

OVERHEID TUSSEN OVERLATEN EN OVERHALEN

Een eeuw van wisselende verhoudingen in de zorg voor ziekte en gezondheid

Gezondheid en ziekte zijn voor de overheid vooral problemen van de tweede orde geweest, hoewel ze door de bevolking in de loop van de twintigste eeuw steeds meer als problemen van de eerste orde beleefd worden. Voor de overheid is de zorg voor de gezondheid van de individuele burger een afgeleide van doelen van meer algemeen maatschappelijk en economisch belang, voor de burger is behoud en herstel van gezondheid een waarde op zich en ook een doel geworden.

De gezondheidszorg heeft de overheid bij voorkeur aan de persoonlijke verantwoordelijkheid van de burgers en aan het georganiseerde particuliere initiatief overgelaten. In de negentiende eeuw is het particulier initiatief er vooral op gericht geweest een aarzelende overheid over te halen de verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid toch op zich te nemen, in de twintigste eeuw ging het vooral om de financiering door of via een steeds actiever wordende overheid van aan het particulier initiatief over te laten activiteiten. Op de drempel van de eenentwintigste eeuw probeert de overheid op haar beurt weer het particulier initiatief over te halen zelf de verantwoordelijkheid voor de financiering en de organisatie van de gezondheidszorg op zich te nemen, en de verantwoordelijkheid voor de zorg voor de gezondheid zelf aan de individuele burger en de overheid over te laten.

Broodnodige gezondheid

Ziekte en armoede horen bij elkaar. Het hele systeem van de sociale verzekeringen zoals dat in de westerse verzorgingsstaten na de Tweede Wereldoorlog tot ontwikkeling is gekomen, kan onder de ene noemer van het doorbreken van deze ongelukkige lotsverbondenheid worden gebracht. Ziekte mag niet langer meer tot armoede leiden en armoede mag niet tot ziekte leiden, in ieder geval de weg naar herstel van ziekte niet in de weg staan.

Bij alle aandacht voor het verbreken van de verbinding tussen ziekte en armoede is er toch steeds opvallend weinig belangstelling geweest voor het bijzondere en paradoxale karakter van de relatie tussen armoede en gezondheid. Juist wie arm is, heeft gezondheid als middel nodig om in leven te kunnen blijven, om te kunnen werken, bedelen of stelen, om te kunnen overleven in een vijandige omgeving, eventueel zelfs zonder huis, warme kleren of goed voedsel. Het grote probleem van de gezonde arme is, dat hij zich in een situatie bevindt die zijn gezondheid voortdurend bedreigt en ondermijnt, maar dat hij niet over de middelen beschikt om zijn gezondheid te onderhouden. Wie arm is, zet zijn gezondheid in als produktiemiddel, verbruikt de gezondheid in de strijd om het dagelijks leven. Het is het dilemma van het regenwoud: de arme boer heeft de vruchtbare grond

van het regenwoud nodig om zijn gezin in leven te kunnen houden, maar als de bomen eenmaal weg zijn, spoelt of waait ook de dunne laag vruchtbare aarde weg en wat overblijft is een woestijn, waar nooit meer iets van waarde zal groeien. Wie als arme zijn gezondheid verspeelt, heeft nog maar heel weinig kans op herstel van gezondheid en daarmee op de kans ooit aan de armoede te kunnen ontsnappen, want meer dan zijn fysieke arbeidskracht heeft hij niet te bieden. In Nederland is dat in de negentiende eeuw de werkelijkheid van een groot deel van de bevolking geweest. Het is pas in de tweede helft van deze eeuw dat het spook van de armoede - definitief? - niet meer boven het bed van de zieke hangt.

Voor wie arm is en niet ziek, is de waarde van gezondheid 'an sich' bijzonder groot, maar kan gezondheid 'für sich' toch geen waarde zijn. Gezondheid is slechts een middel om te produceren, geen doel dat zelf geproduceerd moet worden. Wie arm is en niet ziek, mag hopen dat hij zijn gezondheid zal behouden, want hij heeft geen middelen om zijn gezondheid te onderhouden. Verliest hij zijn gezondheid, dan verliest hij ook zijn laatste restje maatschappelijke invloed en wordt hij in alle opzichten afhankelijk van de bedeling. In *Zorg en de staat* laat De Swaan heel mooi zien, hoe anders in de zestiende en zeventiende eeuw de positie van de sterke arme was in vergelijking tot de zwakke arme. De sterke arme vormde een arbeidsreservoir en was in die zin zelfs economisch nuttig, omdat hij de prijs van arbeid relatief laag hield. Tegelijkertijd vormde de sterke arme ook altijd een maatschappelijke bedreiging, individueel door fysieke kracht of behendigheid, collectief door de dreiging van opstand en plundering. De zwakke arme - de zieke, de bejaarde, de weduwe - daarentegen was een object van liefdadigheid, waardoor de rijke ook zichzelf en zijn ziel kon verheffen.

Ook in Nederland bestaat aan het einde van de twintigste eeuw nog verschil in gezondheid en ziekte tussen rijk en arm, maar het onderscheid zou zonder statistiek en epidemiologie weinigen opvallen en doet zich, bij alle verschillen die er zijn en die relatief zelfs vrij groot zijn,¹ pas voor op een niveau van ziekte en gezondheid, dat ver ligt boven wat vroeger zelfs door de rijksten niet kon worden gehaald. Ook het onderscheid tussen de zwakke en sterke armen heeft zijn politieke, economische en sociale betekenis grotendeels verloren. Wat blijft is een cultureel verschil tussen rijk in de zin van hoog opgeleid en (potentieel) hoog inkomen, en arm in de zin van laag opgeleid en (meestal) laag inkomen. Een verschil in levens- en arbeidsomstandigheden, maar ook een onderscheid in levensstijl en levenskwaliteit, in geneigdheid het leven in te richten in termen van een mild 'medisch regime',² dat gezondheid als criterium voor de inrichting van het dagelijks leven hoog in het vaandel voert.

Maar ook hier moeten de verschillen niet overdreven worden. Op afstand volgen de lagere sociale klassen hier de hogere: wat later, wat minder consequent en wat minder nauwkeurig. Vaak komt het erop neer dat ze de laat overgenomen en sociaal hoger inmiddels minstens ten dele alweer afgezworen gewoonten moeten opgeven, net op het moment dat ze die als onderdeel van hun eigen levensstijl zijn gaan herkennen: plotseling geen witbrood meer, geen sigaretten, geen grote lappen vlees, geen grote hoeveelheden vet en suiker, geen zittend leven, ja zelfs geen zonnebad. Het is moeilijk prettige zaken

te laten ten behoeve van een ver en weinig concreet doel, het is nog moeilijker te blijven doen wat juist goed is voor de gezondheid.

De waarde van gezondheid

Het is inmiddels algemeen bekend: elk nieuw onderzoek lijkt de betekenis van gezondheid als waarde op een eenzamere hoogte te brengen. Al lang geldt gezondheid als het belangrijkste 'goed' in het leven. Dat is nu voor vrijwel iedereen zo en dat ook steeds meer: in 1966 vond 35% van de volwassen bevolking een goede gezondheid het belangrijkste goed in het leven, en vond eveneens ongeveer 35% dat een goed huwelijksleven die waardering toekwam. Inmiddels vindt 60% van de bevolking dat de gezondheid het belangrijkste goed is in het leven en is de vergelijkbare waardering voor het huwelijksleven gedaald tot 14% van de bevolking. Alle andere belangrijke zaken in het leven (werk, geloof, gezin enz.) scoren nog aanzienlijk lager.

Alles wijst erop dat gezondheid van een levensvoorwaarde, een 'levensmiddel', steeds meer een levensdoel is geworden, een zaak die op zichzelf en om zichzelf wille moet worden nagestreefd. Anders gezegd, de wens gezond te blijven om alles te kunnen doen, is vervangen door de wil alles te doen om gezond te kunnen blijven. De gezondheid staat niet meer in dienst van de eisen van het leven, het leven zelf is in dienst van de gezondheid getreden. Als Johan van Beverwijck in 1636 zijn *Schat der Gezondheid* schrijft, betekent gezondheid voor hem dat 'je dingen doet of de kracht hebt ze te doen'. Een gezond lichaam is voor hem een 'werktuig van de ziel'.³ In de termen van nu is het toch eerder omgekeerd: de ziel - de wil, de persoon - is een werktuig van de gezondheid geworden, zelfs zozeer dat ongezondheid en ziekte door de 'orenmaffia'⁴ aan de 'ziel' verweten kunnen worden. Dat is misschien niet de dominante medische opvatting, maar het is wel een opvatting die maatschappelijk opvallend populair is geworden. Het gezondheidsdenken heeft zich in de samenleving inmiddels sterk verzelfstandigd en de gevestigde wetenschap als voordener niet eens altijd meer nodig: het publiek kiest zijn eigen geleerden en zijn eigen geneesheren. 'Alternatief' is hier allang een geuzennaam geworden. De gezondheidsideologie van de moderne samenleving ontwikkelt zich voor een belangrijk deel al op eigen kracht en selecteert uit wetenschappelijke opvattingen en inzichten wat past in het eigen gezondheidsbeeld, dat uit meer en andere elementen is opgebouwd dan alleen de inzichten van de wetenschap, al wordt ook daarbij wel gebruik gemaakt van een wetenschappelijke retoriek.

De steeds toenemende waardering voor de gezondheid als zodanig kunnen we volgen vanaf het moment dat er in opinie-onderzoek naar werd gevraagd. In Nederland is dat zo'n dertig jaar geleden begonnen. Ook daarvoor was er al opinieonderzoek, maar gezondheid speelde daar nog niet zo'n rol in. Het feit dat men op een gegeven moment interesse ging tonen voor de opvattingen in de bevolking over de waarde van gezondheid is er op zichzelf al het bewijs van dat die waarde kennelijk aan het toenemen was. Het is moeilijk - bij gebrek aan gegevens - de lijn verder naar het verleden door te trekken,

maar ik wil hier toch wel de hypothese verdedigen dat een typisch kenmerk van de twintigste eeuw juist de geleidelijke overgang in het denken over gezondheid en ziekte is van lot naar doel, van gegeven naar opdracht, van genade naar wil.⁵ In het midden van de negentiende eeuw heerste er ook onder de geneeskundige stand zelf grote twijfel over de waarde van het eigen handelen in het licht van de toenemende gezondheidsproblemen en vooral van de om zich heen grijpende infectieziekten.⁶

Anno 1900 was de houding ten opzichte van gezondheid bij de bevolking als geheel zeker laconieker en passiever dan nu. De eigen kennis van gezondheid en ziekte was nog zeer gering en ook al was er het besef dat de medische wetenschap in ontwikkeling was, dan nog werden de resultaten daarvan meestal als onbereikbaar voor 'ons soort mensen' gezien.⁷ Er was zeker niet alleen sprake van een minder ontwikkeld gezondheidsbewustzijn, maar ook van een volledig ontbreken van een recht op goede gezondheidszorg, van gezondheidszorg als een sociaal goed. Zelfs van een rechtsgevoel ten aanzien van een goede en toegankelijke gezondheidszorg zal nog nauwelijks sprake zijn geweest. De angst voor ziekte was natuurlijk wel groot, misschien wel groter dan nu, omdat er zoveel minder tegen gedaan kon worden en de sociale gevolgen van vooral langdurige of ernstige ziekte zo rampzalig konden zijn. Met de ziekte dook - behalve in de hoogste kringen - toch ook altijd het spookbeeld van de armoe op.

De eerste wettelijke bescherming tegen armoede en ziekte

Het is in dit licht dan ook niet toevallig, dat de eerste bij wet geregelde verzekeringen (er waren al wel de nodige mogelijkheden in de particuliere sfeer) vooral verzekeringen tegen verlies van inkomsten door ziekte en gebrek waren (de Ongevallenwet van 1901, de Invaliditeitswet van 1913 en de Ziektewet van 1913 en 1930).⁸ Hulp bij ziekte was daar aanvankelijk bij inbegrepen, maar deze voorziening kwam - tot verdriet van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst - toch duidelijk op de tweede plaats. Het Ziekenfondsenbesluit, dat de betaling voor de kosten van medische hulp regelde, moest nog wachten tot 1941 om ingevoerd te kunnen worden. Toen was er voor ruim de helft van de bevolking feitelijk al wel een vorm van ziektekostenverzekering, maar zonder de bezetter zou het zeker nog jaren geduurd hebben voor er een wettelijke regeling tot stand zou zijn gekomen, als dat al gelukt zou zijn. Het is ook een van de weinige wetten die in essentie sinds de bezetting niet meer veranderd zijn. De huidige problemen met een op geheel andere leest geschoeid stelsel van ziektekostenverzekering laten zien dat het opnieuw moeilijk is tot een politieke consensus op dit gebied te komen. In Nederland is die er dus eigenlijk nooit geweest: uit 'het ingrijpende karakter van het Ziekenfondsenbesluit' blijkt juist, dat het 'in de eerste plaats een Duitse maatregel was'.⁹

Loonderving was de eerste angst bij ziekte en deze angst had ook politiek betekenis, daarna kwam pas de angst voor de ziekte zelf en het verlangen naar medische zorg. De lagere prioriteit die er vroeger kennelijk aan medische zorg werd gegeven, is niet zo

vreemd, wanneer men bedenkt dat de mogelijkheden om effectief in te grijpen nog lang heel beperkt zijn gebleven. Het is niet overdreven te stellen, dat een werkelijk effectieve, individuele interventie bij ziekte pas sinds het midden van deze eeuw tot volle ontwikkeling is gekomen.¹⁰ Het is deel van de ironie van de geschiedenis, dat terwijl de status van de arts sindsdien juist maatschappelijk wat is gedaald, de status van de gezondheidszorg alleen maar verder gestegen is. De status en de zelfverzekerdheid van dokters was groot in een tijd dat ze weinig of niets konden, en moet in vergelijking daarmee eerder bescheiden genoemd worden in de huidige tijd waarin de effectiviteit van het medisch handelen op zich juist veel overtuigender kan worden aangetoond.

Deze paradox kan worden opgelost in de vaststelling, dat de buitengewoon hoge status van de dokter in vooral de eerste helft van deze eeuw het gevolg is van de unieke combinatie van een traditionele rituele functie en een beginnende wetenschappelijk gefundeerde effectiviteit in een persoon die van huis uit al op een relatief hoge sociale status kan bogen: zonder dat en de daarbij horende financiële middelen was een academische opleiding immers onmogelijk. Thorbecke heeft met de Wet regelende de uitoefening der geneeskunst (1865) de medische zorg tot een zorg van de hoogste sociale klassen gemaakt. Daardoor kwamen er veel minder, maar wel veel duurdere en deftigere dokters, die geleidelijk ook steeds beter werden. Het heeft tot het einde van deze eeuw geduurd voor het sociale verschil tussen dokter en patiënt weer enigszins zijn scherpte ging verliezen, met name door de algemene stijging van het opleidingsniveau in de samenleving. De waarde van gezondheid hing al nooit sterk samen met de status van de arts, nu minder dan ooit.

Politiek, overheid en gezondheid

Politiek gezien is een beroep op het belang van de volksgezondheid alleen zelden voldoende geweest om een maatregel ter bevordering van de volksgezondheid, zeker een maatregel die geld kostte, ingang te doen vinden. De inmiddels zeer goed gedocumenteerde geschiedenis van de gezondheidszorg in de negentiende eeuw staat eigenlijk helemaal in dit teken van onmacht en onvermogen: verlichte burgers zagen de noodzaak, maar de overheid (meestal de gemeentelijke of de provinciale overigens, de nationale overheid was hier lang van minder belang) was niet dan na zeer lang aarzelen en meestal op andere gronden dan overwegingen van gezondheid te bewegen iets voor de gezondheid van de bevolking te doen.¹¹ Eigenlijk alleen op het gebied van de bestrijding van de infectieziekten is er al relatief vroeg sprake geweest van een beleid van de zijde van de overheid, van wetgeving en van ten dele dwingende maatregelen, al is het effect en de effectiviteit daarvan in veel gevallen twijfelachtig gebleken. Belangrijker dan de bescherming van de gezondheid van de individuele burger, laat staan de zorg voor de zieke, was hier steeds de bescherming van de volksgezondheid als geheel. Overwegingen van welbegrepen eigenbelang hebben daar zeker in de negentiende eeuw een belangrijke rol bij gespeeld. De afweging van de belangen van de volksgezondheid tegen de belangen

van de individuele burger, met name de bescherming van zijn vrijheidsrechten, is pas in de loop van de twintigste eeuw een thema van steeds grotere betekenis geworden.¹²

Waar tegenwoordig van facetbeleid sprake is in de zin van een beïnvloeding van andere beleidsterreinen met overwegingen van gezondheid, is in het verleden gezondheid zelf deel van facetbeleid vanuit andere beleidsgebieden geweest. In welk beleid werd gezondheid meegenomen en wat was belangrijker dan gezondheid?

1. Economische overwegingen prevaleerden opvallend als het ging om maatregelen met effecten op de volksgezondheid en de gezondheidszorg. De hoop op minder zieken was een hoop op minder armen en dus minder armenzorg, terwijl in toenemende mate - onder invloed van de industrialisering en de oriëntatie op de export - ook het beperken van mogelijk verlies in termen van investeringen in mankracht en deskundigheid een rol ging spelen. Een pervers hoogtepunt vormde de invoering van het Ziekenfondsenbesluit door de Duitse bezetter. Enerzijds hoopte men op die manier de Nederlandse arbeider te paaien, maar minstens zo belangrijk was de wens de concurrentie met de Duitse industrie - waar al langer rekening gehouden moest worden met de kosten van een verplichte ziektekostenverzekering - moeilijker te maken.

2. Maatregelen konden worden ingegeven door exportoverwegingen, met name angst voor beperkende maatregelen van het buitenland ten opzichte van Nederlandse landbouwprodukten (Veewet, Quarantainewet, Wet Uitoefening Veeartsenijkunst, Vleeskeuringswet). Bij de bestrijding van de tuberculose richtte de aandacht zich ook meer op de veestapel dan op de bevolking. De subsidies in de veeartsenijkundige sfeer waren traditioneel ook ruimer. Na de Tweede Wereldoorlog werd een niet onbelangrijk deel van de Marshall-hulp ingezet ter bescherming en bevordering van de gezondheid van de Nederlandse veestapel. Natuurlijk heeft dat ook positieve consequenties gehad voor de Nederlandse volksgezondheid als geheel, maar zonder het export-argument zou daar toch zeker een minder hoge prioriteit aan gegeven zijn. Ook nu nog blijkt bij elk agrarisch schandaal steeds weer opnieuw, dat een bedreiging van de volksgezondheid pas belangrijk wordt in het licht van bedreigde exportmogelijkheden. Daaruit komt ook de motivatie voor verandering en verbetering voort, het volksgezondheidsargument is daarvoor op zichzelf niet krachtig genoeg. Recent werd dit nog eens geïllustreerd door het advies van Hendriks en De Zeeuw over 'de wrijving op ambtelijk niveau' tussen de Ministeries van Landbouw en WVC over de taakverdeling met betrekking tot de levensmiddelenwetgeving en -controle.¹³

3. Openbare orde en zedelijkheid. Na 1880 en vooral in de jaren voor de Eerste Wereldoorlog kreeg Nederland een zedelijkheidswetgeving, die ook een duidelijk 'volksgezondheidskarakter' had. Aan de ene kant was de wetgeving duidelijk bedoeld om als onzedelijk beschouwde praktijken zowel onder de noemer van 'ongezond' en 'ziek' als onder de noemer van criminaliteit te brengen, aan de andere kant bleek echter al snel dat de wetgeving zelf ook gevolgen had voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid van het volk: verbod op abortus en verkoop van voorbehoedmiddelen leidde tot illegale abortus,¹⁴ verbod op homoseksueel gedrag tussen minderjarigen en meerderjarigen tot angst, chantage, geweld en ook suïcide,¹⁵ het verbod op prostitutie en bordelen tot een

ongecontroleerde seksmarkt zonder medisch toezicht.¹⁶ Die prijs is men gedurende ongeveer een halve eeuw bereid geweest te laten betalen, pas daarna - in de jaren zestig - is de wetgeving zelf weer in discussie gekomen,¹⁷ waarbij de schade die door de wettelijke verboden zelf aan de volksgezondheid berokkend werd een minstens zo grote rol speelde als de morele verontwaardiging over het onpassende van de 'staat als zedenmeester'.

Het openbare orde-aspect speelde ook een hoofdrol in de Krankzinnigenwetgeving van 1841 en 1884. Hoewel psychiatrische ziekenhuizen tot de oudste door de overheid ingerichte zorgvoorzieningen gerekend kunnen worden, zijn zij pas heel laat instellingen van gezondheidszorg geworden, voor wie de behandeling en mogelijk genezing van de patiënt het eerste doel is. Tot ongeveer 1906 was opname in een psychiatrisch ziekenhuis alleen gedwongen mogelijk, daarna werd men in de meeste gevallen, nominaal vrijwillig, tot opname gedrongen. Van een werkelijke behandeling was in beide gevallen meestal geen sprake. De oorspronkelijke functie van het psychiatrische ziekenhuis was de bescherming van de stedelijke samenleving tegen storende en gestoorde elementen en de bescherming van de gek tegen zichzelf.

De Krankzinnigenwet van 1884 is dan ook in eerste instantie te zien als een openbare orde-wet, enerzijds gericht op de bescherming van de burger tegen overlast door bizar en gevaarlijk gedrag, anderzijds paternalistisch van karakter door het bestwilcriterium dat naast het gevaarscriterium gehanteerd kon worden. Bij de uitvoering van de wet werd er alle ruimte gelaten om ook wanneer er niet direct van gevaar sprake was, te besluiten tot een gedwongen opname op grond van een door de rechter te maken afweging van de beste belangen van de patiënt. De patiënt werd daarbij niet of nauwelijks gehoord. De Krankzinnigenwet garandeerde ook alleen opname, geen behandeling. Toen de behandelingsmogelijkheden in de psychiatrie toenamen, trad het openbare-orde-karakter van de Krankzinnigenwet opnieuw aan het licht. Een gedwongen opname bleek geenszins gelijk te staan, noch gesteld te mogen worden, aan een gedwongen behandeling.

De nieuwe Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (1993), de opvolger van de Krankzinnigenwet, is zelfs eerst en vooral een openbare-orde-wet, die bij alle aandacht voor de vrijheidsrechten van de patiënt als burger juist opvallend weinig aandacht heeft voor het recht op en de behoefte aan goede gezondheidszorg van juist degenen, die niet goed in staat zijn hun wil te bepalen en te uiten. Langs een omweg is nu in de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen op het laatste moment toch ruimte geschapen voor een soort 'bestwilcriterium' - en dus voor een volksgezondheidsoverweging -, waar het de opname van ernstig geestelijk gehandicapten en demente bejaarden betreft.

4. Sociaal-ethische en politieke overwegingen. Het Kinderwetje van Van Houten (1874) kan beschouwd worden als een van de eerste volksgezondheidswetten, ook al was de werking zeer beperkt en de controle op de naleving zeer gering. Voor een goed begrip van de strekking van de wet is het goed er aan te herinneren dat de wet niet kinderarbeid verbiedt, maar alleen kinderfabrieksarbeid. Werken op het land of in een huishouding

werd duidelijk als minder of zelfs als niet-schadelijk voor de gezondheid beschouwd en ook nog jonge kinderen hoefden daartegen dus niet beschermd te worden.

Na 1900 worden de eerste kinderbeschermingswetten geïntroduceerd: opnieuw aandacht voor de bescherming van de zwakkeren, overigens niet eens zozeer met het oog op de gezondheid als zodanig, maar ter voorkoming van de fysieke en zedelijke ondergang van het bedreigde kind, ter voorkoming van de gevolgen van ernstige verwaarlozing dus en van de ontwikkeling van een criminele loopbaan.¹⁸ Niettemin is zowel in het wetje van Van Houten als in de kinderbeschermingswetten voor het eerst sprake van een relatie met gezondheid, met name van degenen die niet voor zichzelf kunnen opkomen en nog niet tot volle ontwikkeling zijn gekomen.

5. De armenzorg als hulp voor minvermogende zwakkeren was in de negentiende eeuw uitgegroeid tot een omvangrijk complex van aanvullende voorzieningen, ten dele in natura, zoals nu nog in de Verenigde Staten, en ten dele met een opvallende heropvoedingsbedoeling: tegengaan en voorkomen van onmaatschappelijkheid. Ook hier stond de volksgezondheid niet centraal, al was de zorg voor het uitbreken en verspreiden van besmettelijke ziekten wel een belangrijke overweging. Onderdeel van de armenzorg was vrijwel altijd ook een soort gratis medische verzorging van gemeentewege.¹⁹

6. Bezuiniging op de overheidsuitgaven: een van de belangrijkste - en misschien ook een van de minst verwachte - drijfveren achter de vernieuwing van de verzorgingsarrangementen op het gebied van de gezondheidszorg - en dat zeker niet alleen in Nederland - is steeds weer de wens om te bezuinigen op de stijgende kosten. In Nederland geldt dat voor de nationale overheid met name vanaf het moment dat de overheid de kosten van de gezondheidszorg als collectieve lasten gaat definiëren (niet betaald door de overheid zelf, maar wel onderdeel van de verzorgingsstaat en in die zin mee te rekenen in de collectieve lastendruk), voor de gemeentelijke overheden gold dat verlangen via de armenzorg al veel eerder: de vernieuwingen in de Amsterdamse psychiatrie door Querido in de jaren dertig (voor- en nazorg, rijdende psychiater) waren een direct gevolg van de wens van de Amsterdamse gemeenteraad de kosten te drukken van de gestichtszorg voor de ruim drieduizend Amsterdamse psychiatrische patiënten die ten laste van de gemeentelijke armenkas kwamen.²⁰

In de Verenigde Staten zien we ook nu nog dat de vernieuwing in de zorg - niet in de medische technologie! - voor een belangrijk deel een poging is met minder geld toch meer te doen. Het bezuinigingsargument wordt in Nederland bij de overname van het Amerikaanse voorbeeld meestal niet herkend, maar los van alle innovatieretoriek gaat het in de Verenigde Staten meestal ook om het soort inventiviteit dat de Nederlandse overheid in *Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen*, verschenen in 1983, ten toon spreidde: pleidooien voor meer zelfzorg en meer mantelzorg, voor meer thuiszorg en meer ambulante zorg.

Kan men de effecten van een beleid waarin gezondheid als facet wordt meegenomen nog positief waarderen, de geschiedenis van het gezondheidsbeleid op zich is getekend door financiële onmogelijkheden en onoverkomelijke belangenconflicten. Gezondheid heeft op

zichzelf politiek nooit voldoende eigen gewicht gehad om door dit soort barrières heen te kunnen breken.

De verzelfstandiging van het belang van de volksgezondheid

Een beroep op het belang van de volksgezondheid als zodanig was in het algemeen dus niet voldoende om de overheid en de politiek besluitvormende organen in beweging te krijgen. De grondwettelijke plicht om voor de volksgezondheid wat te doen is dan ook pas in 1983 in artikel 22 van de Nederlandse Grondwet opgenomen: 'de overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid', een zeer ruime formulering die de overheid veel meer vrijheid laat dan sommige artikelen in de internationale verdragen.²¹

De kennelijk lage autonome prioriteit van de volksgezondheid in politieke zin is temeer interessant, omdat de bevolking aan gezondheid een steeds hogere waarde is gaan toekennen en de prijs voor de gezondheidszorg zowel absoluut als relatief sterk gestegen is: in veertig jaar tijd van twee naar bijna tien procent van het Bruto Nationaal Produkt en van minder dan één tot meer dan 55 miljard gulden.²² Het politieke gewicht van de gezondheidszorg is steeds meer komen te liggen bij het systeem van gezondheidszorg als de grootste maatschappelijke sector in de publieke sfeer, groter dan het onderwijs of het leger. De gezondheidszorg vertegenwoordigt inmiddels een economisch en werkgelegenheidsbelang van de eerste orde. Werkelijk politiek gewicht heeft de gezondheidszorg als maatschappelijke functie, als zorg voor burgers, pas gekregen in het kader van de discussies over de stelselwijziging ten tijde van staatssecretaris H.J. Simons (1989-1994), maar ook toen ging het uiteindelijk meer om geld dan om gezondheid of zorg.

Wat hier tot uitdrukking komt, is het verschil tussen het door het individu als persoonlijk beleefde gewicht van gezondheid (en dus van gezondheidszorg in geval van ziekte) en de verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid als maatschappelijke activiteit. 'Private problems' zijn hier niet per definitie 'public issues', al kan de aandacht - of het gebrek daaraan - voor 'public issues' in dit geval wel gevolgen hebben voor de gezondheid van de burgers. Veel overheidsmaatregelen op veel verschillende maatschappelijke gebieden (verkeer, onderwijs, arbeid, sport) hebben wel gezondheidsconnotaties, die ook als legitimatie voor die maatregelen naar de burgers kunnen worden gebruikt, maar slechts zelden is de gezondheidsoverweging alleen voldoende geweest om maatregelen op het gebied van de volksgezondheid in strikte zin door te voeren en dat geldt nog eens te meer voor maatregelen op gebieden die niet zelf in het teken van de volksgezondheid staan.

Het effect van 'facetbeleid', want daarover gaat het hier, is zeker geweest dat er in Nederland los van de directe invloed van de gezondheidszorg zelf, een gemiddeld zeer hoog gezondheidsniveau is ontstaan, maar een deel van dat facetbeleid heeft nooit een volksgezondheidsdoelstelling gehad en is alleen achteraf analytisch als facetbeleid te duiden. Het hele idee van een facetbeleid voor de volksgezondheid is ook pas ontstaan

in het kader van het streven naar 'Health for All by the year 2000', een programma van de Wereldgezondheidsorganisatie dat in Nederland voor het eerst geleid heeft tot een positief gezondheidsbeleid van de zijde van de overheid, zoals dat werd verwoord in de uit 1986 daterende *Nota 2000*. Voor 1986 beperkte het beleid zich vooral tot de organisatie en de financiering van de zorg, met traditioneel wat lijnen naar ziektebestrijding en gezondheidsbescherming.

De relatieve desinteresse van de nationale overheid voor de volksgezondheid blijkt ook wel uit het grote aantal onderling zeer verschillende departementen waar de volksgezondheid ooit onder ressorteerde: heel lang was dat Binnenlandse Zaken, maar ook Arbeid en Handel, Economische Zaken, Sociale Zaken. De combinatie met Milieu is vervangen door een verbinding met Welzijn en Cultuur (WVC 1982) en Welzijn en Sport (VWS 1994) en op termijn wordt opnieuw aan een verbinding met Sociale Zaken en Werkgelegenheid gedacht. Dat laatste is ook niet zo vreemd, omdat het volksgezondheidsbeleid in meerdere opzichten ook meer een sociale zaken beleid dan bijvoorbeeld een welzijnsbeleid is: de uitvoering van de sociale verzekeringen is voor een belangrijk deel gebaseerd op medische selectiecriteria en de arbeids- en bedrijfsgezondheidszorg maakt nu een revival door in de hoop de weg van de medisch gelegitimeerde uitstoot van arbeid ook in de omgekeerde richting te kunnen bewandelen.²³

De vaststelling van de financiële ruimte voor de individuele en curatieve gezondheidszorg vindt voor een belangrijk deel buiten de sfeer van het departement plaats, het beheer van de middelen eveneens. Eigenlijk alleen de globale inrichting en planning van de gezondheidszorg en enkele nationale taken liggen in de handen van het departement. Dat is zeker ook 'een van de redenen dat er - op een korte periode na - nooit een 'echte' minister van volksgezondheid is geweest, maar alleen een staatssecretaris en ook dat pas voor het eerst na de Tweede Wereldoorlog. De man van nu ruim 55 miljard, verantwoordelijk voor de grootste maatschappelijke sector is in werkelijkheid dan ook een man van minder dan 5 miljard: in 1992 gaf het departement van volksgezondheid zelf niet meer dan 5 miljard uit ten behoeve van de financiering van de zorgsector.²⁴

De verzelfstandiging van de volksgezondheid als opdracht van de nationale overheid is eigenlijk pas na de Tweede Wereldoorlog begonnen, en dan nog: in 1957 telde het departement van volksgezondheid nog niet meer dan zeventig ambtenaren. De *Volksgezondheidsnota* uit 1966 geldt als het begin van een periode waarin de overheid uitgroeit tot de belangrijkste beleidsgever en richtingbepaler van de gezondheidszorg, destijds toch eerst en vooral ziekenzorg, in Nederland. Die periode is nog niet afgesloten, omdat ook terugtredend de overheid de richting van de ontwikkelingen nog steeds voor een belangrijk deel bepaalt. De ontwikkeling naar verzelfstandiging van de aandacht van de overheid voor de gezondheidszorg vindt haar hoogtepunt in het decennium van de *Structuurnota Gezondheidszorg* (1974), van de aandacht voor de gezondheid zelf is het hoogtepunt te vinden in het decennium daarna (*Nota 2000* uit 1986), toen de bevordering van de volksgezondheid een grondwettelijke taak van de overheid was geworden. Het huidige decennium is nog wat moeilijk te karakteriseren, maar lijkt enerzijds toch gekenmerkt te worden door een poging tot beheersing van de

groei en omvang van de individuele gezondheidszorg en anderzijds door een streven naar herleving van de volksgezondheidsgedachte, waarin de aandacht voor de gezondheidstoestand van de bevolking in algemene zin centraal staat. De verschijning in 1993 van de *Volksgezondheid Toekomst Verkenning* is daarvan de eerste en indrukwekkende getuigenis.

Een aarzelend actieve en een actief aarzelende overheid

Al in de negentiende eeuw zien we dat het vooral impulsen uit de samenleving zelf zijn die de overheid prikkelen bepaalde taken op zich te nemen.²⁵ Dat was al zo toen het nog vooral ging om allerlei hygiënisch-technische maatregelen (waterleiding, vuilafvoer, riolering, bouwverordeningen, warenkeuring, slachthuizen, lijkbezorging): veel van wat nu als vanzelfsprekend door of onder verantwoordelijkheid van de overheid gedaan wordt en wat tegelijkertijd nauwelijks meer als volksgezondheidsbeleid wordt beleefd, is maar heel schoorvoetend verstatelijkt. Toen dat eenmaal gebeurd was, werd de overheidsverantwoordelijkheid op dit 'nuts'gebied ook weer zo vanzelfsprekend, dat de huidige privatiseringsbeweging ook weer met wantrouwen en zorg benaderd wordt. Overigens heeft in Nederland de privatisering van dit soort voorzieningen meer het karakter van een bevrijding uit een ambtelijk keurslijf dan van een echte commercialisering. Toen, in de negentiende eeuw, waren het in niet weinig gevallen hoge ambtenaren die zelf de overheid een impuls gingen geven of waar dat door politiek verzet niet lukte zelf het initiatief in de particuliere sector namen, nu is het initiatief voor privatisering vooral een politieke beslissing, die niet altijd op de steun van de betrokken ambtenaren en instituten mag rekenen.

De aarzeling van de overheid in de negentiende eeuw om zelf actief te worden op het terrein van de volksgezondheid was niet alleen een kwestie van politieke onwil of een gebrek aan geld. Zeker in de periode voor Thorbecke is het duidelijk, dat de overheid ook eigenlijk niet over de middelen, instrumenten, deskundigheid en mankracht beschikte om te interveniëren (een situatie die vergelijkbaar is met het begin van het milieubeleid zo'n twintig jaar geleden). Ook als er de overtuiging was dat er wat moest gebeuren, was er toch grote onzekerheid over wat er dan moest gebeuren, hoe en door wie? Behalve besluitvormings- en sturingsproblemen was er ook een opvallend gebrek aan identiteitsontwikkeling van de overheid als actieve en interveniërende kracht. De maatschappelijke marginaliteit van de overheid is maar heel geleidelijk ook uit het denken van de overheid zelf verdwenen: het is pas de verzorgingsstaat en het succes daarvan geweest, die de overheid tot een centrale kracht in de samenleving heeft gemaakt.²⁶ Dat geldt dan met name voor de nationale overheid, die zich via de televisie als meest nabij en herkenbaar heeft weten te profileren. De wortels van de actieve overheid liggen echter met name in de oorlogservaringen - toen de overheid (in de Eerste Wereldoorlog) voor het eerst schaarste moest gaan verdelen en de zorg voor de opvang van vluchtelingen op zich nam - en wat de gezondheidsproblematiek betreft, vooral in de angst voor een sociale

revolutie. De Duitse keizer Bismarck onderkende al de politieke en maatschappelijke betekenis van een systeem van sociale verzekeringen en hij koos ervoor zonder ooit de bedoeling te hebben de politiek tot instrument in een streven naar een betere volksgezondheid te maken. Aandacht voor sociale zekerheid en volksgezondheid was zelf instrumenteel in het streven naar bevestiging van de macht van de nationale staat en het behoud van een kapitalistisch systeem.²⁷

Aarzelend heeft de Nederlandse overheid zich steeds betoond als het ging om maatregelen met een interventionistisch karakter, die direct in zouden kunnen grijpen in het dagelijks leven van de individuele burger. Men liet dat toch liever over aan het eigen inzicht van de burger en aan het particulier initiatief - dat uiteraard wel drang maar geen dwang kon toepassen - en voorzag zichzelf van opvallend zwakke instrumenten. Nederland werd in het verleden vaak bekritiseerd ten aanzien van de Nederlandse arbeids- en hinderwetgeving, het wordt nu bekritiseerd in de wetgeving ten aanzien van bijvoorbeeld het roken (wel verboden, geen sancties) en kwam recent ter discussie te staan naar aanleiding van de polio-epidemie van 1992. De beduchtheid te dicht op de huid van de individuele burger te gaan zitten, blijkt ook nu nog uit de voorzichtigheid waarmee de overheid problemen als AIDS tegemoet treedt (zeer terughoudend testbeleid, geen verplichte screening).²⁸ De vrijheid van de burger blijft groot, ook als het gaat om besmettelijke ziekten die een gevaar voor de volksgezondheid als geheel kunnen inhouden. De terughoudendheid van de overheid wordt soms pragmatisch verdedigd als de minste van twee kwaden (tegen dwang zal men zich verzetten of men zal zich proberen te onttrekken aan de greep van de overheid), maar in vrijwel alle gevallen ook ondersteund vanuit het gezondheidsrecht, dat in de afweging van de belangen van de volksgezondheid tegen de individuele vrijheidsrechten van het individu vrijwel altijd voor de individuele vrijheid kiest. Daaraan ten grondslag ligt de impliciete verwachting in voorkomende gevallen te mogen vertrouwen op de burgerzin, op een welbegrepen eigenbelang van rationeel ingestelde leden van dezelfde samenleving. Het is zeer de vraag of daarmee niet op riskante wijze gekapitaliseerd wordt op een traditie, die aan het begin van de twintigste eeuw nog voor een belangrijk deel gevestigd moest worden en aan het eind van deze eeuw zijn geldingskracht lijkt te hebben verloren onder druk van een groeiende vervreemding en een groeiend aantal vreemdelingen.

Bij een terughoudende overheid past de ontwikkeling van een subsidiebeleid, zoals dat na de Eerste Wereldoorlog - heel voorzichtig - op het gebied van de gezondheidszorg tot ontwikkeling is gekomen, beginnend met de tuberculosebestrijding en de kinderhygiëne.²⁹ Het mes sneed hier aan twee kanten: het primaat van het particulier initiatief werd er officieel mee bevestigd en de overheid toonde zich betrokken zonder voor de volledige kosten op te hoeven komen of de verantwoordelijkheid voor de betreffende problematiek tot haar eigen taak te maken. Het subsidiemechanisme was een aantrekkelijk huwelijk tussen enerzijds het streven de kosten (alleen aanvullend) voor de overheid laag te houden en anderzijds het zich langzaam ontwikkelende principe van de autonomie in eigen kring en het subsidiariteitsprincipe.

Geleidelijk zou juist dat aspect gaan overheersen en de traditionele terughoudendheid van de overheid een nieuwe interpretatie gaan krijgen in het kader van de verzuiling van de Nederlandse maatschappij. De overheid mag dan niet meer wat ze eerst ook niet wilde. In de negentiende eeuw was het particulier initiatief er nog op gericht de overheid over te halen het initiatief over te nemen. De overheid reageert daarop ambivalent en kiest ervoor de uitvoering vooral aan het particulier initiatief over te laten. Dat ontwikkelt zich daardoor sterk en de houding ten opzichte van de overheid verandert dan in de richting van 'laat het maar aan ons over' (al werd voor de financiering van de activiteiten wel en steeds dringender een beroep op de overheid gedaan), een houding die niet meer verandert als het particulier initiatief na de jaren zestig snel deconfessionaliseert en vooral een professioneel karakter gaat krijgen. Van der Grinten heeft dit ingewikkelde samen- en tegenspel van de macht van het particulier initiatief en de kracht van de overheid indringend en exemplarisch beschreven in zijn geschiedenis van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in Nederland.³⁰

Na de Tweede Wereldoorlog gaat de rol van de overheid, vooral de nationale overheid, geleidelijk toch veranderen. De overheid wordt steeds meer verantwoordelijk voor de financiering van de gezondheidszorg, voor de planning van de ziekenhuisbouw, voor het tot stand komen van een overlegstructuur tussen alle partijen, tenslotte ook voor de bevordering van de gezondheid. Langzaam maar zeker wordt de positie van de overheid in de gezondheidszorg centraler en is het steeds meer de overheid die met nieuwe initiatieven, met name sinds de uitgave in 1974 van de *Structuurnota Gezondheidszorg*, het particulier initiatief gaat aansturen. Steeds meer wordt dat ook de rol die het particulier initiatief - sterk geïnstitutionaliseerd en nog sterker instellingsgebonden en daardoor voor een belangrijk deel ook onmachtig tot verandering - van de overheid verwacht. Waar ooit het particulier initiatief van burgers de overheid moest overhalen haar verantwoordelijkheid te nemen, moet nu de overheid het particulier initiatief van de gevestigde belangen ertoe overhalen niet alles aan haar over te laten. Op de achtergrond speelt in beide gevallen bij de overheid de zorg over de kosten van haar interventies en bij de gezondheidszorgsector zelf de bezorgdheid over een al te invloedrijke overheid.

De zorg voor de volksgezondheid

In de voorgaande beschouwingen is de aandacht meer gericht geweest op het gezondheidszorgbeleid van de overheid, en dan met name van de nationale overheid, dan op de reactie van de overheid op de gezondheidsproblemen van de bevolking. Dat is niet toevallig. In de loop van de twintigste eeuw is de rol van de overheid ten opzichte van concrete gezondheidsvraagstukken nogal passief geweest: dit werd in eerste instantie een taak geacht voor de gezondheidszorg zelf en met name voor de specialistische geneeskunde. Zelfs de klassieke preventieve gezondheidszorg (de bestrijding van alcoholisme, geslachtsziekten en tuberculose, de bevordering van de kinderhygiëne enz.) is uiteindelijk steeds meer een zaak van specialistische deskundigheid geworden en is

zich naar aard en werkvorm steeds minder gaan onderscheiden van de curatieve gezondheidszorg. In deze paragraaf ga ik in op de problemen van volksgezondheid, zoals die zich in de sfeer van de 'public health', van de collectieve verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid en van de verantwoordelijkheid voor de gezondheid van een collectiviteit, hebben voorgedaan en die ook inderdaad een zekere betrokkenheid van de overheid tot gevolg hebben gehad.³¹

In een historisch perspectief zien we in de twintigste eeuw de volgende ontwikkelingen: 1. Een geleidelijke verschuiving van de zorg voor de kwaliteit van het voedsel zelf (opgelost door beter toezicht en scherpere keuring; betere houdbaarheid door onder meer pasteurisering en koeling; beter en sneller transport; verhoging deskundigheid boeren en ontstaan boerencoöperaties; gezondere veestapel en betere bestrijdings- en bemestingsmethoden) en ook van het drinkwater (aanleg waterleidingen, filtrering drinkwater, zuivering rioolwater) naar de zorg voor de samenstelling van het voedselpakket en de bereiding van het voedsel (eerst de huishoudscholen, later het Voorlichtingsbureau voor de Voeding en nog later de nieuwe beroepsgroep van de diëtisten).

Van de producent verschuift het accent geleidelijk aan naar de consument en daarmee ook van toezicht naar voorlichting, van gezondheidsbescherming naar gezondheidsbevordering.³² Intussen is de situatie zodanig veranderd, dat de grootste zorg over de kwaliteit en de samenstelling van het voedsel eigenlijk ligt bij de consument en zijn manier van voedselopslag: het meeste bederf is 'hausgemacht' en dat levert uiteindelijk ook het meeste gevaar voor de gezondheid op. De beeldvorming in de bevolking is overigens heel anders, er is vooral veel angst voor 'onnatuurlijke' toevoegingen aan het voedsel of voor bepaalde technieken gericht op het behoud of de produktie ervan. De rol van de overheid is hier vooral op infrastructureel niveau merkbaar geweest en heeft zich nauwelijks als 'gezondheidszorg' in de strikte zin van het woord gemanifesteerd.

2. Geleidelijke vermindering van de zorg voor en over tuberculose.³³ Van een endemische ziekte is tuberculose tot een zeldzame verschijning geworden en bovendien tot een ziekte die tot nu toe goed met antibiotica bestreden kan worden. De vele internationale contacten, de drugs-en Aidsproblematiek hebben tuberculose in kleine omvang echter weer opnieuw actueel gemaakt en dat betekent dat de tuberculosebestrijding aan het eind van de twintigste eeuw toch nog niet opgeheven kan worden.

In het algemeen kan gezegd worden dat de zorg voor besmettelijke ziekten niet op zichzelf minder is geworden, maar wel de bezorgdheid erover. Dankzij preventiecampagnes komen ze feitelijk minder of zelfs helemaal niet meer voor (polio, pokken, tyfus, tetanus, kinkhoest enz.) en als ze voorkomen, kunnen ze beter beheerst worden en leiden ze nog slechts zelden tot grote problemen. In de laatste jaren is op dit relatief opgewekte beeld echter toch weer een uitzondering gekomen, met name in de vorm van de SOA's, de seksueel overdraagbare aandoeningen. De traditionele geslachtsziekten zijn na 1970 weer sterk in opkomst geweest, inmiddels is het cijfer overigens ook weer sterk gedaald, maar aandoeningen als HIV/AIDS, herpes, hepatitis en chlamydia houden door hun

moeilijke herkenbaarheid en bestrijdbaarheid toch weer een niet onaanzienlijk gevaar in voor de volksgezondheid.³⁴

De rol van de overheid is hier altijd wat ambivalent geweest. Sommige infectieziekten zijn meldingsplichtig en ten aanzien van een aantal ziekten heeft de overheid op nationaal niveau ook voorzieningen getroffen (wetgeving, onderzoek, advies, voorlichting), maar de preventie is voor een belangrijk deel toch overgelaten aan het particulier initiatief en er is een groot en groeiend vertrouwen geweest in de preventieve attitude bij de bevolking op dit gebied. Dwang zou hier minder uithalen dan overreding en overtuiging, zo is het algemene gevoelen geweest en slechts zelden heeft men zich daar ongemakkelijk bij gevoeld.

3. Volledige acceptatie door de bevolking - ook door de etnische minderheden onder hen - van de zuigelingen- en van de zorg voor moeder en kind. De consultatiebureaus zoals die aan het begin van de eeuw ontwikkeld zijn, zijn de basis gebleken voor een goede algemene volksgezondheidstoestand. Het is nauwelijks overdreven te zeggen dat de zorg voor zuigelingen en kleine kinderen in een ongekend algemene en gelijkvormige 'protoprofessionalisering' is terecht gekomen.³⁵ Ten aanzien van hygiëne, voeding, opvoeding en verzorging zijn er maatstaven gekomen, die vrijwel zonder uitzondering gevolgd worden.³⁶

De rol van de overheid is hier steeds bescheiden geweest en eigenlijk beperkt gebleven tot die van subsidiënt en later via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten als verantwoordelijke voor de financiering uit de volksverzekering.

4. Volledige acceptatie van de zorg voor lichaamshygiëne als een belangrijke factor voor het behoud van de gezondheid. Wat aan het begin van de eeuw nog voor maar een kleine elite van één à twee procent van de bevolking was weggelegd, is een vrijwel algemene praktijk geworden: (bijna) dagelijks baden, individuele bedden, frequent verschoneren van goed gewassen kleren van goede kwaliteit, poetsen van tanden, beschikking hebben over warm water, wc en centrale verwarming enz. Bouwverordeningen, woonsubsidies en later ook stadsvernieuwingsprogramma's hebben hier een belangrijke rol bij gespeeld en ertoe geleid dat de gemiddelde kwaliteit van de Nederlandse huizen in volksgezondheids- termen gezien zeer hoog is. Het gezondheidseffect zal niet altijd als zodanig bedoeld zijn geweest, maar de feitelijke verhoging van de levenskwaliteit die het gevolg is van kwalitatief goede en op hoog niveau uitgeruste woningen heeft een bijzonder groot autonoom gezondheidseffect. De overheid heeft hier een direct en groot aandeel in gehad, maar het aspect van de volksgezondheid is daarbij altijd ondergeschikt geweest aan het sociale streven naar een woningvoorraad van voor de Nederlandse bevolking voldoende kwaliteit en kwantiteit.

5. Groeiende zorg over ongezonde en gevaarlijke leefstijlen en leefpatronen. Alcoholverslaving was het grote probleem van de negentiende eeuw. In de eerste helft van de twintigste eeuw verdwijnt alcohol bijna geheel uit het consumptiepatroon, maar tussen 1960 en 1980 stijgt de consumptie weer snel, om zich op een relatief hoog niveau te stabiliseren. Na 1970 breidt zich het probleem van de drugsverslaving snel uit en wordt

men alerter op de gevaren van medicijnverslaving, na 1980 komt daar ook de gokverslaving nog bij.

Tot 1970 was roken een algemeen verbreide gewoonte die niet als bijzonder gevaarlijk werd beschouwd, nu is het onderkend als een van de grootste gevaren voor de volksgezondheid. Inmiddels zijn er in de sfeer van de leefstijlen ook al heel andere risico's voor de gezondheid onderkend: met de toename van de sportbeoefening en toenemende intensiteit van het verkeer ontstaan er ook nieuwe bedreigingen van de volksgezondheid. De toename van het internationale verkeer leidt tot de import van nieuwe ziekten, de klimaatbeheersing in gebouwen tot meer functionele klachten. Een minder op lichamelijke inspanning gerichte leefstijl is onvoldoende gevolgd door een verandering in eetgewoonten.

Op een aantal gebieden zijn door de overheid maatregelen genomen op wetgevend gebied (onder meer verkeerswetgeving), op een aantal gebieden worden voorlichtingscampagnes gesteund en wordt er met steun van de overheid gewerkt aan een verandering in de houding van de bevolking. De *Nota 2000*, de overgang van een gezondheidszorg- naar een gezondheidsbeleid, is daar het duidelijkste voorbeeld van en zonder de stimulans van de nationale overheid zou in de jaren zeventig de ontwikkeling van een georganiseerde praktijk van Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) in Nederland zeker niet van de grond gekomen zijn.³⁷ Het probleem dat zich op dit gebied voordoet, is vooral het aanleren van beheersingsgedrag in een situatie van permanente verlokking. De gezondheid wordt niet bedreigd door een tekort maar juist door een teveel.

6. Groeiende bezorgdheid over de toenemende psychische problematiek: per jaar meer dan 1500 suïcides, per jaar zo'n 25 tot 30% van de bevolking behept met een diagnostiseerbare psychische aandoening, een toenemend aantal demente bejaarden, psychisch gestoorde dak- en thuislozen, zo'n 8% van de kinderen met ernstige gedragsproblemen etc. Het beleid is er op gericht geweest de geestelijke gezondheidszorg van een last resort tot een voor iedereen toegankelijk systeem van hulpverlening te maken.³⁸ In 1900 was er alleen het psychiatrisch ziekenhuis en alleen de gedwongen opname, inmiddels is het leeuwedeel van de hulpverlening ambulante en is ook de psychiatrische opname in meer dan 85% van de gevallen vrijwillig. De overheid heeft een heel actieve rol gespeeld in de veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg. In de negentiende eeuw was de overheid degene die de eerste nieuwe psychiatrische ziekenhuizen bouwde (in 1849 het provinciaal ziekenhuis Meer en Berg, later Santpoort genoemd) en vanaf de *Structuurnota Gezondheidszorg* heeft de overheid leiding gegeven aan de veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg. In feite is de geestelijke gezondheidszorg de enige sector waar de ideeën van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg zijn aangeslagen en ingevoerd: er is een gemeenschappelijk financieel kader en een regionaal samenhangend en gepland aanbod tot stand gekomen. De overheid heeft hier een duidelijke regiefunctie vervuld en terugkijkend op de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg tussen 1974 en 1994 lijkt de traditioneel relatief nauwe verbinding tussen overheid en geestelijke gezondheidszorg als voorziening voor openbare ordeproblematiek en voor armenzorg daar zeker mede debet aan.

7. Besef van de specifieke gezondheidsproblematiek van bepaalde groepen in risico-, achterstand- of gebrekssituaties: vrouwen, etnische minderheden, geestelijk en lichamelijk gehandicapten, bejaarden, vluchtelingen, sociaal laagste klassen.³⁹ In een aantal gevallen is er ten aanzien van deze groepen door de overheid een actief beleid gevoerd ter verbetering van hun gezondheidstoestand of van hun algemene toestand in een situatie van ongezondheid. Ten dele is dat een subsidiebeleid geweest, ten dele ook wetgevingsbeleid of ook een actieve uitvoering van hulpverlening door de overheid zelf. In dit kader moet ook gewezen worden op de hernieuwde belangstelling voor slachtoffers van huiselijk geweld en seksueel misbruik: het accent is hier verlegd van zedelijke veroordeling van slachtoffer en dader naar strengere straffen voor de laatste en veel meer hulpverlening en begeleiding voor de eerste.⁴⁰

8. Toenemend besef van de relatie tussen gezondheid en de omstandigheden in het micro- en macromilieu, zowel wat betreft de feitelijke bedreiging van de gezondheid als wat betreft de beleving van de psychische bedreiging daarvan. De verbetering van de arbeidsomstandigheden (Arbo-wetgeving), van de woonomstandigheden en van de maatregelen ter verbetering van het milieu (tegengaan uitstoot gevaarlijke stoffen, schoonhouden waterwegen, geluidsisolatie) zijn daar voorbeelden van.

9. De regeling van de 'ingrepen op verzoek'.⁴¹ Door de toegenomen mogelijkheden van de medische wetenschap is er een grote behoefte ontstaan aan ingrepen die medisch gezien niet noodzakelijk zijn, maar wel gewenst worden door de burgers om hun levenslot beter zelf te kunnen bepalen: abortus, sterilisatie, IVF en andere vruchtbaarheidsregelende maatregelen, plastische chirurgie en euthanasie zijn hier voorbeelden van. De situatie is wat dat betreft nu precies omgekeerd aan die van een eeuw geleden. Nu gaat het niet meer om het verbod maar om het regelen van mogelijkheden. De medische ethiek heeft er een opmerkelijke opleving aan te danken en voor de overheid is er steeds weer het probleem van de mate en wijze van wettelijke regulering.

10. De individualisering van maatschappelijke problematiek via het medische kanaal: het gebruik van de gezondheidszorg als een weg om individueel buiten het kader van de maatschappelijke verantwoordelijkheid te vallen en maatschappelijk gesproken bijvoorbeeld een grote uitstoot van arbeidskracht te vertalen in individuele arbeidsongeschiktheid. Deze politiek is uiteindelijk eerder bedreigend dan bevorderlijk voor de volksgezondheid gebleken. Het is duidelijk dat de rol van de overheid hier bij uitstek groot, zij het ook onbedoeld, is geweest. De 'medicalisering' van de toegang tot veel sociale wetgeving, met name de sociale verzekeringen is een direct gevolg geweest van een beleid en een wetgeving, die in de arts bij uitstek een gekwalificeerde en een selecterende wachter aan de poort zag.

Tussen overhalen en overlaten, tussen optreden en terugtreden

Alles overziend is het duidelijk dat waar aan het eind van de negentiende eeuw de gezondheidstoestand van de bevolking werd gekenmerkt door een hoge kindersterfte en

algemene verbreiding van besmettelijke ziekten bij een vrij slechte algemene lichamelijke toestand, een fundamentele onwetendheid over zaken van gezondheid en ziekte, en voor een groot deel van de bevolking ook zeer slechte levensomstandigheden, zien we aan het eind van de twintigste eeuw een voltooide epidemiologische en demografische transitie: een zeer lage kindersterfte, een laag geboortecijfer, een zeer hoge levensduurverwachting, maar ook veel chronische en degeneratieve aandoeningen in het laatste levenskwartier; een hoge algemene kennis ten aanzien van een goede gezondheid, maar tegelijkertijd toch ook nog altijd zeer veel ongezonde levensstijlen en een groot risico voortkomend uit een voortgaande verslechtering van het macromilieau.

In deze eeuw kunnen we een enorme uitbreiding van het gezondheids- en ziekteareaal vaststellen. Het succes van de vorige generaties heeft de huidige gezondheidsproblemen ten dele pas mogelijk gemaakt en opgeroepen. De paradox van een zeer gezonde bevolking met veel ziekten en klachten is niet te vermijden: epidemiologisch gezien komt de ouderdom niet met kwalen, maar komen de kwalen met de ouderdom. De kans neemt toe en dat betekent dat het aantal zieke en hulpbehoevende individuen toe zal nemen naarmate een groter deel van de bevolking zeer oud wordt. De oplossingen van de vorige generaties zijn nog maar zeer beperkt bruikbaar. Misschien zal er in de toekomst genetisch meer gerepareerd kunnen worden, maar dat is nog ver weg en zal ook maar beperkt mogelijk zijn. Het meeste in termen van gezondheidswinst kan toch verwacht worden van een op gedragsverandering gericht beleid. De verzelfstandiging van de gezondheid heeft er ook toe geleid dat de problemen waar we mee komen te zitten steeds meer de problemen van de gezondheid zelf zijn, met andere woorden problemen die gegenereerd worden door de staat van de volksgezondheid zelf. Die problemen zijn voorlopig ook alleen langs de weg van de gedrags- en leefstijlverandering nog enigszins te beïnvloeden. Gedragsverandering impliceert hier veel: het gaat niet alleen om een andere houding ten opzichte van de gezondheid en het eigen leven, maar ook om andere beslissingen ten aanzien van de gezondheid en het leven, zowel door de burgers als door de overheid.

In deze eeuw hebben we de omslag gezien van een terughoudende naar een actief optredende en ten dele ook weer terugtrekkende overheid. Geleidelijk aan - misschien juist in de gezondheidszorg nog wel meer dan elders - is het ook duidelijk geworden, dat het onderscheid tussen overheid en particulier initiatief moeilijk nog gemaakt kan worden. De overheid is soms ook zelf particulier initiatief en treedt op als producent en consument van gezondheidszorg. De overheid laat zaken niet alleen over aan het particulier initiatief, maar stimuleert dit ook en treedt zelfs op als haar belangenbehartiger, zonder overheid geen patiëntenbeweging of vertegenwoordiging van consumentenorganisaties in het beleid. Er is steeds meer sprake van een osmose tussen overheid en particulier initiatief, al valt wel op dat het initiatief nu juist minder particulier is geworden en dat juist de uitvoering dat meer en meer is geworden.

NOTEN

1. Mackenbach, *Ongezonde verschillen*.
2. De Swaan, *De mens is de mens een zorg*.
3. Schnabel, *Gezondheid als waarde*.
4. Spaink, *Vallende vrouw*.
5. Rolies, *De gezonde burger. Gezondheid als norm*.
6. Houwaart, *De hygiënisten*.
7. Philips, *Gezondheidszorg in Limburg*.
8. Hermans en Spek, 'De actualiteit van de geschiedenis der ziekenfondsen'.
9. Van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in Nederland, 1850-1941*.
10. Borst-Eilers, *Geneeskunde op recept?*
11. Zie bijvoorbeeld Querido, *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid*.
12. Dute, *De wetgeving ter bestrijding van infectieziekten*; Rigter, *Met raad en daad*.
13. Hendriks en De Zeeuw, *Op weg naar een gezonde kwaliteit*.
14. Ketting, *Van misdrijf tot hulpverlening*.
15. Tielman, *Homoseksualiteit in Nederland*.
16. Mooij, *Geslachtsziekten en besmettingsangst*.
17. Boutellier, *Solidariteit en slachtofferschap*.
18. Roeland, *Kinderbescherming in de maatschappij*.
19. Van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in Nederland, 1850-1941*.
20. Van der Grinten, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg*.
21. Dute, *De wetgeving ter bestrijding van infectieziekten*.
22. *Financieel Overzicht Zorg 1994*.
23. Willems, *Een nieuwe Bint in de gront*.
24. *Financieel Overzicht Zorg 1995*.
25. Houwaart, *De hygiënisten*; Rigter en Rigter, 'Volksgezondheid: een assepoester in de Nederlandse politiek'.
26. Thoenes, *De elite in de verzorgingsstaat*; Schuyt, *Op zoek naar het hart van de verzorgingsstaat*.
27. De Swaan, *Zorg en de staat*.
28. *STG: AIDS in Nederland tot 2000*.
29. Dolman, *Subsidies en gezondheidszorg*.
30. Van der Grinten, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg*.
31. Van Loghem, *Algemene Gezondheidsleer*; Rigter, *Met raad en daad*.
32. Van Otterloo, *Eten en eetlust in Nederland (1840-1990)*.
33. Hueting en Dessing, *Tuberculose. Negentig jaar tuberculosebestrijding in Nederland*.
34. Coutinho, *Van pokken, syfilis en Aids*.
35. De Swaan, 'Professionalisering en protoprofessionalisering'.
36. Van Setten, *In de schoot van het gezin*.
37. Saan en De Haes, 'Werken in de delta'.
38. *STG: Zorgen voor geestelijke gezondheid in de toekomst*.
39. Mackenbach, *Ongezonde verschillen*.
40. Draijer, *Seksuele traumatisering in de jeugd*.
41. Schnabel, 'De medisch-ethische betekenis van complicaties bij abortus provocatus'.

LITERATUUR

- Borst-Eilers, E., *Geneeskunde op recept?* Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1993.
- Boutellier, H., *Solidariteit en slachtofferschap. De morele betekenis van criminaliteit in een postmoderne cultuur.* Nijmegen: SUN, 1993.
- Coutinho, R.A., *Van pokken, syfilis en Aids. Geschiedenis van de infectieziektenbestrijding door de eeuwen heen.* Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1989.
- Dolman, D., *Subsidies en gezondheidszorg.* Leiden: Stenfert Kroese, 1964.
- Draijer, N., *Seksuele traumatisering in de jeugd. Gevolgen op lange termijn van seksueel misbruik van meisjes door verwanten.* Amsterdam: SUA, 1990.
- Dute, J.C.J., *De wetgeving ter bestrijding van infectieziekten.* Nijmegen: Ars Aequi Libri, 1994.
- Financieel Overzicht Zorg 1994.* 's-Gravenhage: SDU, 1994.
- Grinten, T.E.D. van der, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Een historisch beleidsonderzoek.* Baarn: Ambo, 1987.
- Hendriks, J.P.M. en A. de Zeeuw, *Op weg naar een gezonde kwaliteit. Advies m.b.t. een evenwichtige taakverdeling tussen de departementen van LNV en WVC op het terrein van de levensmiddelenwetgeving en -controle.* 's-Gravenhage, 1992.
- Hermans, H.E.G.M. en J. Spek, 'De actualiteit van de geschiedenis der ziekenfondsen', *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 65 (1987) 104-110.
- Houwaart, E., *De hygiënisten. Artsen, staat en volksgezondheid in Nederland 1840-1890.* Groningen: Historische Uitgeverij Groningen, 1991.
- Hueting, E. en A. Dessing, *Tuberculose. Negentig jaar tuberculosebestrijding in Nederland.* Zutphen: Walburg Pers, 1993.
- Jaspers, J.B., *Het medische circuit. Een sociologische studie van de ontwikkeling van het netwerk van afhankelijkheid tussen cliënten, artsen, centrale overheid, ziekenfondsen en ziekenhuizen in Nederland (1865-1980).* Utrecht/Antwerpen: Bohn Scheltema & Holkema, 1985.
- Kappelhof, A.C.M., *Tussen aansporen en opsporen. Geschiedenis van 25 jaar Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1965-1990.* 's-Gravenhage: SDU, 1990.
- Ketting, E., *Van misdrijf tot hulpverlening. Een analyse van de maatschappelijke betekenis van abortus provocatus in Nederland.* Alphen a/d Rijn: Samsom, 1978.
- Korst, J. van der, *Om lijf en leven. Gezondheidszorg en geneeskunst in Nederland circa 1200-1960.* Utrecht/Antwerpen: Bohn Scheltema & Holkema, 1988.
- Laurs, P., *Recht voor psychiatrische patiënten.* Arnhem: Gouda Quint, 1988.
- Loghem, J.J. van, *Algemene Gezondheidsleer.* Amsterdam/Antwerpen: Kosmos, 1956.
- Mackenbach, J.P., *Ongezonde verschillen. Over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland.* Assen: Van Gorcum, 1994.
- Mooij, A., *Geslachtsziekten en besmettingsangst. Een historisch-sociologische studie, 1850-1990.* Meppel/Amsterdam: Boom, 1993.
- Nota 2000. Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens.* Rijswijk: Ministerie van WVC, 1986.
- Otterloo, A.H. van, *Eten en eetlust in Nederland (1840-1990).* Amsterdam: Bert Bakker, 1990.
- Philips, R., *Gezondheidszorg in Limburg. Groei en acceptatie van de gezondheidsvoorzieningen 1850- 1940.* Assen: Van Gorcum, 1980.
- Querido, A., *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid.* 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1965.
- Rigter, H. en R.B.M. Rigter, 'Volksgezondheid: een assepoester in de Nederlandse politiek. Een analyse toegespitst op de sociaal-democratie', *Gewina. Tijdschrift voor de Geschiedenis der Geneeskunde, Natuurwetenschappen, Wiskunde en Techniek* 16 (1993) 1-17.

- Rigter, R.B.M., *Met raad en daad. De geschiedenis van de Gezondheidsraad 1902-1985*. Rotterdam: Erasmus Publishing, 1992.
- Roeland, D., *Kinderbescherming in de maatschappij*. Baarn: Basisboeken/Ambo, 1980.
- Rolies, J. (red.), *De gezonde burger. Gezondheid als norm*. Nijmegen: SUN, 1988.
- Roscam Abbing, H.D.C., *Beslissen door de patiënt*. z.pl. 1994.
- Saan, J.A.M. en W.F.M. de Haes, 'Werken in de delta. GVO in Nederland: terugblik en perspectief', *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 70 (1992) 51-60.
- Schnabel, P., 'De medisch-ethische betekenis van complicaties bij abortus provocatus. Over de principiële toelaatbaarheid en praktische aanvaardbaarheid van ingrepen op verzoek', *Metamedica* 57 (1978) 62-70.
- Schnabel, P., *Gezondheid als waarde*. 1994.
- Schuyt, C.J.M., *Op zoek naar het hart van de verzorgingsstaat*. Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese, 1991.
- Setten, H. van, *In de schoot van het gezin. Opvoedingscondities in Nederlandse gezinnen in de twintigste eeuw*. Nijmegen: KUN, 1986.
- Spaink, K., *Vallende vrouw*. Amsterdam: Van Gennep, 1993.
- STG: *Zorgen voor geestelijke gezondheid in de toekomst*. Utrecht/Antwerpen: Bohn Scheltema & Holkema, 1990.
- STG: *AIDS in Nederland tot 2000*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992.
- Structuurnota Gezondheidszorg*. Leidschendam: Ministerie van VOMIL, 1974.
- Swaan, A. de, 'Professionalisering en protoprofessionalisering', in: Brinkgreve, C. e.a., *De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf* (Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum, 1979).
- Swaan, A. de, *De mens is de mens een zorg*. Amsterdam: Meulenhoff, 1982.
- Swaan, A. de, *Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*. Amsterdam: Bert Bakker, 1989.
- Thoenes, P., *De elite in de verzorgingsstaat*. Leiden: Stenfert Kroese, 1962.
- Tielman, R.A.P., *Homoseksualiteit in Nederland. Studie van en emancipatiebeweging*. Meppel: Boom, 1982.
- Velden, H. van der, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in Nederland, 1850-1941. Medische armenzorg, ziekenfondsen en de vereniging voor ziekenhuisverpleging op nationaal en lokaal niveau (Schiedam, Roordahuizum en Amsterdam)*. Amsterdam: Internationaal Instituut voor Sociale Geschiedenis, 1993.
- Verdoorn, J.A., *Het gezondheidswezen te Amsterdam in de 19e eeuw*. Nijmegen: SUN, 1981.
- Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen*. Leidschendam: Ministerie van WVC, 1983.
- Volksgezondheids Toekomst Verkenning. De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010*. 's-Gravenhage/Bilthoven: SDU/RIVM, 1993.
- Willems, J.H.B.M., *Een nieuw Bint in de gront. Sociale verzekeringsgeneeskunde bij het fin de siècle*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1993.