D.A. Ribbe. Uitgegeven door de Maatschappij: Tot Nut van 't Algemeen', en 'Naschrift', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 39 (1895), 900-911 en 911-914.
- Kramer, P.A., Kuypers, R.B. Dinkelaar en J.M. van Alphen-Jager, 'Arts klinische chemie. Tussen kliniek en techniek', *Medisch Contact* 47 (1992) nr.1, 15-17.
- Krogt, Th.P.W.M. van der, *Professionalisering en collectieve macht. Een conceptueel kader* ('s-Gravenhage 1981).
- Krijger, J.A.G., 'De strijd in 's-Gravenhage', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 70 (1926) II, 135.
- Kuiper, J. en H. Burger (namens het bestuur van de geneeskundige kring in Amsterdam), 'Aan het bestuur der RVB', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 47 (1903) I, 261-262.

- Kuiper, Th., 'De voormannen. Een sociaal-wetenschappelijke studie over ideologie, konflikt en kern-groepvorming binnen de gereformeerde wereld in Nederland tussen 1820 en 1930', in: J.C. Boogman en C.A. Tamse, (samenstelling), *Emancipatie in Nederland. De ontvoogding van burgerij en confessionalen in de negentiende eeuw* (Den Haag 1978) 104-111.
- Kummer, A., 'Enkele beschouwingen over specialisatie in de heelkunde', in: J.A. van Dongen, (red.), *De vooruitgang van de geneeskunde in onze eeuw, uitgegeven ter gelegenheid van het 60-jarig bestaan van de Amsterdamsche Specialistenvereniging* (Amsterdam MCMLXVI).
- Kuijjer, P.J., 'De heelkunde in de laatste 40 jaar; omzien in verwondering', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 141 (1997) 17-26.
- Leclercq, W.L., *Geschiedenis van het Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam 1847-1947. In opdracht van het bestuur ter gelegenheid van het 100-jarig bestaan* (Amsterdam z.j.).
- (Z.a.) 'Leve de huisarts!', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 41 (1897) I, 363-364.
- Lieburg, M.J. van, 'De natuurkundige staatsexamens voor medische studenten en de constructie van een natuurwetenschappelijke basis voor de artsenopleiding tussen 1865 en 1880', *Gewina* 18 (1995) 139-180.
- Lieburg, M.J. van, 'De tweede geneeskundige stand (1818-1865), een bijdrage tot de geschiedenis van het medisch beroep in Nederland', *Tijdschrift voor Geschiedenis* 96 (1983) 433-453.
- Lieburg, M.J. van, *Het Coolsingelziekenhuis te Rotterdam (1839-1900). De ontwikkeling van een stedelijk ziekenhuis in de 19e eeuw* (Diss.) (Amsterdam 1986).
- Lieburg, M.J. van, *Het medisch historisch onderwijs te Rotterdam (1467-1967) Een kort historisch overzicht* Nieuwe Nederlandse Bijdragen tot de Geschiedenis der Geneeskunde nr.3 (Amsterdam 1978).
- Lieburg, M.J. van, *Het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam, 1892-1992* (Rotterdam 1992).
- Lieburg, M.J. van, *Het Sophia Kinderziekenhuis, 1863-1975* (Rotterdam 1975).
- Lieburg, M.J. van en R.B.M. Rigter, *Vier eeuwen oogheelkunde in Rotterdam* (Rotterdam 1993).
- Lietaert Peerbolte, L., 'Volksgezondheid', in: Anth. Folmer, e.a., *Het departement van Arbeid, Handel en Nijverheid onder minister Aalberse 1918-1925* (Alphen aan den Rijn 1926) 107-164.
- Lijphart, A., *Verzuiling, pacificatie en kentering in de Nederlandse politiek* 7e druk (Haarlem 1988).
- 'Lijst van de in Nederland aanwezige ziekeninrichtingen, verdeeld in verschillende categorieën', *Het Ziekenhuiswezen* 1 (1928) nr.1, 28-32.
- Lindeboom, G.A., *Dutch medical biography. A biographical dictionary of dutch physicians and surgeons 1475-1975* (Amsterdam 1984).
- Lindeboom, G.A., *Inleiding tot de geschiedenis der geneeskunde* Opnieuw bewerkt door M.J. van Lieburg, 7e druk (Rotterdam 1993).
- Lindeboom, G.A., 'Schets van de geschiedenis der Nederlandsche Internisten Vereeniging', in: J. Geerling, G.A. Lindeboom, A. Querido, J. Roos en J. Schalm, (red.), *Nederlandsche Internisten Vereeniging 1931-1981* (Utrecht 1981) 68-104.
- Lintsen, H., *Ingenieurs in Nederland in de negentiende eeuw. Een streven naar erkenning en macht* (Diss.) ('s-Gravenhage 1980).
- Lintsen, H., *Ingenieur van beroep. Historie, praktijk, macht en opvattingen van ingenieurs in Nederland* (Den Haag 1985).
- Lintsen, H.W., (hoofdred.), e.a., *Geschiedenis van de techniek in Nederland: de wording van een moderne samenleving 1800-1890* 6 Dl. (Zutphen 1995).
- Loo, L.F. van, *Den arme gegeven ... Een beschrijving van armoede, armenzorg en sociale zekerheid in Nederland, 1784-1965* 2e druk (Meppel 1981).
- Loo, L.F. van, 'De armenzorg in de Noordelijke Nederlanden 1770-1854', in: AGN dl. 10 (1981) 417-435.
- Looper, B. en Harry Mes, *Tot nut en zegen der arbeidende klasse. David Evelink Stichting te Zutphen 1848-1988. Van armenzorg tot sociale woningbouw* (Zutphen 1980).
- Loosjes, V., *Geschiedenis van de Vereeniging ter bevordering van de belangen des boekhandels, 1815-1915* (Amsterdam 1915).
- Lugt, P.J.M., 'Specialistenopleiding en nascholing door een onderwijsbril bekeken', *Medisch Contact* 32 (1977) nr.7, 201-205.
- M.M., 'Verzekering voor werklieden tegen ongelukken', *De Verzekeringsbode* 3 (1881) 1-2.

- Manen, N.F. van, *De medische specialist in het algemeen ziekenhuis* (Deventer 1976).
- Mannoury, J., 'De ontwikkeling van het sociale zekerheidsstelsel', In: F.L. van Holthoorn, *De Nederlandse samenleving sinds 1815. Wording en samenhang* (Assen/Maastricht 1985) 187-208.
- Mansholt, W.H., 'Openbare en particuliere ziekenhuizen', *Het Ziekenhuiswezen* 2 (1929) nr.8, 539-553.
- Mansholt, W.H., 'De arts als bestuurslid van het ziekenhuis', *Het Ziekenhuiswezen* 4 (1931) nr.3, 189-195.
- Marland, H., "A woman's touch". Women doctors and the development of health services for women and children in the Netherlands 1879-1925; in: Hans Binneveld en Rudolf Dekker, (ed.), *Curing and insuring. Essays on illness in past times: the Netherlands, Belgium, England and Italy, 16th-20th centuries* (Hilversum 1993) 113-135.
- Masterbroek, W.F.G., *Onderhandelen* 4e druk (Den Haag 1988).
- Mauritz, M. en H.J.W. Droogleeveer Fortuyn, 'Pogingen tot het vormen van een unie of federatie voor huisartsen en specialisten', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 76 (1932) II, 2882-2883.
- Mendes da Costa, S., 'Het beroep van den geneesheer', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 41 (1897) I, 241-244.
- Mes, L., 'Wat is een specialisme?', *Geneeskundige Gids* 6 (1928) nr.4, 87-89.
- Metman, W.M., *Handen afl van onze ziekenfondsen* (Rede uitgesproken op het demonstratief congres van de Landelijke Federatie ter behartiging van het Ziekenfondsenwezen, gehouden op Zaterdag 22 Februari 1936) (Z.p. 1936).
- Meulen, J. van der, 'Het CO en het platteland', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 68 (1924) I, 194-195 en 887-889.
- Meulen, L.C. van der, 'Enkele opmerkingen over de poliklinieken der specialiteiten', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 42 (1898) I, 727-729.
- Meulen, L.C. van der, 'Ingezonden', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 42 (1898) II, 822-823.
- Mierlo, J.G.A., *Pressiegroepen in de Nederlandse politiek* (Den Haag 1988).
- Mok, A.L., *Dienen als beroep* (Diss.) (Leiden 1962).
- Mok, A.L., *Professie en professionalisering. Een trendreport* (Amsterdam 1973).
- Mok, A.L., *Beroepen in actie. Bijdrage tot een beroepsociologie* (Meppeel 1973).
- Molhuysen, J.A., 'Beroepsbelangen', in: J. Geerling, G.A. Lindeboom, A. Querido, J. Roos en J. Schalm, (red.), *Nederlandsche Internisten Vereeniging 1931-1981* (Utrecht 1981) 133-141.
- Moll, W., *Een eeuw ziekenhuisgeschiedenis. Het Haagsch gemeenteziekenhuis 1823-1923*, gevolgd door: A.E. Koch, *Overzicht van den tegenwoordigen toestand der gemeenteziekenhuizen ('s-Gravenhage 1925)*.
- Mooy, A., *Geslachtsziekten en besmettingsangst. Een historisch-sociologische studie 1850-1990* (Diss.) (Amsterdam 1993).
- Morren, H.J., 'De Centrale van hogere ambtenaren, haar bestaan, ontwikkeling, taak en bestuur', in: 50 jaar CHA, 1917-1967. *Gedenkboek Centrale van hogere ambtenaren* (Z.p. 1967) 79-90.
- Moulin, D. de, *A History of surgery. With emphasis on the Netherlands* (Dordrecht/Boston/Lancaster 1988).
- Mulder, P.J., 'Afdeling Goeree en Overflakkee', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 70 (1926) 2607-2608.
- Multatuli, *1000-en-eeuige hoofdstukken over specialiteiten* 3e met zorg herziene druk (Nijmegen/Arnhem 1890).
- Muntendam, P., 'Honoreering van specialistische hulp voor ziekenfondsleden', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 54 (1910) I, 323-324.
- Muntendam, 'Beroepsbelangen', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 53 (1909) I, 2144.
- Musschenga, A.W. en J.N.D. de Neeling, (red.), *Verdeling van de schaarse middelen in de gezondheidszorg* Kohier van het Bezinningscentrum 8 (Amsterdam 1987).
- Navis, L., 'De specialisten en de Maatschappij II', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 62 (1918) II, 1700-1701.
- Navis, L., 'De Maatschappij-polikliniek te 's-Gravenhage', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 70 (1926) I, 2605-2606.
- Navis, L., 'Vrije artsenkeuze', *Geneeskundige Gids* 5 (1927) 1124-1126.

- '9e congres voor openbare gezondheidsregeling', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 48 (1904) II, 167-197.
- Nijhoff, G.C., 'Vrouwenklinieken in Nederland', in: *Catalogus van den historisch-geneeskundige tentoonstelling 1849-1899, 1 tot 31 Juli te Arnhem* (Arnhem z.j.) I-II.
- Nijhoff, G.C., 'Specialisme en specialist', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 74 (1930) III, 4185-4190.
- NMG-Eindrapport ontwerpwet 1905, zie: *Eindrapport samengesteld uit rapporten der afdelingen over het ontwerp-ziekteverzekeringwet 1905*.
- Noordhoff, 'Vaste lasten ziekenfondsen moeten omlaag', *Het Volk* 6-5-1936.
- Noordhoff, 'Vaste lasten ziekenfondsen moeten naar beneden', *Het Volk* 9-7-1936.
- 'Noot der redactie', *Maandblad voor Specialistische Geneeskunde* 6 (1923) nr.11, 85-86.
- Nord, A.H.J., 'De specialisten en de Maatschappij', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 62 (1918) I, 1802.
- Nut-rapport*, zie onder W. Stoeder, e.a. (Z.a.) *N.V. De Nederlandsche Gist- & Spiritusfabriek Delft: de ontwikkeling der onderneming in zestig jaren: 1878-1938* (Delft 1938).
- Ockerse, F.U., 'Aan prof.dr. M. Straub', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 45 (1901) I, 1382-1385.
- Onderzoek naar de in Nederland bestaande fondsen tot ondersteuning van arbeiders bij ziekte* Directie van Arbeid ('s-Gravenhage 1912).
- Ontwerp-rapport der Commissie tot onderzoek naar de mogelijkheid, meer eenheid te brengen in het ziekenfondswezen in ons land* [Het zogenaamde unificatierapport.] (Utrecht 1925).
- Pannekoek, J.H., 'De clinicus, onderzoeker en leermeester Abraham Albert Hijmans van den Bergh (1869-1943)', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 137 (1993) nr.39, 1982-1987.
- Parry, N. and José Parry, *The rise of the medical profession. A study of collective social mobility* (London 1976).
- Pasveer, B., *Shadows of knowledge. Making a representing practice in Medicine: x-ray pictures and pulmonary tuberculosis, 1895-1930* (Diss.) (Amsterdam 1992).
- Pel, P.K., 'Een kwart eeuw geneeskunde', Rede ter opening der 66ste algemeene vergadering der NMG te Amsterdam, *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 59 (1915) II, 470-491.
- Persenaire, B.C., 'Het rapport der cie tot herziening, enz.', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 73 (1929) II, 5059-5061.
- Philips, J.F.R., *Gezondheidszorg in Limburg. Groei en acceptatie van de gezondheidszorgvoorzieningen 1850-1940* (Diss.) (Assen 1980).
- Piekaar, A.J., 'De opleiding van medische specialisten', *Medisch Contact* 23 (1968) 1169-1171.
- Pinkhof, 'Herziening huishoudelijk reglement', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 62 (1918) I, 249-250.
- Pinkhof, H., 'De voorschriften der R.K. moraal ten opzichte van de geneeskundige praktijk', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* (1928) I, 252-253.
- Pinkhof, H., 'De specialisten en de ziekenfondsen', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 76 (1932) II, 2845-2847.
- Planteydt, J.M., 'Maatschappij, ziekenhuisverenigingsfondsen en specialisten', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 81 (1937) II, 3005-3006.
- Poelje, S.O. en C.H.F. Polak, 'Het begrip algemeen belang in de verschillende onderdelen van het administratief recht', in: *Pre-adviezen uitgebracht door Dr.S.O. van Poelje, Prof. mr.C.H.F. Polak met een nota van Prof.dr.F. de Vischere voor de alg. verg. op 19 mei 1950* (Haarlem z.j.).
- Poppel, F. van, 'Religion and health: catholicism and regional mortality difference in nineteenth-century Netherlands', *The Society of Medicine Overdruk* (1992).
- Poppel, F. van, 'Sociale ongelijkheid voor de dood. Het verband tussen sociaal-economische positie en zuigelingensterfte in Nederland in de periode 1850-1940', *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis* 8 (1982) 27, 231-181.
- Prae-advies. De organisatorische positie van de medisch specialist in het Nederlandse algemene ziekenhuis*, samengesteld door de statuskommissie van de stichting Het Nederlandse Zieken-

- huiswezen en de Vereniging van Katholieke Ziekenhuizen en het Gemeenschappelijke Instituut voor Toegepaste Psychologie (Z.p. 1965).
- Prins, G.A., P. Varekamp en J.L.A. Tonella, 'Het halfspecialisme in kinderziekten', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 67 (1923) II, 2010-2013.
- Querido, A., *Een eeuw staatstoezicht op de volksgezondheid* ('s-Gravenhage 1965).
- Querido, A., *Het Wilhelmina Gasthuis. Geschiedenis en voorgeschiedenis* (Lochem 1966).
- Quix, F.H., 'Het onderwijs in keel-, neus- oorheekunde aan de rijks-universiteiten in Nederland', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 50 (1906) I, 304-308.
- Ramaer, J.M., 'Verslag betreffende de stichting en den tegenwoordigen staat der Maatschappij mitsgaders de werkzaamheden der afdelingen in het jaar 1848', *Tijdschrift der NMG I* (1848) 27-53.
- 'Rapport der commissie in zake de verhouding van de specialisten tot de ziekenfondsen, benoemd door het hoofdbestuur in gevolge het besluit van den 65ste algemeene vergadering te Leiden', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 59 (1915) II, 1257-1292.
- Rapport inzake de exploitatie van het gemeentelijk ziekenhuis in Arnhem* (Arnhem 1934).
- 'Rapport in zake het instellen van een onderzoek naar den invloed der poliklinieken op de standsbelangen der geneesheeren en het aangeven van den weg om de nadeelen te voorkomen, uitgebracht door de commissie, benoemd door het hoofdbestuur der Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, ingevolge het besluit der algemeene vergadering van 10 Juli 1906', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 52 (1908) I, 1593-1612.
- Rapport inzake de sociale verzekering van de commissie benoemd door de besturen van het Nederl. Verbond van Vakvereeningen en de Sociaal-democr. Arbeiderspartij* (Amsterdam 1924).
- Rapport over de ziekenfondsen te Amsterdam* Uitgebracht door de ziekenfondscommissie, ingesteld bij besluit van 25 October 1897 door de afdeling Amsterdam van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (Amsterdam 1900).
- Rapport omtrent den toestand der ziekenfondsen in Nederland*, deel I en II, uitgegeven door de Nederl. Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (1908).
- 'Rapport over de aan de ziekenfondsen te verleenen specialistische hulp', zie Ribbius, P, e.a.
- Rapport over de behoefte aan specialisten in Nederland op 1 januari 1962: uitgebracht door het Instituut voor Sociale Geneeskunde, Utrecht* (Utrecht 1962).
- Rapport van de commissie, ingesteld ter beantwoording van de vraag: Op welke wijze kunnen de lasten, voor de gemeenten en gemeentelijke instellingen voortvloeiende uit de genees- een verloskundige hulp en ziekenhuisverpleging, met de minste bezwaren worden verlicht? (Commissie inz. kosten ziekenzorg.)* Geschriften van de Nederlandsche Vereeniging voor armenzorg en weldadigheid LXVIII (Haarlem 1937).
- 'Rapport van het hoofdbestuur over het voorstel 's-Gravenhage en O., aangenomen in de algemeene vergadering te Leiden 1901', 45 (1901) *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* I, 1079-1115.
- Rapport Teldersstichting, zie onder: *Het ziekenfondswezen in Nederland; ontwikkeling en perspectieven*.
- 'Register van erkende specialisten', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 77 (1933) I, 117-144.
- Resultaat van het onderzoek, ingesteld naar de hier te lande gebruikelijke systemen van honoreering der specialisten, verbonden aan de Algemeene ziekenfondsen*, Departement van Sociale Zaken (Z.p. z.j. [1943]).
- Ribbius, P., 'Medici en medische toestanden te Arnhem door alle tijden', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 71 (1927) II, 623-648.
- Ribbius, P., 'De specialisten en de Maatschappij', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 62 (1918) II, 1609-1612 en 1842-1843.
- Ribbius, P.H. Brongersma (rapporteur), E. Faber, B. Fockens en D. Stigter, 'Rapport over de aan ziekenfondsen te verleenen specialistische hulp', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 58 (1914) I, 2046-2061.
- Rigter, R.B.M., *Met Raad en Daad. De geschiedenis van de Gezondheidsraad 1902-1985* (Diss.) (Rotterdam 1992).
- Rigter, R.B.M., 'Geschiedenis van het genezen; trachoom, de gesel van de Amsterdamse jodenbuurt', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 140 (1996) 616-620.

- Rigter, R., 'De integratie van preventieve geneeskunde in de gezondheidszorg in Nederland (1890-1940)', *Gewina* 19 (1996) 313-327.
- Rijen, A. van, *De Bossche Diocesane WerkliedenBond 1903-1928* (Tilburg 1928).
- Rijnbeek, R. en M. van Valderen-Jansen, 1884-1984. *Honderd jaar Hervormd Diakonessenhuis te Arnhem* (Arnhem 1984).
- Rijnberk, G. van, 'Examens, diploma's en bevoegdheden. 5. De specialismen', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 63 (1919) II, 1933-1936.
- Ringeling, H.G., 'Over de prophylaxie der tuberculose', *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne en Openbare Gezondheidsregeling* 3 (1901) 297-312.
- Roes, J., (red.), Jan Bank, Paul Klep, Jan Peet en Hans Righart, *Katholieke arbeidersbeweging. Studies over KAB en NKK in de economische en politieke ontwikkelingen van Nederland na 1945* (Baarn 1985).
- Rombach, K.A., *Honderd jaren Utrechtse Geneeskundige Kring* (Z.p. z.j.).
- Romijn, W., *Welvaart en gezondheid* (Uitgegeven t.g.v. het zestigjarig bestaan van het Algemeen Ziekenfonds Ziekenzorg in Amsterdam in 1955).
- Romunde, L.H. van, 'De organisatie der specialisten', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 67 (1923) II, 1287-1290.
- Romunde, L.H. van, 'Specialist te zijn of niet te zijn, dat is de vraag', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 70 (1926) II, 706-708.
- Roo, A.A. de, *De opleiding tot medisch specialist. Een evaluatie van het opleidingsbeleid van het Centraal College voor erkenning en registratie van medisch specialisten* (Diss.) ('s-Gravenzande 1985).
- Roojen, P.H. van, 'Ziekenhuisverpleegfondsen', *Het Ziekenhuiswezen* 6 (1933) nr.7, 295.
- Roojen, P.H. van, 'De verhouding van de aan de ziekenhuizen verbonden geneesheeren tot de ziekenhuizen en wel speciaal tot hunne directies', *Het Ziekenhuiswezen* 8 (1935) nr.11 (Overdruk).
- Rooy, A.H.M.J. van, *Een blik op heden en toekomst der gynaecologie en verloskunde* Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het hoogleeraarsambt aan de Universiteit van Amsterdam op den 6den December 1920 (Amsterdam z.j.).
- Rosen, G., *The specialization of Medicine, with particular reference to Ophthalmology* (New York 1944).
- Rosenberg, C.E., 'The therapeutic revolution: medicine, meaning and social change in 19th-century America', in: Judith Walzer Leavitt, Ronald L. Numbers ed., *Sickness and health in America. Readings in the history of medicine and public health* Second ed., revised (University of Wisconsin Press 1985) 39-53.
- Rosenberg, C.E., 'Social class and medical care in 19th-century America: The rise and fall of the dispensary', in: Judith Waltzer Leavitt, Ronald L. Numbers, (ed.), *Sickness and Health in America. Readings in history of medicine and public health* Second ed., revised (University of Wisconsin Press 1985) 273-286.
- Rosenbusch, G. en M. Oudkerk, 'Röntgen van aanzet tot doorbraak van de technologie in de geneeskunde', in: G.T. Haneveld, (red.), *In medische handen, 100 jaar geneeskunst* (Nijmegen 1986) 68-83.
- Rottinghuis, H.J.Th., 'De kunst van het onderhandelen', *Intermediair* 19 (1983) nr.26, 15-17.
- Rozelaar, Em., 'Dr Kersbergen: Huisarts en specialist', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 70 (1926) II, 317-318.
- Schaepman-van Geuns, E.J., 'De vrouwelijke gynaecologen', in: F.J.J. van Assen, e.a., (red.), *Een eeuw vrouwenarts* Uitgegeven ter gelegenheid van het honderdjarig bestaan van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (Den Haag 1987) 117-141.
- Scheltema, G., 'Iets over de sociale beteekenis der kindergeneeskunde', *Vragen des Tijds* 42 (1916), 55-84.
- Schepers, R.M.J., 'Geneesheren, medische armenzorg en ziekenfondsen in België in de negentiende eeuw', *Gewina* 14 (1991) I, 14-34.
- Schepers, R., 'The Belgian medical profession and the sickness funds: the collectivization of health care (1900-1945)', in: Hans Binneveld en Rudolf Dekker, (ed.), *Curing and insuring. Essays on illness in past times: the Netherlands, Belgium, England and Italy, 16th-20th centuries* (Hilversum 1993) 151-168.
- Schepers, R.M.J., 'Om de eenheid van het medisch beroep. Het debat over de specialisatie in België (1900-1940)', *Gewina* 16 (1993), 155-170.

- Schepers, R.M.J. en A.C. Nievaard, *Ziekte en zorg. Inleiding in de medische sociologie* (Leiden 1990).
- Schilperoort, W., 'De Rotterdamsche specialisten en de CO', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 58 (1914) II, 1893-1895.
- Schilperoort, W., 'De Rotterdamsche specialisten en de CO', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 59 (1915) I, 147.
- Schnitzler, J.G., 'De betaling der specialisten', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 64 (1920) II, 2177 en 2601.
- Schöffers, I., 'De Nederlandse confessionele partijen 1918-1938', in: C.B. Wels, (eindred.), e.a., *Vaderlands Verleden in Veelvoud. Opstellen over de Nederlandse geschiedenis na 1500* (Den Haag 1980) 209-230.
- Scholten, G.R.M., *De omsingeling van medische specialisten. Een organisatie-sociologisch onderzoek naar de relatie tussen de overheid en de medische specialisten, 1979-1989* (Diss.) (Ridderkerk 1994).
- Schoon, Lidy, *De gynaecologie als belichaming van vrouwen: verloskunde en gynaecologie 1840-1920* (Diss.) (Zutphen 1995).
- Schrage, P., Erik Nijhof en Piet Wielsma, 'Inkomensontwikkeling van werkenden en werklozen in Nederland, 1913-1939', *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis* 15 (1989) 4, nov.1989, 347-394.
- Schreve, C.F., (samenstelling), *Prae-advies op het Ontwerp-Ziekteverzekeringwet 1904 van het hoofdbestuur der NMG aan den Minister van Binnenlandsche Zaken* (Amsterdam 1905).
- Schrijver, J., 'Idealisme, theorie en praktijk', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 66 (1922), 1721.
- Schrijver, J., 'Waarom zijn "wij" niet "bevredigd"?', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 68 (1924) I, 1608-1609.
- Schuckink Kool, A., (rapporteur), 'Onderzoek naar het inkomen van den Nederlandschen arts', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 72 (1928) I, 2141-2159.
- Schut, F.T. en J.G.A. van Hoek, 'Falende marktordening in de particuliere ziektekostenverzekering', *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 71 (1993) nr.6, 305-311.
- Schut, F. T., *Competition in the Dutch health care sector* (Diss.) (Ridderkerk 1995).
- Sickenga, F.N., *Korte geschiedenis van de tuberculosebestrijding in Nederland 1900-1960* ('s-Gravenhage 1980).
- Siemens, L.J., 'Aan dr. Catharine van Tussenbroek', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 66 (1922) II, 1599-1601.
- Siemens, L. J., 'De organisatie der Amsterdamsche specialisten', in: C.C. Delprat, Th. Hammes, H. Pinkhof en C.F. Schreve, (red.). *Gedenkboek uitgegeven ter gelegenheid van de viering van het vijf en zeventig-jarig bestaan van den Geneeskundigen Kring te Amsterdam, 21 September 1923* (Amsterdam 1923).
- Schalm, J., 'Uit het dagboek van J. Schalm (1940), internist Gemeenteziekenhuis Arnhem', in: J. Geerling, G.A. Lindeboom, A. Querido, J. Roos en L. Schalm, (red.), *Nederlandsche Internisten Vereniging 1931-1981* (Utrecht 1981) 215-223.
- Sijp, van der, 'Het betoog van dr. Rutgers en het voorstel Dordrecht', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 40 (1896) II, 225-228.
- Sikkel, 'De verhouding huisarts-specialist', *Geneeskundige Gids* 5 (1927) nr.46, 1053-1056.
- Sikkel, A., 'Rede ter opening van de 71e algemeene vergadering van de NMG op Maandag 5 Juli 1920', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 64 (1920) II, 114-126.
- Simon, 'Staak maar raak', *Sint-Willibrordusvereniging ter verspreiding van goedkope Katholieke Volkslectuur*, nr. 73, 7 (1902/1903) nr.9, 1-28.
- Sleyster, W., *Wil het bezoek nu afscheid nemen. Honderd jaar Sophia ziekenhuis te Zwolle* (Zwolle 1984).
- Sluijs Veer, J. van der, 'De ontwikkeling van het aantal internisten in Nederland sinds 1931', in: J. Geerling, G.A. Lindeboom, A. Querido, J. Roos en L. Schalm, (red.), *Nederlandsche Internisten Vereniging 1931-1981* (Utrecht 1981) 125-131.
- Smidt, H.J., *Het Academisch Statuut* (Alphen aan den Rijn 1922).
- Smit, W.B., *Het vraagstuk der ziekenhuisverpleging voor de gemeenten* (Haarlem 1939).
- Smith, Harvey L., 'Two lines of authority: The hospital's dilemma', in: E. Gartly Jaco, (ed.), *Patients, physicians and illness. Sourcebook in behavioral science and medicine* (Z.p. 1958) 468-477.
- Snellen sr, H., 'De oogheelkundige verpleging in Nederland gedurende de laatste 50 jaren', in:

- Catalogus van den historisch-geneeskundige tentoonstelling 1849-1899, 1 tot 31 Juli te Arnhem* (Arnhem z.j.) IV.
- Snoeck Henkemans, D., 'Het Amsterdamsche contract', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 66 (1922) II, 1601-1602.
- Spanjaard, E.A., H. Olland en J.H. Sypkens Smit, (gedenkboekcommissie), 1852-1952. *Afdeling 'Zwolle en Omstreken' der KNMG, Gedenkboek* (Z.p., z.j.).
- Stekhoven, 'Vrije artskenkeuze', *Geneeskundige Gids* 5 (1927) nr.48, 1126-1127.
- Stern, B.J., 'The specialist and the general practitioner', in: E. Gartly Jaco, (ed.), *Patients, physicians and illness. Sourcebook in behavioral science and medicine* (Z.p. 1958) 352-360.
- Sternheim, A., 'Veertig jaar accountancy, 1895-1935', in: *Gedenkboek Nederlandsch Instituut van accountants 1895-1935* (Z.p., z.j.) 7-59.
- Stevens R., *Medical practice in modern England. The impact of specialization and state medicine* (New Haven/London 1966).
- Stevens, R., 'The changing idea of a medical speciality', *Transactions and studies of the College of Physicians of Philadelphia* Vol.5 (1980) 159-177.
- Stevens, R., *American hospitals in the twentieth century. In sickness and in wealth* (Z.p. 1989).
- Stigter, D., 'Waarom ik uit de Maatschappij treed', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 65 (1921) I, 1196.
- Stoeder, W., C.J. Sniijders, G.P. van Tienhoven en D.A. Ribbe, *De ziekenfondsen in Nederland* (Maatschappij: Tot Nut van 't Algemeen 1895).
- Straub, 'Busdokters en boden', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 41 (1897) I, 607-609.
- Struben, W.H., 'De vooruitgang van de keel-, neus- en oorheilkunde in de laatste zestig jaar', in: J.A. van Dongen, (red.), *De vooruitgang van de geneeskunde in onze eeuw. Uitgegeven ter gelegenheid van het zestig-jarig bestaan van de Amsterdamsche Specialistenvereeniging* (Amsterdam MCMXLVI) 143-150.
- Stuyvenberg, J.H., 'Economische groei in Nederland in de 19e eeuw: een terreinverkenning', in: P.W. Klein, (red.), *Van stapelmarkt tot welvaartsstaat* (Rotterdam 1975) 52-75.
- Taminiau, Ph.L.M.M., 'Over de wijze van honoreering der specialisten bij de ziekenfondsen', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 84 (1940) III, 3549-3550.
- Tamminga, B.P., *Honderdvijfenzeventig jaar AZG. Geschiedenis en voorgeschiedenis van het academisch ziekenhuis in Groningen* (Groningen 1987).
- Tasman, H.J., 'De S.D.A.P. en de sociale verzekering', *Sociaal Weekblad* 25 (1911) nr.18, 137-139, en *Sociaal Weekblad* 25 (1911) nr.19, 145-147.
- Terlouw, Th.J.A., *De opkomst van het heilgymnastisch beroep in Nederland in de negentiende eeuw. Over zeldzame amfibieën in een kikkerland* (Diss.) (Rotterdam 1991).
- Theuvenet, P.J., A.P.P.M. Driessen, J.M.W.M. Merkus, A.F. Casparie, I. van de Wiel-Maas en W.L.R. Kuipers, (red.), *Kwaliteitsbeleid medische specialisten 1995* (Alkmaar 1995).
- Tijn, Th. van, 'De sociale bewegingen van 1876-1887', in: *AGN* (1987) dl.13, 90-100.
- Tijn, Th. van, 'Op de drempel van een nieuwe tijd: Nederland omstreeks 1870', in: C.B. Wels, (eindred.), e.a., *Vaderlands verleden in veelvoud. Opstellen over de Nederlandse geschiedenis na 1500*, dl II: 19e-20e eeuw (Den Haag 1980) 129-162.
- Tuss[ch]enbroek, Cath. van, 'De NMG in vakvereeniging verkeerd', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 66 (1922) II, 1479-1482.
- [Z.a.] 'XIIe Congrès International de Médecine', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 41 (1897) II, 531-533.
- Ubink, P.A.G., 'De Bond', in: *Gedenkboek uitgegeven ter gelegenheid van het 40-jarig bestaan van den Nederlandschen Bond van Gemeente-ambtenaren, 1893-1933* (Alphen aan de Rijn 1933) 1-24.
- 'Unificatie-rapport', zie: *Ontwerp-rapport der Commissie tot onderzoek naar de mogelijkheid, meer eenheid te brengen in het ziekenfondswezen in ons land*.
- Utermöhlen, G.P., H. Burger, A.A.J.H. Marres, J.L. Siemens en Th.J.A.C.M. van Beek, *Gedenkboek uitgegeven ter gelegenheid van het veertig-jarig bestaan der Nederlandsche Keel-Neus-Oorheilkundige Vereeniging, 1893-1933* (Amsterdam 1933).

- 'Uitspraak van den Raad van Beroep inzake het geschil Jacobson-Schrijver contra bestuur S.O. onderafdeeling Amsterdam', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 68 (1924) I, 1369-1372.
- Veen, J.H. van, 'De Nederlandsche specialisten en de CO', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 59 (1915) II, 1964-1965.
- Veen, J.H. van, 'Herziening huishoudelijk reglement', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 62 (1918) I, 248-249.
- Veit, J. 'Ingezonden', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 42 (1898) II, 994-995.
- Veld, N.K.C.A. in 't, 'De zuivering van artsen en advocaten: een bijdrage tot de geschiedschrijving van de zuivering van het vrije beroep', in: *Cahiers over Nederland en de Tweede Wereldoorlog*, (Rijksinstituut voor oorlogsdocumentatie 1-8) ('s-Gravenhage 1981-1984).
- Velden, H. van der, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in Nederland, 1850-1941. Medische armenzorg, ziekenfondsen en de verenigingen voor ziekenhuisverpleging op nationaal en lokaal niveau (Schiedam, Roordahuizen en Amsterdam)* (Diss.) (Amsterdam 1993).
- Velden, H. van der, 'Overvloed en schaarste. De verspreiding van de geneeskundige hulp in Nederland in de negentiende eeuw', *Gewina* 19 (1996) 210-230.
- Veltheer, W., *Heelkunde te Utrecht op het breukvlak van twee eeuwen. Een onderzoek naar de lotgevallen van de universitaire kliniek in de periode van 1890-1910* (Diss.) (Zeist 1989).
- Verdoorn, J.A., *Volksgezondheid en sociale ontwikkeling. Beschouwingen over het gezondheidswezen in Amsterdam in de 19e eeuw* (Utrecht 1965).
- Verhoef, P., 'Geschiedenis van het genezen; de vroege receptie van het antisiphiliticum Salvarsan in Nederland (1910-1911)', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 140 (1996) 50, 2519-2523.
- Verhoef, P., "'Ik voel niet dat ik nuttig ben"; Lucas Maillette de Buy Wenniger, dermatoloog en uroloog te Arnhem', *Gewina* 19 (1996) 246-262.
- Vermeij, A.E., 'Ingezonden', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 42 (1898) II, 780-781 en 876-877.
- 'Verslag van de gecommiteerden voor het onderzoek naar de wijze waarop voldaan zou kunnen worden aan geneeskundige hulp in Nederland', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 30 (1886) II, 91-92.
- 'Verslag inaugurele rede prof. Mulder te Groningen', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 34 (1890) I, 650.
- 'Verslag van de werkzaamheden der polikliniek-commissie, ingesteld ingevolge het besluit der algemeene vergadering van 10 Juli 1906 over het tijdperk Juli 1908-Mei 1909', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 53 (1909) I, 2020-2024; over het tijdperk Juli 1909 tot Mei 1910: *Ibid.* 54 (1910) I, 1527-1529 en over 1910 en 1911: *Ibid.* 56 (1912) I, 1037-1047, over 1912: *Ibid.* 57 (1913) I, 713-716; *Ibid.* 59 (1915) I, 1406-1413 en *Ibid.* 60 (1916) I, 1783-1787.
- Verslag van de Staatscommissie tot voorlichting over wettelijke maatregelen tot bestrijding van de tuberculose en over de beste wijze van bestrijding dier ziekte* ('s-Gravenhage 1922).
- Versteeg, H.J., *85 jaar Amsterdamse vrouwenkliniek* (Z.p. z.j.) [1983].
- Vert, J., 'Ingezonden', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 42 (1898) II, 994-995.
- Vink, L.P.H.J. de, *Het ontstaan en de geschiedenis van de Specialisten Registratie Commissie* (Z.p., z.j.).
- Vis, G.N.M., *650 jaar ziekenzorg in Alkmaar 1341-1991. Hoofdstukken uit de geschiedenis en voorgeschiedenis van de Alkmaarse zieken- en gezondheidszorg* (Hilversum 1991).
- (Z.a.) *50 jaar CHA 1917-1967. Gedenkboek Centrale van hogere ambtenaren* (Z.p. 1967).
- Visser, E., (red.), *Universitas Groningana. MXMXIV-MXMLXIV. Gedenkboek ter gelegenheid van het 350-jarig bestaan der Rijks-universiteit te Groningen* (Groningen MCMLXIV).
- Vogel, Morris J., *The invention of the modern hospital* (Chicago/London 1980).
- Vries, B. de, *Electoraat en elite. Sociale structuur en sociale mobiliteit in Amsterdam, 1850-1895* (Amsterdam 1986).
- Vries, Joh. de, *De Nederlandse economie tijdens de twintigste eeuw. Een verkenning van het meest kenmerkende* (Antwerpen/Utrecht 1973).
- Vries Wzn., W. de, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901. De invloed van werkgevers en werknemers op de eerste sociale verzekeringswet in Nederland* (Deventer 1970).
- Vries-Bruine, A.E.J. de, 'Het ziekenfondswezen in Nederland', Voordracht voor de medische sectie van

- de Sociale Vereniging tot bevordering van de studie van Maatschappelijke vraagstukken op 9 Mei 1936.
- (Z.a.) 'Vrije specialistenkeuze in ziekenhuizen', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 66 (1922) I, 328-330.
- Vroege, N.H., *Sociologie van de arts* (Diss.) (Utrecht 1968).
- Vromen, M., 'Groepsvergadering specialisten', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 76 (1932) II, 2658-2659.
- Vromen, M., 'De specialisten en de ziekenfondsbelangen', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 76 (1932) III, 3334-3337.
- Waarden, F. van, 'Regulering belangenorganisaties van ondernemers', in: F.L. van Holthoon, (red.), *De Nederlandse samenleving sinds 1815. Wording en samenhang* (Assen/Maastricht 1985) 227-261.
- Wachelder, J.C.M., *Universiteit tussen vorming en opleiding. De modernisering van de Nederlandse universiteit in de negentiende eeuw* (Diss.) (Hilversum 1992).
- Wal, H. de, 'De Amsterdamsche specialistenvereniging en het ziekenfonds AZA', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 58 (1914) I, 849-850.
- Wartena, R., *Oude en nieuwe gasthuis te Zutphen 1625-1975* (Zutphen 1975).
- Wassenberg, A., (ed.), *Netwerken: organisatie en strategie* (Meppel 1980).
- Weisz, G., 'The development of medical specialization in nineteenth-century Paris', in: Ann La Berge and Mordechai Feingold, (ed.), *French medical culture in the nineteenth-century* (Amsterdam/Atlanta 1994).
- Wely, D.L. van, 'De kinderziekenhuizen en herstellingsoorden voor zieke kinderen', *Catalogus van den historisch-geneeskundige tentoonstelling 1849-1899, 1 tot 31 Juli te Arnhem* (Arnhem z.j.) II.
- Wesly, L.A., 'De vrije-specialistenkeuze in de Utrechtsche ziekenhuizen', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 67 (1923) I, 598 en 707.
- Wibaut, F.M., (samenstelling), *Het socialisatie vraagstuk. Rapport uitgebracht door de Commissie aangevoerd uit de SDAP* (Amsterdam/Rotterdam 1920).
- Wijhe, M. van, *From stupefaction to narcosis. A study of the development on inhalation anaesthesia in the surgical department of the Leiden Academic Hospital* (Diss.) (Alkmaar 1991).
- Wijk, W., *Honderd jaar KNMG-afdeling Apeldoorn e.o., 1894-1994* (Z.p., 1994).
- Wijnhoff, J.A., 'Sanatoria voor phthisici', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 41 (1897) I, 899-907.
- Wijnhoff, J.A., 'Phthisisbehandeling in ons klimaat', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 34 (1890) II, 65-67.
- Wilde, P.A. de, 'Geachte redactie', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 54 (1910) I, 376-377.
- Winkel, O.J. ten, *Adresboekje van Arnhem, Velp, Oosterbeek en Westervoort voor 1880* (Arnhem z.j.).
- Wortman, J.L.C., 'Vrije artsenkeuze in onze ziekenhuizen', *Het Ziekenhuis* 10 (1919) nr.5, 41-43.
- Wortman, J.L.C., 'Vrije specialistenkeuze in ziekenhuizen', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 66 (1922) I, 525-526.
- Woude, A.M. van der, 'Bevolking en gezin in Nederland', in: F.L. van Holthoon, (red.), *De Nederlandse samenleving sinds 1815. Wording en samenhang* (Assen/Maastricht 1985) 19-71.
- Zanten, J.H. van, 'Het honorarium der medische specialisten een maatschappelijk gevaar', *Vragen des Tijds* 42 (1916) 193-212.
- Zola, I., *De medische macht* (Meppel 1973).

Verslagen van algemene en groepsvergaderingen en jaarverslagen zoals verschenen in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*.

Algemene en groepsvergaderingen van specialisten:

- 1917: 'Vergadering van specialisten, bijeengeroepen door de Centrale Vertegenwoordiging van specialisten op zondag 23 December 1917 [...] te Amsterdam', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 62 (1918) I, 125-140.
- 1920: 'Kort verslag van de algemeene vergadering der Specialisten-Organisatie gehouden te Arnhem [...] op Zondag 4 Juli 1920 [...] te Arnhem' (voortaan afgekort: 1920: verslag algemeene vergadering SO), *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 64 (1920) II, 1649-1650.
- 1920: 'Verslag algemeene vergadering SO, October 1920', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 65 (1921) I, 791-808.
- 1921: 'Verslag algemeene vergadering SO, Juli 1921', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 66 (1922) II, 1263-1282.
- 1922: 'Verslag algemeene vergadering SO, Mei 1922', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 66 (1922) II, 1920-1928.
- 1924: 'Verslag algemeene vergadering SO, Juni 1923', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 67 (1923) II, 1584-1592.
- 1923: 'Buitengewoone algemeene vergadering SO, Februari 1924', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 68 (1924) I, 993-1000.
'Kort verslag van de groepsvergadering der specialisten der NMG, (voortaan afgekort: verslag groepsvergadering) gehouden den 27sten April te Utrecht [1930]', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 74 (1930) II, 2487-2492.
- 1932: 'Verslag groepsvergadering, Juni 1932', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 76 (1932) II, 4183-4188.
- 1932: 'Verslag groepsvergadering, December 1932', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 77 (1933) I, 465-476.
- 1933: 'Verslag groepsvergadering, Mei 1933', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 77 (1933) II, 2891-2898.
- 1933: 'Verslag groepsvergadering, December 1933', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 78 (1934) 372-380.
- 1934: 'Verslag groepsvergadering, December 1934', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 79 (1935) I, 637-644.
- 1935: 'Verslag groepsvergadering, Mei 1935', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 79 (1935) III, 3685-3694.
- 1935: 'Verslag groepsvergadering, November 1935', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 80 (1936) I, 109-116.
- 1936: 'Verslag groepsvergadering, Juni 1936', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 80 (1936) III, 3527-3536.
- 1937: 'Verslag groepsvergadering, December 1936', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 81 (1937) I, 981-987.
- 1937: 'Verslag groepsvergadering, Juni 1937', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 81 (1937) III, 4644-4650.
- 1937: 'Verslag groepsvergadering, December 1937', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 82 (1938) I, 603-608.
- 1938: 'Verslag groepsvergadering, Juni 1938', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 82 (1938) III, 4049-4054.
- 1939: 'Verslag groepsvergadering, December 1938', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 83 (1939) I, 714-724.
- 1939: 'Verslag groepsvergadering, Juni 1939', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 83 (1939) III, 3867-3872.
- 1939: 'Verslag groepsvergadering, December 1939', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 84 (1940)

I, 371-376.

1940: 'Verslag groepsvergadering, Juni 1940', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 84 (1940) II, 1887-1888.

1940: 'Verslag buitengewoone groepsvergadering, April 1940', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 84 (1940) II, 2515-2518.

Jaarverslagen Specialistenorganisatie:

'Jaarverslag van de Centrale Vertegenwoordiging van specialisten over 1916', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 61 (1917) I, 1999-2000.

'Jaarverslag van de Centrale Vertegenwoordiging van specialisten over 1917', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 62 (1918) I, 877-879.

'Jaarverslag der C.V. en der S.O. over 1919', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 64 (1920) I, 2260-2262.

'Jaarverslag der Specialisten-Organisatie in de NMG over 1920' (voortaan afgekort: jaarverslag SO 1920), *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 65 (1921) I, 1821-1827.

'Jaarverslag SO 1921', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 66 (1922) I, 1051-1055.

'Jaarverslag SO 1922', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 67 (1923) I, 1833-1840.

'Jaarverslag SO 1924', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 69 (1925) I, 1981-1984.

'Jaarverslag SC 1925', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 70 (1926) I, 1255-1259.

'Jaarverslag SC 1926', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 71 (1927) I, 2208-2212.

'Jaarverslag SC 1927', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 72 (1928) I, 1269-1272.

'Jaarverslag SC 1928', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 73 (1929) I, 1052-1056.

'Jaarverslag SC 1929', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 74 (1930) I, 1773-1776.

'Jaarverslag SC 1930', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 75 (1931) II, 2306-2309.

'Jaarverslag SC 1931', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 76 (1932) I, 625-628.

'Jaarverslag SC 1932', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 77 (1933) I, 1075-1082.

'Jaarverslag SC 1933', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 78 (1934) I, 1183-1188.

'Jaarverslag SC 1934', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 79 (1935) I, 746-751.

'Jaarverslag SC 1935', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 80 (1936) I, 725-730.

'Jaarverslag SC 1936', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 81 (1937) I, 1404-1408.

'Jaarverslag SC 1937', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 82 (1938) I, 1284-1288

'Verslag SC 1938', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 83 (1939) I, 1299-1305.

'Verslag SC 1939', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 84 (1940) I, 1095-1101.

Jaarverslagen SRC:

'Jaarverslag SRC 1932', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 77 (1933) I, 1082-1084.

'Jaarverslag SRC 1933', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 78 (1934) I, 1182-1183.

'Jaarverslag SRC 1934', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 79 (1935) I, 751-752.

'Jaarverslag SRC 1935', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 80 (1936) I, 731-732.

'Jaarverslag SRC 1936', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 81 (1937) I, 979-980.

'Jaarverslag SRC 1937', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 82 (1938) I, 1283-1284.

'Jaarverslag SRC 1938', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 63 (1939) I, 616.

'Jaarverslag SRC 1939', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 64 (1940) I, 679-680.

Algemene en buitengewone algemene vergaderingen van de NMG waarnaar in dit proefschrift wordt verwezen:

'Handelingen van de zeven-en-veertigste algemeene vergadering van de NMG, gehouden te 's-Gravenhage op Maandag en Dinsdag 6 en 7 Juli 1896', (voortaan afgekort: 1896: 47ste algemeene vergadering, Juli 1896), *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG)* 40 (1896) II, 72-90.

1901: '52ste algemeene vergadering, Juli 1901', *NTvG* 45 (1901) II, 121-171.

1902: '53ste algemeene vergadering, Juli 1902', *NTvG* 46 (1902) II, 178-210.

1902: 'Buitengewoone algemeene vergadering, December 1902', *NTvG* 47 (1903) I, 193-261.

- 1903: '54ste algemeene vergadering, Juli 1903', *NTvG* 47 (1903) II, 269-317, 369-427 en 449-517.
1904: '55ste algemeene vergadering, Juli 1904', *NTvG* 48 (1904) II, 263-292 en 341-372.
1905: '56ste algemeene vergadering, Juli 1905', *NTvG* 49 (1905) II, 781-810 en 865-898.
1906: 'Buitengewoone algemeene vergadering, Maart 1906', *NTvG* 50 (1906) II, 933-1038.
1910: '61ste algemeene vergadering, Juli 1910', *NTvG* 54 (1910) II, 603-782.
1910: 'Buitengewoone algemeene vergadering, December 1910', *NTvG* 55 (1911) I, 321-468.
1911: '62ste algemeene vergadering, Juli 1911', *NTvG* 55 (1911) II, 481-632.
1912: '63ste algemeene vergadering, Juli 1912', *NTvG* 56 (1912) II, 429-596.
1913: '64ste algemeene vergadering, Juli 1913', *NTvG* 57 (1913) II, 1153-1262.
1914: '65ste algemeene vergadering, Juli 1914', *NTvG* 58 (1914) II, 1197-1404.
1915: 'Buitengewoone algemeene vergadering, April 1915', *NTvG* 59 (1915) II, 1-400.
1915: '66ste algemeene vergadering, Juli 1915', *NTvG* 59 (1915) II, 857-1020.
1916: '67ste algemeene vergadering, Juli 1916', *NTvG* 60 (1916) II, 2201-2344.
1919: '70ste algemeene vergadering, Juli 1919', *NTvG* 63 (1919) II, 637-656.
1919: 'Buitengewoone algemeene vergadering, December 1919', *NTvG* 64 (1920) I, 288-293.
1927: '78ste algemeene vergadering, Juli 1927', *NTvG* 71 (1927) II, 1161-1192.
1928: '79ste algemeene vergadering, Juli 1928', *NTvG* 72 (1928) II, 4331-4366.
1930: 'Buitengewoone algemeene vergadering, Juni 1930', *NTvG* 74 (1930) III, 4601-4634.
1930: '81ste algemeene vergadering, Juli 1930', *NTvG* 74 (1930) IV, 4979-5006.
1931: '82ste algemeene vergadering, Juli 1931', *NTvG* 75 (1931) III, 4601-4642.
1932: '83ste algemeene vergadering, Juli 1932', *NTvG* 76 (1932) III, 4385-4403.
1933: '84ste algemeene vergadering, Juli 1933', *NTvG* 77 (1933) III, 4391-4422.
1935: '86ste algemeene vergadering, Juli 1935', *NTvG* 79 (1935) IV, 4713-4754.
1936: '87ste algemeene vergadering, Juli 1936', *NTvG* 80 (1936) III, 4253-4278.
1938: '89ste algemeene vergadering, Juli 1938', *NTvG* 82 (1938) III, 4615-4648.

Summary

This study is a historical description and explanation of the formation of medical-specialist professions and their consolidation in the health care sector between 1890 and 1941. From around 1890, specialists established themselves in the cities. They manifested themselves by a way of practising which differed from that of general practitioners (GP's): specialists restricted themselves mainly to a branch of medicine and they held surgery for the needy and the National Health Service patients at a separate location, the outpatient clinic. There were only a few specialists, they were not organized, their position was not consolidated, the (National Health Service) fee was not regulated, competence and recognition of specialisms could not be tested by general criteria, and the interest group of the doctors, the NMG, was not interested in specialists. In continuing interaction with other groupings in society, an established class of specialists arose. Furthermore, important institutions were set up for the recognition and organization of specialists, in the fields of science, protection of interests and competence respectively. Despite the strong opposition from GP's and a poor fee paid by the National Health Service, there was a large organized group of specialists in 1941, the competence and recognition of specialisms was regulated (registration of specialists 1931) and, basically, the (National Health Service) fee had been arranged (National Health Services Act, 1941).

The description of this process around the rise of the specialists and their consolidation in the health care sector is especially aimed at the interest groups, the working locations of specialists, National Health Service patients, the government, health insurers, the scientific societies which arose around specialisms, and at the competence of specialists and the recognition of specialisms. This process is explained on the basis of economical, social and political phenomena, and the developments within the NMG and in science and health care.

In part I, the concept of specialist is defined and the questions about the specialization process of medical specialists are formulated. With references to studies which are relevant to this process, it is indicated which problems arise. Instruments for analysis, objectives

and restrictions, periodization and acknowledgement of sources complete this introductory chapter.

Subsequently, an overview is given of the 'state of affairs' around 1890, as far as it is of relevance to the 'history of the specialists' as described in the chapters 3 and 4. The time that preceded the arrival of the specialists can be typified as a period of 'increases': an increase in knowledge, in the number of doctors, workers, National Health Services and hospitals, in political attention to social issues, the formation of unions and prosperity.

Specialization matched the context of the time. During the last decades of the nineteenth century, a general specialization arose as a consequence of the new knowledge and skill in the sciences in particular. Moreover, around 1890 a new generation of medical specialists established themselves in the cities. In their fields, specialists had more knowledge and experience than the GP's. This gave them a certain 'surplus value' and a certain élan.

Part II describes the period 1890-1920, the time of the arrival of specialists and specialisms. During this period, there was a social joining of specialists. Chapter 3 examines the themes: the definition of specialists and related problems, the increase in the number of specialists, how specialisms came into being, working locations and the competence of specialists. In chapter 4 the interests with which the specialists had to deal are discussed. The sections of this chapter treat NMG interests and the reaction of this organization to the threat to the position of the GP's by National Health Services and legislation in that field, internal conflicts of interest, interests of specialists, National Health Service fees of specialists and the promotion of the interests of specialists. Finally, the last chapter gives explanations for and reaches conclusions on the themes that were treated in this investigation.

Within the NMG, there was a lack of clarity about the concepts specialist and specialism in the period up to 1920. The right to the name of specialist could not be tested against a formalized training. The legitimization for the arrival of specialisms was found in the postulate that knowledge and technology were increasing so much. There was, however, no agreement about the distinction between general and specialist medicine. For the practice of the GP's, the arrival of specialists and the success of the outpatient clinics had so many consequences that they did not accept the specialization process just like that. The NMG, which was dominated by GP's, even pursued a repressive policy directed at specialists. The same went for the recognition of specialisms. Theoretically, one agreed that specialization was inevitable. In actual practice, it was found that especially the threat that emanated from a specialism on the practice of the GP determined the recognition. In the NMG, specialists legitimized their actions by pointing out their experience and knowledge of their specific field and the meticulous diagnostics. Towards interested parties, like the local authorities, National Health Services and patients, they did not have to justify their activities.

It turned out that the rapid increase of specialists could not be accounted for satisfactorily by the specialization process which was founded on the increasing knowledge and skill, nor by competition motives and market forces alone. Other motives for specialization were for instance: gaps in the general training, the economical use of an instrument which other doctors could not handle, interest in the profession and treatment results.

The GP also felt threatened in his position by the increase in National Health Services. Especially by those that thought a GP had a subordinate position. To arm itself against

these NHS's, the NMG decided to set up a trade union in 1902. It introduced a system to inspect NHS's to be able to bar 'bad' NHS's. The NMG even extended its actions by running its own NMG department NHS's (1913). A long-lasting 'National Health Services conflict' was the result. The National Health Services policy also caused many problems within the NMG. The local NMG departments entered as many collective contracts as possible with the National Health Services. They determined which doctors and specialists(/-isms) could be admitted to the contracts. The departments were also responsible for the payment of the fees. The distribution and payment system they used was time-consuming, complicated and prone to conflicts. As a result of which the internal conflicts of interest between GP's and specialists crystallized around National Health Service matters. In departments with a limited number of specialists, though, there was a greater chance of the internal relations being all right.

As long as specialists had not managed to secure an independent position in the NMG, they were dependent on its policy. The NMG's demands in the National Health Services conflict were not very relevant to specialists. The collective contracts were often disadvantageous for specialists, who needed the large number of National Health Service patients to increase their knowledge and experience. They were, however, confronted with measures by GP's to fend them off, such as a limited number of specialisms and a doctor's referral for the outpatient clinic. This way, an apparently external organization, 'the' National Health Service is given a disproportionate amount of attention in this 'history of specialists'. Nevertheless, according to NMG standards those were not the 'bad' National Health Services. A closer analysis of this problem revealed that the frustration of the specialists was chiefly caused by the National Health Services approved of by, for instance, the NMG.

Quite soon, specialists aimed at an own protection of interests. However, the protection of the specialists' interests had to contend with a number of fundamental problems. In the NMG and in the departments they were a minority, which meant that their interests could be voted down; 'traditionally', they worked with a fee system, and specialists had only a few collective interests. From dissatisfaction with the NMG policy, a complicated system of local (since 1905) and central associations of specialists (from 1915) came into being. They operated both within and outside the NMG. Under pressure of the criticism and the 'exodus' from the NMG, the first central interest association which was somewhat more independent was founded in 1918. This road to gaining more independence proved not to be an easy one and it was not wholeheartedly supported by the NMG. Part III, which is concerned with this, examines the period 1920 to 1941. This was an important phase in the recognition of the profession of medical specialist. Before 1920, the actions of specialists were chiefly aimed at the barriers put up internally. From then on this became much broader. In an unfavourable economic situation and in continuing interaction with legislator and other interested parties in the health care sector, the position of the specialists consolidated. The main acting parties in this process were specialists, government, NMG, GP's, central interest groups of specialists, local associations of specialists, hospital boards, financiers (for example National Health Services and, indirectly, National Health Service patients, and associations which insured the nursing fees in general hospitals). Several bills were introduced in which the National Health Service insurance was also regulated. These bills stimulated the boards of hospitals and National Health Services to form umbrella organizations and they got

discussions going about staff hospitals (closed hospitals) or hospitals to which specialists had free access (open hospitals). Another important result of the expected National Health Service legislation was the setting up of the registration of specialists by the NMG (1931). This formalization of the competence of specialists shed more light on both specialists and specialisms. However, the criteria for registration proved to be superficial, which was characteristic of the NMG policy in the period 1890-1941 which was complacent in many respects. A collective position of power of specialists in the NMG was out of the question. Specialists were a minority, which was enough reason for the NMG management to ignore their interests. The central interest groups of specialists could therefore achieve little. Partly due to the postponement of the National Health Service legislation, the existing system of fees was continued: a partial payment for the monthly tickets for the outpatient-clinic treatment, a partial or no fee for the clinical treatment and a system of unpaid consultants. For the starting specialists the National Health Service fee, which was too low, became problematic because of the increasing number of National Health Service patients and specialists. Amsterdam's central position in the NMG policy was not favourable for the specialists there. Until about 1920, the specialists from outside the 'Randstad' thought they could receive central support against the majority of the GP's in their own department. This was also a disappointment for them.

After 1920, modern hospitals and their outpatient clinics became a more and more attractive field of activity to the specialists, besides private outpatient clinics. 'The' hospital became the centre of the diversity of interests of the medical superintendent, staff specialists, specialists who did not yet have access to a hospital and to GP's who did not want to hand over the treatment in the hospital of their (private) patients. Hospital boards were inclined towards a closed structure; a part of the specialists participated in the formation of a staff.

In external relations, the central interest group of specialists could not turn the potential power of the specialists – as suppliers of a sought-after provision of medical care – into the realization of its wishes either: free choice of specialist (open hospitals) and an increase in the fees and rates in the hospitals and of (a part of) the (National Health Service) fees. The main problems to the protection of interests turned out to be the lengthy recession, the organization of the protection of interests which was not very professional, the diverging interests of specialists and the lack of mutual solidarity. Many specialists preferred to protect their own interests, others were not interested in a central interest group.

Specialists kept being critical both of their central interest group and the NMG. This criticism caused shadow associations to be formed and local interest associations that ignored the policy which was agreed on centrally. This protection of interests could be more advantageous individually, in general the result did not prove to be better. The survival of the central interest group was mainly owed to a certain 'culture' and to the advantages which accompanied the NMG membership, such as referrals, locum tenency and the exclusion of the collective National Health Service contracts for doctors who were not members of the NMG.

Index

- Aalberse, P.J.M. 131, 233, 262, 324
Academisch Statuut 23, 31, 95, 98, 117, 149, 265, 324, 325, 327, 339, 341
afdelingsfondsen 120, 180, 186-188, 198, 268, 279, 304, 319
afdelingsziekenfondsen 89, 176, 183, 200, 304
Alkmaar 151, 152, 207, 372
Amersfoort 268, 284, 306, 372
Amsterdam 17, 30, 44, 50, 54, 56, 58, 59, 64, 65, 70, 84, 86, 87, 90, 100, 107, 121, 122, 126, 127, 128, 129, 130, 133, 145, 160, 164, 170, 177, 179, 186, 189, 190, 194, 195, 197, 201-204, 208, 211, 213, 214, 215, 217-222, 229, 231, 246, 254, 264, 266, 282, 284, 289, 291-294, 301-303, 306, 308, 313, 314, 317, 322, 323, 329, 330, 331, 352, 360, 361, 372, 374, 375
Amsterdamsche Vereeniging van Ziekenfondsgeneesheeren 170, 179
Amsterdamse specialisten 81, 195, 213-215, 218, 220, 303
Apeldoorn 84, 86, 92, 130, 206, 372
armenzorg 41, 48, 57, 64, 68-70, 135, 161, 167, 169, 201, 202, 205, 211, 230, 234, 254, 256, 264, 273, 280, 288, 292, 339, 350, 359
Arnhem 17, 18, 34, 41, 42, 44, 45, 50, 56, 60-63, 66, 82-86, 87, 89, 91, 106, 107, 113, 120, 123-126, 128-130, 140, 135-138, 143, 145, 197, 198, 201, 215, 217, 218, 229, 234, 245-247, 250, 256, 257, 263, 264, 270, 271, 274, 275, 280, 284, 289, 292, 293, 298-300, 305, 306, 307, 314, 359
Arnhemse specialisten 137, 275, 298
ASV 87, 121, 122, 195, 204, 208, 214-216, 219-222, 293, 294, 297, 303, 311, 313, 314, 362
AZA 30, 56, 64, 65, 69, 84, 122, 133, 177, 179, 183, 186, 202-204, 206, 208, 211, 213, 214, 216, 231, 237, 293-295, 297, 303, 314, 349, 361
Baarn 268
bacteriologie 54, 59, 97, 107, 243
Bader, C. 58, 74
Beekbergen 132
Beerta 181
Bemmel 132
Berdens van Berlekom, J.J. 182
Berlijn 83, 92, 133, 153, 233, 322
bevoegdheid 19, 22, 25-27, 31, 32, 56, 79, 81, 83, 145, 147, 149, 151-153, 195, 227, 228, 232, 236, 259, 293, 299, 319-321, 323-325, 327, 336, 338, 339, 344-346, 354, 365-367
Bilthoven 132
Blaricum 132
Bond van Haagsche Medische Specialisten 239, 303
Bond van Rotterdamsche Ziekenfondsen 303
Bossche Diocesane Werklieden Bond 184
Boxtel 125
Brandt, K.-H. 69
Breda 86, 267, 372
Broekmeyer, J. 258, 260
Brongersma, H.R.G.I. 86, 87, 90, 106, 121, 145, 207, 239, 254, 290, 325
Bruggen, A.C. van 50, 183, 196, 199, 310
Bruinsma, G.W. 49-51, 91
Burger, H. 73, 89, 90, 97, 98, 100, 104, 113, 117, 151-153, 159, 221
Bussum 86, 132, 372
Buy Wenniger, L.M. de 96, 97, 143
Capellen, D. van 208, 266, 282, 290
centrale belangenorganisatie 29, 120, 222, 228, 290, 305, 307, 315, 317, 362
centrale organisatie 28, 29, 189, 213, 217, 291, 304, 309, 310, 313, 314, 351, 360, 361-364
chirurg 34, 63, 83, 89, 91, 92, 94, 104-107, 109, 121, 123, 125, 126, 129, 131, 141, 145, 150, 156, 185, 190, 204, 208, 209, 243, 247, 248, 251, 255, 256, 261, 273, 275, 279, 282, 292, 295, 298, 300, 307, 335, 341, 342, 358-360
CNV 184, 238
Coolingelziekenhuis Rotterdam 59, 62, 64, 105, 125, 127, 130
Coronel, S. 47
curriculum 23, 55, 94
Davos 34, 112, 130, 131, 148
De Steeg 67
de Volharding Den Haag 65, 185, 231, 239, 240
Delft 45, 48, 86, 152, 241, 249, 250, 283, 372
Den Bosch 86, 125, 250
's Hertogenbosch 114, 280, 372
Den Haag 17, 34, 44, 50, 56, 58, 65, 70, 84, 86, 87, 94, 114, 121, 135-138, 141, 163, 184, 185, 194, 201, 203, 204, 211, 214, 215, 217, 218, 220, 231, 239, 246, 247, 258, 264, 282, 289, 292, 302, 303, 305, 306, 329, 330, 360, 361
's-Gravenhage 71, 80, 89, 90, 127-130, 169, 170, 188, 190, 374
Den Helder 256, 264, 332, 351, 372
dermatologie 34, 96, 98, 99, 110, 113, 158, 311, 326, 327, 329, 332
dermatoloog 18, 96, 109, 111, 113, 143, 265, 332
deskundigheid 28, 125, 203, 246, 249, 253, 307, 338, 346
Deventer 52, 86, 114, 188, 268, 272, 372
Diaconessenhuis 106, 107, 138, 145, 245, 267, 269, 271, 272
diagnose 17, 52, 53, 55, 101, 109, 112, 113, 143, 144, 241, 271, 344, 347

- diagnostiek 26, 55, 107, 143, 228, 245, 347
 Diehl, J.C. 217, 221, 257, 276, 301, 309, 311, 313, 318
 divergerende belangen 25, 29, 192, 317, 338, 351, 361
 doktersfonds 178, 183
 Donders, E.C. 127, 147
 Donner, J. 327, 328
 Doorn 309, 132
 Dordrecht 34, 64, 86, 124, 129, 163, 221, 248, 251, 258,
 260, 268, 283, 298, 322, 331, 372, 376
 Drenthe 50, 86, 103, 124, 278, 331, 375, 376

 Eindhoven 185, 188, 190, 196, 206, 268, 288, 272
 Enschede 68, 86, 185, 237, 249, 255, 272, 292, 372
 Eykel, R.N.M. 138, 281
 Federatie 184, 185, 198, 231, 235, 237-241, 278, 281,
 316, 324, 356, 357

 Federatie van Verenigingen voor Ziekenhuis-
 verpleging 277
 financiering 18, 27, 133, 228, 229, 231, 241, 272, 304,
 354
 Fokker, A.P. 54
 fonds 23, 30, 40, 45, 65, 67, 121, 136, 177-180, 182, 184-
 186, 188, 189, 202, 206, 208-211, 235, 236, 239, 247,
 268, 288, 292, 295, 296, 298, 349
 Frankrijk 19, 111, 117, 133, 147, 320
 friese specialisten 304
 Friesland 86, 92, 124, 188, 207, 211, 231, 277, 283, 284,
 303-305, 331, 374, 375, 376

 Gangelen, G. van 270, 295, 303, 305, 311
 geaccepteerde specialismen 34
 Gelderland 34, 86, 124, 277, 331, 375, 376
 Gemeenteziekenhuis 62-64, 106, 114, 116, 118, 119,
 125, 126, 129, 138, 242, 245-248, 251, 254, 256, 257,
 258, 274, 275, 298, 299, 314
 genes-, heel- en verloskunde 31, 56, 99, 101, 291
 geneeskundige specialismen 81, 107, 339, 340, 362
 geslachtsziekten 39, 83, 93, 95, 99, 101, 109, 110, 112,
 113, 133, 137, 138, 141, 153, 159, 195, 239, 247, 282, 291,
 342
 gesloten ziekenhuizen 76, 123, 230, 249, 253-256,
 267, 332, 358, 361
 Goeman Borgesius, H. 47, 174, 175
 Gouda 121, 200, 206, 372
 Groesbeek 132
 Groningen 17, 50, 54, 84, 86, 89, 90, 98-100, 105, 106,
 114, 124, 128, 145, 148, 152, 159, 160, 188, 195, 196, 214,
 258, 264, 277, 283, 304, 327, 330, 331, 372, 375, 376
 grootste groepering 29, 33, 280
 grote steden 26, 31, 32, 56, 58, 63, 65, 69, 70, 74, 75,
 83-85, 87, 93-95, 106, 121, 124, 128, 129, 132, 135, 179,
 181, 185, 188, 191, 193, 201, 204, 211, 214, 215, 217, 218,
 220, 223, 231, 256, 260, 263, 264, 266, 288, 300, 301,
 331, 337, 339, 341, 351, 352, 361, 372, 375, 376
 Guye, A.A.G. 134
 gynaecologen 18, 23, 106, 122, 129, 130, 155, 208
 gynaecologie 18, 34, 54, 93, 97, 106, 110, 122, 126, 129,
 245, 246, 307, 320, 329

 Haagse specialisten 211, 218, 239, 303
 Haarlem 44, 50, 86, 188, 210, 214, 229, 264, 280, 283,
 293, 332, 372
 Haas, H.K. de 147, 220, 307, 316
 Halbertsma, T. 97
 halfspecialisten 22, 26, 83, 90-94, 114, 145, 156, 322,
 338, 339
 Hammes, T. 265, 281, 284, 285, 308
 Hardewijk 132
 heekunde 17, 34, 55, 91-93, 95, 96, 99-101, 104-107,
 110, 111, 123-125, 131, 135, 138, 150, 156, 159, 174, 195,
 246-248, 291, 314, 320, 322, 324, 329, 332, 342, 360
 heekundige 52, 56, 81, 83, 91, 101, 104-107, 109, 124,
 125, 128, 129, 132, 158, 227, 242, 246, 279, 307, 313,
 334, 340-342, 347
 heekundige specialismen 101, 107, 227, 340
 Heemskerk, T. 159
 Heerenveen 132
 Heerlen 272
 Heeze 242
 Heide, C.C. van der 41, 83, 84
 heilgymnasten 18, 130
 Hellendoorn 132
 Helmond 188, 190
 Helpt Elkander Medicinaal Koog-Zaandijk 177
 Heyermans, L. 167, 182, 187, 204, 242, 243
 Heymans, G. 99
 Hijmans, F. 98, 143, 145, 258, 272, 300, 303
 Hijmans van den Bergh, A.A. 98, 143, 258
 Hilversum 47, 114, 267, 268, 270, 306, 372
 Hindeloopen 52
 Hoeven, L. van der 30, 94, 96, 97, 114, 150, 178, 180,
 184, 234, 235, 238-240, 255, 265, 276, 289, 355
 honoraria 33, 52, 163, 169, 181, 185, 201, 202, 204, 205,
 207, 210, 219, 231, 234, 281, 283, 288, 289, 291-294,
 298, 304, 308, 314, 316, 318, 319, 350, 353, 356-358,
 362, 364
 honorarium 50, 52, 67, 124, 135, 136, 169, 181, 185,
 204-207, 209, 211, 214, 229, 253, 261, 266, 269, 270,
 273, 275, 276, 279, 281, 283, 288, 292, 294, 298, 300,
 316, 318, 348, 354, 359
 honoreren 25, 202-204, 206, 207, 213, 316, 333
 honorering 22, 27, 51, 70-72, 105, 112, 124, 161, 164,
 167, 171, 174, 177, 178, 182, 186, 196, 197, 199, 201, 202,
 204, 205, 208, 214, 215, 223, 228, 230, 234, 236, 239,
 240, 253, 261, 266, 274, 275, 278-282, 287-290, 293,
 300, 305, 314, 318, 342, 344, 347, 348, 350, 351, 354,
 355, 357, 367
 hoofdbestuur 31, 71, 72, 169, 170, 176, 186, 188-190,
 195, 196, 213, 216, 217, 219-221, 223, 285, 293, 313, 320,
 325, 328, 330, 335, 351, 353
 hoogleraren 29, 30, 56, 72, 76, 81, 85, 90, 95, 97, 98,
 100, 106, 147, 148, 152, 153, 157, 158, 161, 166, 190,
 192-196, 214, 224, 231, 235, 246, 251, 259, 270, 296,
 303, 321-323, 325, 327, 329, 330, 343, 347, 352, 356,
 365-367
 Hoyak, E.E. 127
 huisartsen gerichte beleid 30

- inkomen 20, 33, 41, 50, 51, 56, 57, 93, 167, 181, 190, 192, 198, 199, 203, 229, 274, 279, 288, 291-293, 297-301, 309, 340, 359, 360
- instrument 17, 18, 101, 114, 127, 129, 143, 147, 160, 341, 344
- instrumentspecialismen 31
- interne geneeskunde 26, 34, 81, 106, 110, 113, 117, 120, 195, 239, 258, 259, 322, 329, 332
- internist 111, 113, 120, 121, 126, 143, 204, 229, 247, 255, 258-261, 271, 273, 292, 300, 332, 333, 335, 342
- Jelgersma, G. 130
- Johanna Stichting Arnhem 107
- Joure 132
- Katwijk 132
- kennis en ervaring 17, 26, 31, 55, 79, 83, 95, 101, 145, 258, 328, 341-344, 346
- kinderartsen 19, 83, 90-93, 110, 113, 114, 117, 129, 156, 158-160, 212, 259, 263, 265, 285-287, 300, 315, 323, 327, 332-334, 339, 341, 342
- kindergeneeskunde 18, 26, 34, 81, 83, 93, 95, 98, 99, 109, 113, 114, 117, 147, 158, 159, 160, 246, 263, 284, 286, 322, 324, 333
- kleine bevolkingscentra 26
- klinische hulp 25, 193, 201, 204, 205, 228, 230, 234, 236, 241, 253, 268, 276, 277, 279, 280, 282, 288, 292, 295, 314, 316, 343, 354, 355, 358, 359, 367
- kno-arts 81, 84, 85, 89, 104, 109, 112, 126, 129, 131, 208, 209, 247, 249, 251, 295, 298, 300, 311, 313, 334
- kno-heelkunde 34, 55, 95, 104, 110, 111, 131, 138, 156, 159, 314, 320, 329, 332, 342, 360
- Koch, C.F.A. 176, 182, 193, 198, 222, 334
- Koog-Zaandijk 177
- Kooyker, H.A. 63, 106, 131
- Kuijjer, P.J. 123, 124
- Kuyper, A. 69, 170, 171, 174-177, 179-182
- kwaliteit 48, 74, 93, 99, 100, 103, 148, 150, 159, 167, 174, 180, 230, 243, 245, 246, 247, 253, 254, 309, 335, 336, 345, 364, 366, 367
- laboratoriumarts 247
- Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) 29, 213
- Landsteiner, K. 109
- Laren 132
- Leerdam 163
- Leeuwarden 50, 86, 152, 264, 267, 265, 372, 374
- Lehmann 54
- Leiden 17, 27, 44, 51, 69, 73, 84, 86, 90, 92, 96-98, 100, 105, 111, 128, 130, 159, 160, 169, 188, 195, 200, 214, 264, 275, 276, 316, 330, 332, 372
- Limburg 50, 51, 58, 70, 73, 86, 92, 126, 132, 207, 238, 280, 304, 306, 375, 376
- lokale invulling 28
- lokale verschillen 18
- longarts 196, 247
- longtuberculose 18, 101, 109, 131
- longziekten 34, 239, 282, 292
- loondienst werkende specialisten 33
- maandkaarten 135-137, 201, 204-206, 291, 303
- Maastricht 43, 45, 70, 86, 126, 128, 267, 372
- medische ontwikkelingen 23, 27, 39, 73
- Metzlar, C. 92
- Mey, G.H. van der 54
- Middelburg 63, 86, 267, 372
- Middenstandsziekenfonds 229
- minvermogenden 23, 28, 40, 56-59, 63, 69, 70, 93, 112, 127, 128, 132, 135, 167, 181, 193-196, 199, 202, 212, 276, 279, 289, 296, 337, 341, 342, 343, 359
- misbruik 32, 133, 138, 145, 148, 195, 210, 239, 327, 344-346
- moderne ziekenhuizen 29, 64, 144, 229, 241, 242, 252, 342, 344, 357, 359
- Mulder, M.E. 96, 99, 103, 277, 279
- N-Brabant 86, 124, 277, 280, 331, 375, 376
- N-Holland 86, 124, 277, 280, 331, 375, 376
- narcotiseur 123
- Nieuwe Gasthuis 126, 241, 249
- Nijhoff, G. H. van der 120, 121, 129, 260
- Nijmegen 86, 120, 128, 130, 132, 259, 268, 284, 372
- Nijverdal 45
- NMG-bestuur 29, 111, 167, 169-171, 174, 175, 183, 194, 198, 213, 215, 216, 219, 220-223, 241, 246, 259, 280, 281, 285, 293, 294, 296, 301, 302, 303, 306, 308, 311, 314, 316, 322, 347, 351-353, 360, 361
- NMG-leden 26, 70, 72, 84, 87, 151, 168, 171, 180, 182, 183, 189, 192, 193, 207, 217, 221, 295, 306, 338, 339, 349, 350, 363
- NMG-ziekenfondsbeleid 164, 187, 198, 261, 350, 351, 353
- Nolens, W.H. 51
- Nutz ziekenfonds Den Haag 204
- Oldambt 89, 90, 181
- onbevoegd 31, 33, 79, 130
- onderlinge ziekenfondsen 30, 184, 237, 238, 240, 356, 357
- Ongevallenwet 45, 47-49, 70, 150, 174, 180, 300, 328
- oogarts 84, 85, 89, 101, 112, 126, 127, 129, 130, 147, 205, 208-210, 247, 249, 251, 265, 282, 295, 307, 320, 332
- oogheelkunde 19, 94-96, 98, 99, 101, 103, 110, 127, 128, 138, 147, 311, 320, 325, 329, 332
- Ooglijders Gasthuis Utrecht 127
- Ooltgensplaat 242
- oorarts 85, 104, 185
- oorheelkunde 31, 96, 98, 99, 101, 103, 104, 109, 134, 159
- Oosterbeek 123, 132
- orgaanspecialismen 31
- orthopeden 18, 114, 130, 156, 158, 159, 327, 333, 335
- orthopedie 34, 99, 110, 111, 126, 129, 133, 138, 155, 156, 158, 159, 239, 247, 292, 320, 329, 333
- Os, W.M.A. van 138
- Oude en Nieuwe Gasthuis, Delft 241, 249
- overeenkomst 32, 135, 176, 179, 182, 201, 204, 206-208, 211, 215, 219, 221, 230, 238, 246, 259, 261, 268, 271, 274, 282, 283, 290, 309, 311, 313, 315, 357, 359

- overheid 18, 22, 23, 25, 33, 45, 46, 48, 123, 147-149, 164, 165, 177, 191, 211, 212, 228, 232, 233, 236, 253, 262, 290, 305, 313, 319, 321, 322, 328, 333, 335, 337, 355, 364, 365
 Overijssel 86, 124, 277, 331, 375, 376
- particuliere patiënt 212, 271, 284, 287, 290
 Passtoors, J.E. 190
 patholoog-anatoom 91, 247, 282
 Pel, P.K. 98, 190
 periferie 31, 32, 91, 123, 125, 181, 185, 193, 201, 231, 261, 277, 278, 283, 300, 301, 329, 332, 339, 341, 360-362
 Philipsfonds 185, 186
 Pierson, N.G. 47, 174, 175
 plaatselijke NMG-afdelingen 30, 87, 100, 120, 167, 189
 plaatselijke specialistenverenigingen 34, 79, 152, 194, 213, 227, 232, 253, 260, 263, 291, 293, 302, 305, 309, 310, 313, 317, 318, 324, 326, 345, 352, 362, 363
 platteland 50, 51, 58, 67, 91, 92, 183, 188, 193, 292, 300, 304
 polikliniekcommissie 80, 87, 89, 92, 93, 134, 144, 150, 151, 187, 197, 199, 200, 212
 Polman, A. 196
 praktijkvoering 22, 28, 32, 76, 81, 88, 156, 192, 198, 270, 308, 328, 337, 338, 344, 347
 praktische scholing 28, 74
 protospecialismen 31
 psychiaters-neurologen 32, 259, 332
- radiologie 114, 320
 Ranke, J.R. 106
 regering 18, 94, 95, 97-100, 151, 158, 159, 166, 167, 176, 214, 228, 233, 235, 236, 237, 239, 240, 318, 319, 322, 324, 325, 336, 355, 356, 365
 registratie 23, 227, 232, 259, 311, 320, 325, 328-330, 332, 335, 336, 365-367
 registreren 31, 174, 232, 260, 325, 330, 366
 Renkum 132
 Renssen, W. 106, 107, 129, 217
 revalidatieartsen 21
 Rijnberk, G. van 322
 RKWV 184, 237, 238, 357
 Rochat, G.F. 152, 320
 Roermond 268
 röntgenapparaat 53, 111, 246, 245, 300
 röntgendiagnostiek 18, 228, 239
 röntgenologie 31, 107, 111, 112, 291, 311, 329, 360
 röntgenoloog 111, 112, 247, 311, 313
 Rotterdam 17, 44, 50, 56, 58, 62, 64, 65, 70, 84, 86, 87, 89, 90, 92, 100, 105, 121, 125, 127-130, 138, 141, 147, 181, 182, 190, 201, 203, 214, 215, 217-220, 222, 229, 231, 245, 246, 249, 264, 265, 282, 289, 292, 302, 303, 305-307, 310, 314, 317, 329, 330, 360, 361, 372, 374
 Rotterdamse specialisten 215, 219, 220
 Rosmalen 132
 RVB 150, 174, 227, 231, 264, 290, 292, 295, 296, 299, 309, 311, 313, 315, 328, 356
- salaris 68, 126, 148, 204, 205, 230, 266, 300, 301
 sanatorium 34, 59, 112, 130, 131, 148, 276, 325
 Sanger, W.M.H. 106
 schaduwverenigingen 29, 302, 317, 351
 Schaepman, H. 122, 240
 Schaper, J.H.A. 174, 175, 182, 234
 Schiedam 265, 289, 372
 Schnitzler, J.G. 120, 304, 305
 schoolartsen 31, 137, 264, 265
 Schreve, C.F. 90, 176, 182, 195, 206, 213, 216, 219
 Schrijver, J. 189, 220
 schurft 112, 113, 137, 265
 SDAP 167, 182, 233, 234, 356
 Sikkel, A. 217, 265, 285
 Simon Thomas, A.E. 97
 Sint Elisabethsgasthuis Arnhem 106, 107, 146, 271, 244
 Sint Franciscus Gasthuis Rotterdam 245, 246, 248, 249
 Sittard 268
 sociaal-geneeskundigen 31
 sociale specialismen 31, 101
 Son 132
 specialistencommissie 87, 141, 145, 152, 187, 207, 218, 219, 284, 290, 292
 specialistenopleiding 34, 149, 152, 158, 315, 319, 320, 322, 323, 325-328, 333, 334, 335, 365, 367
 specialistenpot 205-208, 234, 295, 353, 359, 364, 367
 specialistenrapport 89, 220
 specialistenvereniging 81, 86, 87, 107, 120, 121, 195, 201, 204, 206, 208, 212, 213, 214-217, 232, 252, 260, 261, 266-270, 275, 280, 282, 283, 293, 298, 301, 303, 306, 313, 314, 317, 318, 352, 361
 specialistische gezondheidszorg 18, 33, 229, 278, 347, 359
 specialistische hulp 23, 25, 27, 65, 75, 87, 89, 121, 122, 132, 134, 136, 149, 150, 160, 161, 187, 195, 200, 202, 204, 205, 207, 208, 210, 211, 214, 223, 228-230, 234, 239, 241, 251, 256, 263, 276, 279, 281-283, 290, 292, 297, 309, 316-318, 324, 337, 338, 341, 342, 344, 353, 354, 358, 365
 specialistische vakken 19, 23, 265, 327
 specifieke diagnose 17, 344
 specifieke vaardigheden 23, 59, 341, 342
 specifieke wetenschap 27
 Spoorwegfonds 185, 186, 190, 296, 341
 SRC 22, 23, 26, 27, 31, 93, 106, 114, 120, 134, 145, 152, 158, 232, 243, 254, 259, 260, 263, 286, 311, 320, 321, 323, 328-330, 332-336, 366, 367
 Staal, J. P. 109, 251, 300
 staf 106, 123, 125, 126, 128, 230, 243, 248, 251, 253-256, 258, 260, 263, 266, 270, 272, 273, 275, 297, 300, 345
 standaardcontract 281, 282
- Talma, A.S. 174-176, 180, 182, 185, 186, 216, 349
 tegengestelde belangen 29, 30, 81, 187, 191, 193, 213, 224, 266, 301, 351
 therapie 53-55, 98, 109, 113, 130, 131, 143, 147, 239, 292, 324, 349

- Tilburg 34, 45, 63, 86, 89, 145, 166, 182, 183, 185, 189, 190, 208, 209, 215, 268, 272, 286, 293, 295-297, 299, 305, 372
 Tilburgse specialisten 190, 296
 toegankelijkheid 27, 40, 50, 57, 70, 179, 197, 242, 266, 273, 288, 289, 294, 314
 Tonge 242
 Treub, H. 73, 167, 187, 190
 tropische ziekten 329, 332
 tuberculose 31, 39, 44, 45, 53, 54, 63, 74, 75, 91, 99, 101, 104, 109, 110, 112, 131, 138, 141, 153, 325
 Tussenbroek, C. van 121, 193, 217
 Tweede Kamer 33, 51, 69, 98, 100, 166, 175, 185, 233, 236, 237, 262, 316, 327
 Twente 374
- universiteit 30, 54, 56, 90, 94-96, 98-100, 106, 134, 148, 158-160, 195, 322, 323, 365
 urologie 34, 85, 98, 99, 109-111, 126, 129, 239, 247, 291, 307, 311, 329, 334, 335
 uroloog 18, 96, 106, 110, 145, 208, 247, 249, 253, 313, 335, 341
 Utrecht 17, 44, 56, 59, 84, 86, 87, 89, 91, 97, 98, 100, 105, 121, 124, 127, 128, 135, 138, 147, 159, 160, 190, 200, 214, 231, 257, 258, 268, 269, 272, 277, 279, 282, 289, 296, 330, 331, 372, 374, 375
- vaardigheid 17, 21, 92, 104, 105, 114, 267, 270, 344
 vakvereniging 71, 73, 168-171, 174, 178, 187, 191, 222, 237-239, 317, 318, 320
 Veegens, J.D. 175, 180
 Velp 125
 Venlo 70, 268
 verdeelsleutel 205, 207, 208, 211, 219, 297, 298, 353, 361, 362
 verhoudingsgetal 207
 verloskunde 18, 31, 54, 56, 83, 93, 96, 97, 99, 101, 110, 114, 135, 155, 239, 245, 246, 291, 322, 324
 verrichtingen 31, 32, 80, 81, 91, 122, 135, 141, 143, 149, 151, 227, 261, 311, 313, 339, 346, 347, 366
 verstrekingen 67, 75, 177, 185-187, 202, 239, 349
 Vlissingen 150, 372
 VNG 280, 281
 Voorzorg Arnhem 65, 85, 107, 136, 201, 289, 292, 314
 vraag 20, 21, 23, 29, 30, 40, 50, 73, 80, 85, 89, 92, 98, 103, 111, 117, 125, 126, 127, 141, 143, 165, 194, 197, 215, 219, 241, 256, 260, 263, 274, 281, 285, 291, 293, 299, 303, 305, 316, 317, 320, 322, 333, 334, 339, 342-344, 346-348, 352, 358, 359, 361, 362, 364, 365, 367
 vrij-gevestigde specialisten 33, 90, 133, 202, 230, 263, 309
 vrije artskenkeuze 57, 123, 176, 177, 180, 181, 183, 185, 186, 199, 200, 236, 237, 238-240, 252, 254-258, 265, 267, 271, 275, 283, 285, 304, 321, 324, 325, 349, 358
- vrije huisartskenkeuze 181, 199, 252, 256-258, 265, 358
 vrije specialistenkenkeuze 123, 125, 126, 128, 131, 181, 196, 200, 205, 210, 230, 246, 248, 251-257, 263, 265, 267, 269, 272, 275, 278, 287, 302, 308, 310, 315, 320, 321, 358, 359, 361, 364
 vrije ziekenhuiskenkeuze 257, 274, 278, 359
 vrouwenartsen 18, 259, 340, 341
- Walcheren 280
 Wartmann, J.T. 124
 welstandsgrens 174, 177, 181, 183, 186, 188, 199, 279, 280, 301, 356
 wetenschappelijk 37, 81, 127, 131, 143, 155, 156, 258, 346, 347
 wetsontwerp 68, 69, 150, 170, 171, 174-177, 179, 181-183, 199, 214, 228, 229, 233, 235-237, 251, 253, 254, 262, 301, 316, 319, 324, 325, 349
 Wilhelmina Gasthuis Amsterdam 30, 246
 Winschoten 181
 woningwet 44, 45
- Zaandam 256, 372
 Zaan dijk 177
 Zeeland 50, 86, 92, 124, 277, 331, 375, 376
 Z-Holland 86, 124, 277, 331, 375, 376
 Zeist 372
 zenuwziekten 95, 126, 133, 136, 138, 247, 291
 ziekenfondscommissie 150, 171, 212, 213, 266
 ziekenfondsenbesluit 18, 25, 204, 212, 228, 233-235, 253, 263, 276, 287, 316, 354, 358, 359, 367
 ziekenfondshonorering 22, 199, 202, 230, 234, 266, 287, 288, 291, 308, 348, 362
 ziekenfondspatiënt 143, 168, 181, 212, 253, 284, 344
 ziekenfondspraktijk 31, 73, 121, 180, 189, 192, 199, 201, 207, 217, 260, 288, 291, 298, 306, 308, 317, 318, 362
 ziekenfondstarieven 81, 287, 298, 311, 314, 315, 359, 362
 ziekenhuisdirecties 23, 123, 204, 242, 246, 252, 253, 256, 258-260, 262, 267, 269, 270, 271, 273, 274, 276, 280, 283, 358, 361, 362
 ziekenhuispoliklinieken 18, 29, 133, 144, 228, 242, 247-249, 256, 257, 344
 ziekenhuisverenigingen 235, 276-283, 287, 297, 308, 317
 ziekenhuisverplegingsverenigingen 228-230, 251, 262, 273, 276-278, 281, 290, 292, 302, 358, 359, 362
 ziektekostenverzekeraars 25, 67, 165, 228, 229, 231, 261, 262, 294, 295, 297, 318, 319, 324, 341
 ziekten van de borstorganen 83
 zuigelingensterfte 41
 Zutphen 86, 125, 126, 267, 268, 372
 Zwaardemaker, H. 104
 Zwolle 84, 86, 268, 272, 284, 285, 372

Curriculum Vitae

Alice Juch werd geboren te Leiden. Zij volgde de MO-A en MO-B opleiding geschiedenis bij Interstudie in Arnhem. Vervolgens rondde zij deze studie af aan de KUN, met als specialisaties Nieuwste Geschiedenis en geschiedenis van de gezondheidszorg. Er verschenen van haar hand diverse publicaties over de geschiedenis van de gezondheidszorg, onder meer het boek: *Voorkomen is beter. Gemeentelijke gezondheidszorg in Arnhem* (1996) en een aantal publicaties in vaktijdschriften; onder andere in het *Tijdschrift voor Geschiedenis, Huisarts en Wetenschap* en *Gewina*.

Deze interesse heeft uiteindelijk geresulteerd in dit onderzoek van de geschiedenis van de medisch specialisten in Nederland.