

DE OPKOMST EN CONSOLIDERING VAN MEDISCHE SPECIALISTEN IN BELGIË (1857-1957)

- Ineke Meul & Rita Schepers -

In de 19^{de} eeuw werd het Belgische medische beroep voor het eerst geconfronteerd met de opkomst van medische specialismen. Dit had gevolgen voor zijn organisatie en structurering. Deze evolutie voltrok zich gelijktijdig met de toenemende interesse van de regering in de gezondheidszorg en met de opkomst van de ziekenfondsen, wat uiteindelijk zou leiden tot de invoering van een verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering in België in 1944. Ondertussen groeide het medische korps uit tot een gespecialiseerde professie. Ondanks het feit dat medische specialisering een belangrijk element vormde in de ontwikkeling van de moderne geneeskunde en in de totstandkoming van de Belgische gezondheidszorg is er nog maar weinig onderzoek gedaan naar het professionaliseringsproces van de medische specialisten in België¹. Dit artikel wil een aanzet geven tot het opvullen van deze lacune door het historische proces dat leidde tot de wettelijke erkenning van medische specialisten in België in kaart te brengen. Op basis van theorieën uit de sociologie kan het professionaliseringsproces van de Belgische medische specialisten beschouwd worden als het resultaat van onderhandelingen tussen algemeen geneeskundigen, specialisten en de overheid.

I. Algemeen theoretisch kader & situering

In de sociologie werd er reeds uitvoerig onderzoek gedaan naar het ontstaan en de opkomst van professies². Een professie is een beroepsgroep die gespecialiseerd werk uitoefent gebaseerd op theoretische kennis en kunde. De leden van de professie bepalen zelf de inhoud, de voorwaarden en de doelstellingen van hun werk. Ze zijn zelf verantwoordelijk voor de arbeidsverdeling binnen hun werkdomein en zullen hun professie afschermen van de buitenwereld

door het controleren van de diplomering en de erkenning van hun leden. Vele sociologen zien het artsenberoep als hét prototype van een professie³. Of zoals Freidson stelde : “*if anything is a profession, it is contemporary medicine*”⁴. Essentiële eigenschappen van een professie, zoals : zelfregulering, autonomie en controle over de toegang tot de professie, worden door de medische professie nagestreefd omdat deze volgens de artsen noodzakelijk zijn om hun beroep naar behoren te kunnen uitoefenen⁵.

Het professionaliseringsproces van een beroep is het proces dat wordt doorgemaakt

1. Ondanks het feit dat medische specialismen vandaag een belangrijk deel uitmaken van de moderne geneeskunde is er nog maar weinig onderzoek gedaan naar het specialiseringsproces. Rosen was de eerste onderzoeker die de ontwikkeling van medische specialismen in zijn geheel ging bestuderen. Hoewel hij ook gebruik maakte van een typevoorbeeld, namelijk : de oftalmologie (GEORGE ROSEN, *The specialization of medicine with particular reference to Ophthalmology*, New York, 1944). Later verschenen er ook nationale studies van het medische specialiseringsproces : over Groot-Brittannië (ROSEMARY STEVENS, *Medical practice in modern England. The impact of Specialization and State Medicine*, New Haven, 1966); over de Verenigde Staten (ROSEMARY STEVENS, *American Medicine and the Public Interest*, Los Angeles, 1998); over Duitsland (HANS-HEINZ EULNER, *Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes*, Stuttgart, 1970); over Scandinavië (ARNOLD J. HEIDENHEIMER, “Organized medicine and physician specialization in Scandinavia and West Germany”, in *West European Politics*, 1980); over Nederland (ALICE JUCH, *De medisch specialisten in de Nederlandse gezondheidszorg, hun manifestatie en consolidatie, 1890-1941*, Rotterdam, 1997). Het meest recente wetenschappelijk werk dat handelt over medische specialisering : GEORGE WEISZ, *Divide and Conquer : A Comparative History of Medical Specialization*, Oxford, 2006. 2. Basiswerken die handelen over de professiesociologie zijn : ROBERT DINGWALL, *Essays on professions*, Farnham UK, 2008; RITA SCHEPERS, *Artsen in gebreke : zelfregulering door het medisch beroep*, Leuven, 2008; JONATHAN GABE, MIKE BURY, MARY ANN ELSTON, *Key concepts in medical sociology*, Thousand Oaks, 2004; ANDREW ABBOTT, *The system of professions : an essay on the division of expert labor*, Chicago, 1988; ID., “The Order of Professionalization : An Empirical Analysis”, in *Work and Occupations*, 1991, p. 355-384. 3. ID., *The system of professions...*; ROBERT DINGWALL & PHILIP LEWIS, *The sociology of the professions. Lawyers, Doctors and others*, London, 1983; JULIA EVETTS, “The Sociology of Professional Groups : New Directions”, in *Current Sociology*, 2006, p. 133-143; ELIOT FREIDSON, *Profession of Medicine : a study of the sociology of applied knowledge*, New York, 1975; EVERETT HUGHES, *Men and their work*, 1958; MAGALI LARSON, *The Rise of Professionalism : a sociological analysis*, California, 1977; GEORGE ROSEN, *The specialization of medicine...*; ROSEMARY STEVENS, *Medical practice in modern England...* 4. ELIOT FREIDSON, *Profession of Medicine : a study of the sociology of applied knowledge*, New York, 1975, p. 5. 5. ROB FLYNN, “Clinical governance and governmentality”, in *Health, risk & society*, nr. 4, 2002 (2), p. 155-173; RITA SCHEPERS, *Artsen in gebreke...*

in het streven naar professionele aspiraties, zoals : zelfregulering, autonomie en wettelijke erkenning⁶. Dit proces bestaat uit verschillende fasen : de oprichting van een beroepsvereniging, de inrichting van onderwijs, en het verkrijgen van een wettelijk erkende beroepstitel met daaraan gekoppelde, exclusieve bevoegdheden⁷. De professionele doelstellingen van een beroep kunnen enkel verworven worden door onderhandelingen met de overheid⁸. Immers, deze onderhandelingen : *"allow the profession to be a 'free' profession, even though dependent upon the state for establishing and sustaining this autonomy"*. Inderdaad, de autonomie en zelfregulering die de artsen beogen, kan enkel worden toegekend door de overheid. Dit leidt tot een moeilijke evenwichtsoefening tussen enerzijds de professionele doelstellingen en anderzijds het inwilligen van de wensen van de overheid, die vaak niet overeenstemmen⁹.

Binnen de sociologie is er al veel onderzoek gedaan naar het professionaliseringsproces van beroepen. Professies worden in deze onderzoeken beschouwd als een homogene groepering die bestaat uit leden met dezelfde belangen en doelstellingen. Maar in de praktijk zijn professies vaak allesbehalve homogeen en gaan er doorheen de tijd nieuwe segmenten ontstaan binnen een professie met elk hun eigen belangen en objectieven¹⁰. Deze nieuwe segmenten, zoals de specialismen binnen de medische professie, ontstaan

binnen een professie met al afgebakende bevoegdheden. De segmenten willen zelf ook bevoegdheden verkrijgen binnen het gesloten werkveld van de al bestaande professie. Maar beschikken vaak niet over de nodige middelen of macht om hun belangen te verdedigen en hun wensen uit te drukken. Daardoor raken ze in de clinch met het dominante segment binnen de professie¹¹.

De interprofessionele strijd tussen verschillende segmenten binnen één professie staat centraal in een artikel van James Zetka. Deze socioloog ontwikkelde, op basis van een onderzoek naar de opkomst en de consolidering van gynaecologische oncologie als een erkend subspecialisme in de VS, een nieuwe theorie betreffende het professionaliseringsproces van een beroepssegment. Zijn nieuwe theorie verfijnt de onderhandelingsstheorie die de voorbije 30 jaar het onderzoek naar de professionalisering van medische specialisten domineerde. Deze theorie focust zich op de relatie binnen de professie tussen het segment van de professionele elite en het nieuwe segment dat wil professionaliseren. De oude onderhandelingsstheorie stelt dat het professionaliseringsproces uiteindelijk zal geaccepteerd worden door het dominante segment van de professie, omdat het positieve gevolgen heeft voor de hele professie. Maar Zetka stelde dat dit laatste niet altijd het geval was. Vaak betekende het professionaliseringsproces van

6. ROB FLYNN, "Clinical governance and...", p. 155, p. 166. 7. ANDREW ABBOTT, "The Order of Professionalization...", p. 355-384. 8. ELIOT FREIDSON, *Professionalism. The third logic*, Cambridge, 2001, p. 127-130. 9. ANNA BUCHNER-JEZIORSKA & JULIA EVETTS, "Regulating professionals: The Polish Example", in *International Sociology*, nr. 12, 1997, p. 62-64. 10. ELIOT FREIDSON, "How Dominant Are the Professions?", in FREDERIC HAFFERTY & JOHN MCKINLAY (red.), *The changing medical profession. An International Perspective*, New York, 1993, p. 58. 11. JAMES ZETKA, "Establishing specialty jurisdictions in medicine : the case of American obstetrics and gynecology", in *Sociology of Health & Illness*, nr. 33, 2011, p. 838.

een beroepssegment problemen voor de professie. Immers, het opkomende segment ging een deel van de bevoegdheden van de professie opeisen, waardoor het de kennis en de kunde van het dominante segment in vraag ging stellen. Daardoor kwam de '*raison d'être*' van de professie op de helling te staan¹².

Zetka vroeg zich dan ook af waarom een dominant segment binnen een professie zou instemmen met het inleveren van werk en bevoegdheden ten voordele van een nieuwe beroepssegment als dit geen voordelen had voor hen. Het antwoord op deze vraag moest volgens Zetka gezocht worden in de relatie tussen het dominante en het aanstormende beroepssegment. Uit zijn onderzoek bleek dat een bedreigende derde partij de onderhandelingen tussen de beroepssegmenten zullen beïnvloeden en vaak in een definitieve plooi leggen. Immers, de dreiging die uitgaat van de derde partij zou de segmenten aansporen om tot een vergelijk te komen¹³.

In dit explorerend onderzoek staat de vraag centraal hoe de medische specialisten in België zich gingen professionaliseren. Is hun professionaliseringsproces vergelijkbaar met dat van de algemeen geneeskundigen? Door deze centrale vraag te beantwoorden wil dit artikel bijdragen tot de geschiedschrijving van de Belgische medische professie. Verder wil deze analyse een bijdrage leveren aan de professiesociologie door het historisch proces te toetsen aan bestaande theorieën over professionalisering. De vraag die gesteld wordt, is : gaan de algemeen geneeskundigen

de medische specialisten uiteindelijk aanvaarden als een professioneel segment van de medische professie, zoals wordt gesteld in de oude onderhandelingstheorie? Of is er, zoals Zetka stelt, sprake van een dreigende derde partij in de Belgische casus?

Het voorliggende onderzoek start in de tweede helft van de 19^{de} eeuw, wanneer de eerste beroepsverenigingen van specialisten het levenslicht zagen en eindigt in 1957 toen de medische specialismen wettelijk erkend werden in België. Publicaties van verschillende beroepsverenigingen van geneesheren werden geraadpleegd. Deze bieden zowel voor- als nadelen. Deze bronnen met een syndicale retoriek bemoeilijken een objectieve analyse, maar geven tegelijkertijd ook een uniek inzicht in het professionaliseringsproces van de specialisten. Door aanvullend gebruik te maken van andere primaire en secundaire bronnen komen ook de andere actoren, die van belang waren in het professionaliseringsproces van de specialisten, aan het woord.

II. De eerste beroepsverenigingen (1857-1929)

Een cruciaal moment in het professionaliseringsproces van de medische specialisten in België was de oprichting van de eerste beroepsverenigingen voor specialisten. De eerste vereniging werd in 1857 opgericht door de anatoompathologen. Andere medische specialismen traden snel in hun voetsporen: psychiaters (1869), artsen verantwoordelijk voor de openbare hygiëne en administratie

12. *Idem*, p. 837-852. 13. *Ibidem*.



In de negentiende eeuw zagen de artsen in kwakzalvers een groot gevaar. Vooral op het platteland vonden kwakzalvers grote aanhang. (Schilderij Kwakzalver in het dorp uit 1872 van de leperse kunstenaar Théodore Ceriez, Stedelijk Museum leper)

in de gezondheidszorg, gynaecologen en verloskundigen (1889), neus-, keel- & oorartsen (1890), chirurgen (1892), oftalmologen (1896), stomatologen (1900), dermatologen (1901), bedrijfsartsen (1903), radiologen (1906) en sociaal geneeskundigen (1913). Het doel van deze lokale verenigingen was het samenbrengen van specialisten van hetzelfde kennisdomein. Men kan stellen dat de oprichting van deze verenigingen de eerste manifestatie was van medische specialismen in België¹⁴.

De opkomst van de verschillende specialistische beroepsverenigingen was de algemeen geneeskundigen niet ontgaan. Dat bleek bijvoorbeeld uit het feit dat de specialistische beroepsverenigingen lid mochten worden van de in 1863 opgerichte *Fédération médicale belge* (FMB). Dit was de eerste nationale artsvereniging die alle, vooral regionale, beroepsverenigingen van artsen in België wilde samenbrengen om zo de belangen van de artsen te verdedigen. Hoewel de specialistische beroepsverenigingen mochten toetreden tot de FMB hadden ze wel minder rechten dan de andere aangesloten beroepsverenigingen. Zo mochten zij bijvoorbeeld niet evenveel vertegenwoordigers afvaardigen in de algemene vergadering van de FMB¹⁵. Waarom er zo een duidelijk onderscheid werd gemaakt

tussen de verenigingen van de algemeen geneeskundigen en die van de specialisten, blijft vooralsnog onduidelijk. Waarschijnlijk voelden de algemeen geneeskundigen zich bedreigd door de komst van de specialisten die hun beroepsdomein betraden en de eenheid van het artsencorps in gevaar brachten. Wat wel zeker was is dat deze discriminatie voor ongenoegen zorgde bij de specialisten dat jaren later zou resulteren in de oprichting van een federatie voor specialistische beroepsverenigingen.

De artsen, zowel de algemeen geneeskundigen als de medische specialisten, ressorteerden gedurende de hele 19^{de} eeuw onder het toezicht van het ministerie van Binnenlandse zaken. Voor 1870 beperkte de overheid zich op het gebied van gezondheidszorg tot het bestrijden van epidemieën. Wat betreft de organisatie van het medisch onderwijs en de uitoefening van de geneeskunde liet de minister zich bijstaan door de in 1841 opgerichte *Académie royale de Médecine de Belgique* (verder Academie)¹⁶.

Het unionisme – het bondgenootschap tussen liberale en katholieke, politieke machten dat leidde tot de Belgische onafhankelijkheid – hield stand tot 1846. Een jaar later won de Liberale Partij de verkiezingen. In 1869 werd het Verbond van Katholieke Kringen en

14. RITA SCHEPERS, "Om de eenheid van de medische beroepen. Het debat over de specialisatie in België (1900-1940)", in LODEWIJK C. PALM, GEERT VANPAEMEL & FRANS H. VAN LUNTEREN (red.), *De Toga om de Wetenschap. Ontwikkelingen in het hoger onderwijs, in de geneeskunde, natuurwetenschappen en techniek in België en Nederland (1850-1940)*, Rotterdam, 1993, p. 155-156. 15. Statuts Fédération médicale belge, 1864-1911 (Algemeen Rijksarchief, *Fédération médicale belge*, nr. 1). 16. RITA SCHEPERS, *De opkomst van het medisch beroep in België : de evolutie van de wetgeving en de beroepsorganisaties in de 19^{de} eeuw*, Amsterdam, 1989, p. 83-87.

der Conservatieve Verenigingen opgericht. Tot dan hadden de liberalen de touwtjes in handen gehad. De oprichting van de eerste Belgische Katholieke partij zorgde echter voor het oplaaien van de strijd tussen liberalen en katholieken. Vooral de onderwijspolitiek was een bron van onrust tussen beiden. Deze schoolstrijd werd uiteindelijk gewonnen door de katholieken, die op lokaal en regionaal vlak steeds sterk hadden gestaan. De katholieken wonnen kort daarna, in 1884, de nationale verkiezingen en zouden de volgende 30 jaar de opeenvolgende regeringen domineren¹⁷.

Kort na hun verkiezingszege werden de Katholieken geconfronteerd met de oprichting van de Belgische Werkliedenpartij in 1885. De opkomst van de arbeidersbeweging was het resultaat van de uitbreiding van het stemrecht, maar ook van de aanhoudende economische malaise die de Belgische industrie in de tang hield. Deze crisis leidde tot arbeidersmanifestaties. In 1886 escaleerde een dergelijke betoging in Luik tot een ware arbeidersopstand die bloedig werd onderdrukt door het leger. Ondanks de harde repressie was de boodschap van de arbeiders aangekomen bij de politieke elite. De Katholieke Partij ging daarom actief op zoek naar een oplossing om het ongenoegen van de arbeiders te kanaliseren. Om enerzijds de situatie van de arbeiders te verbeteren, maar ook omdat ze de hete, electorale adem van de

Belgische Werkliedenpartij (BWP) in hun nek voelden. Op de congressen van de Katholieke Partij, in navolging van de opstand van 1886, groeide de idee van een invoering van een verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, zoals in Duitsland al gebeurd was. Deze verzekering zou de voornaamste zorgen van de arbeiders moeten wegnemen¹⁸.

Maar van deze ambitieuze doelstelling was weinig terug te vinden in de nieuwe wet op de ziekenfondsen van 23 juni 1894¹⁹. Immers het verzekeringssysteem dat in 1894 het levenslicht zag, was gebaseerd op een vrijwillige verzekering georganiseerd door vrije ziekenfondsen. De ziekenfondsen konden rekenen op subsidies mits erkenning door de overheid. Er was dus sprake van de invoering van een 'gesubsidieerde vrijheid'. Naast gelden van de nationale overheid konden de ziekenfondsen aanspraak maken op financiële middelen van de provincies en gemeenten. Verder verkregen de erkende ziekenfondsen rechtspersoonlijkheid en een vrijstelling van belastingen. De verplichtingen waaraan men moest voldoen om erkend te worden waren beperkt tot het indienen van statuten die in overeenstemming met de wet en tot het jaarlijks voorleggen van de rekeningen. De wet op de ziekenfondsen van 1894 was gebaseerd op een compromis tussen de Katholieke Partij en de BWP, maar liet beide partijen op hun honger. In 1898

17. J[AN] C.H. BLOM & E[MIEL] LAMBRECHTS, *Geschiedenis van de Nederlanden*, Baarn, 2004.

18. GRIET VAN MEULDER, "Mutualiteiten en ziekteverzekering in België (1886-1914)", in *Belgische Tijdschrift voor Nieuwste Geschiedenis*, 1997, nr. 1-2, p. 83-84. 19. Sociale Voorzorg & Zekerheid, Ziekte- en invaliditeitsverzekering. Rapporten Parlementaire Werkgroep (1961) en Koninklijk Commissaris Petit (1976), Activiteitenverslag, Administratie van de Sociale Voorzorg en de Sociale Zekerheid (1959-1971), brochures, krantenknipsels. 1961; 1964; 1966; 1972; 1975-1976. Kamer van Volksvertegenwoordigers, zitting van 26 mei 1976, Verslag over de Ziekte en Invaliditeitsverzekering (ZIV) voorgesteld door Koninklijk Commissaris Petit, 26.5.1976 (KADOC, *Archief Houben*, nr. 250.2).



De toenemende macht en invloed van de mutualiteiten in de eerste helft van de twintigste eeuw was een belangrijke factor van inmenging door de overheid en werd door de geneesheren-specialisten vaak als een beperking van hun vrijheid ervaren. (Affiche Christelijke Mutualiteit, KADOC en foto 1-mei optocht in Oostende jaren 1930, AMSAB)

kwam er al een bijsturing van de wet van 1894. Hoewel beide wetten ongetwijfeld een vooruitgang betekenden voor de Belgische gezondheidszorg waren zowel de politieke wereld als de ziekenfondsen teleurgesteld over de nieuwe wetgeving²⁰.

Bij het begin van de 20^{ste} eeuw werd het medisch korps geconfronteerd met verschillende problemen. Allereerst maakten de artsen zich zorgen over de toenemende macht van de ziekenfondsen. Deze fondsen zagen hun ledenaantal in die tijd verdrievoudigen. Hun macht nam exponentieel met hun aangroei toe. Maar er was ook een keerzijde aan de medaille. Immers het groter wordend ledenaantal zorgde voor organisatorische problemen. De fondsen waren steeds meer genoodzaakt om samen te werken en werden hiertoe ook gestimuleerd door subsidies. Deze samenwerkingsverbanden zouden leiden tot het ontstaan van de landsbonden van ziekenfondsen die vandaag de dag nog steeds bestaan : de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (LCM) (1906), de Nationale Vereniging der Onzijdige Mutualistische Bonden (1908), Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten (NVSM) (1913), de Nationale Bond der Liberale Mutualiteitsfederaties van België (1914) en tot slot de Landsbond van de Federaties der Beroepsmutualiteiten van België (1920)²¹.

Daarnaast was er een overaanbod aan medische verstrekkers, wat hun professionele

en economische positie in gevaar bracht. Tenslotte zorgde de markante vooruitgang van de medische wetenschap niet enkel voor de komst van medische specialisten, maar ook voor een grotere belangstelling van de regering in de gezondheidszorg. Zo diende bijvoorbeeld Katholiek minister Paul Berryer in 1912 een wetsontwerp in dat tot doel had het toezicht op de uitoefening van de geneeskunde te moderniseren en de organisatie van de openbare gezondheidszorg te vereenvoudigen. De artsen vreesden de verstaatsing van de gezondheidszorg en van de geneeskunde. Deze vormden obstakels voor de plannen van de minister²². Dit alles leidde tot een paradoxale situatie. Enerzijds vreesde de artsen de toenadering van de overheid, want zij bedreigde de jurisdictie van de artsen. Anderzijds zorgde het nieuwe contact tussen de overheid en de artsen ervoor dat de belangen van de basis van de artsen voor het eerst echt werden behartigd²³. Ondertussen werden de ziekenfondsen en de overheid in de tijdschriften van de medische beroepsvereniging afgeschilderd als bedreigingen voor de bevoegdheden van het medische beroep. Het creëren van gemeenschappelijke vijanden was een strategie van de medische beroepsvereniging om de eenheid binnen de professie te bevorderen. Deze strategie zou ook later nog worden gehanteerd.

De Eerste Wereldoorlog betekende schaarste en ontbering voor de Belgische bevolking. In

20. KAREL VERAGHTERT & BRIGITTE WIDDERSHOVEN, *Twee eeuwen solidariteit : de Nederlandse, Belgische en Duitse ziekenfondsen tijdens de negentiende en twintigste eeuw*, Amsterdam, 2002, p. 87-88. 21. RITA SCHEPERS, "The Belgian medical profession, the order of physicians and the sickness funds (1900-1940)", in *Sociology of Health & Illness*, nr. 3, 1993, p. 377-380; KAREL VERAGHTERT & BRIGITTE WIDDERSHOVEN, *Twee eeuwen solidariteit...*, p. 90-92. 22. KAREL VELLE, "De Centrale Gezondheidsadministratie in België voor de oprichting van het eerste Ministerie van Volksgezondheid", in *Belgische Tijdschrift voor Nieuwste Geschiedenis*, 1990, nr. 1-2, p. 184-187. 23. RITA SCHEPERS, *De opkomst van het medisch beroep in België...*, p. 208-210.

politieke kringen bereidde men ondertussen de naoorlogse periode voor. De partijen waren het er over eens dat de heropbouw van het land diende te geschieden door een regering van nationale eenheid. Deze regering werd gedomineerd door zes vertegenwoordigers van de Katholieke partij, en bestond verder uit drie liberalen en drie leden van de BWP. Deze laatste partij zou voor het eerst deel uitmaken van de regering. Daarnaast werd er besloten om na de oorlog het enkelvoudig stemrecht in te voeren voor mannen, als teken van erkentelijkheid naar het volk toe. De invoering van het enkelvoudig stemrecht deed coalitieregeringen ontstaan. Door het nieuwe kiessysteem werd de maatschappelijke pluraliteit voortaan beter weerspiegeld in het politieke bestel. Deze diversiteit kwam ook tot uiting in de institutionele uitbouw van andere organisaties, zoals de ziekenfondsen²⁴.

Het einde van de oorlog had de onopgeloste kwesties in het overheidsbeleid betreffende gezondheid blootgelegd. Een actief overheidsingrijpen en een integratie van de versplinterde gezondheidsbevoegdheden was meer dan ooit wenselijk. Ook de idee inzake de invoering van een verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, die al bestond voor de Eerste Wereldoorlog, werd weer opgevest. Alle betrokken actoren – de politieke partijen,

de ziekenfondsen en de artsen – waren het eens over de noodzaak van een verzekering. Maar over de organisatie en de inhoud van deze verzekering bestond er geen consensus. Zo waren de artsen bereid mee te werken aan deze verzekering, op voorwaarde dat ze inspraak kregen in de organisatie van deze verzekering en dat hun professionele verworvenheden, zoals : de vrije keuze van de geneesheer door de patiënt en betaling per prestatie, behouden bleven²⁵.

Maar de debatten betreffende deze verzekering werden gedomineerd door de uiteenlopende visies van de socialisten en de katholieken over deze materie. Beide partijen waren het eens over het belang en de noodzaak van zo een verzekering, maar over de structuur of de inhoudelijke uitwerking bestond er allesbehalve een consensus. De katholieken wilden het systeem van de verplichte verzekering combineren met het behoud van de vrije keuze van het eigen ziekenfonds. Terwijl de socialisten voorstander waren van de oprichting van een apolitieke eenheidsmutualiteit onder staatscontrole²⁶. Ondanks het feit dat er in deze periode verschillende wetsontwerpen werden ingediend betreffende de instelling van een verplichte Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (ZIV), zou het nog duren tot 1944 alvorens deze verzekering het licht zou zien²⁷.

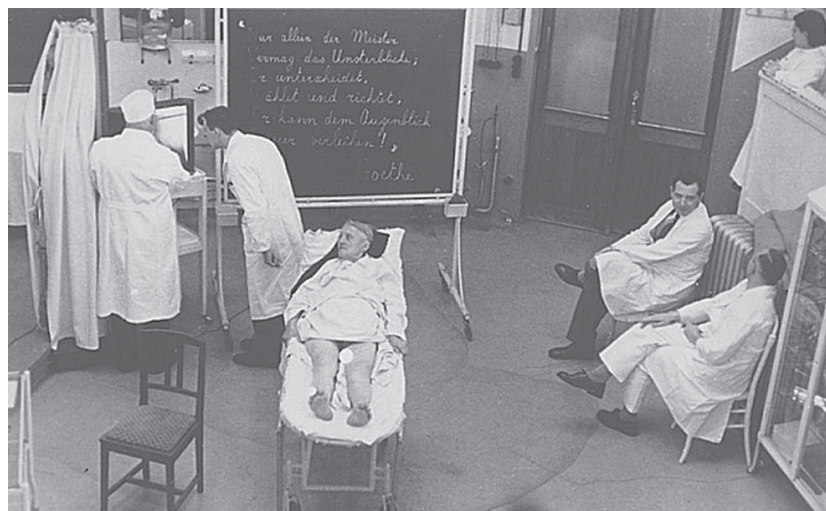
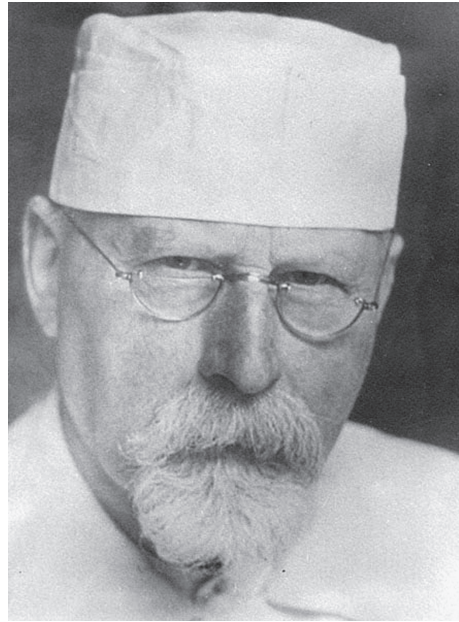
24. MARC REYNEBEAU, *Een geschiedenis van België*, Tielt, 2003, p. 197-251. 25. DAMAN, "Le service médical des assurances sociales", in *Le Scalpel. Revue belge des Sciences médicales*, nr. 4, 24.1.1920, p. 91. 26. RITA SCHEPERS, "The Belgian medical profession...", p. 377. 27. In 1925 was er het wetsontwerp Pécher, maar dit voorstel stuitte op verzet van zowel de christelijke als de socialistische mutualiteiten. Twee jaar later diende volksvertegenwoordiger Hendrik Heyman een voorstel in. Hij probeerde het in 1929 nog eens, maar dan als minister van Nijverheid, Arbeid en Sociale Voorzorg. Nog in dat jaar diende Arthur Jauniaux, voorzitter van de NVSM, een eigen wetsvoorstel in. De laatste poging was van de liberaal Devèze in 1931. Ondanks de politieke consensus over de noodzaak van een verplichte ZIV, kon geen enkel ontwerp rekenen op een parlementaire meerderheid [NELE JOOSTENS, *De totstandkoming van de wet tot instellingen en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering* (9 augustus 1963), Leuven, 2000, p. 23-24].

Terwijl de ziekenfondsen en de regering discussieerden over de ZIV kreeg de FMB af te rekenen met de opkomst van nieuwe artsenverenigingen die hun monopolie op het verdedigen van de artsenbelangen bedreigden²⁸. De differentiatie binnen de verenigingen van geneesheren was het gevolg van verschillende maatschappelijke evoluties. Zo werd in 1922 het Algemeen Vlaamse Geneesherenverbond (AVGV) opgericht. Het ontstaan van deze vereniging was het resultaat van de Vlaamse emancipatie die plaatsvond in heel de Belgische samenleving na de Eerste Wereldoorlog. Deze kwam binnen de FMB tot uiting in vele discussies over het Franstalige karakter van de FMB²⁹. De sluimerende ontevredenheid van de Vlaamse artsen binnen de FMB zou uiteindelijk leiden tot de oprichting van het AVGV. Ook de verzuiling van de maatschappij drong door tot de gelederen van het medische korps. In 1910 ontstond de vereniging van katholieke artsen³⁰. In 1923 werd de beroepsvereniging van socialistische geneesheren opgericht. Het doel van deze vereniging was de socialistische ideeën met betrekking tot gezondheidszorg ingang te doen vinden op beleidsniveau³¹. Toch bleef de FMB tot na de Tweede Wereldoorlog de belangrijkste geneesherenvereniging³².

Paul Govaerts, professor in de chirurgie aan de Leuvense universiteit en lid van de FMB, constateerde dat er meer en meer artsen voorstander waren van een regulering van de medische specialisering³³. Maar uit de debatten die in de jaren 1920 over dit onderwerp binnen de Academie en de FMB gevoerd werden, bleek dat deze materie het artsenkorps verdeelde³⁴. Daarom richtte de Academie in 1921 een commissie op die de hervorming van de opleiding geneeskunde moest bestuderen en zich tegelijkertijd over de specialistenkwestie zou buigen. Deze commissie kwam tot het besluit dat er geen specialistendiploma moest komen. Alle artsen moesten dezelfde opleiding genieten die hen in staat stelde om hun beroep op de best mogelijke manier uit te oefenen. De commissie, bij monde van dokters Zunz en De Harven, drukte daarnaast wel de wens uit dat elke universiteit, zoals dat al het geval was in Brussel en in Luik, een postuniversitaire opleiding zou inrichten voor medische specialisten. Deze opleiding zou facultatief zijn³⁵.

In 1923 was het de Gentse professor in de chirurgie, Fritz De Beule, die bij de Academie aandrong op een aparte opleiding voor de medische specialisten. Professor De Beule

28. RITA SCHEPERS, "The Belgian medical profession...", p. 382. **29.** "Assemblée générale statutaire du 2 avril de FMB", in *Le Scalpel...*, nr. 12, 25.3.1922, p. 227; "La question flamande à la FMB", in *Le Scalpel...*, nr. 15, 15.4.1922, p. 283-289; "La question flamande à la FMB", in *Le Scalpel...*, nr. 19, 13.5.1922, p. 363-369. **30.** KAREL VELLE, *De nieuwe biechtvaders : de sociale geschiedenis van de arts in België*, Leuven, 1991, p. 114. **31.** KAREL VAN ACKER, "Arthur Jauniaux en de medische beroepsverenigingen : een strijd om de controle over de artsen", in *Brood & Rozen. Tijdschrift voor de geschiedenis van sociale bewegingen*, 2000, nr. 3, p. 29-35. **32.** RITA SCHEPERS, "The Belgian medical profession...", p. 382-383. **33.** PAUL GOVAERTS, "Het diploma van specialist", in *De Belgische Geneesheer. Officieel blad van het Algemeen Belgisch Geneesherenverbond*, nr. 18, 31.10.1933, p. 378. **34.** RITA SCHEPERS, *De opkomst van het medisch beroep in België...*, 1989, p. 208; *Id.*, "Om de eenheid van de medische beroepen...", p. 158. **35.** M. ZUNZ, "Académie de médecine de Belgique : rapport de la commission chargée d'examiner les questions se rapportant à la réforme des études médicales", in *Le Scalpel...*, nr. 36, 3.9.1921, p. 739-741.



Professor Frederik (Fritz) De Beule (1880-1949), professor heelkunde aan de Universiteit Gent, was een groot ijveraar voor de erkenning van geneesheerspecialisten. Hij was tevens een man van cultuur : op het bord tijdens de les heelkunde staat een gedicht van Goethe. (Foto's Universiteitsarchief Gent)

was een fervent aanhanger van de invoering van zo een opleiding met een daar bijhorend diploma. Dat niet iedereen aanhanger was van zo een opleiding bleek, volgens dokter Dejace, uit de talrijke discussies binnen de Academie die volgden op deze voorstellen. Het ontbreken van een consensus over de organisatie en de inhoud van de opleiding, alsook het feit dat het ging om een zware investering voor een gering aantal op te leiden specialisten resulteerde in het feit dat er in 1930 nog steeds geen sprake was van een opleiding voor specialisten³⁶.

Bij gebrek aan een opleiding of een diploma voor medische specialisten waren de geneesheren, die zich wilden toewijden aan een bepaald domein van de geneeskunde, aangewezen op zichzelf om zich bij te scholen. Deze situatie leidde tot het bestaan van maar liefst drie verschillende soorten medische specialisten. Allereerst had men artsen die na het beëindigen van hun algemene opleiding zich gingen specialiseren door stage te lopen in een ziekenhuisdienst om daar een gereputeerde arts te assisteren. Een buitenlandse stage kon een aanvulling vormen op hun eerste stageperiode. Een tweede groep geneesheren ging zich specialiseren in een bepaalde tak van de geneeskunde door middel van zelfstudie. Een derde en laatste groep van dokters die zich gingen specialiseren werden door de andere artsen bestempeld als pseudospecialisten,

dit omwille van het feit dat zij zichzelf – na een minimale, bijkomende opleiding- gingen uitroepen tot specialist. Volgens de andere geneesheren zonder de nodige kennis en met als enige drijfveer economisch gewin³⁷.

III. Diploma of geen diploma: dat is de vraag (1929-1940)

Hoewel medische specialisering in de jaren 1930 werd beschouwd als noodzakelijk³⁸ was er nog steeds geen regulering van medische specialisten voorzien. Bovendien bedreigden valse specialisten zowel de volksgezondheid als de eerlijke geneesheren. Verder zorgde het specialistenvraagstuk voor steeds meer interne twisten binnen het medische korps. Om een einde te maken aan al deze problemen gooiden de Academie en de FMB alles in de strijd om het vraagstuk van de regulering van het specialiseringsproces voor eens en voor altijd op te lossen.

In 1929 deed de FMB haar eerste voorstel. De Federatie vond dat de toekomstige regulering van de specialisering in handen moest komen te liggen van een 'Orde der Geneesheren'. Deze Orde diende zo snel mogelijk te worden opgericht en zou bestaan uit leden van het medische korps verkozen door de geneesheren zelf³⁹. Later dat jaar besloot de FMB op het congres van de geneeskunde te Florenville over te gaan tot het bestuderen

36. L. DEJACE, "La réforme des études médicales", in *Le Scalpel* ..., nr. 8, 25.2.1922, p. 152; FRITZ DE BEULE, "Nota over het diploma van specialist", in *De Belgische geneesheer*..., nr. 20, 30.11.1933, p. 392; PAUL GOVAERTS, "Het diploma van specialist", in *De Belgische Geneesheer*..., nr. 18, 31.10.1933, p. 373- 375. 37. RITA SCHEPERS, "Om de eenheid van de medische beroepen...", p. 156-157. 38. "La clinique générale et spécialisation", in *Le Scalpel*..., nr. 24, 13.6.1931, p. 371. 39. *Bulletin der Koninklijke Academie van Geneeskunde*, nr. 5, 1932, p. 5.



De Brusselse chirurg-hoogleraar Antoine Depage aan de operatietafel, omringd door studenten in de genees-, heel- en verloskunde, Sint-Janshospitaal Brussel, begin twintigste eeuw. (Foto Archief OCMW Brussel)

van de reglementering van medische specialismen in het buitenland. Ondertussen vroeg het verbond van geneeskundige beroepsverenigingen van West-Vlaanderen, aangesloten bij de FMB, aan diezelfde Federatie om de reglementering met betrekking tot de titel van specialist uit te stellen tot dat alle aangesloten verenigingen hun advies hierover hadden kunnen uitbrengen. Maar de FMB leek niet meer te kunnen wachten. Op de algemene vergadering van de FMB van 28 december 1930 stelde de Brusselse professor en oogarts Henri Coppez zijn regulering van de medische specialismen voor. Coppez was één van de voornaamste pleitbezorgers van de titelbescherming voor specialisten⁴⁰. Volgens de Brusselse oogarts was er nood aan de introductie van een specialistenbrevet dat specialisten konden krijgen na het lopen van een stage in een erkend ziekenhuis. De duur van de stage zou per specialisme worden vastgelegd. Specialismen die in aanmerking moesten komen voor erkenning waren deze die opgenomen waren in de wet van 21 mei 1929 betreffende het hoger onderwijs. Het ging om heelkunde, kindergeneeskunde, oogheelkunde, neus-, keel- en oorkunde, dermatosyfillografie, psychiatrie, gynaecologie, urologie en fysiotherapie. De brevetten zouden per specialisme worden uitgereikt door nog op te richten commissies. De kandidaat-specialisten zouden in dit systeem geen examen moeten afleggen⁴¹. De FMB

stelde dat de leden van de algemene vergadering van 28 december voorstander waren van een officiële erkenning van de medische specialisten. Maar Lucien De Beco, internist en professor klinische praktijk aan de universiteit van Luik, wees er op dat uit de stukken van deze vergadering bleek dat de eensgezindheid over zo een erkenning ver te zoeken was⁴².

Ook de Academie bleef zoeken naar een oplossing voor de regulering van de specialismen. De meerderheid van de leden van de Academie waren de mening toegedaan dat het specialistenvraagstuk een onderwijskwestie was die opgelost kon worden door de invoering van een verplicht diploma en beschermde titel voor specialisten⁴³. Deze stelling werd binnen de Academie verdedigd door de Gentse professor De Beule, Leo Weekers, professor in de klinische praktijk aan de universiteit van Leuven, en professor Coppez⁴⁴. De opleiding zou bestaan uit een theoretisch en praktisch luik waarbij de nadruk moest liggen op de praktijk. Het praktisch gedeelte zou bestaan uit een stage die gelopen werd op een universitaire dienst of in een privéziekenhuis dat aangesloten was bij een medische faculteit. De duur van de stage was voor elk specialisme verschillend. De stageperiode kon eventueel aangevuld worden met een buitenlandse stage. Na de stage diende de kandidaat-specialist een

40. RITA SCHEPERS, "Om de eenheid van de medische beroepen...", p. 156. 41. HENRI COPPEZ & VAN WILDER, "La réglementation de l'exercice des spécialités médicales", in *Bulletin officiel. Revue mensuelle des intérêts moraux et matériels du corps médical belge*, nr. 1, 1931, p. 10-15; DURIJAU, "Het diploma van specialist", in *De Belgische Geneesheer...*, nr. 4, 28.2.1934, p. 78-84. 42. LUCIEN DE BECO, "Le diplôme de spécialiste", in *Le Scalpel* ..., nr. 17, 25.4.1931, p. 263. 43. *Ibid.*; LEO WEEKERS, "Enseignement universitaire pour spécialistes. Le certificat de spécialité", in *Le Scalpel* ..., nr. 18, 2.5.1931, p. 276-280. 44. FRITZ DE BEULE, "Le diplôme de spécialiste", in *Le Scalpel* ..., nr. 17, 25.4.1931, p. 259-264.

eindexamen af te leggen waar een jury zowel de theoretische als de praktische kennis van de specialist zou testen⁴⁵.

De jury zou bestaan uit vijf leden : een professor van de faculteit waar de student ingeschreven was, een professor van een andere faculteit of hoofd van een aangesloten dienst, het hoofd van de dienst van de stage en twee andere professoren. Alle juryleden werden aangeduid door de medische faculteit. Na de proeftijd en het slagen voor het examen kregen de afgestudeerden een officieel document als bewijs van de gevolgde opleiding. Dit diploma moest de kandidaat overmaken aan de geneeskundige commissie als bewijs van hun specialisering. Door de regeling konden schijnspecialisten in de toekomst bestraft worden. Specialismen waarvoor dit onderwijs zou worden ingericht waren : interne geneeskunde, algemene chirurgie, de verloskunde en gynaecologie, de kindergeneeskunde, de oftalmologie, de neus-keel en oorgeneeskunde, de dermatosyfilografie, de psychiatrie, de urologie, de gerechtelijke geneeskunde (hierover onenigheid tussen de artsen) en de radiologie⁴⁶.

De overgangsmaatregelen tussen de oude en de nieuwe regeling zouden zes jaar duren. Gedurende deze periode zouden houders van het diploma van doctor in de genees-, heel- en verloskunde het eindexamen van een specialisme mogen afleggen, zonder de nieuwe opleiding en de daarbij horende stage te moeten doorlopen. Door de nieuwe

regeling zouden enkel geslaagde artsen de titel van specialist kunnen voeren. Met andere woorden, de titel zou wettelijk beschermd zijn. Misbruik zou op dezelfde manier moeten worden bestraft als geneeskunde uitoefenen zonder geldig diploma. Tenslotte wenste de Academie dat de overheid ervoor garant zou staan dat in de toekomst de posten zoals die van hoofd van een ziekenhuisdienst, van een ziekenhuis, een polikliniek en soortgelijke instellingen enkel nog toekwamen aan erkende specialisten. Dit voorstel werd ingediend bij de minister van volksgezondheid en sociale voorzorg en de minister van onderwijs⁴⁷. Wat er van dit voorstel uiteindelijk geworden is, is niet geweten. Wel toonde het aan dat sommige artsen echt gebrand waren op de regulering van de medische specialisering.

Maar binnen de Academie waren er ook vurige tegenstanders van een specialistendiploma. Professor De Beco werd al snel het gezicht van de minderheid van de Academie die tegen het diploma was. De opposanten van het diploma vonden dat het doel van het vooropgestelde diploma moest verduidelijkt worden. Wilde men daarmee de technische bevoegdheid van sommige geneesheren erkennen, dan was er volgens professor Govaerts geen probleem. Maar als het huidige voorstel slechts een eerste stap was in een proces om te komen tot de wettelijke bekrachtiging van de specialist, dan kon de professor hiermee niet akkoord gaan. Immers, zo een diploma zou leiden tot twisten tussen de algemeen geneeskundigen en de specialisten en de ontwaarding van het

45. Amper een jaar na het voorstel dat Coppez indiende bij de FMB, waar hij tegen een examen voor specialisten was, pleitte hij bij de Academie voor de invoering van een examen voor kandidaat-specialisten. (DURIAU, "Het diploma van specialist", in *De Belgische geneesheer*., nr. 4, 28.2.1934, p. 78-79). 46. FRITZ DE BEULE, "Le diplôme de spécialiste", in *Le Scalpel* ..., nr. 17, 25.4.1931, p. 263. 47. Algemeen Rijksarchief, *Fédération médicale belge*, nr. 2087; *Bulletin der Koninklijke Academie van Geneeskunde*, nr. 5, 1932, p. 5-8.

statuut van de algemeen geneeskundigen, aldus de professor. Bovendien vermoedde professor De Beco dat de creatie van dit diploma een strategie was van de overheid om de verstaatsing van de geneeskunde door te drukken⁴⁸.

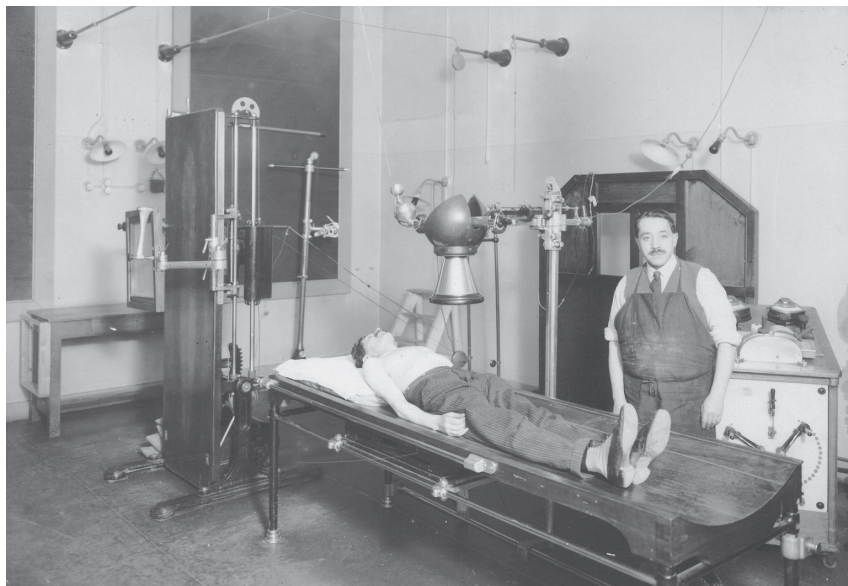
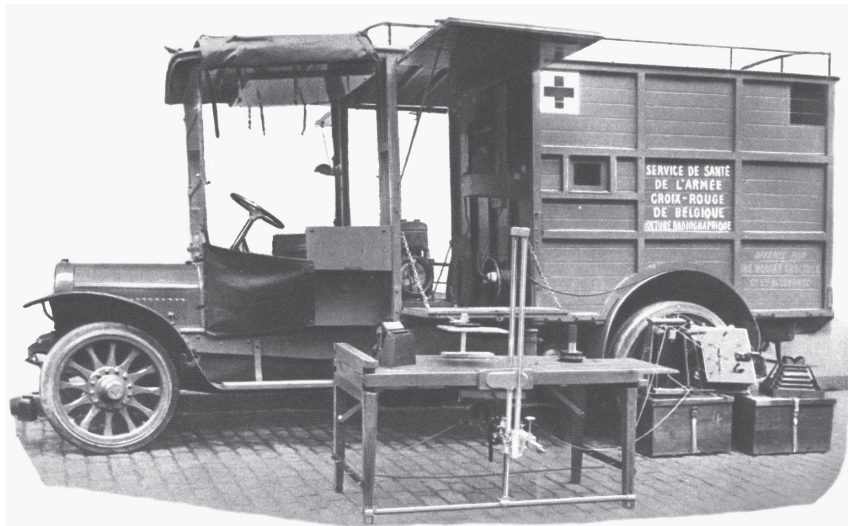
Daarenboven verwees Professor Govaerts naar een reeds bestaande titel voor gespecialiseerde artsen, namelijk die van '*specialen doctor*'. Deze was wettelijk beschermd en kon enkel gevoerd worden door artsen die een bijkomende opleiding hadden genoten⁴⁹. Deze opleiding kon weliswaar niet vergeleken worden met de titel en het diploma dat voorgesteld werd door de meerderheid van de Academie. Het ging hier om een academische graad, zo stelde professor Coppez. Ook professor De Beule vond het geen geschikt alternatief. Immers, de opleiding die aan deze graad verbonden was, bereidde de kandidaten voor op een loopbaan als hoogleraar, maar voldeed niet om medische specialisten op te leiden⁵⁰. Aangezien er een grote nood was aan specialisten zou dit systeem hoe dan ook ontoereikend zijn, stelde professor Coppez, een voorvechter van het specialistendiploma⁵¹. Professor Govaerts begreep de kritiek van professoren De Beule en professor Coppez op de opleiding. Maar alle aangehaalde problemen konden volgens professor Govaerts makkelijk verholpen worden door de inhoud

van de opleiding tot '*specialen*' doctor te hervormen. Voortaan zou de titel verleend kunnen worden na een proeftijd van een bepaalde duur in een ziekenhuis en na proeven die overeenstemmen met deze die voorgesteld worden in het ontwerp van de Academie. Verder zou het uitdrukkelijk moeten worden bepaald dat de titel aan zijn houder geen bijzonder rechten gaf betreffende de uitoefening van een specialisme. Het zou enkel getuigen van het verwerven van een wettelijk gecontroleerd meesterschap in zekere handelingen der geneeskunde die door alle artsen mogen worden uitgevoerd⁵².

Uit de discussies die gevoerd werden binnen de Academie bleek enerzijds dat er geen consensus was over de regulering van de specialismen en anderzijds werd het duidelijk dat de instelling worstelde met het overeenstemmen van de belangen van de algemeen geneeskundigen met die van de medische specialisten.

Vele leden van de FMB waren tegen het voorstel van de Academie om een diploma voor specialisten in te voeren. Dokter Herman Koettlitz, hoofdredacteur van *Le Scalpel* het tijdschrift van de FMB, en dokters Delchef, De Harven en Breyre waren ervan overtuigd dat zo een specialistendiploma de ondergang van de algemeen geneeskundige

48. LUCIEN DE BECO, "Nota van de minderheid der Commissie", in *De Belgische Geneesheer...*, nr. 18, 31.10.1933, p. 364-372; PAUL GOVAERTS, "Het diploma van specialist", in *De Belgische Geneesheer...*, nr. 18, 31.10.1933, p. 380-381; *Id.*, "Specialist of speciale doktor", in *De Belgische Geneesheer...*, nr. 2, 31.1.1934, p. 25-27. **49.** *Id.*, "Le diplôme de spécialiste", in *Le Scalpel ...*, nr. 43, 28.10.1933, p. 681. **50.** HENRI COPPEZ, "Het diploma van specialist – eenige overwegingen", in *De Belgische Geneesheer...*, nr. 21, 15.12.1933, p. 446; PAUL GOVAERTS, "Specialist of speciale doktor", in *De Belgische Geneesheer...*, nr. 2, 31.1.1934, p. 27-28. **51.** HENRI COPPEZ, "Het diploma van specialist – eenige overwegingen", in *De Belgische Geneesheer...*, nr. 21, 15.12.1933, p. 449. **52.** PAUL GOVAERTS, "Specialist of speciale doktor", in *De Belgische Geneesheer...*, nr. 2, 31.1.1934, p. 27-28.



De radiologie is een tak van de geneeskunde die tijdens de Eerste Wereldoorlog een sterke ontwikkeling kende bij de behandeling van gewonde soldaten. Bovenaan een mobiele Rode-Kruispost voor radiologie uit de Eerste Wereldoorlog. (Foto Museum van de Radiologie, Brussel). Onderaan een radiologisch onderzoek in het Brusselse Sint-Janshospitaal, jaren 1930. (Foto Archief OCMW Brussel)

zou betekenen⁵³. Immers het grotere prestige en het hogere loon zouden vele geneesheren doen specialiseren. Naast kritiek kwamen er ook een aantal alternatieven voor de voorstellen van de Academie van de zijde van de FMB.

Allereerst was er het voorstel om over te gaan tot de herwaardering van de algemeen geneeskundige. Op die manier zou de algemeen geneeskundige zijn rechtmatige, centrale plaats kunnen innemen in de gezondheidszorg en zijn patiënten met de nodige kennis van zake kunnen doorverwijzen naar een specialist als dat nodig was⁵⁴. Om de revaluatie van de algemeen geneeskundige te verwezenlijken wilde dokter Delchef de geneeskundige opleiding vereenvoudigen. Het bestaande diploma van doctor in de genees-, heel- en verloskunde zou worden vervangen worden door een diploma van 'doctor in de medische wetenschappen' of 'doctor in de geneeskunde'⁵⁵. Door deze hervorming zou elke arts zelf kunnen kiezen op welke manier hij zich ging scholen zonder dat bemoeienissen van buitenaf. Er zou ook worden voorzien in een postuniversitaire opleiding voor specialisten, maar deze moest niet verplicht gevolgd

worden om het beroep van specialist uit te oefenen⁵⁶. Ook dokter De Harven pleitte voor een herwaardering van de algemeen geneeskundige, maar dan door middel van het versterken en uitbreiden van de opleiding van de algemeen geneeskundige. Zo zal dit beter in staat zijn om dringende zorgen te geven en patiënten door te sturen naar een specialist⁵⁷.

Een tweede alternatief was de afvoering van het verschil tussen het ereloon van de algemeen geneeskundige en de specialist. Professor De Beco meende dat de misbruiken waar de medische praktijk het slachtoffer van was te wijten waren aan het hogere ereloon van de specialisten. Immers, het volstond om zichzelf uit te roepen tot specialist om een hoger ereloon te kunnen opstrijken. Een gelijkschakeling van de erelonen zou dit probleem de wereld uithelpen⁵⁸. Dokter Delchef vond dat er een verbod moest komen op de vermelding van het specialisme, zodat het niet langer als een reclamemiddel kon gebruikt worden. In principe was hij voor gelijkheid tussen algemeen geneeskundigen en specialisten. Als er al een hiërarchie zou zijn tussen deze twee groepen artsen, dan zou de algemeen geneeskundige centraal moeten

53. "Le diplôme de spécialiste", in *Le Scalpel* ..., nr.11, 12.3.1932, p. 164-166; J. DE HARVEN, "Beschouwingen over de stemming van de Academie van geneeskunde omtrent het diploma van den specialist", in *De Belgische Geneesheer*..., nr. 19, 15.11.1933, p. 388; C. BREYRE, "Le diplôme de spécialiste", in *Le Scalpel* ..., nr. 10, 7.3.1931, p. 148; H. KOETTLITZ, "De specialisten", in *De Belgische Geneesheer*..., nr. 19, 15.11.1933, p. 384. **54.** DELCHEF, "Le diplôme de spécialiste", in *Le Scalpel* ..., nr.11, 14.3.1931, p. 165-166; *Id.*, "Pourquoi je reste adversaire d'un diplôme légal de spécialiste", in *Le Scalpel* ..., nr. 18, 1.5.1937, p. 277. **55.** *Id.*, "Pourquoi je reste adversaire d'un diplôme légal de spécialiste", in *Le Scalpel* ..., nr. 18, 1.5.1937, p. 276. **56.** J. DE HARVEN, "Beschouwingen over de stemming van de Academie van geneeskunde omtrent het diploma van den specialist", in *De Belgische Geneesheer*..., nr. 19, 15.11.1933, p. 389. **57.** *Id.*, "Nog altijd over het diploma van specialist enkele juiste bepalingen", in *De Belgische Geneesheer*..., nr. 2, 31.1.1934, p. 28-30. **58.** LUCIEN DE BECO, "Le diplôme de spécialiste", in *Le Scalpel* ..., nr. 17, 25.4.1931, p. 264.

staan, zo vond dokter Delchef⁵⁹. Dit alternatief stuitte op veel kritiek omdat het de echte specialist, die tijd en geld had geïnvesteerd in een opleiding, benadeelde. Bovendien had een specialist in vergelijking met een algemeen geneeskundige een kleiner werkdomein, had de specialist minder patiënten en moest hij meer investeren in apparatuur en instrumenten dan een algemeen geneeskundige. Natuurlijk bleven de meeste specialisten gedeeltelijk de gewone geneeskunde uitoefenen, daarom stelden professoren Coppez en Govaerts voor om een onderscheid te maken in de honoraria tussen een gewoon onderzoek en een gespecialiseerd consult uitgevoerd door een specialist⁶⁰.

Een laatste alternatief voor het specialistendiploma bleef volgens sommigen de oprichting van een Orde der Geneesheren. Deze zou erkend dienen te worden door de regering en zou voornamelijk optreden als een tuchtorgaan. Maar het zou zich ook kunnen buigen over de regulering van de medische specialisten⁶¹.

Terwijl de artsen bleven bekvechten over een mogelijke invoering van een diploma voor specialisten had de regering niet stilgezeten. In 1936 zag het eerste zelfstandige ministerie van volksgezondheid het levenslicht⁶². Ondanks de uitgebreide bevoegdheid van het

ministerie ging deze dadelijk aan de slag om de vraagstukken die het geneeskundige korps bezighielden op te lossen, zo verklaarde dokter René Sand, ooit voorzitter van de FMB en op dat moment secretaris-generaal van het ministerie van volksgezondheid. Zo gaf de minister het ministerie van openbaar onderwijs en de Academie de opdracht een voorontwerp van een wet te maken betreffende de invoering van een specialistendiploma⁶³.

In 1937 diende de kersverse minister dit wetsontwerp, ter introductie van een specialistendiploma, in. Deze nieuwe wet zou kaderen in twee oudere wetten, die van 21 mei 1929 op het toekennen van academische graden, en de wet van 11 september 1933 op de bescherming van de titels van hoger onderwijs. De graad van doctor-specialist zou door het nieuwe wetsontwerp in de toekomst uitgereikt kunnen worden. Aan de graad zou een academisch diploma worden verbonden dat uitgereikt en afgeleverd zou worden door een centrale examencommissie van de universiteiten. De graad van doctor-specialist kon enkel verleend worden aan houders van een diploma van doctor in de genees-, heelen verloskunde of aan buitenlandse artsen. De regering verwachtte dat in de toekomst het aantal specialismen enkel zou toenemen door de groeiende medische kennis. Daarom stelde zij voor dat de Koning een lijst moest opmaken

59. DELCHEF, «Pourquoi je reste adversaire d'un diplôme légal de spécialiste?», in *Le Scalpel* ..., nr. 18, 1.5.1937, p. 278; Id., «Le diplôme de spécialiste : une réponse au Dr. Van Wilder», in *Le Scalpel* ..., nr. 9, 28.2.1931, p. 132; Id., «Pourquoi je reste adversaire d'un diplôme légal de spécialiste?», in *Le Scalpel* ..., nr. 18, 1.5.1937, p. 277. 60. HENRI COPPEZ, «Het diploma van specialist – eenige overwegingen», in *De Belgische Geneesheer*., nr. 21, 15.12.1933, p. 442-450. 61. DELCHEF, «Autour du diplôme de spécialiste», in *Le Scalpel* ..., nr. 45, 11.11.1933, p. 707-710; DURIAU, «Het diploma van specialist», in *De Belgische Geneesheer*., nr. 4, 28.2.1934, p. 81-82. 62. KAREL VELLE, *De nieuwe biechtvaders...*, p. 191. 63. «RENÉ SAND, «Het Ministerie van Volksgezondheid en het Geneeskundig Korps», in *Bulletin van het Ministerie van Volksgezondheid*, nr. 4, 4.1938, p. 106-108.

van specialismen die, rekening houdend met de snelle evolutie van de geneeskunde, eenvoudig zou kunnen worden aangepast en dit na raadpleging van de universiteiten. Elke kandidaat-specialist zou stage moeten lopen. De duur van deze stage zou per specialisme worden vastgelegd. Artsen die de titel van specialist al voerden voor 1 maart 1937 zouden door de provinciale geneeskundige commissie worden beoordeeld, om te zien of zij dit in de toekomst nog konden blijven doen. Artsen die niet erkend werden door deze commissie konden beroep aantekenen bij de commissie van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde⁶⁴.

Het wetsontwerp werd besproken door de verenigingen van de geneesheren, onder andere door de FMB⁶⁵ en door het *Collège des Médecins de Bruxelles*. Deze laatste zagen het voorstel van de regering als een aanslag op hun vrijheid en een beperking van hun bevoegdheden en zelfregulering doordat het de invoering van een specialistendiploma verplichtte. Wederom werd de overheid voorgesteld als een bedreiging voor de artsen die maar op één ding uit was, namelijk het verknechten van de dokters. Een ander tegenargument van deze geneesheren was dat het diploma geen voordeel betekende voor de publieke gezondheid of de medische praktijk. Om de patiënten te beschermen moest men geen nieuw diploma creëren, maar de misbruiken binnen de geneeskunde

beter bestraffen, zo stelde het Brusselse college van geneesheren. Het college stemde op 27 april 1937 dan ook tegen het wetsontwerp van de minister. Als alternatief voor het ontwerp van de minister pleitten zij voor de dringende oprichting van een Orde der Geneesheren. Deze zou de misbruiken van sommige artsen kunnen aanpakken en zich buigen over de regulering van de specialismen. Onder de indruk van deze stemming trok de minister zijn wetsontwerp in. Zowel de Academie als de Brusselse artsen wilden hun standpunten niet herzien⁶⁶. Zo viel de discussie over de regulering van de medische specialismen weer stil en dit ten gevolge van de onenigheid binnen het medisch korps.

Uiteindelijk was het de Orde der Geneesheren die voor een eerste oplossing zou zorgen van de specialistenkwestie. Geneesheren stuurden al vanaf de 19^{de} eeuw aan op de oprichting van een Orde der Geneesheren. Ook in de 20^{ste} eeuw bleven de geneesheren aandringen op zo een Orde. De ontwikkelingen op wetenschappelijk, maatschappelijk en beroepsvlak maakten immers een orgaan noodzakelijk dat zou waken over de positie van het geneeskundig korps⁶⁷; Tijdens het interbellum werd de oprichting van een Orde vaak aangehaald als dé oplossing om de misbruiken in de geneeskunde terug te dringen en de regulering van specialisten uit te werken.

64. Algemeen Rijksarchief, *Fédération médicale belge*, nr. 2087. 65. "Het diploma van specialist", in *De Belgische Geneesheer...*, nr. 10, 31.5.1937, p. 207-208. 66. H. KOETTLITZ, "Le projet de loi sur les diplômes de médecins spécialistes", in *Le Scalpel* ..., nr. 20, 15.5.1937, p. 307-311; Het artikel van Koettlitz werd ook gepubliceerd in *De Belgische Geneesheer*, zie *Id.*, "Het wetsontwerp over diploma van Geneesheer-Specialist", in *De Belgische Geneesheer...*, nr. 12, 30.6.1937, p. 261-265; R. WYBAUW, "La question de diplôme de docteur spécialiste", in *Le Scalpel* ..., nr. 49, 4.12.1937, p. 776-779. 67. RITA SCHIEPERS, "The Belgian medical profession...", p. 386-387.



Een kabinet voor behandeling van neus-, keel- en oorziekten in het Brusselse Sint-Janshospitaal, jaren 1930. (Foto Archief OCMW Brussel)

In de jaren 1930 leek er schot in de zaak te komen toen minister van binnenlandse zaken en volksgezondheid, Henri Baels, een wetsontwerp indiende betreffende de oprichting van de Orde der Geneesheren. De geneesheren keurden dit voorstel af. Ze konden niet akkoord gaan met de voorgestelde samenstelling van de Orde. Ook de socialistische partij en de NVSM waren tegen het ontwerp. Zij vreesden dat de Orde in handen zou vallen van de FMB en dit zo een legaal instrument zou geven om de samenwerking tussen geneesheren en ziekenfondsen te boycotten. De LCM kon zich vinden in de oprichting van een Orde, hoewel ze wel bezorgd waren dat de geneesheren het zouden gebruiken als een instrument om hun eigen belangen door te drukken⁶⁸. Daarom kon er volgens de Landsbond geen sprake zijn van het simultaan bestaan van een Orde en de beroepsverenigingen. De geneesheren moesten hier een keuze maken⁶⁹. Alvorens het ontwerp besproken kon worden, werden kamer en senaat ontbonden⁷⁰. In 1936 kwam het debat betreffende de oprichting van een Orde weer op gang. Op 13 mei 1937 werd een wetsontwerp, uitgewerkt door de FMB, ingediend door het ministerie van volksgezondheid⁷¹.

Ondertussen gaf de mogelijke komst van de Orde de tegenstanders van een specialistendiploma nieuwe ammunisie. Immers

volgens hen kon de Orde het specialistenvraagstuk oplossen, daarom stelden zij voor om de discussie inzake het specialistendiploma te temperen totdat de Orde een feit was⁷². De Kamercommissie voor volksgezondheid vergaderde op 25 mei 1938 over het wetsontwerp betreffende de Orde. De commissie besloot over te gaan tot de oprichting van de Orde⁷³. Het Koninklijk Besluit van 23 mei 1939 dat de oprichting van de Orde bekrachtigde kon pas in voege treden na de Tweede Wereldoorlog⁷⁴.

Uiteindelijk zou de Orde voorzien in een eerste tijdelijke oplossing voor de regulering van de medische specialismen. De provinciale commissies van de Orde zouden overgaan tot het verzamelen van aanvragen van artsen die erkend wilden worden als specialist. De commissies zouden alle aanvragen onderzoeken. Indien de commissie besloot dat de geneesheer voldeed dan werd deze erkend als specialist door de provinciale commissie van de Orde. Een eerste officiële erkenning voor medische specialisten in België leek geboren. De provinciale commissies van de Orde vonden zichzelf echter ongeschikt om te oordelen over de wetenschappelijke expertise van de kandidaat-specialisten. Om dit probleem de wereld uit te helpen zou er volgens de Orde per specialisme een jury moeten worden opgericht die zou oordelen over de kwaliteiten van de kandidaat.

68. *Idem*, p. 389. 69. J.J. DE CLERCQ, "De Christelijke mutualiteit en de geneesheren", in *De gids van den onderlingen bijstand*, nr. 5, 9-10.1938, p.189-192. 70. F.A. SONDERVORST, "Het Algemeen Belgisch Geneesherenverbond (1864-1964)", in *Tijdschrift van de Belgische vereniging voor Geschiedenis der Geneeskunde*, 1964, p. 27. 71. A. WAUTERS, "De Orde der Geneesheren", in *De Belgische Geneesheer...*, nr. 10, 1937, p. 212-216. 72. "À propos du diplôme légal de médecin spécialiste. Pourquoi ne pas temporiser ?", in *Le Scalpel...*, nr. 49, 4.12.1937, p. 775. 73. "De Orde der Geneesheren", in *Bulletin van het Ministerie van Volksgezondheid*, nr. 6, 6.1938, p. 254. 74. RITA SCHEPERS, "The Belgian medical profession...", p. 388-390.

Sommige medische specialismen, zoals de oftalmologen, hadden al zo een jury; maar de meeste specialismen hadden nog geen jury of waren bezig met het oprichten ervan. Een ander probleem was dat al deze verschillende jury's andere criteria hanteerden voor het beoordelen van de kandidaten⁷⁵. Uiteindelijk zou er van deze reglementering weinig in huis komen omdat de Orde pas operationeel werd na de Tweede Wereldoorlog.

IV. De regulering en consolidering van de medische specialismen (1940-1957)

Oorlogstijd (1940-1944)

Tijdens de Tweede Wereldoorlog werd België geregeerd door een militair bezettingsregime, een *Militärverwaltung*. Concreet betekende dit dat het land niet meteen 'genazificeerd' werd. Het dagelijkse leven kon dus min of meer doorgaan. Door problemen met de voedselbevoorrading ontstond er echter al snel schaarste die leidde tot het ontstaan van een zwarte markt en smokkel. Hoe langer de oorlog duurde, hoe zwaarder de bevolking het te verduren kreeg⁷⁶.

Het Duitse bezettingsregime dat de plak zwaaide, ontmantelde nagenoeg de hele Belgische gezondheidsadministratie. Onder-tussen probeerden de bezetters een eenheids-mutualiteit in te voeren in België en dat in het

kader van een verplichte ziekteverzekering, maar hun poging faalde⁷⁷. In 1941 sloten de FMB en het AVGV een akkoord met de Duitse bezetter. Dit akkoord behelsde een aantal voordelen voor de artsen, bijvoorbeeld het feit dat zij terug rechtstreeks eigenaar werden van hun ereloon⁷⁸.

Verder bleef de regulering van de situatie van medische specialisten ook tijdens de oorlog de artsenverenigingen in de ban houden. Op 11 januari 1942 keurde de Belgische vereniging van de cardiologie een motie goed dat de cardiologie erkende als een autonoom specialisme binnen de interne geneeskunde. De beroepstitel van dit nieuw specialisme was die van 'internist-cardioloog'. De vereniging van cardiologen zag voor het nieuwe specialisme een dubbelrol weggelegd. Enerzijds moest de internist-cardioloog kunnen optreden als huisarts voor bepaalde patiënten, anderzijds had hij ook een gespecialiseerde taak te vervullen. De rol van de internist-cardioloog was niet puur technisch, zo stelde de vereniging, maar kwam neer op het uitvoeren van een algemeen onderzoek van de zieke waarna de arts in kwestie een meer gespecialiseerde, cardiologisch advies kon geven aan de patiënt⁷⁹.

Nog tijdens de oorlog leidden ondergrondse gesprekken tussen vertegenwoordigers van werkgevers en vakbonden tot een compromis

75. A. DE JAEGER, "Voor een betere verdediging van de titel van geneesheer-specialist", in *Le médecin spécialiste*, nr. 1, 3.1955, p. 18-19. 76. MARC REYNEBEAU, *Een geschiedenis van...*, p. 251-275. 77. JEROEN DE SWAEF, "Inventaris van het Archief van het Bestuur van Volksgezondheid (1850-1972)", Antwerpen, 2011, p. 19, p. 25. 78. Vergadering van het Directiecomité van de FMB, 30.1.1941 (Algemeen Rijksarchief, *Fédération médicale belge*, nr. 169). 79. Motie gestemd door *Société belge de Cardiologie*, 11.1.1942 (Algemeen Rijksarchief, *Fédération médicale belge*, nr. 2027).



*De Zweedse professor Lars Sandberg was de eerste specialist in de kinesithérapie en pionier op het gebied van de lichamelijke opvoeding en kinesithérapie in België.
(Foto Archief OCMW Brussel)*

betreffende de invoering van een sociale zekerheid⁸⁰. Meteen na de oorlog werd deze sociale zekerheid ingevoerd door de regering. De introductie van de sociale zekerheid stuitte op tegenstand van de LCM en de FMB, omdat zij niet betrokken waren geworden bij de totstandkoming ervan. De invoering van de sociale zekerheid gebeurde op 28 december 1944. Deze voerde naast een sociale zekerheid ook een verplichte ziekten- en invaliditeitsverzekering (ZIV) in voor alle loon- en weddetrekkenden⁸¹. De invoering van de ZIV zou snel een belangrijke rol gaan spelen in het professionaliseringsproces van de medische specialisten.

Wettelijke erkenning (1944-1957)

De jaren onmiddellijk na de Tweede Wereldoorlog betekenden een nieuwe fase in het algemeen democratiseringsproces van de Belgische samenleving. Ook het gezondheidsbeleid kende een hele ommezwaai na de oorlog. Na de bevrijding door de geallieerden maakte de ministerraad van 13 september 1944 met enkele pennentrekken een einde aan de tijdens de vijandelijke bezetting uitgevaardigde bepalingen betreffende de verdeling en de overdracht van het ministerie van volksgezondheid.⁸² Zoals eerder vermeld voerde de regering een systeem van sociale zekerheid in via de Besluitwet van 28 december 1944. Het Regentbesluit van 21 maart 1945, ter implementatie van de Besluitwet, voerde de verplichte ZIV in⁸³. Dit besluit betekende

ook de oprichting van een nieuwe publieke instelling, namelijk het Rijksfonds voor Verzekering tegen Ziekte en Invaliditeit (RVZI). Dit Rijksfonds was, onder andere, verantwoordelijk voor het bepalen van regels inzake de werking van de verplichte ZIV.

Hoewel de idee van een verplichte ZIV zeker niet nieuw was, werd er hevig gereageerd op de invoering ervan. De LCM was niet te spreken over het feit dat ze niet geconsulteerd was tijdens de besprekingen van het nieuwe systeem. Maar de heftigste reactie kwam van de artsen die om verschillende redenen gekant waren tegen de ZIV. Allereerst waren de artsen boos omdat ook zij niet geraadpleegd waren tijdens de besprekingen betreffende de ZIV. Ten tweede waren de artsen furieus over de beknotten van hun vrijheid, alsook over het verlies aan status dat zij leden. Liberale principes waaraan de artsen veel belang hechtten die opgetekend waren in het Medisch Charter van 1927, zoals: solopraktijk van artsen met betaling per prestatie en therapeutische vrijheid kwamen, volgens de geneesheren, door de introductie van de ZIV op de helling te staan. Immers, de ZIV legde voor de eerste keer in Belgische geschiedenis een aantal voorwaarden op waaraan de artsen moesten voldoen. Ook de inmenging van de staat en de ziekenfondsen in de openbare gezondheidszorg droeg bij tot de woede van de artsen⁸⁴. Ten derde werd de wet van 1944 al snel een politieke

80. GUY VANTHEMSCHÉ, *De beginjaren van de sociale zekerheid in België. 1944-1963*, Brussel, 1995, p. 45. 81. *Idem*, p. 51-67. 82. *Belgische staatsblad*, 2-3.10.1944. 83. RITA SCHEPERS, "The Belgian medical profession since the 1980s. Dominance and decline?", in TERRY JOHNSON, GERALD LARKIN & MIKE SAKS (red.), *Health professions and the state in Europe*, London, 1995, p. 163. 84. GUY VANTHEMSCHÉ, *De beginjaren van de sociale zekerheid...*, p. 58-60; KLAARTJE SCHRIJVERS, "De artsenstaking van 1964. Of hoe de artsen een machtig eenheidsfront wisten te vormen in hun strijd tegen de overheid", in *Bijdragen tot de Eigentijdse Geschiedenis*, nr. 16, 2005, p. 57-89.

twistappel tussen de Christelijke Volkspartij en de Belgische Socialistische Partij. Deze twee politieke partijen wisselden elkaar voortdurend af in de regering en pasten de wet van 1944 steeds aan, conform de wensen van hun politieke achterban. Dit voornamelijk om hun invloed op de samenleving uit te breiden. De constante verandering van de inhoud van de ZIV zorgde voor veel verwarring bij de artsen⁸⁵. Kortom, voor de artsen waren er vele problemen die een dringende oplossing vereisten. De FMB wilde deze problemen de wereld uithelpen en startte een 'kruistocht' om de 'vrije geneeskunde' te vrijwaren⁸⁶. De nieuwe vitaliteit binnen de FMB was het directe resultaat van, wat zij benoemde als, de bedreigende natuur van de verplichte ZIV.

De toenemende macht en inmenging van de staat en de ziekenfondsen was niet het enige gevolg van de ZIV waarmee de artsen in deze periode geconfronteerd werden. De introductie van deze verzekering luidde ook een nieuw hoofdstuk in de regulering van de medische specialisering in. Immers, de ZIV maakte voor de eerste keer op nationaal niveau een verschil tussen de betaling van algemeen geneeskundigen en medische specialisten. Deze laatste konden voortaan aanspraak maken op een hoger ereloon, terwijl er geen officiële erkenning was van medische specialisten⁸⁷. Een probleem dat

zich vroeger dus slechts lokaal en sporadisch voordeed werd daardoor 'genationaliseerd'. De weigering van de FMB om over te gaan tot deze differentiële betalingen veroorzaakte wrevel bij de specialisten aangesloten bij de Federatie. In 1949 leidde dit ongenoegen tot de oprichting van een specialistengroepering. Deze groepering scheurde zich in 1954 definitief af van de FMB en stond vanaf dan bekend als het Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Geneesheren-Specialisten (verder VBS)⁸⁸.

De voornaamste doelstelling van het VBS was de officiële, wettelijke erkenning van medische specialisten. Daarnaast wilde het Verbond de specialisten verenigen en hun belangen verdedigen. Om te tonen dat het voor hen menens was, begon het Verbond onmiddellijk met het verscherpen en standaardiseren van de erkenningscriteria van de verschillende beroepsverenigingen aangesloten bij het Verbond. Op die manier zou er toch al enige vorm van controle zijn op de expertise en kunde van de specialisten. Het VBS drong ook aan op een unieke opleiding voor specialisten – tot dan toe was de opleiding van een specialist nagenoeg gelijk aan die van een algemeen geneeskundige. Ook de universiteiten pleiten voor de inrichting van een aparte opleiding voor specialisten. Zij wilden al langer medische specialisten opleiden, maar bij gebrek aan

85. GUY VANTHEMSCHE, *De beginjaren van de sociale zekerheid...*, p. 83; NELE JOOSTENS, *De totstandkoming van de wet tot instellingen en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (9 augustus 1963)*, Leuven, 2000, p. 76. 86. "Officieele mededelingen van het ABGV [Algemeen Belgisch Geneesherenverbond]. Verzekering tegen ziekte en invaliditeit", in *De Belgische Geneesheer...*, nr. 7, 1945, p. 81. 87. "Contactcommissie tussen geneesheren van de Verzekering-Ziekte en het Verbond", in *Le médecin spécialiste*, nr. 3, 7.1955, p. 142. 88. A. DE JAEGER, "Voor een betere verdediging van de titel van geneesheer-specialist", in *Le médecin spécialiste*, nr. 1, 3.1955, p. 18.



*Een heelkundige ingreep in het Stuyvenbergziekenhuis te Antwerpen in 1934.
(Foto KADOC, Leuven)*

personeel en financiële middelen was dit nog niet gebeurd⁸⁹.

De nieuwe opleiding zou volgens het VBS medische specialisten naar het hoogst mogelijke academische niveau moeten tillen en zou moeten bestaan uit een theoretisch en praktisch luik. De stage zou moeten gevolgd worden in een medisch centrum of bij een erkend specialist. Tijdens de stage diende de kandidaat ook theorielessen te volgen. Om iedereen toegang te geven tot de opleiding voorzag het Verbond in hun voorstel een vergoeding voor de kandidaten vanaf het tweede jaar van hun opleiding. Het VBS was er zich van bewust dat hun voorgesteld opleidingssysteem zeer ambitieus was. Desondanks wilde het Verbond dat er zo snel mogelijk werk werd gemaakt van de invoering van een aparte opleiding voor specialisten. Het VBS nam daarom contact op met de Orde der Geneesheren. De samenwerking tussen de Orde en het VBS resulteerde in een eerste voorlopige regulering voor medische specialisten. Om voortaan erkend te worden als specialist moest men een aanvraag indienen bij de jury van de beroepsvereniging van het medisch specialisme waarin men erkend wilde worden. Het oordeel van de deze jury zou doorslaggevend zijn. In een later stadium diende de legitimiteit van deze jury's wettelijk bekrachtigd te worden⁹⁰. Niet enkel

de medische specialisten maar ook het RVZI zou baat hebben bij deze regeling, want zij zouden enkel nog hogere honoraria moeten uitkeren aan specialisten waarvan ze nu zeker konden weten dat ze gekwalificeerd waren. Deze regeling kwam het Rijksfonds dus ten goede, maar eveneens de veiligheid en het welzijn van de patiënten, zo argumenteerde het Verbond⁹¹.

Het VBS wilde niet alleen werk maken van een opleiding voor medische specialisten. Het Verbond was ook vastbesloten de titel van medisch specialist wettelijke te laten erkennen. Om deze doelstelling te bereiken trachtte het Verbond de minister van arbeid en sociale zaken te overtuigen van de waarde van zo een titel⁹². In 1955, omwille van het uitblijven van een wettelijk statuut voor medische specialisten definieerde het VBS de term zelf als volgt : “een geneesheer-specialist is iemand die dokter is in de kunst van het genezen en die aan zijn gelijken heeft bewezen dat er een relatie is tussen zijn professionele kunde en de kwalificatiecriteria die vastgelegd zijn door de geneesheren van dezelfde discipline, die zich hebben verenigd in een beroepsvereniging”⁹³.

Na lang lobbyen zwichtte de minister van arbeid & sociale zaken, Léon-Eli Troclet, voor de druk van het VBS. Onderhandelingen

89. LEO WEEKERS, “L’enseignement universitaire des spécialités médicales”, in *Le médecin spécialiste*, nr. 4, 8.1957, p. 365. 90. A. DE JAEGER, “Voor een betere verdediging van de titel van geneesheer-specialist”, in *Le médecin spécialiste*, nr. 1, 3.1955, p. 19; D. DE JAEGER, “Noppens een studieprogramma met het oog op de vorming van de jonge specialist”, in *Le médecin spécialiste*, nr. 5, 12.1955, p. 227-229; A. DE JAEGER, “Hoe het in West-Vlaanderen staat met de gespecialiseerde geneeskunde”, in *Le médecin spécialiste*, nr. 3, 7.1955, p. 110. 91. LEO WEEKERS, “L’enseignement universitaire des spécialités médicales”, in *Le médecin spécialiste*, nr. 4, 8.1957, p. 361. 92. “Rapport du secrétaire général sur l’activité du GBS au cours de l’année 1954”, in *Le médecin spécialiste*, nr. 2, 5.1955, p. 52. 93. O. GODIN, “Rapport du Dr. O. Godin”, in *Le médecin spécialiste*, nr. 1, 2.1956, p. 11

tussen het ministerie, de medische faculteiten en het Verbond aangaande de regulering van de medische specialisten werden opgestart. Deze besprekingen leidden tot het Koninklijk Besluit van 22 september 1955 dat voorzag in de oprichting van een commissie die verantwoordelijk zou zijn voor het opstellen van een lijst van medische specialisten voor het RVZI. De commissie zou in totaal uit 12 leden bestaan. Vier van hen zouden worden aangeduid door de beroepsvereniging van het medisch specialisme, de andere 8 leden waren artsen die gekozen zouden worden door de minister⁹⁴. In 1956 werd het KB van september 1955 aangepast in het voordeel van het VBS. De aanpassing zorgde ervoor dat voortaan het Verbond verantwoordelijk zou zijn voor de regulering van de erkenning van de medische specialisten, immers voortaan zouden de erkenningscommissies van de beroepsverenigingen aangesloten bij het VBS zelf beslissen over de erkenning van een specialist. De minister behield de eindverantwoordelijkheid voor het bepalen van de erkenningsvoorwaarden die gehanteerd werden door de erkenningscommissies⁹⁵. Het VBS haalde hier dus haar eerste slag thuis, maar hun strijd was nog niet te einde.

Het Verbond bleef ijveren voor een wettelijke titel, een apart diploma en een specifieke universiteitsopleiding voor specialisten. Het VBS vond dat artsen zich moesten kunnen wenden tot een Belgische universiteit om

zich verder te specialiseren binnen een bepaald geneeskundig domein. Ook dit probleem werd erkend door de minister van arbeid en sociale zaken. Kort daarna kregen de faculteiten geneeskunde van de verschillende universiteiten de opdracht van de minister om opleidingen voor verschillende medische specialismen uit te werken. Verder besloot de minister dat zolang er geen nieuwe opleiding was alles wat met de regulering en de erkenning van specialisten te maken had in handen zou blijven van de verschillende beroepsverenigingen van medische specialismen die lid waren van het VBS⁹⁶.

In die tijd waren er negentien beroepsverenigingen van medische specialismen aangesloten bij het VBS. Allemaal hadden zij een eigen erkenningscommissie die bestond uit 4 professoren en 4 prominente specialisten die moesten oordelen over bekwaamheid van kandidaat-specialisten die zich aandienen. Om erkend te worden moesten de kandidaten voldoen aan verschillende criteria. Deontologische criteria waaraan voldaan moest worden waren opgesteld door de Orde der Geneesheren. Een voorbeeld van zo een voorwaarde was dat een arts niet erkend kon worden als specialist als hij of zij al eens bestraft was door de Orde. De professionele criteria waren normen die vereist werden door de beroepsvereniging van het medisch specialisme en waren bijvoorbeeld : lid zijn en blijven van de beroepsvereniging van het medisch specialisme, en voldoen

94. *Organiek Koninklijk Besluit van de ziekte- en invaliditeitsverzekering*, 22.9.1955.

95. "De medische groeperingen ondertekenen een akkoord in verband met de nationale geneesherendienst", in *Le médecin spécialiste*, nr. 1, 2.1956, p. 82. 96. O. GODIN, "Le problème du médecin spécialiste", in *Le médecin spécialiste*, nr. 2, 4.1957, p. 107-110; "Le dos au mur", in *Le médecin spécialiste*, nr. 3, 6.1956, p. 195.



Minister van arbeid en Sociale Voorzorg Léon-Eli Troclet. Midden jaren 1950 gaf hij, onder druk van het Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Geneesheren-specialisten, groen licht voor de wettelijke erkenning van medische specialismen. (Foto Institut Destrée)

aan de statuten van de beroepsvereniging. Technische normen maakten een derde set van criteria. Voorbeeld hiervan was dat de kandidaat, vooraleer hij of zij erkend kon worden als specialist, al een aantal jaren algemeen geneeskundige moest zijn. Ten slotte was er nog sprake van materiële normen. Zo diende een arts een eigen kabinet te hebben met de nodige apparatuur en benodigdheden om zijn of haar specialisme uit te oefenen⁹⁷.

Terwijl het VBS zich bezighield met het streven naar officiële erkenning voor de medische specialisten, stond voor vele andere artsen de herwaardering van de algemeen geneeskundige hoog op de agenda. Reden die hiervoor werd aangehaald was dat patiënten zich steeds vaker onnodig gingen wenden tot een specialist⁹⁸.

Uiteindelijk leidde de volhardende houding van het VBS tot de wettelijke erkenning van de medische specialisten door het Koninklijke Besluit van 12 september 1957. De introductie van de verplichte ZIV in 1944 zorgde voor het laatste duwtje in de richting van de erkenning of zoals het VBS zelf schreef in haar tijdschrift: *“C’est l’instauration de l’Assurance sociale obligatoire qui a posé, de façon aiguë, le problème du médecin spécialiste. En effet, pour des questions des barèmes préférentiels en faveur de médecins spécialistes, les assurances*

*sociales doivent connaître quels sont les vrais médecins spécialistes”*⁹⁹.

Het KB van 12 september 1957 erkende de titel van medisch specialist. Indien een kandidaat-specialist voldeed aan de opgelegde voorwaarden kon hij of zij de wettelijke titel van medisch specialist voeren. De eerste voorwaarde waaraan moest worden voldaan, was houder zijn van het diploma van doctor in de genees-, heel- en verloskunde. Daarnaast moest de toekomstige specialist slagen voor de opleiding tot specialist. De stage die artsen in het kader van de opleiding volgden, moest in een ziekenhuisdienst worden gelopen. Deze dienst moest niet per se universitair zijn, maar ze moest wel aan dezelfde normen en standaarden voldoen. De duur van de stage was voor elk specialisme verschillend. Verder mocht de specialist geen prestaties meer leveren die behoorden tot het domein van de algemeen geneeskundigen¹⁰⁰.

Als de kandidaat voldeed aan al deze vereisten dan kon hij of zij een aanvraagformulier indienen bij het ministerie van gezondheidszorg en familie. De aanvraag werd dan overgemaakt aan de erkenningscommissie van het specialisme die onder de verantwoordelijkheid van de beroepsvereniging van het medisch specialisme viel. De commissie van elk specialisme werkte haar eigen erkenningscriteria uit die goedgekeurd moesten worden door de

97. Id., “La reconnaissance par les associations professionnelles de médecins spécialistes”, in *Le médecin spécialiste*, nr. 2, 1957, p. 114-115. 98. LEO WEEKERS, “Enseignement universitaire pour spécialistes. Le certificat de spécialiste”, in *Le médecin spécialiste*, nr. 2, 4.1956, p. 103. 99. “Vent d’est, vent d’ouest.”, in *Le médecin spécialiste*, nr. 5, 10.1957, p. 435; “Erkenning van de Geneesheren-Specialisten. Commentaar”, in *Le médecin spécialiste*, nr. 3, 5.1958, p. 12. 100. “Erkenning van de Geneesheren-Specialisten. Commentaar”, in *Le médecin spécialiste*, nr. 3, 5.1958, p. 9.

minister. Beslissingen die genomen werden door de erkenningscommissie inzake een kandidaat werden genomen door eenvoudige meerderheid en overgemaakt aan de bevoegde minister. Deze laatste bracht daarop de kandidaat op de hoogte van de beslissing die daarna 15 dagen de tijd had om beroep aan te tekenen tegen de beslissing. Een erkenning door de commissie was allesbehalve permanent. Immers als de specialist niet meer voldeed aan de erkenningsvoorwaarden dan kon de erkenning door de commissie ingetrokken worden¹⁰¹.

Drie maanden na de introductie van het Koninklijk Besluit van 12 september 1957 werden de erkenningscriteria voor alle medische specialismen gefinaliseerd¹⁰². Het VBS herdefinieerde rond deze periode ook de term medisch specialist : “een medische specialist was een arts die, op basis van op voorhand vastgestelde criteria, aan zijn collega’s had bewezen dat hij of zij speciale competenties had in specifiek medisch velden die zijn of haar activiteiten ook wilde beperken tot dit bepaalde gebied”¹⁰³. In deze definitie werd er duidelijk aandacht besteed aan de technische en professionele voorwaarden waaraan de specialisten moesten voldoen.

V. Conclusie

Het professionaliseringsproces van medische specialisten in België doorliep dezelfde fasen als

het proces van de algemeen geneeskundigen. Zoals de algemeen geneeskundigen gingen de specialisten in hun streven naar zelfregulering, autonomie en controle over de toegang tot de professie en de wettelijke erkenning ervan, beroepsverenigingen oprichten. De doelstellingen van deze verenigingen was het verdedigen van de belangen van de specialisten naar de buitenwereld toe en het verkrijgen van zelfregulering. Een verschil tussen het professionaliseringsproces van de medische specialisten en dat van de algemeen geneeskundigen was dat de specialisten, als opkomend beroepssegment binnen een reeds gevestigde professie, geconfronteerd werden met vijandelijkheden en negatieve reacties van de algemeen geneeskundigen. Dit kon volgens Zetka verklaard worden door het feit dat de opkomst van de medische specialisten de ‘raison d’être’ van de algemeen geneeskundigen in vraag ging stellen en hun bevoegdheden en werkdomein gingen bedreigen. Getuige van het ongenoegen van de algemeen geneeskundigen tegenover de medische specialisten was bijvoorbeeld de discriminatie van de beroepsverenigingen van medische specialisten bij de oprichting van de FMB. Of de terughoudende of zelfs weigerachtige houding van de algemeen geneeskundigen om over te gaan tot een officiële regulering voor medische specialisten in de jaren 1920 en 1930.

Vraag is nu of de algemeen geneeskundigen de medische specialisten uiteindelijk gingen

¹⁰¹. “Koninklijk Besluit betreffende de erkenning van de geneesheren-specialisten”, in *Le médecin spécialiste*, nr. 5, 10.1957, p. 444. ¹⁰². “Erkenning van de Geneesheren-Specialisten. Commentaar”, in *Le médecin spécialiste*, nr. 3, .5.1958, p. 8. ¹⁰³. O. GODIN, “Le problème du médecin spécialiste”, in *Le médecin spécialiste*, nr. 3, 6.1957, p. 211.

aanvaarden als een apart, professioneel segment binnen de medische professie, zoals wordt vooropgesteld door de oude onderhandelingstheorie binnen de professie-sociologie. Of is er sprake van een dreigende, derde partij, zoals Zetka stelt, die de algemeen geneeskundigen en specialisten zou dwingen tot een compromis?

Het professionaliseringsproces van de Belgische medische specialisten lijkt met geen van beide onderhandelingstheorieën overeen te stemmen. In de jaren 1920 leken de algemeen geneeskundigen de noodzaak van medische specialismen te gaan erkennen. Sommigen waren zelfs de mening toegedaan dat er nood was aan een regulering van de medische specialisten. Toch was er allesbehalve sprake van een acceptatie van de medische specialisten, dat mocht blijken uit de onenigheid die er bestond binnen het medische korps over de regulering van de medische specialisten.

Was er dan, zoals bleek uit het onderzoek van Zetka, ook in België sprake van een dreigende, derde partij? In België lijkt er pas schot in de regulering van medische specialisten te komen door het voorstel van regering ter zake in 1936. De voorgestelde regulering van medische specialisten door de regering werd door de medische professie gezien als een aanslag op hun autonomie en zelfregulering. Volgens de onderhandelingstheorie die verfijnd werd door Zetka zou de dreiging, die uitging van de overheid, de algemeen geneeskundigen en specialisten aanzetten tot het sluiten van een compromis inzake de regulering van de

specialisten. Maar de Belgische casus vertelt een heel ander verhaal.

In België leidde de introductie van een verplichte ZIV in 1944 voor het eerst in de geschiedenis tot de invoering van een hoger ereloon voor medische specialisten. Dit terwijl er nog geen officiële regulering was voor specialisten. Met andere woorden, elke geneesheer kon zichzelf uitroepen tot specialist en zo een hoger ereloon opstrijken. Kortom, meer dan ooit was er nood aan een regulering en officiële erkenning van de Belgische, medische specialisten. Maar deze noodwendigheid leek niet door te dringen tot de FMB – in die periode nog steeds de belangrijkste beroepsvereniging van de medische professie. De Federatie bleef maar discussiëren over de regulering van de specialisten zonder echt knopen door te hakken.

In 1954 hadden de beroepsverenigingen van de medische specialismen genoeg van het gepalaver binnen de FMB. Ze scheurden zich af van de Federatie en richtten zelf een verbond op van beroepsverenigingen van medische specialismen, het VBS. Volgens de theorie van Zetka zouden de FMB en het VBS onder de druk van de regering een compromis sluiten betreffende de regulering en erkenning van specialisten, maar niets was minder waar. Het VBS onderhandelde niet met de FMB, maar met de dreigende derde partij, hier de overheid, over de regulering van de specialismen. De onderhandelingen tussen de medische specialisten en de overheid zouden uiteindelijk leiden tot het Koninklijk

Besluit van 12 september 1957 wat leidde tot de wettelijke erkenning en regulering van medische specialisten.

Dit onderzoek toont aan dat het sociologisch onderhandelingsperspectief waardevol is voor het analyseren van een professionaliseringsproces van een opkomend, professioneel segment binnen een reeds gevestigde professie. Immers, onderhandelingen spelen een essentiële rol in het bekomen van professionele aspiraties, zoals : autonomie, zelfregulering en wettelijke erkenning. In tegenstelling tot de theorie gingen medische specialisten niet onderhandelen met het dominante segment binnen de medische professie, de algemeen geneeskundigen. Zelfs niet onder druk van een dreigende, derde actor, in dit geval : de Belgische overheid. In plaats daarvan gingen de medische specialisten rechtstreeks onderhandelen met de overheid over het verkrijgen van autonomie, zelfregulering en wettelijke erkenning, net zoals de algemeen geneeskundigen dat in het verleden hadden gedaan.

INEKE MEUL (°1985) studeerde in 2007 af als Master in de Geschiedenis aan de Universiteit Gent. Haar scriptie over de Nederlandse beeldvorming over Brazilië in de zeventiende eeuw werd bekroond met de André Schaeplrijverprijs voor beste masterscriptie in de geschiedenis van het academiejaar 2006-2007. Vandaag werkt ze aan de KU Leuven bij de vakgroep sociologie. Daar voert ze een onderzoek naar het professionaliseringsproces van medische specialisten in het kader van de invoering van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (1944).

RITA SCHEPERS (° 1953) is doctor in de sociale wetenschappen. Zij volgde in London een MSc as applied to medicine. Haar proefschrift handelde over de professionalisering van het medisch beroep in de 19de eeuw. Na een postdoctoraal mandaat van het (N)FWO ging zij naar het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg aan de Erasmusuniversiteit te Rotterdam, waar zij hoofddocent werd. Eind jaren negentig keerde zij terug naar de KU Leuven en werd hoogleraar medische sociologie.

Afkortingen

ABGV	Algemeen Belgisch Geneesherenverbond
Academie	<i>Académie royale de Médecine de Belgique</i>
AVGV	Algemeen Vlaamse Geneesherenverbond
BWP	Belgische Werkliedenpartij
FMB	<i>Fédération médicale belge</i>
LCM	Landsbond der Christelijke mutualiteiten
NVSM	Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten
RVZI	Rijksfonds voor Verzekering tegen Ziekte en Invaliditeit
VBS	Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Geneesheren-Specialisten
ZIV	Ziekte- en Invaliditeitsverzekering