Gewina 19 (1996) 231-245

DE POSITIE VAN DE MEDISCH-SPECIALISTEN IN NEDERLAND (1890-1920)

ALICE JUCH*

> ... talrijke patiënten roepen de hulp in van geneeskundigen die, op eigen of op hooger gezag, beschouwd worden een bijzondere bekwaamheid op een of ander gebied te bezitten; men beklaagt 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.[1]

Deze passage uit een preadvies van het hoofdbestuur van de beroepsorganisatie van medici, de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG), geeft in kort bestek de discussie weer over een nieuwe groep medici die zich 'specialisten' gingen noemen. Het hoofdbestuur van de NMG werd namelijk in 1900 geconfronteerd met een voorstel van de afdeling Schiedam, waarin werd gevraagd of de NMG kon regelen dat

> voortaan specialisten op hun spreekuren en niet voor het onderwijs dienende poliklinieken geen patiënten meer in behandeling zullen nemen buiten overleg met hun gewonen geneesheer.[2]

Er was dus sprake van een groeiende onrust onder algemene artsen, de 'huisartsen', over de werkzaamheden van de specialisten, met name over de poliklinieken voor armen en minvermogenden die door deze specialisten werden opgezet. De beroering over deze poliklinieken werd niet veroorzaakt door de geneeskundige merites van deze instellingen, maar door de dreiging die ervan uitging voor de praktijk van de huisarts. Deze poliklinieken namen vooral in de grote steden in korte tijd sterk in aantal toe, omdat zij vrij toegankelijk waren. Het succes van de poliklinieken en van de medici die de poliklinieken bemanden, was voor de huisartsen dermate bedreigend, dat de NMG een tegen specialisten gericht, repressief beleid ging voeren. Het gevolg van de differentiatie binnen het geneeskundig beroep was een interne strijd in deze medische beroepsorganisatie. Deze strijd werd verscherpt door het beleid dat de NMG op het gebied van de ziekenfondsen ging voeren.

In dit artikel wordt beschreven waarom en op welke manier specialisten zich gingen onderscheiden van huisartsen, welke tegenkrachten het optreden van specialisten in de NMG opriep en welke gevolgen dat had voor de specialisten. Behalve de genoemde poliklinieken blijken de ziekenfondsen daarbij belangrijke katalysatoren te zijn geweest voor de problemen tussen huisartsen en specialisten. In de periode 1890-1920 streefden specialisten bewust naar autonomie. De weg naar een zelfstandige plaats voor specialisten in de NMG werd evenwel door interne belangentegenstellingen gebarricadeerd. In reactie daarop ontstond een samenbundeling van specialisten, die sterk werd beïnvloed door maatregelen

* Drs. A. Juch, Ringallee 5, 6881 KE Velp. Met dank aan dr. A. de Knecht-van Eekelen, Faculteit der Geneeskunde, sectie Medische Geschiedenis (VUA), voor haar stimulerende op- en aanmerkingen bij het schrijven van dit artikel.

1. Z.a., *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* [*NTvG*] 44 I (1900) 1001-1004, m.n. 1003.
2. *Ibid.*, 1001.

van derden. Deze derden, die in dit samenbundelingsproces tot actie opriepen, waren de huisartsen, de NMG en ziekenfondspatiënten.

Gezien het complexe onderzoeksgebied belicht dit artikel slechts enkele van de ontwikkelingen die tot de autonomie van medisch-specialisten leidden. Voor een verdere uitwerking kan ik verwijzen naar mijn proefschrift dat in 1997 zal verschijnen.[3] Deze bijdrage beperkt zich tot een omschrijving van de nieuwe beroepsgroep van de specialisten met hun werkterrein en de groepen door wie hun handelen werd beïnvloed: de huisartsen, de NMG, de overheid, de verzekeraars en de ziekenfondsen.

Wie is specialist?

In de NMG werd tussen 1890 en 1920 een brede discussie over specialisten gevoerd. Ondanks alle woorden die men aan deze kwestie besteedde, bestond er geen consensus over wie nu precies als specialist moest worden beschouwd. De opvattingen daarover liepen uiteen naarmate men zelf huisarts was of specialist. Bovendien bestonden er nog allerlei variaties in specialisten. De 'echte' specialisten waren de geneesheren die uitsluitend of hoofdzakelijk een bepaald onderdeel van de geneeskunde uitoefenden. De zogenaamde 'half-specialisten' combineerden hun praktijk hetzij met andere specialismen, hetzij met een huisartsenpraktijk. Hierin waren allerlei gradaties mogelijk en medici waren het onderling niet eens of half-specialisten nu specialisten waren of huisartsen. Huisartsen die slechts één of twee spreekuren als specialist hielden, konden zichzelf eventueel wel 'specialist voor een bepaald vakgebied', zoals specialist voor tuberculose of voor huidziekten noemen, maar andere specialisten kwalificeerden deze artsen toch als huisarts.

Specialisten vertegenwoordigden een bepaalde meerwaarde in vergelijking met de huisartsen. Zelf legden specialisten 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. Het recht op de benaming specialist kon echter nog niet worden getoetst aan een geformaliseerde opleiding of aan andere officiële criteria. Er waren alleen ongeschreven regels: een specialist moest als assistent in een kliniek of polikliniek extra kennis en ervaring hebben verworven. Het kenmerk van de vorming tot specialist was zelfstudie en over de duur daarvan bestond tot omstreeks 1920 geen consensus. In het algemeen vonden specialisten zelf dat deze minstens twee jaar moest zijn.

De NMG, die een opleiding voor specialisten als een NMG-aangelegenheid beschouwde, maakte met de regeling van een dergelijke opleiding geen haast zolang er daartoe door derden geen druk werd uitgeoefend. Zij kreeg daarin de volle medewerking van de rijksoverheid die zich vóór 1920 niet mengde in het werk van specialisten of in de regeling van hun bevoegdheid. De regering diende weliswaar vanaf 1904 regelmatig een ziekenfondswetsontwerp in, maar deze ontwerpen noemden tot 1920 specialist noch specialisme. Volgens de wettelijke regelingen was een arts bevoegd om de gehele geneeskunde uit te oefenen en dus ook een bepaald onderdeel daarvan. Andere belanghebbenden, zoals ziekenfondsen of particuliere verzekeraars, oefenden in de periode 1890-1920 evenmin druk uit op overheid of NMG om tot een formele specialistenopleiding te komen.

3. Alice Juch, *Medisch specialisten. Manifestatie en consolidatie in de gezondheidszorg, 1890-1941.*

De polikliniek als werkterrein van de specialist

Sinds 1880 noemden in Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht enkele geneesheren, die zich beperkten tot een onderdeel van de geneeskunde, zich specialist. Dat was echter nog geen usance. Vanaf 1890 kwamen specialisten in het nieuws doordat zij in de grote steden eigen – voor patiënten duidelijk herkenbare – poliklinieken inrichtten. Daardoor wist het publiek dat er artsen waren én gespecialiseerde artsen. Al spoedig kwam een trek op gang van patiënten van het platteland naar specialisten in grote steden. Inwoners uit de provincies Limburg, Zeeland en Friesland gingen al in de laatste jaren van de negentiende eeuw naar poliklinieken in andere provincies.[4] In Arnhem bezochten in 1909 patiënten uit 95 gemeenten de algemene polikliniek.[5] Het merendeel van deze gemeenten vergoedde de reiskosten van de onvermogenden.

In een polikliniek kregen on- en minvermogenden gratis of voor een gering bedrag geneeskundige adviezen en behandeling voor een specifieke aandoening. Zo bestonden er onder meer poliklinieken voor oogziekten, huidziekten, kno-ziekten, vrouwenziekten, ziekten van de urinewegen, spijsverterings- en stofwisselingsziekten, kinderziekten en zenuwziekten. Hier lag het belangrijkste werkterrein van specialisten. Alleen chirurgen en internisten werkten in verhouding vaak in een ziekenhuis. Zo deed in 1925 een chirurg in het gemeenteziekenhuis te Dordrecht 341 operaties per jaar en een oogarts slechts 22.[6]

Tot omstreeks 1920 was voor medici het houden van een eigen polikliniek hét criterium voor het specialist zijn.[7] Een geneesheer was niet zonder meer specialist, omdat hij een specialisme beoefende, maar eveneens omdat hij bepaalde kennis en ervaring bezat. Voor het verkrijgen en behouden van deze ervaring moesten specialisten een groot aantal patiënten behandelen. De grote groep van ziekenfondspatiënten bood daarvoor de mogelijkheid. Poliklinieken waren bovendien voor de praktische scholing van specialisten een unieke gelegenheid. Universiteiten en ziekenhuizen waren nog onvoldoende ingericht voor het doen van grote aantallen verrichtingen. In verreweg de meeste ziekenhuizen werden vóór 1920 hooguit enkele honderden patiënten per jaar behandeld. Een goedlopende, extramurale polikliniek leverde daarentegen veel meer 'lesmateriaal' op. Dat kon zelfs oplopen tot enkele duizenden patiënten per jaar.[8]

De poliklinieken waren vrij toegankelijk en moesten dat volgens de specialisten ook blijven, anders verloren zij hun functie als leerschool. Specialisten legden veel minder de nadruk op de tweede belangrijke functie van de polikliniek, de 'reclame'. Met een goedlopende polikliniek kregen specialisten algemene naamsbekendheid in de stad, hetgeen de opbouw van een particuliere praktijk aanzienlijk vergemakkelijkte.

Specialisten hoefden hun werkzaamheden niet te rechtvaardigen tegenover belanghebbenden, als de gemeentelijke overheid, ziekenfonds en patiënten. Een gemeentebestuur

4. '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 NMG, ingevolge het besluit der algemeene vergadering van 10 Juli 1906', *NTvG* 52 I (1908) 1597.

5. RAG, Archief Provinciale Staten, Alg. Arnhemsche Polikliniek, inv. nr. 129, 'Mem. van Toelichting begroting 1913'.

6. E.G.M. D'Haene 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) 21-22.

7. Onder meer in 1918 verwoord door de voorzitter van de landelijke Specialistencommissie, H. Brongersma; ARA, archief NMG, toegangsnummer 2.04.54, inv. nr. 197, SIII-II, 'Algemeene vergadering ASV, 25-1-1918'.

8. Zie de jaarverslagen van de algemene poliklinieken in onder meer Den Haag, Rotterdam en Arnhem.

informeerde bij de aanstelling van gemeentegeneesheren-specialisten hooguit of zij 'goed bekend' stonden. De poliklinieken waren voor de gemeente 'weinig kostbare en nuttige' voorzieningen, terwijl de specialisten mede dank zij de gemeentelijke subsidies hun werk in de poliklinieken konden voortzetten.[9] Het was voor de gemeenten – die de uitgaven voor de geneeskundige armenzorg fors hadden zien stijgen door de hogere ziekenhuiskosten – veel voordeliger de ambulante behandeling van de 'stadspatiënten' te subsidiëren, dan deze patiënten in het ziekenhuis te laten opnemen. Bovendien waren de gemeentezieken-huizen aan het einde van de negentiende eeuw in de regel niet berekend op grote aantallen patiënten.

Ziekenfondsen maakten eveneens dankbaar gebruik van de poliklinieken. Gelet op het aantal verzekerden waren ziekenfondsen de belangrijkste financiers van doktershulp. Gerekend naar de hoogte van de artsen-honoraria was de Rijksverzekeringsbank (RVB), een andere instelling voor de financiering van medische kosten, veel belangrijker. Ook deze instelling liet het helemaal aan de geneesheer over of hij zich als huisarts of als specialist bij de RVB wilde laten inschrijven.[10]

De meest positieve reactie op het werk van de specialisten en hun poliklinieken kwam van de patiënten. Zij waren niet in de opleiding of bevoegdheid van specialisten geïnteresseerd; zij waren overtuigd van de deskundigheid van specialisten. Wanneer 'hun ziektetoestand onder behandeling van den huisdoctor niet vooruitgaat, ... gaat men het – zooals de volksterm luidt – hooger op zoeken'.[11] Uit de toeloop naar de poliklinieken valt eveneens af te leiden dat patiënten, met wie tot 1920 voornamelijk ziekenfondspatiënten worden bedoeld, graag naar een specialist wilden. Het ging daarbij om een grote groep patiënten, want in de steden maakten de ziekenfondspatiënten samen met de kleine groep van armenzorgpatiënten gemiddeld tweederde van de bevolking uit.

Tegenstelling tussen specialist en huisarts

Specialisten konden de externe steun van de patiënten goed gebruiken, want intern – van de huisartsen en de NMG – wachtte hun een veel koelere ontvangst. Het ontstaan van specialismen en het daaruit volgende onderscheid in de beroepen huisarts en specialist bracht onrust in de NMG. De huisarts was omstreeks 1900 dé arts voor alle categorieën patiënten; specialisten verstoorden deze traditionele structuur. De huisarts was lang niet altijd overtuigd van de meerwaarde van specialisten. Nu konden huisartsen daarover zelden objectief oordelen, omdat de erkenning van specialisten en specialismen voor hen nadelig kon zijn. De differentiatie in de geneeskundige beroepsuitoefening betekende een inkrimping van de huisartsenpraktijk, die toch al onder druk stond, omdat er steeds meer artsen bijkwamen. Bij deze concurrentie tussen huisartsen onderling bracht de specialist een nieuw soort concurrentie met zich mee: die tussen 'algemeen' en 'speciaal'.

Vooral in de steden was de concurrentie tussen huisartsen groot. In 1900 waren er per medicus gemiddeld 2230 inwoners, maar in de steden was de situatie veel ongunstiger. Den Haag spande de kroon met één arts per 1120 inwoners. In Arnhem, Groningen,

9. Gemeentearchief Arnhem, archief secretarie 1917-1924, inv. nr. 1281.
10. Bibliotheek Sociale Verzekeringsbank, *Jaarboek RVB 1905*, 37.
11. L.C. van der Meulen, 'Enkele opmerkingen over de poliklinieken der specialiteiten', *NTvG* 42 I (1898) 727-729, m.n. 728.

Haarlem en Leeuwarden waren nog geen 1300 inwoners per arts.[12] Wanneer men bedenkt dat in de steden gemiddeld tweederde van de bevolking niet of slechts een gering bedrag voor de dokterskosten kon betalen, is het duidelijk dat de financiële vooruitzichten voor artsen niet rooskleurig waren. Dat was volgens sommigen nog voorzichtig uitgedrukt:

> Het is de concurrentie, die in onzen stand te voorschijn roept *minimum lijders* en *loonslaven*, en wij zouden ons moeten vereenigen om te strijden voor onze materiëele en daardoor indirect voor onze zedelijke belangen.[13]

Deze grote concurrentie richtte de belangstelling van pas afgestudeerde medici op de mogelijkheid zich als specialist te vestigen.[14] Zeker voor heelkundige specialismen bood een specialistenpraktijk betere financiële vooruitzichten dan een huisartsenpraktijk. De verrichtingen door geneeskundige specialismen werden echter niet of slecht gehonoreerd, ondanks de grote vraag naar deze specialismen in poliklinieken. Rond de eeuwwisseling was voor deze specialisten, evenals voor de huisartsen, de ongunstige verhouding tussen betalende en niet of weinig betalende patiënten een probleem. Mede daardoor hing het welslagen als 'fulltime' specialist voor een groot deel af van relaties, waardoor men betaalde functies kreeg – bijvoorbeeld in een ziekenhuis – of van eigen financiële mogelijkheden.

De eerste reactie van de huisartsen op de opkomst van specialisten en specialismen was er één van verwarring en afwijzing. Zij wilden met gedragsregels deze dreiging en hun onzekerheid hanteerbaar maken. Aangezien de huisartsen in de NMG een dominante positie innamen, was elke vorm van regulering door de NMG echter bijna vanzelfsprekend nadelig voor specialisten. Toen de NMG in 1902 besloot de plaatselijke ziekenfondscontracten voortaan collectief te sluiten, werden de tegengestelde belangen van huisartsen en specialisten pijnlijk zichtbaar. De plaatselijke NMG-afdelingen bepaalden namelijk welke specialismen en specialisten tot de contracten mochten worden toegelaten, hetgeen onherroepelijk tot confrontaties tussen de diverse belangengroeperingen leidde. De periode 1890-1920 stond in het teken van belangentegenstellingen tussen huisartsen en specialisten, tegenstellingen waarmee men pas na 1920 – door de consolidatie van de positie van de specialisten – kon omgaan. Sindsdien werden specialisten als een autonome, los van de huisartsen staande groepering beschouwd.

Oorzaken van de snelle expansie van het aantal specialisten

Terwijl vóór 1890 medische specialisatie nog een marginaal verschijnsel was, waren specialisten rond de eeuwwisseling niet meer uit de steden weg te denken. Afhankelijk van het vakgebied verliep de specialisatie van de universitair opgeleide geneeskundigen langs verschillende lijnen. Binnen de traditionele indeling in genees-, heel- en verloskunde, de zogenaamde protospecialismen, ontstonden instrumentspecialismen, zoals oog- en oorheelkunde en röntgenologie. Daarnaast kwamen er specialismen rondom bepaalde groepen, zoals vrouwen en kinderen, of rondom bepaalde ziekten, zoals geslachtsziekten en tuberculose.

12. A.C. van Bruggen, 'Huisartsen en specialisten', *NTvG* 45 I (1901) 1340-1361, m.n. 1351.
13. J.W.C.M van der Sijp, 'Het betoog van Dr. J. Rutgers en het voorstel Dordrecht', *NTvG* 40 II (1896) 222-228, m.n. 228.
14. Zie bijvoorbeeld de bijdrage van P. Verhoef in dit themanummer.

Het pand met de boogramen is de Algemeene Arnhemsche Polikliniek, Koningsplein 11 [Gemeentearchief Arnhem].

De snelle groei van het aantal specialisten was volgens de NMG het gevolg van de toename van kennis en technologie. Daaraan twijfelde het hoofdbestuur van de NMG niet: 'zijne wetenschap, die een zoo grooten omvang heeft gekregen, vormde specialisten'.[15] Over de kennis kan worden opgemerkt dat specialisten een vak beoefenden, destijds meestal 'speciaalvak' genoemd, waarover specifieke kennis bestond, maar dat nog niet aan alle universiteiten werd gedoceerd en geëxamineerd. Deze kennis was lang niet overal bekend, terwijl over de algemene toepassing ervan tientallen jaren heen konden gaan. Specialisten hadden door hun kennis voordeel boven andere medici die deze specifieke kennis ontbeerden. De overvulling van het medisch beroep en de grote onderlinge concurrentie die deze met zich meebracht, was de NMG echter een bron van zorg.

Sommige hedendaagse auteurs hangen ten aanzien van de opkomst van specialismen de zogenaamde technologiethese aan die de invloed van kennis en technologie centraal stelt.[16] Anderen gebruiken de concurrentiethese waarin de concurrentiemotieven en – in het verlengde daarvan – marktwerking als richtinggevend worden gezien, hoewel zij de technologiethese niet geheel terzijde schuiven.[17] De groei van het aantal medische specia-

15. J. Baart de la Faille, 'Openingsrede 40e alg. verg. (1889)', *NTvG* 33 II (1889) 62-72, m.n. 66.

16. R. Stevens, *Medical practice in modern England. The impact of specialization and state medicine* (New Haven/London 1966); G. E. Godber, 'Specialization in the evolution of medicine', in: L. Burema, e.a. ed., *Volksgezondheid in ontwikkeling. Liber Amicorum ter gelegenheid van de 70e verjaardag van Prof. Dr. P. Muntendam* (Assen 1971) 193-204.

17. G. Gritzer and A. Arluke, *The making of rehabilitation. A political economy of medical specialization, 1890-1980* (Los Angeles/London 1985).

listen verliep zo snel dat hiervoor een monocausale verklaring te beperkt is. Het ligt dan voor de hand beide thesen te combineren, maar zelfs dan kan het proces niet afdoende worden verklaard. Specialisatie is een dermate ingewikkeld maatschappelijk verschijnsel, dat toenemende kennis, concurrentie en marktwerking daarvoor geen voldoende verklaring bieden.[18] Er moet rekening worden gehouden met andere determinerende factoren voor specialisatie. Een voorbeeld van een dergelijke factor is het feit dat artsen niet altijd een vrije keus hadden voor een huisartsen- of specialistenbestaan. De vorming tot specialist was duur en men moest, afhankelijk van het specialisme, over specifieke vaardigheden beschikken. Voor specialismen die financieel niet aantrekkelijk waren, zoals kindergeneeskunde, was een eigen kapitaal bijna onontbeerlijk. Sociale overwegingen, toeval en belangstelling voor een specifieke behandelingsmethode speelden derhalve eveneens een rol bij specialisatie.

Theorie en praktijk bij de erkenning van specialisten

De komst van specialismen was voor de NMG, zoals gezegd, een logisch gevolg van de toenemende medische kennis en technologie. Deze verklaring beschouwde zij bijna als een axioma. Specialisatie was onontkoombaar en *theoretisch* legde men zich daarbij zonder meer neer. Als norm voor de erkenning van specialismen gebruikte de NMG de volgende drie criteria: ten eerste is een specialisme een onderdeel van de geneeskunde; ten tweede zijn de benodigde kennis en vaardigheden van het specialisme zo groot geworden dat een algemene arts dat niet meer allemaal kan overzien; en ten derde vertoont de algemene opleiding grote hiaten op een specifiek gebied. In de visie van de Amsterdamse hoogleraar Hendrik Burger (1864-1957), die als redacteur-gérant van het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG)* tot de opinieleiders behoorde, was het hiaat in de opleiding bijvoorbeeld één van de legitimatiegronden van het bestaan van kinderarts-specialisten: 'naarmate het onderwijs beter zal zijn, verdwijnt de behoefte aan bijzondere kinderartsen'.[19] Het daadwerkelijke NMG-beleid bevestigde deze criteria echter niet. Dit blijkt uit de opstelling van de NMG in het begin van de twintigste eeuw bij de ziekenfondscontracten, hetgeen in een volgende paragraaf wordt behandeld.

In de *praktijk* bleek de NMG de specialisatie namelijk niet zonder meer te aanvaarden. Over de bovengenoemde criteria voerde men geen inhoudelijke 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 niet aan bod kwamen. Welke mate van gecompliceerdheid en kennistoename zou moeten leiden tot afscheiding in een specialisme werd evenmin besproken. In werkelijkheid bepaalden niet deze criteria de erkenning van specialismen, maar vooral de mate van dreiging die van een specialisme op de praktijk van de huisarts uitging.

Voor heelkundige specialismen zou een inhoudelijke discussie over de criteria mogelijk zijn geweest. Deze specialismen waren vrij duidelijk omlijnd en voor een huisarts minder bedreigend dan de geneeskundige specialismen. Het aantal keren dat een patiënt een oog-, kno- of vrouwenarts bezocht, was te overzien. Daarentegen namen geneeskundige specialismen een belangrijk deel van de patiënten uit de huisartsenpraktijk weg, waarbij de huisarts maar moest afwachten of hij zijn patiënt ooit zou terugzien. Interne genees-

18. K. van Berkel, *In het voetspoor van Stevin. Geschiedenis van de natuurwetenschap in Nederland 1580-1940* (Meppel 1985) 8.
19. H. Burger, 'Het polikliniekvraagstuk', *NTvG* 52 I (1908) 1881-1887, m.n. 1885.

kunde en kindergeneeskunde bedreigden de huisartsenpraktijk het meest en daarom wilde de NMG deze specialismen niet erkennen. Zij motiveerde de afwijzing echter door te refereren aan het eerste criterium volgens welke het vak zich tot een onderdeel van de geneeskunde diende te beperken en dat was bij interne geneeskunde en kindergeneeskunde niet het geval. De kindergeneeskunde voldeed echter wel aan het derde criterium: in de algemene opleiding was het vak stiefmoederlijk bedeeld. Kinderartsen vonden daarom dat zij hard nodig waren, zolang de huisarts 'niet als goed onderlegd paediater moet worden beschouwd'.[20] Voor de interne geneeskunde kon men evengoed stellen dat het wel een onderdeel van de geneeskunde betrof: internisten hielden zich immers uitsluitend met de behandeling van inwendige ziekten bezig en waren dus specialisten.[21]

De tegenstellingen tussen specialisten en huisartsen werden pas goed duidelijk toen de NMG in 1902 besloot waar mogelijk de ziekenfondscontracten collectief te sluiten. De ziekenfondscontracten voorzagen in geneesmiddelen, huisartsen- en specialistenhulp, voor zover het de poliklinische hulp betrof. De klinische hulp was voor ziekenfondsen een te dure voorziening. De NMG-afdelingen bepaalden, op basis van richtlijnen van de NMG, welke specialismen tot de contracten mochten worden toegelaten. In de contracten waren heelkundige specialismen opgenomen, maar de geneeskundige specialismen werden alleen bij een zeer beperkte praktijkvoering erkend voor de ziekenfondscontracten.

Bundeling van specialistenbelangen

Specialisten onderscheidden zich niet alleen van huisartsen op het al genoemde gebied van kennis, specifieke vaardigheden en in hun praktijkvoering, zij profileerden zich bovendien als aparte categorie door groepsvorming. Dat gebeurde zowel op het kennisniveau als op materieel niveau: respectievelijk wetenschappelijke verenigingen en belangenverenigingen, specialistenverenigingen genoemd.

Wetenschappelijke verenigingen beoogden de kennis van het betreffende specialisme onder de leden te verspreiden. Voorafgegaan door de verenigingen van psychiaters en gynaecologen volgde tussen 1890 en 1913 de rest van de destijds voorkomende specialismen: oogheelkunde, kindergeneeskunde, kno-heelkunde, dermatologie, orthopedie, elektrologie en röntgenologie, heelkunde, urologie, tuberculose-kunde en maag-, darmziekten. Op voordracht van één van de leden kon een specialist gewoon lid worden; de aard van zijn opleiding was daarbij belangrijker dan de praktijkvoering. Andere belangstellende geneesheren konden buitengewoon lid van de vereniging worden. Later werden de opleidingseisen aangescherpt en vanaf 1920 moesten aspirant-leden aantonen dat zij twee tot vier jaar assistent waren geweest.

De specialistenverenigingen ontstonden vanuit een heel andere behoefte. De eerste belangrijke stimulans om een belangenvereniging op te richten was de regeling van de honorering van de poliklinische hulp. De eerste jaren deden de polikliniekhoudende specialisten dit werk zonder daarvoor een vergoeding te vragen. Vanaf het begin van de twintigste eeuw probeerden zij daarin verandering aan te brengen; huisartsen en apothekers deden het ziekenfondswerk immers ook niet voor niets. Dit streven naar een honorarium leverde zoveel problemen op, dat alleen daarvoor al een gezamenlijke belangenbehartiging nuttig was. De tweede belangrijke stimulans voor een eigen belangenvereniging was de minder-

20. Archief Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, Notulen vergadering 21-11 en 22-11-1902.
21. ARA (n. 7), archief NMG, inv. nr. 171.

heidspositie die de specialisten innamen in de NMG. Specialisten vonden dat de NMG met hun belangen te weinig rekening hield.

Specialisten vormden echter een heterogeen samengestelde groep met maar weinig gezamenlijke belangen. De belangstelling voor een gezamenlijke belangenbehartiging was onder meer afhankelijk van het specialisme en van de eigen praktijkopbouw. Wanneer een praktijk weinig particuliere patiënten en in verhouding veel ziekenfondspatiënten telde, vergrootte dat de behoefte aan een gezamenlijke belangenbehartiging aanzienlijk. In deze periode van de opkomst van specialisten waren er slechts twee belangen die voor een gezamenlijke behartiging in aanmerking kwamen: een financiële tegemoetkoming voor de poliklinische hulp voor ziekenfondspatiënten en een vrije toegang tot de polikliniek.

De belangenbehartiging bleek echter een moeilijke kwestie door de diversiteit in zowel specialismen als specialisten en door de stevige positie die de huisartsen in de NMG innamen. Het gevolg was dat er tussen 1905 en 1919 een ingewikkeld stelsel van belangenverenigingen ontstond, zowel plaatselijk als overkoepelend en zowel binnen als buiten NMG-verband. De specialisten stelden zich daarbij zo kritisch op dat zij in de NMG de naam kregen een 'militante minderheid' te zijn.[22]

De eerste zelfstandige specialistenvereniging werd in 1905 door specialisten in Amsterdam opgericht, specialisten in andere grote steden volgden. De aanleiding voor de oprichting van de Amsterdamse specialistenvereniging was de op handen zijnde ziekenfondswetgeving. Vóór het tot wetgeving kwam, moest de honorering van de poliklinische hulp zijn geregeld, anders zou de wetgeving de bestaande nadelige situatie kunnen legaliseren. De uitbreiding van het aantal specialistenverenigingen werd echter vooral veroorzaakt door het op het huisartsenbelang gerichte NMG-ziekenfondsenbeleid, waardoor de specialisten zich benadeeld voelden.

Reacties van huisartsen en NMG

De financiële zorgen van de huisarts over zijn toekomst stapelden zich op vanaf het einde van de negentiende eeuw. Was de toename van het aantal artsen op zichzelf al een bedreiging, ook de neveninkomsten, die als basis dienden van het totale inkomen, kwamen onder druk te staan. Armbesturen, gemeenten en ziekenfondsen profiteerden van het groeiende aanbod van gemeente- en ziekenfondsgeneesheren. Daardoor konden deze werkgevers de honorering van de medici verlagen, want er bestond geen gevaar dat vacatures niet werden opgevuld.[23] Behalve met deze problemen werd de huisarts geconfronteerd met specialisten die als het ware in ieder leegstaand herenhuis een polikliniek konden openen. Van deze poliklinieken ging een grote – volgens de zich bedreigd voelende huisartsen té grote – aantrekkingskracht uit. De klacht van de huisartsen was dat de patiënten zo veranderden, dat zij de huisarts zoveel minder dan vroeger vertrouwden.[24] Maar dat lag niet alleen aan de patiënten, want 'als een schrokkerige Gijs [had] het specialisme den muil geopend om de huisartsen op te slikken'.[25] De huisartsen drongen in de NMG aan op maatregelen, zowel tegen de ziekenfondsen als tegen de poliklinieken.

22. J.D.C. Koch, 'De specialisten en de Maatschappij', *NTvG* 62 I (1918) 1800-1801, m.n. 1801.
23. 'Rubriek Binnenland', *NTvG* 33 II (1889) 303; Van der Sijp (n. 13), 'Betoog dr. Rutgers', 228; J. Bardet, 'Ingezonden', *NTvG* 41 II (1897) 633-634, m.n. 634; H. den Hertog, *De militair-geneeskundige verzorging in Atjeh, 1873-1904* (Amsterdam 1991) 30-31.
24. Van Bruggen (n. 12), 'Huisartsen', 1349-1350.
25. F.J. ten Cate, 'Vrije specialistenkeuze', *NTvG* 58 I (1914) 1838-1839, m.n. 1839.

Spreekuren voor 1910.

1. Afdeeling Heelkunde.
   Iederen werkdag $8^1/_2-9^1/_2$ uur.
2. Afdeeling Huid-, Blaas- en Geslachtsziekten.
   Dinsdag, Donderdag, Zaterdag 9—10.
3. Afdeeling Neus-, Keel- en Oorziekten.
   Dinsdag, Donderdag, Zaterdag $8^1/_2$—10.
4. Afdeeling Oogziekten.
   Elken werkdag $8^1/_2-9^1/_2$.
5. Afdeeling Zenuwziekten.
   Maandag, Woensdag, Vrijdag $8^1/_2-9^1/_2$.
6. Afdeeling Mond- en Tandziekten.
   Maandag, Donderdag, Zaterdag $8^1/_2-9^1/_2$ en Dinsdag, Woensdag, Vrijdag 8—9.
7. Afdeeling Vrouwenziekten, Verloskunde.
   Elken werkdag $8^1/_2-9^1/_2$.
8. Afdeeling Hart- en Vaatziekten.
   Maandag, Vrijdag $8^1/_2-9^1/_2$.

JAARVERSLAG

DER

Algemeene Arnhemsche Polikliniek

over 1909.

Het jaar 1909 mag voor de polikliniek voor zoover de arbeid betreft, gunstig genoemd worden.

	NIEUWE PATIENTEN.					Totaal behandelde patienten	Verleende Consulten	
	Gratis		Mij. van Voorzorg	Maand-Kaarten	Totaal			
	Gem. Armen	Andere Armen					Gem. Armen	Andere Patient.
1908	1795	1954	1269	612	5630	5968	9001	15527
	3749		1881				24528	
1909	2188	2088	1216	661	6153	6453	12035	14729
	4276		1877				26764	

Uit bovenstaande statistiek over de laatste twee jaren ziet men, dat het aantal consulten 2236 meer bedroeg in 1909 dan in 1908.

Aan stads-armen werden 3034 consulten meer gegeven, aan andere polikliniek bezoekers echter 798 minder.

Voor de „Maatschappij van Voorzorg" werden dit jaar 53 nieuwe patienten minder ingeschreven dan een jaar geleden. Maandkaarten à f 1.— werden er 49 meer uitgegeven.

Voor belangstellenden is de volledige statistiek van het aantal behandelde patienten zooals verdeeld over de verschillende afdeelingen hierachter afgedrukt.

De polikliniek, ook wel stadspolikliniek genoemd, werd in 1899 opgericht [Gemeentearchief Arnhem].

Een actie tegen de ziekenfondsen was gewenst vanwege het financiële belang dat de grote groep ziekenfondspatiënten vertegenwoordigde. Op het bestaande ziekenfondsstelsel was zowel binnen als buiten artsenkringen veel kritiek. De ruim 600 ziekenfondsen hoefden niet aan eisen te voldoen op het gebied van de verstrekkingen of ten aanzien van de hoogte van de honoraria, zij waren bovendien te klein en kampten met financiële problemen.[26] Van nog grotere zorg was de mogelijkheid dat de wetgever de bestaande, voor artsen onbevredigende situatie met de ziekenfondsen zou sanctioneren. Vrijwel constant waarde 'het spook van de ziekenverzorgingswet' rond:[27] tussen 1904 en het ziekenfondsenbesluit van 1941 werd dertien keer een wetsontwerp ingediend. Hierdoor spitste de discussies in de NMG zich steeds toe op de ziekenfondsen.

Behalve ziekenfondspatiënten waren er armenzorgpatiënten en particuliere patiënten, maar daarin hoefde de NMG veel minder energie te investeren dan in de ziekenfonds-

26. M. Juda, J.G. van Dooremaal en J.M. Huizinga, 'Rapport over den toestand der ziekenfondsen in Nederland', *NTvG* 34 II (1890) 134-147; *Rapport omtrent de toestand der ziekenfondsen in Nederland*, deel I en II, uitgegeven door de Nederl. Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (1908).

27. J. van der Meulen, 'Het CO en het platteland', *NTvG* 68 I (1924) 887-889, m.n. 888-889.

patiënten. De regelingen rond de armenzorgpatiënten waren naar ieders tevredenheid, ondanks de in het algemeen lage honorering. Deze patiënten vormden geen collectief, een eventueel ongunstige situatie werd niet wettelijk bestendigd en zij konden niet zonder verwijsbriefje van de huisarts naar de polikliniek. Bovendien hadden de artsen voor de honorering van de behandeling van de armenzorgpatiënten te maken met het plaatselijke armbestuur dat uit notabelen bestond. In het bestuur van de ziekenfondsen konden arbeiders zitting hebben, hetgeen voor ziekenfondsartsen een onoverkomelijk bezwaar was.

Particuliere patiënten tenslotte, zorgden voor de meeste concurrentieperikelen, al werd daarover in NMG-verband weinig gerept. Overheid, NMG, huisarts noch specialist hadden enige zeggenschap over deze patiënten. Wel schreef het hoofdbestuurslid van de NMG, Theodoor Hammes (1874-1951), later:

> Er zijn twee moeilijke problemen in de verhouding van specialisten tegenover huisartsen, in de particuliere practijk en hun verhouding tegenover de ziekenfondsen.[28]

Voor alle medici waren de particuliere patiënten financieel een veel interessantere groep dan de ziekenfonds- en armenzorgpatiënten. De reguleringen die huisartsen voor ziekenfondspatiënten wilden, zoals een verwijsbriefje, zouden volgens sommige huisartsen ook 'in het belang' van de particuliere patiënt zijn. Zij konden als huisarts immers hun patiënten het beste adviseren waar zij naar toe moesten gaan. Ook de polikliniekkwestie was voor zowel huisartsen als specialisten belangrijk vanwege de particuliere patiënt. Hoewel deze patiënten rond 1900 nog niet naar de polikliniek gingen, zouden ook zij in de toekomst de specialistische hulp in de polikliniek kunnen gaan prefereren.

Gevolgen van het ziekenfondsenbeleid van de NMG

De NMG voelde zich verplicht actie te ondernemen tegen de ziekenfondsen en hun leden. In de plaatselijke NMG-afdelingen werd het 'al ziekenfonds wat de klok sloeg'. In 1902 begon de 'ziekenfondsstrijd' van de NMG, toen de NMG besloot dat haar leden de overeenkomsten met de plaatselijke ziekenfondsen voortaan collectief, in plaats van individueel zouden sluiten.[29] Door collectief op te treden zouden ziekenfondsen geen misbruik kunnen maken van de overvulling van het artsenberoep. Bovendien kon daarmee worden voorkomen dat artsen een ondergeschikte positie in het ziekenfonds moesten accepteren in fondsen die mede door arbeiders werden bestuurd.

De huisartsen wilden betere voorwaarden van de ziekenfondsen en inperking van het polikliniekbezoek. Dat laatste zou men kunnen realiseren door in het ziekenfondscontract op te nemen dat patiënten een verwijsbriefje van de huisarts moesten hebben voor de polikliniek. Een verwijsbriefje belemmerde echter de vrije artsenkeuze en de NMG propageerde in haar ziekenfondsstrijd juist de vrije artsenkeuze. Een verwijsbriefje kon de NMG derhalve niet centraal vastleggen. Dat betekende overigens niet dat het verwijsbriefje niet kon worden ingevoerd, want de NMG-afdelingen waren vrij autonoom. In een deel van de steden, waaronder Amsterdam en Arnhem, voerde de plaatselijke NMG-afdeling al direct

28. Th. Hammes, 'Huisarts en specialist', *Geneeskundige Gids* 5 X (1927) 1121-1123, m.n. 1122; zie ook: Th. Hammes, 'De verhouding van specialisten en huisartsen in de particuliere practijk. Een poging tot logischen opbouw', *NTvG* 71 II (1927) 1909-1915.

29. Zie voor deze ziekenfondsstrijd: H.C. van der Hoeven, *Om de macht bij het fonds. De ziekenfondsen te midden van de sociale veranderingen in de jaren 1900-1982* (Den Haag 1983).

via de collectieve ziekenfondscontracten het verwijsbriefje in voor ziekenfondspatiënten. Voor beginnende specialisten was dat een groot probleem, omdat deze maatregel hun legitimatie als specialist bedreigde. Zonder de grote groep ziekenfondspatiënten konden zij geen voldoende ervaring opbouwen en onderhouden. Specialisten konden deze dreiging niet tegenhouden; de huisartsen waren overal in de meerderheid.

Dit was voor de specialisten niet het enige nadelige gevolg van het ziekenfondsenbeleid van de NMG. De plaatselijke NMG-afdelingen bepaalden, zoals gezegd, eveneens welke specialisten en specialismen zich bij de ziekenfondscontracten mochten aansluiten. Specialisten moesten 'te goeder naam en faam' bekendstaan en zich uitsluitend beperken tot hun specialisme. In kleine steden met hooguit één tot drie specialisten waren nog vrijwel geen problemen tussen huisartsen en specialisten. Die waren er des te meer in de grote steden waar meer concurrentie was. Daar kon de erkenning van specialismen door de plaatselijke afdeling problemen opleveren voor nieuwkomende specialisten. De reeds gevestigde geneesheren maakten onderlinge afspraken – dat er bijvoorbeeld alleen een chirurg, kno-arts en oogarts tot het ziekenfondscontract werden toegelaten – waardoor anderen geen kans kregen een praktijk op te bouwen.[30] Een dergelijke afspraak was eveneens tegen de vrije artsenkeuze en het officiële beleid van de NMG. Een nieuwkomer kon in beroep gaan tegen zulke plaatselijke regels, maar als de plaatselijke NMG-leden niet meewerkten, kon dat een langdurige kwestie worden.

Vooral deze uitgesloten specialisten voelden zich door de NMG-maatregelen benadeeld. Bovendien ontstond zo de situatie, dat – wanneer bijvoorbeeld alleen de hierboven genoemde specialisten waren toegelaten – een uroloog, kinderarts of maag-darmarts voor ziekenfondspatiënten geen specialist was, terwijl hij dat voor armenzorg- en particuliere patiënten wel kon zijn. Maar ook specialisten die wel tot de contracten waren toegelaten, voelden zich benadeeld als hun NMG-afdeling een verwijsbriefje voor de polikliniek in het contract had opgenomen.

De specialisten en het NMG-ziekenfondsenbeleid

Voor de NMG was het een groot probleem dat artsen bij een deel van de ziekenfondsen een ondergeschikte positie hadden. De wetsontwerpen ziektekostenverzekering wakkerden deze onlustgevoelens aan, want de wetgever zag dit bezwaar van de NMG niet als een kwestie van algemeen belang. Vooral het wetsontwerp Talma was volgens de NMG gevaarlijk voor de positie van artsen. Het wetsontwerp voorzag in Raden van Arbeid voor het beheer van ziekenfondsen en de amendementen die daarop waren ingediend, wilden dat deze voornamelijk uit werklieden waren samengesteld. Dat was de aanleiding tot het besluit van de NMG in 1913 van de artsenorganisatie tevens een ziekenfondsorganisatie te maken.[31]

NMG-leden mochten zich alleen aansluiten bij de eigen NMG-ziekenfondsen en bij de fondsen die door de NMG waren goedgekeurd. Hierdoor kon men zowel het ziekenfondsstelsel verbeteren als de eigen visie daarop verwezenlijken. Met dit besluit haalde de NMG echter het paard van Troje binnen: de financiële problemen van het ziekenfondsstelsel werden daarmee de problemen van de NMG. De contributie was bijvoorbeeld zo'n financieel probleem. Door de concurrentie, als gevolg van het grote aantal bestaande ziekenfondsen, kon de NMG de contributie niet veel verhogen. Belangrijker nog dan deze geldkwesties waren de

30. ARA (n. 7), archief NMG, inv. nr. 173, K17.
31. Archief NMG-afdeling Tilburg, gemeentearchief Tilburg, inv. nr. 7, 17-5-1912.

inhoudelijke gevolgen: de NMG haalde met het besluit nóg meer intercollegiale problemen in huis.

Voor specialisten kon het nieuwe stelsel van eigen en goedgekeurde ziekenfondsen de volgende consequenties hebben: een verwijsbriefje, beperking van specialismen, geen reservering voor de honoraria van specialisten en zélfs (in kleine ziekenfondsen) helemaal geen specialistenhulp. De strijd tussen huisartsen en specialisten laaide echter vooral op door de manier waarop de NMG de honorering van de eigen en goedgekeurde ziekenfondsen collectief regelde. Er werd een stelsel van bepalingen over de verdeling van de honoraria ingevoerd, dat in de afdelingen vrijwel niet zonder conflicten tussen huisartsen en specialisten was op te lossen.

In principe honoreerden de ziekenfondsen de poliklinische hulp. In de praktijk zaten daaraan voor de specialisten allerlei beperkingen vast. Er werd een 'specialistenpot' ingesteld voor de betaling van de poliklinische hulp. Het ziekenfondsbestuur stortte het totale bedrag dat in een jaar voor de specialistenhulp beschikbaar was, op de rekening van bijvoorbeeld de voorzitter van de plaatselijke specialistenvereniging die het geld onder de specialisten moest verdelen. Dit gaf de nodige strubbelingen, want meestal was het geld in de loop van het jaar al op, zodat gemiddeld slechts vijftig tot zeventig procent van de declaraties werd uitbetaald.[32]

Voor specialisten was de zogenaamde verdeelsleutel het grootste bezwaar van dit beleid. Alvorens er sprake kon zijn van een specialistenpot moesten huisartsen en specialisten het eerst eens worden welk percentage van het totaal voor honoraria beschikbare bedrag voor de huisartsen was en hoeveel de specialisten kregen. Dit was niet bevorderlijk voor de toch al gespannen verhouding tussen de plaatselijke huisartsen en specialisten. Specialisten hadden – zeker als een verhoging van de tarieven van de specialisten ten koste ging van die van de huisartsen – weinig kans op een redelijke verdeelsleutel. In de praktijk kwam dit veel voor, want de honoraria waren veelal de sluitpost van de ziekenfondsbegroting en zonder contributieverhoging kon de post voor de honoraria niet worden verhoogd. In kleine NMG-afdelingen, waar slechts enkele specialisten waren gevestigd, verliep de verdeling van de honoraria meestal wel in goed overleg, maar in veel van de grotere afdelingen veroorzaakte dit conflicten. In Amsterdam bijvoorbeeld vielen de specialisten van het ene conflict in het andere met de huisartsen en met het grote Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam (AZA). De afdeling voerde de verdeelsleutel, die de NMG voor specialisten redelijk achtte, niet in en gaf evenmin een volledige vergoeding voor de ingediende declaraties voor de poliklinische hulp.

De activiteiten van de NMG op het gebied van de ziekenfondsen hadden voor specialisten voornamelijk nadelige neveneffecten. De instelling van het conflictgevoelige honoreringssysteem was bedoeld om te voorkomen dat werklieden over het loon van ziekenfondsartsen beslisten en hen uitbetaalden. In de nieuwe constructie hoefde volgens de NMG het ziekenfondsbestuur het geld niet meer uit te keren, maar 'als het ware de NMG-leden zelf'.[33] Dat was voor een deel van de specialisten nogal betrekkelijk, omdat voorheen dergelijke ziekenfondsen hen helemaal niet betaalden. Zolang specialisten geen positie in een ziekenfonds hadden, kregen de patiënten óf gratis hulp in de polikliniek óf zij betaalden wel en declareerden dat vervolgens bij hun ziekenfonds. Het belang dat huisartsen hechtten aan

32. ARA (n. 7), archief NMG inv. nr. 188, P 28 en inv. nr. 274.

33. Ch.F. Schreve, 'Handelingen van de 65e algemeene vergadering van de NMG', *NTvG* 58 II (1914) 1197-1404, m.n. 1278.

een niet-ondergeschikte positie aan de fondsen speelde voor specialisten niet. Specialisten vonden dat zij helemaal geen positie in welk fonds dan ook hadden, en zij ambieerden dat ook volstrekt niet. De strijd die de NMG tegen de ziekenfondsen voerde, was voor hen derhalve nauwelijks relevant.

Samenvatting

In dit artikel is een aantal processen besproken die in Nederland in de periode 1890-1920 het ontstaan van medische specialismen hebben begeleid. 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 de specialismen zouden hebben gehad. In werkelijkheid heeft geen van deze factoren de ontwikkeling kunnen tegenhouden, zodat in 1920 sprake is van een gevestigde stand van specialisten.

Er zijn verschillende groepen actoren te onderscheiden die zowel op centraal als op plaatselijk niveau de ontwikkelingsgang hebben beïnvloed. De belangrijkste groepen zijn de specialisten, de NMG, de huisartsen, de ziekenfondsen en de overheid. De specialisten zijn onder te verdelen naar de aard van hun specialisme, maar er is ook een tweedeling mogelijk op grond van hun belangen in een groep reeds gevestigde specialisten en nieuwkomers.

De NMG behartigde vooral de belangen van de huisartsen die het grootste deel van de leden uitmaakten. Bij de ziekenfondsen bestonden eveneens twee groepen, namelijk de fondsen die door de NMG waren goedgekeurd en die dat niet waren. De oprichting van eigen ziekenfondsen door de NMG maakte de relatie tussen specialisten en ziekenfondsen zeer complex.

De overheid, waarbij onderscheid kan worden gemaakt tussen de landelijke en de plaatselijke overheid, heeft in deze fase niet concreet ingegrepen in de ontwikkelingen. Dreiging van voor medici nadelige wetgeving heeft binnen de NMG wel tot maatregelen geleid ten einde de belangen van met name de huisartsen veilig te stellen.

SUMMARY

The position of medical specialists in the Netherlands (1890-1920)

At the end of the nineteenth century medical specialists came to the fore. In the larger cities they started to establish so-called dispensaries – clinics, not attached to hospitals – for medical aid of the poor. In this specialists differed from general practitioners, the GPs. With these dispensaries the specialists emphasized their own specific knowledge and skills in the treatment of patients with complaints in the field of their specialization. So, the specialists created an infrastructure which met the patients' specific requirements.

Patients and municipal corporations were enthusiastic about it. The specialists needed the support, since the Dutch Medical Association [the *Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst* (NMG)] gave them no support at all. The most important

group within the *NMG*, the GPs, felt that specialization threatened their sources of income and challenged their competence. Circa 1900 the GP was THE doctor for all categories of patients. Specialists, clearly recognisable by patients, disturbed this traditional structure.

The *NMG* reacted on this new phenomenon of specialization either passively, or repressively. In theory the Association resigned itself to specialization as an inescapable result of the increased knowledge and more advanced technology. In practice, however, it was very reluctant in accepting it. There was no fundamental discussion about specialization within the Association. Recognition of a specialism depended mainly on the extent to which it threatened the practice of the GP.

Within the *NMG* the most significant result of the differentiation of the medical profession was an internal struggle. This struggle escalated when in 1902 the Association introduced a 'National Health Service' system. On the one side, this policy created possibilities of taking action against those sections of other insurers for medical aid of the poor, on the other hand of taking repressive action against specialists. It follows that local branches could, among other things, exclude certain specialisms from the collective national health contracts, and introduce a doctor's referral for the national health patients.

However, specialists depended on the national health patients to establish their claim on professional skill. This was not only based on greater knowledge than the GP's, but a specialist had also more experience. Until 1920 specialists needed a large number of national health patients to build up their experience. That made the introduction of the doctor's referral a threat to specialists.

The introduction of a collective cashing in of the national health fees was another part of the policy of the *NMG*. It not only consumed time and energy, but also caused a lot of conflicts between the local GPs and the specialists. Thus the attention was diverted from the national health struggle, and replaced bij an internal 'struggle' between GPs and specialists.