

Gezondheidszorg, politiek en burgerschap

Citation for published version (APA):

Oosterhuis, H. (2018). Gezondheidszorg, politiek en burgerschap: Van bezitsindividualisme tot neoliberalisme. In F. Huisman, E. Houwaart, & H. Hillen (Eds.), *Leerboek Medische Geschiedenis* Bohn Stafleu van Loghum.

Document status and date:

Published: 10/01/2018

Document Version:

Accepted author manuscript (Peer reviewed / editorial board version)

Document license:

CC BY-NC-ND

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Gezondheidszorg, politiek en burgerschap: van bezitsindividualisme tot neoliberalisme

Harry Oosterhuis

Inleiding

Hoeveel is een mensenleven waard? Een ongemakkelijke vraag die we liever niet stellen en die wellicht wrevel oproept. De waarde van het leven valt toch niet in geld uit te drukken? Getuigt zo'n vraag niet van gevoelloosheid en gebrek aan ethisch besef? Toch dringt deze kwestie zich steeds meer op aan artsen, verzekeraars, managers en budgetbeheerders in de gezondheidszorg, ambtenaren, politici en burgers. De voortgang van de biomedische kennis en technologie vergroot de behandelingsmogelijkheden: weliswaar is genezing niet altijd mogelijk, maar veel ziekten zijn min of meer beheersbaar geworden en ook kan het leven van ongeneeslijk zieken vaak worden opgerekt. Nog nooit werden wij zo oud en leefden wij zo lang in goede gezondheid.

Deze verworvenheid heeft echter een prijskaartje: de gezondheidszorg slokt een steeds groter deel van het bruto nationaal product op. In de Westerse wereld is de financiering van de gezondheidszorg – afgezien van eigen bijdragen (eigen risico) en behandelingen die patiënten uit vrije wil deels of geheel zelf betalen – gebaseerd op collectieve solidariteit, het grondbeginsel van de verzorgingsstaat. Dat wil zeggen, gezonde burgers, werkgevers en de overheid dragen door middel van verzekeringspremies, loonheffingen en belastingen bij aan de kosten van de behandeling van en zorg voor patiënten, die deze kosten niet alleen zouden kunnen dragen. Vrijwel iedereen wil bij ziekte uiteraard zo goed mogelijk behandeld worden en verwacht dat alles wordt gedaan om hem of haar te genezen of in elk geval zijn of haar leven zo lang mogelijk te bewaren – afgezien van de keuze voor actieve levensbeëindiging als het leven een ondraaglijke last is geworden.

De kwestie die zich hierbij onvermijdelijk aandient, is die van de sociale rechtvaardigheid: hoe worden schaarse middelen op een eerlijke en billijke manier verdeeld? Wie kan aanspraak maken op welke behandeling? Op hoeveel medische zorg mogen we rekenen en hoeveel mag die kosten? Hoeveel geld, dat wil zeggen premie- en

belastingbetalingen, hebben we over en moeten we volgens verzekeraars en overheid over hebben voor de gezondheidszorg? Dergelijke vragen zijn niet op basis van objectieve wetenschappelijke criteria te beantwoorden. Hier zijn waardeoordelen in het geding en deze behoren tot het terrein van de ethiek en politiek. En omdat wij tegenwoordig, althans in de Westerse wereld, in democratieën leven waarin burgers mondig zijn en een stem hebben in de politiek, gaat deze problematiek ons allen aan, ongeacht of we gezond of ziek zijn.

De politieke dimensie van gezondheid en ziekte is niet nieuw, maar kent een lange geschiedenis, die nauw samenhangt met de modernisering (industrialisering, democratisering en secularisering) van de Westerse samenleving vanaf het midden van de achttiende eeuw. Dit artikel schetst in grote lijnen de ontwikkeling van het verband tussen enerzijds gezondheid en ziekte en anderzijds de politiek, in het bijzonder de rol van de staat en van burgerschap, en stipt enkele daarmee verbonden dilemma's aan.¹

Burgerschap en gezondheidszorg: recente ontwikkelingen

De aandacht voor deze geschiedenis komt niet uit de lucht vallen, maar is ingegeven door ontwikkelingen in de afgelopen dertig jaar, de periode vanaf de ineenstorting van het communisme in Oost-Europa in 1989 en de opmars van neoliberalisme en globalisering. Door het verdwijnen van het communistische model als reëel alternatief voor de Westerse liberale democratie, kwamen de verzorgingsstaat en de sociale markteconomie, die het kapitalisme min of meer hadden ingetoomd, in het Westen onder druk te staan. Door privatisering en uitbesteding van voormalige staatsvoorzieningen en de globaliserende markt kregen het kapitalisme en het ondernemende individu meer ruimte. Dit alles ging gepaard met een discussie over democratisch burgerschap. Het pleidooi voor minder staatsbemoeyenis ten behoeve van de ontplooiing van het individu en de 'vrije' markt was mede ingegeven door het argument dat sociaaldemocratische idealen en de

¹ Dit artikel is een ingekorte en deels nieuwe bewerking van: Harry Oosterhuis en Frank Huisman, 'The Politics of Health and Citizenship: Historical and Contemporary Perspectives', In Frank Huisman en Harry Oosterhuis (Eds.), *Health and Citizenship: Political Cultures of Health in Modern Europe* (Londen en Brookfield: Pickering & Chatto, 2014; Londen en New York: Routledge, 2016), pp. 1-40. Fragmenten van dit artikel zijn eerder gepubliceerd in: Harry Oosterhuis, 'Gezondheid en burgerschap in heden en verleden', In J. van Steenberghe en C.Th. Bakker (Eds.), *Het leeft onder de bevolking. Maatschappelijke aspecten van infectieziektebestrijding vroeger en nu* (Alphen aan de Rijn: Uitgeverij Van Zuiden Communications, 2010), pp. 103-120.

verzorgingsstaat veel burgers passief en afhankelijk hadden gemaakt. Als consumenten van sociale voorzieningen zouden zij alleen maar oog hebben voor hun rechten (op kosten van andere burgers) en de plichten die democratisch burgerschap met zich meebrengt, veronachtzamen. Meer eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid werden wenselijk geacht. Groepen die moeite leken te hebben om aan deze vereisten te voldoen, zoals werklozen, laagopgeleiden, etnische minderheden en ook mensen met lichamelijke of mentale gebreken, kregen te maken met de nodige druk om zich beter aan te passen aan de maatschappij en daarin actiever te participeren.

Deze trends waren van invloed op het denken over ziekte en gezondheid en de organisatie van de gezondheidszorg. Al eerder was duidelijk geworden dat de kosten van de gezondheidszorg uit de hand dreigden te lopen – overal in de Westerse wereld groeiden deze sneller dan het bruto nationaal product. Kostenbeheersing werd een dringende noodzaak, juist ook om het principe van collectieve solidariteit, dat na de Tweede Wereldoorlog was uitgekristalliseerd, te kunnen handhaven. De kostenstijging werd niet alleen veroorzaakt door het succes van de moderne curatieve geneeskunde, steeds duurdere behandelingen en verbeterde medische zorg, maar ook door vergrijzing (een groeiend aantal oudere, zorgbehoeftige mensen), meer chronische patiënten, een hogere waardering van gezondheid, een groter vertrouwen in de maakbaarheid van het leven (ziekte is geen noodlot meer waar je noodgedwongen mee moet leven, maar kan en moet verholpen worden) en opgeschroefde verwachtingen omtrent wat de geneeskunde vermag, waardoor het beroep op de geneeskunde sterk toenam. Dat kwam ook door de opgerekte betekenis van gezondheid: het ging niet louter meer om de afwezigheid van ziekte of gebrek, maar ook om lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn, zoals vastgelegd in de beginselverklaring van de World Health Organisation (WHO).² Dergelijke brede en normatieve omschrijvingen van gezondheid kwamen vanaf de jaren zeventig ook in het Nederlandse beleid op het gebied van de gezondheidszorg in zwang. Dit werkte in de hand dat het vermeende recht op gezondheid en daardoor ook de wensen en verwachtingen van burgers steeds verder opschoven.

² 'Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.' *Constitution of the World Health Organisation* (1946), 1. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

Dit alles riep bezorgde geluiden op die erop neer kwamen dat het democratische recht op gezondheid alleen was te waarborgen als burgers zelf meer verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid namen en zich daarvoor actiever inzetten opdat zij de gemeenschappelijke voorzieningen (en daardoor hun medeburgers) minder belastten. Immers, in de collectief gefinancierde gezondheidszorg moet het individuele belang voortdurend worden afgewogen tegen het gemeenschappelijke belang en de solidariteit. Onze omgang met ziekte en gezondheid en de daarmee gepaard gaande keuzes en prioriteiten, zijn onvermijdelijk verbonden met het politieke vraagstuk van de verdelende rechtvaardigheid. Ook gingen economische overwegingen steeds zwaarder wegen in de organisatie van de gezondheidszorg: managers en budgetbeheerders bezetten steeds meer leidinggevende posities teneinde de uitvoerders in de gezondheidszorg zo efficiënt mogelijk te laten werken en de uitgaven in de hand te houden.

Het ontstaan van juridisch, politiek en sociaal burgerschap

Zojuist was er sprake van het democratisch burgerrecht op gezondheid. Veel mensen gaan er stilzwijgend van uit dat er zoiets bestaat, maar het is verre vanzelfsprekend. Om dat te verduidelijken is het nodig om kort uit te leggen wat democratisch burgerschap inhoudt. Dat kan het best door te laten zien hoe het in het verleden is ontstaan en hoe het zich heeft ontwikkeld. Burgerschap is een complex begrip met verschillende betekenissen en dimensies; het wordt zowel in beschrijvende zin (wat burgerschap feitelijk is) als ook op een normatieve en politieke manier (wat burgerschap idealiter zou moeten zijn) gebruikt.

Burgerschap kan kortweg worden gedefinieerd als de gemeenschappelijke noemer op basis waarvan individuen duurzaam met elkaar zijn verbonden in een politieke gemeenschap op basis van rechten en plichten. Vroeger bestond die gemeenschap vaak op de schaal van een stad (denk aan de Griekse polis of de Nederlandse steden ten tijde van de Republiek), maar in de moderne tijd kreeg deze politieke eenheid de omvang van de natie. De positie van een burger verschilt van de positie die mensen als louter onderdanen innamen in feodale en autoritaire gezagsverhoudingen. Terwijl de sociaalpolitieke verhoudingen in traditionele maatschappijen zich kenmerken door collectieve en hiërarchische verbanden met een grote mate van ongelijkheid,

onderschikking en afhankelijkheid, behelst burgerschap een zeker evenwicht tussen individuele zelfbeschikking en loyaliteit aan en inzet voor het gemeenschappelijke belang op basis van gelijkheid. Het vinden van een evenwicht tussen individuele en collectieve zelfbeschikking, tussen enerzijds vrijheid en anderzijds gelijkheid en solidariteit, is één van de centrale vraagstukken van de moderne democratie. Het domein van democratisch burgerschap is het ‘maatschappelijk middenveld’ ofwel de *civil society* en is als zodanig te onderscheiden van aan de ene kant de staat of overheid en aan de andere kant de privésfeer (het gezin, liefdesrelaties, vriendschappen) en de markt van producenten en consumenten.

Sinds het eind van de achttiende eeuw, de tijd van de Amerikaanse onafhankelijkheidsoorlog (1776-1783) en de Franse Revolutie (1789), heeft burgerschap gestalte kregen in nauwe samenhang met de moderne juridische en politieke ordening van de staat, die zijn legitimatie niet meer vond in een bovennatuurlijk orde (het overgeleverde recht van de geboren aristocratie of het goddelijk recht van de absolutistische vorst), maar in de wil van het volk, de volkssoevereiniteit. Wie wel of niet tot het volk behoorde, wie wel of niet namens dat volk kon spreken en aanspraak kon maken op volwaardig burgerschap, was vanaf het begin overigens een heikele kwestie: de status van burgerschap was onvermijdelijk verwickeld in een dynamiek van in- en uitsluiting.

Ruwweg zijn er twee dimensies van burgerschap te onderscheiden: de al genoemde juridisch-politieke en daarnaast een meer informele of alledaagse. De politiek-juridische dimensie draait om door de staat gegarandeerde burgerrechten en –plichten. De inhoudelijke reikwijdte daarvan is tussen het eind van de achttiende en het midden van de twintigste eeuw steeds groter geworden. Deze uitbreiding verliep in drie fasen. In de klassiek-liberale fase tussen het einde van de achttiende en het eind van de negentiende eeuw kreeg de rechtsstaat gestalte. Iedereen, ook de regering zelf, dient zich te houden aan de grondwet en andere wetten. Daardoor werden willekeur en brute machtsuitoefening uitgebannen en de bevoegdheden van de overheid afgebakend ten einde zekere vrijheden en rechten van de burger te waarborgen. Te denken valt dan aan de integriteit van de privésfeer en bezit; vrijheid van denken, godsdienst en meningsuiting, van vereniging, vergadering en pers; het recht op gelijke behandeling in

gelijke omstandigheden, op vrijwaring van willekeurige vrijheidsontneming en op een onpartijdige rechtspraak.

In deze fase was er nog geen sprake van volledige democratie; het stemrecht was vooralsnog beperkt tot een elite van vermogende en doorgaans goed opgeleide mannen. Alleen zij konden zich als burgers met politieke rechten (het recht om te stemmen en gekozen te worden en om het volk te vertegenwoordigen) doen gelden; alle andere ingezetenen waren alleen burgers in *juridische* zin. Daarin kwam in de periode tussen omstreeks 1870 en het eind van de Eerste Wereldoorlog verandering toen het kiesrecht – mede als gevolg van de politieke mobilisering van de lagere middenklasse (door bijvoorbeeld confessionele partijen), de arbeidersklasse (door het socialisme) en vrouwen (door de ‘eerste feministische golf’) – steeds verder werd uitgebreid. Rond de Eerste Wereldoorlog resulteerde dat in de invoering van algemeen kiesrecht voor alle volwassen mannen en vrouwen. Daarmee was het parlementaire stelsel gedemocratiseerd en was de voorheen alleen in juridisch opzicht met rechten begiftigde burger een *politieke* burger geworden.

Vervolgens werden de juridische en politieke verworvenheden aangevuld met sociaaleconomische rechten als gevolg van de ontwikkeling van de verzorgingsstaat, die na de Tweede Wereldoorlog tot volle bloei kwam. Burgerschap omvatte nu, naast juridische en politieke gelijkheid, ook het ideaal van sociale rechtvaardigheid.³ Vanaf de jaren tachtig kwam het *sociale* burgerschap, dat vooral aansloot op sociaal- en christendemocratische waarden, onder druk te staan vanwege een herlevend liberalisme (het zogenaamde neoliberalisme) en kritiek op de verzorgingsstaat. In het neoliberale burgerschapsideaal, dat is geënt op het economische ondernemersmodel en vrije zelfontplooiing, staan individuele zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid voorop.

De praktische dimensie van burgerschap behelst de wijze waarop formeel vastgelegde rechten en plichten (al dan niet) doorwerken in de persoonlijke attitudes,

³ De door mij geschetste wordingsgeschiedenis van burgerschap weerspiegelt de ontwikkelingen in Noordwest Europese landen. In andere delen van de wereld vertoont de periodisering, volgorde en concrete vormgeving de nodige variatie. Zo is het de vraag of sociaal burgerschap in de Verenigde Staten ooit volledig is gerealiseerd, zoals blijkt uit het hevige verzet tegen een door de staat afgedwongen en gecoördineerde ziektekostenverzekering (Obamacare). Aan de andere kant kwam sociaal burgerschap in Duitsland en later ook in de communistische landen in Oost-Europa onder autoritair staatsgezag tot stand, terwijl van volwaardig politiek burgerschap geen sprake was. Het Derde Rijk en de communistische

competenties en overtuigingen van mensen en in hun daadwerkelijke maatschappelijke betrokkenheid en functioneren. Het gaat om hun concrete gedrag met betrekking tot gedeelde waarden en bepaalde vereisten omtrent verantwoord en correct handelen in het publieke domein en ten behoeve van het gemeenschappelijk belang. Zulk gedrag kan betrekking hebben op belastingmoraal, respect voor de wet en algemeen geldende fatsoensregels, arbeidsethiek en productiviteit, scholing, stemgedrag, opvoeding van kinderen, respect voor de belangen van medeburgers, tolerantie en hulpvaardigheid, verantwoord gebruik van collectieve voorzieningen en mogelijk ook de zorg voor de eigen en andermans gezondheid.

Gezondheid als burgerrecht: problemen en dilemma's

Medische zorg en behandeling zijn niet slechts een gunst of een product dat te koop is, maar gelden vandaag de dag als *burgerrecht*. Een van de belangrijkste verworvenheden van de verzorgingsstaat, of deze nu onder democratische dan wel autoritaire of totalitaire verhoudingen tot stand is gekomen, is de garantie op toegankelijke, collectief gefinancierde medische zorg. De in 1983 gewijzigde Nederlandse grondwet bijvoorbeeld bepaalt dat de overheid verplicht is om de volksgezondheid te bevorderen. Ook internationaal wordt gezondheid tot de fundamentele mensenrechten gerekend. In de in 1946 aangenomen beginselverklaring van de WHO is te lezen dat 'the enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.'⁴ Drie jaar later onderschreef de Verenigde Naties in haar *Universele Verklaring van de Rechten van de Mens* dit principe: 'Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including [...] medical care.'⁵

Het is niet moeilijk om dergelijke bevlogen principeverklaringen op te stellen – papier is geduldig – maar wat houdt gezondheid als mensen- en burgerrecht *in de praktijk*

volksrepublicen zouden tot op zekere hoogte als 'verzorgingsdictaturen' kunnen worden gekwalificeerd. In Nederland is het Ziekenfonds tijdens de Duitse bezetting ingevoerd.

⁴ *Constitution of the World Health Organisation* (1946), 1.
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

⁵ United Nations, *Universal Declaration of Human Rights*, Article 25. <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>.

in? In hoeverre kan zo'n recht worden geconcretiseerd? Een zekere spanning tussen het ideaal van gezondheid als een fundamenteel mensen- of burgerrecht en de praktische realisering daarvan is onvermijdelijk. Ten eerste zijn gezondheid en ziekte – ondanks alle medische vooruitgang – nog altijd onderworpen aan de grillen van de natuur en bestaan er onvermijdelijke biologische verschillen tussen individuen. De maakbaarheid van gezondheid stuit altijd op natuurlijke grenzen en daarom kan er moeilijk sprake zijn van een staatsrechtelijk afdwingbaar recht op gezondheid, zoals het recht op bijvoorbeeld vrije meningsuiting, vrijheid van godsdienst of een eerlijke procesvoering wel geëffectueerd kan worden. Ten tweede vereist een goede en voor alle burgers toegankelijke gezondheidszorg de nodige financiële middelen, die onvermijdelijk op grenzen stuiten.

Bovendien roept het idee van gezondheid als burgerrecht een aantal prangende vragen op. Ook als we dit idee opvatten als gelijke toegang tot de gezondheidszorg naar behoefte, dan is de vraag naar de reikwijdte, vereiste kwaliteit en rechtvaardige verdeling van schaarse middelen nog niet beantwoord. Dit is pas het begin van de politieke discussie. In hoeverre zijn gezondheid en ziekte publieke kwesties? In hoeverre is de staat verantwoordelijk voor de gezondheid van burgers en hoever mag de bemoeienis van de staat met het persoonlijke leven van burgers gaan? Moet deze bemoeienis vorm krijgen door directe staatsinterventie of via derde partijen zoals verzekeraars, zorgvoorzieningen en/of professionals in het veld? Mogen de overheid of derde partijen gezondheidsnormen aan burgers opleggen voor hun eigen bestwil en/of ten behoeve van het algemene belang? Kan gezondheid worden opgevat als burgerplicht? Waar ligt de grens tussen toelaatbare collectieve dwang en gewenste zelfbeschikking? Welke ziekten, kwalen en gebreken komen in aanmerking voor collectief gefinancierde behandelingen en op welke voorwaarden? Hoeveel van ons inkomen en belastinggeld willen we besteden aan de gezondheidszorg? Wat is de prijs die we willen betalen voor het redden en verlengen van levens? Hoe ver gaat de persoonlijke verantwoordelijkheid van burgers voor hun gezondheid en die van hun medeburgers? Hebben burgers ook het recht om zich niet om hun gezondheid te bekommeren en ongezond te leven? Hebben zij het recht om hun medeburgers, als belasting- en premiebetalers, met de (financiële) consequenties van hun 'ongezonde' handelwijze te belasten? Kan van gezond levende burgers worden verwacht

dat zij solidair zijn met burgers die zich niet inzetten voor hun gezondheid of deze verwaarlozen? Mag de hoogte van verzekeringspremies worden gedifferentieerd op basis van individuele kenmerken en attitudes?

Dat dit soort vragen überhaupt gesteld kan worden is niet vanzelfsprekend. Ze komen ook niet uit de lucht vallen, maar ze zijn het gevolg van de wijze waarop gezondheid(szorg), staat en burgerschap in de afgelopen drie eeuwen met elkaar verstrengeld zijn geraakt. De oorsprong van deze verstrengeling is te vinden in het liberale denken over staat en maatschappij aan het eind van de zeventiende eeuw en de totstandkoming van min of meer democratische regeringsvormen vanaf het eind van de achttiende eeuw. De tijd van de Verlichting en de Franse Revolutie markeert ook het begin van de moderne professionele en wetenschappelijke geneeskunde. De relatie tussen staat, burgerschap en gezondheid kreeg op twee – elkaar spiegelende – manieren vorm. Enerzijds werd een goede gezondheid, een vitaal lichaam en een heldere geest opgevoerd als een noodzakelijke voorwaarde voor het uitoefenen van burgerrechten en –plichten. Anderzijds werd burgerschap in toenemende mate de voorwaarde voor het recht op gezondheid, dus voor toegang tot collectieve middelen om deze te bewaren en te herstellen. Beide versies van het verband tussen moderne politiek en gezondheid gingen gepaard met een dichotomie tussen burgerrechten versus burgerplichten en tussen de insluiting van goede en volwaardige burgers versus de uitsluiting van mensen die de burgerstatus ontbeerden of die als gemankeerde of tweederangs burgers golden. Nauw verbonden met deze tegenstellingen was een spanningsveld in politieke waarden en praktijken tussen enerzijds zelfbeschikking, handelingsbekwaamheid, mondigheid, vrijwilligheid en emancipatie, en anderzijds dwang, controle, regulering en disciplineren.

‘Bezitsindividualisme’ als voorwaarde voor de moderne omgang met gezondheid en ziekte

Het adagium *mens sana in corpore sano* heeft al sinds de Oudheid een politieke lading: een gezonde geest in een gezond lichaam gold als voorwaarde voor het rationele vermogen tot zelfbeheersing en zelfsturing en dit was essentieel voor een volwaardige en succesvolle deelname aan de politiek, vooral als bestuurder. Ik situeer de oorsprong van het moderne verband tussen politiek en gezondheid echter later, in het ontstaan van een

nieuwe manier van denken over het individu, de samenleving en de staat, die ik aanduid met het begrip bezitsindividualisme (de Nederlandse vertaling van het oorspronkelijk Engelse begrip *possessive individualism*). Dit begrip kreeg vorm in de tweede helft van de zeventiende eeuw tegen de achtergrond van godsdienst- en burgeroorlogen alsook de opkomst van de kapitalistische economie. Daarbij vormde de vraag naar de legitieme rol en macht van de staat en de juiste verhouding tussen staat en onderdaan een centraal strijdpunt. De invloedrijke Engelse filosofen Thomas Hobbes (1588-1679) en John Locke (1632-1704) leverden een cruciale bijdrage aan het politieke debat over deze kwesties en het was in deze context dat zij het idee van het bezitsindividualisme uitwerkten. Hobbes deed dat in zijn *Leviathan* (1651) en Locke in zijn *Two Treatises of Government* (1690).

Nadat de Franse filosoof René Descartes (1596-1650) met zijn visie op de mens als een unieke combinatie van een rationeel denkende immateriële geest en een stoffelijk, mechanisch werkend lichaam, al had gebroken met het Christelijke mensbeeld in termen van een bovennatuurlijke ziel, zetten Hobbes en Locke nog een stap verder. Op basis van hun materialistisch-empirische wereldbeschouwing en kennisleer beweerden zij dat de mens van nature twee fundamentele ervaringen kende: genot en pijn. De mens had volgens Hobbes en Locke een natuurlijk recht om te leven en op vrijwaring van letsel en een vroegtijdige, ‘onnatuurlijke’ dood. Deze gedachtegang, die erop neer kwam dat individuen hun lichaam in eigendom hebben, was het uitgangspunt voor een radicale secularisering van moraal en politiek, aangezien deze werden verankerd in concrete lichamelijke en zintuiglijke ervaringen. De sociaalpolitieke orde werd niet meer gelegitimeerd met een beroep op bovennatuurlijke waarden, op een geloof in God of de onaantastbaarheid van de overgeleverde traditie. Dit alles zou op de langere termijn ook van betekenis zijn voor het denken over en de omgang met gezondheid en ziekte.

In zijn *Leviathan* schildert Hobbes in schrille termen het leven van de mens in de vermeende ‘natuurstaat’, waarin geen sprake is van enige maatschappelijke orde. Van nature, zegt Hobbes, zijn mensen egoïstische en zelfzuchtige wezens die worden gedreven door hun lichamelijke behoeftes en die hun eigenbelang najagen. Het streven naar lust en genoeg en de vermijding van pijn en ongemak zijn hun essentiële drijfveren. Aangezien de middelen om dat streven te realiseren beperkt zijn, brengt dit

een voortdurende strijd van iedereen tegen iedereen met zich mee. De natuurstaat is een anarchistische jungle waar het recht van de sterkste geldt. Niemand kan zich veilig wanen en zulk leven is dan ook 'solitary, poor, nasty, brutish and short'.⁶

Vervolgens legt Hobbes uit hoe mensen een oplossing hebben bedacht om uit deze misère te komen. Dat is een 'sociaal contract', een collectieve afspraak ten behoeve van het gemeenschappelijke belang. Voor hun eigen veiligheid en gemoedsrust besluiten zij om een overheid boven hen in te stellen en hun natuurlijke recht om geweld tegen medemensen te gebruiken af te staan aan deze autoriteit. Op deze manier wordt de staat, door Hobbes aangeduid als het politieke lichaam (*body politic*) in het leven geroepen ten einde het gewelddadige potentieel van de afzonderlijke natuurlijke lichamen van vlees en bloed in te tomen. Deze staat krijgt een monopolie op het gebruik van geweld om op deze manier de maatschappelijke orde en vrede af te dwingen en te garanderen, waardoor er een einde komt aan de oorlog van iedereen tegen iedereen. Aangezien Hobbes uitgaat van de gedachte dat leven op zichzelf goed is en het beëindigen van leven slecht, is voor hem het verlangen naar fysieke veiligheid het basisprincipe van de politieke ordening van de samenleving.

Hobbes' politieke filosofie is op zichzelf niet liberaal en al helemaal niet democratisch omdat hij nadruk legt op de noodzaak van een almachtige monarch als staatshoofd (het absolutisme) om de maatschappelijke orde te handhaven en een terugval naar de natuurstaat te voorkomen. Toch vormt zijn redenering de grondslag van twee kernbeginselen van het liberalisme. Ten eerste het idee van onvervreembare burgerrechten: Hobbes gaat ervan uit dat individuen als rechtmatige eigenaren van hun lichaam (bezitsindividualisme) een natuurlijk recht bezitten om zichzelf te beschermen tegen pijn en een voortijdige dood. Ten tweede de vooronderstelling dat de macht van de regeerder niet van bovenaf kan worden opgelegd, maar uiteindelijk berust op een sociaal contract, dat wil zeggen op de vrijwillige beslissing en instemming van het volk.

John Locke, die te boek staat als een van de grondleggers van het liberalisme en voorts als vertolker van kapitalistische waarden, verbreedt de betekenis van het bezitsindividualisme. In zijn redenering volgt uit het beginsel dat het individu de

⁶ Thomas Hobbes, *Leviathan or the Matter, Forme, & Power of a Common-Wealth Ecclesiasticall and Civill* (Londen: Andrew Crook at the Green Dragon in St. Paul's Church-yard, 1651), p. 78.

legitieme eigenaar van zijn lichaam is dat deze persoon zich ook de dingen en middelen (zoals land en werktuigen) mag toeëigenen die hij door middel van zijn lichamelijke arbeid produceert en bewerkt. Op dezelfde manier kunnen individuen volgens Locke ook hun gedachtes, herinneringen, gevoelens, daden, ervaringen, vermogens en talenten als hun rechtmatig bezit beschouwen. Deze worden immers ook door hen zelf, op eigen kracht, geproduceerd en ontwikkeld.

Hieruit volgen twee essentiële conclusies over het wezen van de mens. Ten eerste wordt de mens bepaald door de continuïteit van het bewustzijn. Die maakt het mogelijk dat een individu zich als dezelfde kan ervaren, ongeacht plaats, tijd, sociale posities en relaties. Dat wil zeggen: een individu heeft in principe de mogelijkheid om op eigen kracht een eigen persoonlijke identiteit te vormen en persoonlijke verantwoordelijkheid te dragen. Op deze manier worden zelfbewustzijn en -reflectie losgemaakt van de christelijke vraag naar de uiteindelijke bestemming van de ziel na de dood. Individuele identiteit maakt het mogelijk om alle gedachten en daden in heden, verleden en toekomst te beschouwen als onvervreemdbaar deel van het zelf, daarover te reflecteren en te oordelen, er verantwoordelijkheid voor te nemen en er persoonlijk aansprakelijk voor te zijn.

De tweede gevolgtrekking van Locke is dat het individu als rechtmatige eigenaar van persoonlijke hoedanigheden en verworvenheden de vrijheid toekomt om met zijn eigendom te doen wat hem goeddunkt zonder daarbij iets aan de maatschappij verschuldigd te zijn, tenminste zolang hij andere burgers niet belemmert om hetzelfde recht uit te oefenen. Hiermee brengt Locke het liberale idee van individuele zelfbeschikking en zelfredzaamheid tot uitdrukking.

Aangezien het voor ons, op basis van onze moderne liberaal-democratische waarden, vanzelfsprekend is dat we over ons lichaam kunnen en mogen beschikken (tegenwoordig zelfs met betrekking tot zowel ons leven als onze dood), zouden we het radicaal-vernieuwend karakter van Hobbes' en Locke's bezitsindividualisme gemakkelijk kunnen onderschatten. Ik wijs erop dat zo'n recht in traditionele en totalitaire samenlevingen, in heden en verleden, verre van vanzelfsprekend was en is. In het Christendom behoort het lichaam uiteindelijk toe aan God (zodat zijn vertegenwoordigers op aarde er derhalve zeggenschap over hebben). Onder traditionele

gezags- en afhankelijkheidsverhoudingen beschikken meerderen (vaders, echtgenoten, landheren, vorsten) over de lichamen van anderen (kinderen, vrouwen, horigen, slaven, onderdanen). En onder totalitaire (fascistische of communistische) regimes kan het lichaam worden opgeëist door de staat, al dan niet in naam van ‘het volk’ of ‘het proletariaat’. Ook in democratieën kunnen staten verregaande zeggenschap uitoefenen over de het lot van de lichamen van hun burgers – denk bijvoorbeeld aan dienstplichtigen ten tijde van oorlog of aan ter dood veroordeelden.

Locke’s liberale staatsleer ligt in het verlengde van zijn mensbeeld. De maatschappij is volgens hem niet meer dan een losse combinatie van afzonderlijke individuen en niet zozeer een collectief verband. Het gezag van een overheid kan volgens Locke alleen maar gerechtvaardigd worden als deze is gebaseerd op een sociaal contract dat mensen uit vrije wil met elkaar hebben gesloten. Burgers verlenen de regering macht met het doel dat zij vorm kunnen geven aan hun leven zonder door de overheid te worden gehinderd, tenminste zolang ze bepaalde regels en elkaars integriteit respecteren: ‘no one ought to harm another in his life, health, liberty or possessions’, aldus Locke.⁷ Zo’n constitutionele staat heeft als doel, ten eerste om het leven en de vrijheid van het individu te beschermen, zodat de burger zich onbelemmerd kan ontplooien, en ten tweede om het recht op particulier bezit te garanderen. Verder moet de staat zich niet mengen in het privéleven van burgers en hun economische activiteiten. Het is niet aan de overheid om aan burgers voor te schrijven hoe zij moeten leven. Op deze manier definieert Locke de klassieke beginselen van het liberalisme: een begrensde staat en natuurlijke mensen- en burgerrechten. Dit alles klinkt duidelijk door in de Amerikaanse *Onafhankelijkheidsverklaring* (1776), de Amerikaanse grondwet (1787) en de Franse *Verklaring van de Rechten van de Mens en van de Burger* (1789). In al deze documenten staan de burgerrechten geformuleerd die individuen tegen onrechtmatige aanwending van de staatsmacht moeten beschermen.

De naturalisering van burgerschap en de verburgerlijking van gezondheid

⁷ John Locke, *Two Treatises of Government* (Londen: Thomas Tegg; W. Sharpe and Son; G. Offor; G. and J. Robinson; J. Evans and Co.; Glasgow: R. Griffin and Co.; Dublin: J. Gumming, 1823), p. 107.

Locke's gedachtegoed is liberaal te noemen, maar hij bepleit geen democratisch gelijkheidsideaal. In zijn perspectief, dat toonaangevend zou worden in het klassieke liberalisme van de achttiende en negentiende eeuw, kunnen lang niet alle individuen zich als 'zichzelf bezittende' burgers kwalificeren met alle rechten die daarbij horen. Zelfbeschikking en zelfredzaamheid vereisen dat men volledig gevrijwaard is en blijft van afhankelijkheid van anderen, zowel in economische, sociale als in mentale zin. Het is opmerkelijk dat Locke deze autonomie vereenzelvigd met het lichamelijke en mentale vermogen om goederen en middelen te bezitten en zich toe te eigenen. Op deze manier definieert hij de voorwaarden voor volwaardig burgerschap in termen van bezitsindividualisme en een gezond lichaam en een gezonde geest. Alleen die conditie maakt daadkracht en zelfbeheersing mogelijk en stellen de burger in staat de eigen irrationele drijfveren te beteugelen en anderen, die dit vermogen missen, te beheersen.

Tot in de twintigste eeuw was volwaardig burgerschap alleen weggelegd voor een beperkte groep van volwassen mannen die zich op basis van een minimum aan bezit (vaak berekend aan de hand van belastingheffing) als volledig autonome individuen konden profileren. Andere groepen kwamen niet in aanmerking voor volwaardig burgerschap. Die uitsluiting werd voornamelijk gerechtvaardigd op basis van scheidslijnen die nu eenmaal, zo luidde de redenering, door de natuur waren gegeven: sekse, etniciteit of 'ras', klasse (ofwel het vermogen tot economische zelfstandigheid), leeftijd, en ook gezondheid en ziekte. Loonarbeiders, armen, vrouwen, gekleurde mensen, minderjarigen, veroordeelde misdadigers, geesteszieken, zwakzinnigen en invaliden kwamen niet in aanmerking voor burgerschap omdat hun lichamen, in het bijzonder hun hersenen en zenuwstelsels, ontoereikend waren om aan de criteria van het bezitsindividualisme te voldoen. Het onvermogen of de onwil om hun leven op een rationele en onafhankelijke wijze vorm te geven, waardoor ze er niet in konden slagen om bezit te verwerven en te beheren, werd verklaard aan de hand van de veronderstelling dat de natuurlijke ongelijkheid tussen mensen onvermijdelijk was. Die natuurlijke ongelijkheid legde meer gewicht in de schaal dan het formele liberale beginsel dat iedereen over gelijke mogelijkheden moest beschikken om zich omhoog te werken. Het geloof in het bestaan van ongelijke categorieën van mensen op basis van biomedische scheidslijnen maakte het mogelijk dat in het klassieke liberalisme de ongelijke verdeling

van bezit in het kapitalisme alsook de onderwerping van vrouwen aan mannen als vanzelfsprekend golden.

Het bezit en prudente beheer van lichamelijke en geestelijke vitaliteit was cruciaal voor het zelfbewustzijn van de burgerlijke klasse, die zich in de loop van de achttiende eeuw steeds sterker deed gelden. Onder invloed van de Verlichting beriep de burgerij zich op een gesecculariseerde en genaturaliseerde morele orde – het zogenaamde natuurrecht – alsook op haar streven om de samenleving te verbeteren. Gezondheid en hygiëne waren bij uitstek kwaliteiten waarmee de bourgeoisie zich profileerde tegenover enerzijds de vermeende losbandige en verkwistende adel en anderzijds het onwetende en onverantwoordelijke lagere volk, dat niet beschikte over het vermogen om op de toekomst te anticiperen en boven het bestaansminimum uit te stijgen. Zowel bij de adel als de lagere klassen ontbrak het aan wil en potentie om de nodige moeite en middelen aan te wenden ten behoeve van een gezond leven en daarin te investeren. De brede betekenis die gezondheid in het Verlichte denken kreeg, was geënt op typisch burgerlijke (en deels ook Protestantse) deugden: onafhankelijkheid en zelfredzaamheid, zelfbeheersing en verantwoordelijkheidsbesef, reinheid en morele zuiverheid, regelmaat en orde, gematigdheid en nuchterheid, wilskracht en toekomstgerichtheid, en nut en vlijt. Steeds meer dimensies van het leven zouden worden beoordeeld in het licht van gezondheid en ziekte, zoals voortplanting en seksualiteit, gezinsleven, opvoeding en onderwijs, huisvesting en woonomstandigheden, geestelijke en gedragsafwijkingen, verslavingen, misdaad, economische productiviteit en arbeidsomstandigheden, voedingspatronen en leefgewoonten. Tegen deze achtergrond werden gezondheid en ziekte in toenemende mate een politieke kwestie.

Gezondheid en ziekte als doelwit van staatsinterventie en democratische politiek

Al in de vroegmoderne tijd namen vooral stadsbesturen, veelal op ad hoc basis, maatregelen tegen besmettelijke ziekten en pestepidemieën door middel van isolatie en quarantaine. Onder invloed van het verlichte vertrouwen in wetenschap en techniek kwamen vanaf het eind van de achttiende eeuw ideeën op over een meer structurele en systematische bemoeienis van de staat met de gezondheid van de bevolking. De zogenaamde medische politie, die verlicht-despotische vorsten in die tijd instelden, was

een politiek instrument om de gezondheid te bevorderen door middel van de verbetering van de hygiëne. Deze *top-down* benadering, die onderdeel was van pogingen om tot rationele en efficiënte organisatie van de samenleving te komen, leverde, mede vanwege het onvermogen van de toenmalige geneeskunde, echter weinig praktische resultaten op. Van grotere betekenis voor de visie op gezondheid en ziekte als publieke kwestie waren de democratische revoluties in de late achttiende eeuw, met als hoogtepunt de Franse Revolutie. Daardoor werd een begin gemaakt met de transformatie van passieve onderdanen van autocratische heersers in min of meer actieve burgers. Tegelijkertijd ontstond er een discussie over gezondheid als onderdeel van het streven naar een betere, meer egalitaire maatschappij. In feite had Locke al eerder uitdrukking gegeven aan deze ambitie toen hij gezondheid uitdrukkelijk noemde in verband met de beschermwaardige integriteit van burgers.

Tijdens de Franse Revolutie kwamen er politieke discussies op gang over publieke maatregelen en instellingen ter voorkoming van epidemieën en ten behoeve van de zorg voor zieke armen. Er werd over gezondheid en ziekte gesproken in termen van burgerrechten en -plichten. Deze discussies waren mede geïnspireerd door het ideeëngoed van de ‘Ideologen’: een groep vooruitstrevende filosofen en medici die sterk geloofden in de maakbaarheid van mens en samenleving op basis van wetenschappelijke, vooral biomedische, kennis. Het uitgangspunt was dat de gezondheid van de natie uiteindelijk afhing van zowel het vermogen van de staat om burgers tegen infecties en ongezonde omstandigheden te beschermen als van de bereidheid van burgers om verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen gezondheid en die van hun medeburgers. Dat was het idee van de ‘burger-patiënt’ die zich welwillend onderwierp aan medisch onderzoek, de aanwijzingen van artsen opvolgde, zich aan hygiënische voorschriften en gezonde leefregels hield en het gebruik van publieke middelen tot het noodzakelijke beperkte. Als gevolg van revolutionaire woelingen en oorlogen kwam er van de uitvoering van deze plannen vooralsnog niets terecht, maar de ideeën vormden wel een baken voor de toekomst. Later zouden ze stukje bij beetje worden gerealiseerd.

Het idee dat gezondheid een onderdeel zou moeten zijn van de vorming van burgerschap in een democratisch bestel is ook terug te vinden bij Amerikaanse en Engelse politieke denkers en de Engelse utilitaristen. Thomas Jefferson (1743-1826) en

Thomas Paine (1737-1809) betoogden dat de vorming van zelfbewuste democratische burgers een goede gezondheid vereiste, en dat, omgekeerd, de volksgezondheid niet alleen een zaak was van liefdadigheid en filantropie, maar ook van de staat. De invloedrijke utilitaristische denker Jeremy Bentham (1748-1832) was dezelfde opvatting toegedaan. Hij vergeleek de curatieve en preventieve geneeskunde met wetgeving en rechtspraak: zoals de rechter met zijn juridisch oordeel de maatschappij van ongerechtigheid verlost en de strafwet een afschrikkende werking heeft, geneest de dokter op basis van medisch-wetenschappelijke kennis het individuele en het maatschappelijke lichaam van ziekte en zorgen hygiënische maatregelen ervoor dat ziektekiemen geen kans krijgen. Het recht en de geneeskunde hadden in wezen hetzelfde doel: de bestrijding van ongemak en ongerief en de bevordering van het utilitaristische principe van het grootste geluk van het grootste aantal mensen. Democratie impliceerde volgens Bentham dat de overheid zich inspande om een goede gezondheid voor zoveel mogelijk burgers te realiseren. Dit kwam hun ontplooiingsmogelijkheden en de productiviteit en welvaart van de gehele maatschappij ten goede.

Het idee van de burger-patiënt en de burgerlijk-utilitaristische visie op gezondheid werden vanaf het midden van de negentiende eeuw deels in de praktijk gebracht door het hygiënisme: de invoering van allerlei sanitaire maatregelen, zoals riolering, schoon drinkwater, vuilafvoer en voedselinspectie, ter voorkoming en bestrijding van wijd verbreide endemische en besmettelijke ziekten als cholera, tyfus, difterie, malaria, pokken, roodvonk en tuberculose. Hiermee kreeg de zorg voor de volksgezondheid onder auspiciën van lokale en later ook nationale overheden gestalte. De hygiënische beweging kwam echter niet op initiatief van de overheid tot stand en zij was evenmin uitsluitend medisch van aard. De aanzet ertoe kwam van geëngageerde burgers, onder wie natuurlijk artsen, maar ook ingenieurs, statistici, ambtenaren, onderwijzers, filantropen en Christelijke wereldverbeteraars die zich inzetten voor het publieke belang. Zij maakten zich zorgen over de schadelijke en ontwrichtende gevolgen van de industrialisering en massale verstedelijking – in het bijzonder de slechte leefomstandigheden van de arbeidersklasse en de armen – en drongen aan op maatregelen.

Zo kwam de volksgezondheid als een sociaal-politiek probleem op de maatschappelijke agenda te staan. Het ging daarbij niet alleen om een opschoning van de

leefomgeving en de verbetering van de lichamelijke gezondheid, maar ook om sociale verheffing en integratie van de volksmassa. Tezamen met reinheid en regelmaat werden ook andere burgerlijke normen en deugden bevorderd. De hygiënistische beweging was onderdeel van een breder beschavingsoffensief van de gegoede burgerij, waarbij het niet ontbrak aan zelfbelang: als besmettelijke ziekten het lagere volk teisterden, dan ging dat niet alleen ten koste van de arbeidsproductiviteit en maatschappelijke stabiliteit, maar liep men in dichtbevolkte steden ook het gevaar zelf besmet te worden. Maar tegelijkertijd was het hygiënisme ook een oprechte poging om de leefomstandigheden van de lagere klasse te verbeteren en deze, hoe dwangmatig en paternalistisch ook, verantwoordelijkheid bij te brengen omtrent de eigen gezondheid, zodat deze nu nog marginale burgers op termijn ook in aanmerking zouden kunnen komen voor volwaardig burgerschap. De besteding van belastinggeld aan sanitaire voorzieningen en de bevordering van de volksgezondheid was op den duur in ieders belang. De overheid zou met behulp van de medische stand en andere deskundigen voor de nodige infrastructurele voorwaarden moeten zorgen.

De fatale combinatie van professionalisering en bezitsetatisme

Het streven naar publieke hygiëne op gezag van de overheid stuitte echter op hindernissen en tegenwerking. Hoewel voor een groot deel geïnspireerd door het liberale vooruitgangsgeloof, stond het op gespannen voet met het liberale principe dat de staat niet het recht had te interveniëren in het privéleven, het bezit en de economische activiteiten van burgers. De vraag of het persoonlijke of het publieke belang alsook het voordeel op de korte dan wel lange termijn prioriteit moest krijgen, heeft de realisering van de openbare gezondheidszorg decennialang vertraagd. Pas aan het eind van de negentiende eeuw, toen hervormingsgezinde liberalen, deels met steun van socialisten en christendemocraten, het principe van individuele vrijheid meer in overeenstemming wisten te brengen met collectieve verantwoordelijkheid en staatsingrijpen, werden de hygiënistische ambities stukje bij beetje verwezenlijkt. Het is niet toevallig dat deze ontwikkeling gelijk opging met de uitbreiding van politieke rechten, met name het actieve en passieve stemrecht, en het ontstaan van democratische massapolitiek. Daardoor moest de burgerlijke elite meer rekening houden met de materiële noden van de volksmassa en

was zij meer geneigd daaraan tegemoet te komen, onder andere door invoering van publieke gezondheidsvoorzieningen zoals gemeentelijke geneeskundige diensten, gezondheidsinspecties, kruisverenigingen, consultatiebureaus en daarna ook collectieve ziektekosten- en invaliditeitsverzekeringen. Aan de andere kant werd met de toenemende democratisering ook ruimte geschapen voor openlijke weerstand tegen van boven opgelegde volksgezondheidsmaatregelen. Zo ontstond in verschillende landen burgerlijk verzet tegen onder meer verplichte vaccinatie tegen pokken, de dwangbehandeling van tuberculosepatiënten, alcoholisten en geslachtsziekten, de dwangopnames van geesteszieken in gestichten alsook de uitsluiting van alternatieve genezers van de erkende geneeskunde.

Om de politieke angel uit de discussie over de volksgezondheid te halen neigden overheden ertoe om de uitvoering van het daadwerkelijke beleid op dit terrein te delegeren aan deskundigen. Deskundigen, zoals artsen, kunnen zich op basis van hun professionele ethos distantiëren van politieke controverses: zij laten zich immers leiden door hun wetenschappelijke kennis en technische expertise en zo kunnen zij de weg wijzen naar rationele en ‘objectieve’ oplossingen, waarover politici en burgers zich verder niet het hoofd hoeven breken. Zoals eerder uiteengezet was het hygiënisme in het midden van de negentiende eeuw ontstaan als brede beweging waarin geneeskundige doelstellingen waren ingebed in het streven naar sociale hervorming en verbetering van de leefomgeving. Aan het eind van de negentiende eeuw verschoof het accent naar een biomedische en technocratische aanpak van problemen op het terrein van de volksgezondheid. Deze verschuiving ging gepaard met een grotere zeggenschap van artsen. Dat paste in hun professionele streven naar een geneeskundig monopolie en groter maatschappelijk aanzien. Met hun natuurwetenschappelijke oriëntatie en het ontstaan van de bacteriologie en epidemiologie, konden zij zich profileren met een exclusieve deskundigheid op het gebied de volksgezondheid. Daarbij konden zij meeliften met de groeiende maatschappelijke invloed van een biologisch mensbeeld, zoals dat niet alleen tot uiting kwam in de populariteit van Charles Darwins evolutietheorie, maar ook in de opmars van het sociaal-darwinisme, de degeneratieleer, de criminele antropologie, rassentheorieën en de eugenetica. Ook trachtten artsen, onder wie ook psychiaters, hun beroepsdomein uit te breiden door zich op te werpen als sociaal-hygiënische deskundige

op voorheen niet-medische probleemvelden zoals alcoholisme, criminaliteit, seksualiteit, opvoeding, onderwijs en allerlei vormen van abnormaal of asociaal gedrag, waarbij de definitie van ziekte en stoornis werd opgerekt.

Mede onder invloed van de medicalisering van wat in wezen maatschappelijke en morele kwesties waren, maakte het verlichte mensbeeld met zijn nadruk op de rationele natuur en de principiële gelijkheid en verbeterbaarheid van mensen plaats voor een meer deterministisch biologisch mensbeeld. Daarin stonden de vermeende natuurlijke verschillen en ongelijkheid tussen individuen en groepen mensen centraal. Deze optiek weerspiegelde de angst die onder de gegoede burgerij leefde voor de gevolgen van de massademocratie, socialisme en vrouwenemancipatie: de mannelijke, burgerlijk-liberale elite zag zijn vanzelfsprekende leiderschap op politiek en maatschappelijk gebied in gevaar komen. Onder verwijzing naar de autoriteit van wetenschap konden biomedische criteria dienen om bepaalde groepen op basis van hun vermeende minderwaardige lichamelijke en geestelijke eigenschappen alsnog van volwaardig burgerschap uit te sluiten. Het liberale beginsel dat individuen in principe gelijkwaardig zijn en gelijke ontplooiingskansen moeten krijgen, werd doorkruist door organisch sociaal denken, waarin het individu ondergeschikt werd geacht aan het collectief, en de veronderstelling dat sociale ongelijkheid grotendeels in de natuur zat ingebakken en derhalve onvermijdelijk was.

In de ontwikkeling van de openbare gezondheidszorg in de eerste helft van de twintigste eeuw en het daarmee verbonden professionele ethos van de medische stand hebben zich tendensen voorgedaan – in het ene land sterker dan in het andere – die op gespannen voet stonden met de toenemende democratisering van het burgerschap. In verschillende landen werd het volksgezondheidsbeleid met de nodige dwang van bovenaf opgelegd en afgestemd op collectieve waarden zoals de vitaliteit, weerbaarheid en productiviteit van de natie, de zuiverheid van het ‘ras’ en het streven om te besparen op de steeds meer collectief gedragen zorgkosten. Min of meer ernstige aantastingen van burgerrechten bleven niet uit: het bezitsindividualisme maakte in feite plaats voor ‘bezitsétatisme’, waarin de staat zich de beschikking over lichamen toeëigende.

Nazi-Duitsland, dat wel is gekarakteriseerd als een ‘biocratie’, is het meest extreme voorbeeld van de wijze waarop de bevordering van de volksgezondheid en

geneeskundig ingrijpen diametraal tegenover de beginselen van democratisch burgerschap kwamen te staan. Volgens de biomedische en racistische zienswijze van de nazi's stond het Duitse volk van binnenuit en van buitenaf bloot aan pathologische bedreigingen die alleen waren te pareren met rigoureuze maatregelen: massale gedwongen sterilisatie en onvrijwillige euthanasie van verstandelijk gehandicapten en psychiatrische patiënten; genocide op joden en zigeuners; opsluiting en dwangbehandeling van homoseksuelen; en etnische en raciale zuivering (lees: massamoord) in Oost-Europa. De Duitse medische stand, die over het algemeen professionele expertise en autoriteit boven democratische waarden en medezeggenschap van patiënten stelde en die al voor de opkomst van het nationaalsocialisme affiniteit aan de dag legde met de eugenetica, heeft zich in het Derde Rijk in hoge mate vereenzelvigd met de biocratische doelstellingen van het naziregime.

Soortgelijke tendensen hebben zich in minder vernietigende vorm ook in andere landen voorgedaan: denk aan de gedwongen sterilisaties, castraties en isolatiemaatregelen in de psychiatrie van democratische landen als de Verenigde Staten, Zweden, Denemarken en Nederland tot in de jaren zestig en de rol van de psychiatrie in de Sovjet-Unie en andere communistische landen in de bestrijding van politieke dissidenten. Dit alles laat zien hoe precair de verhouding tussen overheidsdwang en democratisch burgerschap op het gebied van gezondheidspolitiek was en voorts, dat de medische stand daarbij een dubieuze rol kon spelen.

De socialisering van de gezondheidszorg

Aan de andere kant kwam er ook een meer positieve verbinding tot stand tussen democratisch burgerschap en de door de staat geregisseerde gezondheidszorg. Vanaf de Eerste Wereldoorlog kwam in veel landen het algemeen kiesrecht tot stand en werd de arbeidersklasse definitief onderdeel van de politieke gemeenschap. Deels in het verlengde van het eerder genoemde beschavingsoffensief wonnen sociaalpsychologische interventievormen in de publieke gezondheidszorg terrein. Deze trachtten de doelgroepen (meestal uit de lagere klasse) tot instemming en medewerking te bewegen door perspectief te bieden op een verbetering van de levenskwaliteit en een verbreding van de ontplooiingskansen. Degelijke interventies, die zich richtten op het gezin, in het bijzonder

moeders en kinderen, het onderwijs, woon- en werkomstandigheden, en de begeleiding van geesteszieken, gehandicapten en verslaafden, bestonden uit advisering, voorlichting, educatieve en therapeutische methoden alsook sociale en materiële ondersteuning teneinde mensen aan te zetten tot verantwoordelijk gedrag en zelfregulering, niet alleen ter bevordering van een gezonde leefstijl, maar ook van maatschappelijke aanpassing en integratie. Een en ander ging niet zonder aandrang en paternalisme, maar terwijl de technocratische biomedische benadering vaak gepaard ging met dwang, inbreuken op burgerrechten en uitsluiting, stuurden deze benaderingen tezamen met sociale wetgeving aan op een accommoderende en insluitende uitbreiding van burgerrechten. Daardoor kreeg het sociale burgerschap gestalte.

Van nog groter belang was dat de staat zich onder invloed van de invoering van algemeen kiesrecht, de politieke emancipatie van de arbeidersklasse en de inzet en offers van miljoenen burgers in de wereldoorlogen verantwoordelijk stelde voor een brede en gelijke toegang tot gezondheidszorg. Liefdadigheid en armenzorg maakten in toenemende mate plaats voor collectieve ziektekosten- en invaliditeitsverzekeringen. Deze stelsels waren weliswaar georganiseerd op basis van verschillende politiek-ideologische opvattingen over de verhouding tussen de staat, het maatschappelijk middenveld en private verantwoordelijkheid, maar ze hadden overal tot gevolg dat de overheid een steeds grotere rol in de gezondheidszorg ging spelen, alleen al omdat zij de regelgeving en de financiële garanties op zich nam. Na de Tweede Wereldoorlog werd de gesocialiseerde gezondheidszorg een cruciaal onderdeel van de verzorgingsstaat, waarin burgers naast politieke ook steeds meer sociale rechten kregen. Het recht op gelijke toegang tot de gezondheidszorg werd dus een belangrijk onderdeel van sociaaldemocratisch burgerschap.

In de naoorlogse verzorgingsstaat stegen de kosten van de gezondheidszorg in een hoog tempo. Naast de genoemde oorzaken werd deze stijging in de hand gewerkt door een dynamiek die inherent lijkt te zijn aan de verzorgingsstaat. Teneinde moeilijke politieke keuzes en pijnlijke conflicten over uiteenlopen waardenoriëntaties zoveel mogelijk te vermijden werden allerlei sociale beleidsterreinen – zoals huwelijk en gezin, voortplanting en seksualiteit, opvoeding en onderwijs, arbeidsverhoudingen en -omstandigheden, vrouwen- en kindermishandeling, slachtofferschap en trauma's, en

leefstijl – vaak als medische en psychologische kwesties aan de orde gesteld en uitbesteed aan professionele hulpverleners. Collectieve financieringsregelingen werkten dat in de hand; de hulpbehoefte van burgers kende nauwelijks grenzen en de drang onder hulpverleners om alsmaar meer en betere hulp te verlenen was onweerstaanbaar. Dat de collectieve solidariteit waarop de verzorgingsstaat was gebaseerd, alleen al vanwege de betaalbaarheid, ook plichtsbesef en terughoudendheid van burgers vereiste, werd gemakshalve vaak genegeerd. Veeleer werden hun verwachtingen en eisen ten aanzien van wat de verzorgingsstaat zou moeten leveren voortdurend opgeschroefd.

De wederkeer van het bezitsindividualisme

Deze dynamiek deed zich in het bijzonder gelden op het terrein van gezondheid en ziekte, vooral doordat de betekenis van gezondheid in de afgelopen decennia aanhoudend is opgerekt, mede als gevolg van de groeiende invloed van de preventieve en voorspellende geneeskunde. Bovendien is gezondheid meer dan ooit tot toetssteen van de kwaliteit en maakbaarheid van het leven geworden. Het streven naar optimale gezondheid door middel van bewuste leefstijlkeuzes, in het Engels *healthism* genaamd en door sommige sociologen aangeduid met de term levenspolitiek (*life politics*), gaat gepaard met nieuwe vormen van gezondheidsbeleid en –voorlichting en een breed aanbod van diensten en producten op de vrije markt.

Tegelijkertijd staat de houdbaarheid van collectief gefinancierde gezondheidszorg ter discussie en moet de voortdurende kostenstijging worden beteugeld. Onder invloed van het neoliberalisme zijn er marktmechanismen ingevoerd in de gezondheidszorg en is de macht van met elkaar concurrerende private verzekeringsmaatschappijen en de zeggenschap van professionele managers en budgethouders aanmerkelijk vergroot. Dit alles betekent niet dat de bekommernis van de staat met gezondheid en ziekte is verminderd: de gezondheidszorg wordt nog steeds collectief bekostigd op basis van het solidariteitsprincipe, waarbij de overheid de spelregels op de gezondheidsmarkt bepaalt, toezicht uitoefent en borg staat voor de (beheersbaarheid) van de financiering, gelijke toegang naar behoefte en een rechtvaardige verdeling van de middelen. De politieke betrokkenheid bij de gezondheidszorg is eerder geïntensiveerd dan afgenomen.

Wel is er sprake van een accentverschuiving in de visie op de verhouding tussen collectieve en individuele verantwoordelijkheid. Er bestaat tegenwoordig een tendens om de verantwoordelijkheid voor gezondheid en ziekte te individualiseren. Dat komt met name tot uiting in de wijze waarop de preventieve en voorspellende gezondheidszorg met behulp van epidemiologisch onderzoek, de genetica en screeningstechnieken ziekte aan de orde stelt in termen van risico's die gezonde mensen lopen. Niet alleen overheidsinstanties, maar ook wetenschappelijke instellingen, adviesorganen, verzekeraars en commerciële partijen bestoken burgers onophoudelijk met waarschuwingen over gezondheidsrisico's: van roken, alcohol, drugs en ongezonde voeding tot gebrek aan beweging en slaap, stress, onveilige seks, zonnebaden en luchtvervuiling. Zij worden aangemoedigd zich bewust te worden van hun gezondheidsconditie en de mogelijke toekomstige risico's, zich te laten screenen en vaccineren, ongezonde gewoonten te veranderen en zich als geïnformeerde en zelfredzame gezondheidsconsumenten te gedragen. De impliciete suggestie is dat individuen, als ze maar willen en hun best doen, tot op grote hoogte hun gezondheid in eigen hand hebben en dat ze die mogelijk nog kunnen verbeteren.

Individuele autonomie en zelfbeschikking zijn tegenwoordig kernwaarden in de medische ethiek – denk aan de nadruk op patiënten-rechten, de integriteit van het lichaam, het recht op vrije keuze en de noodzaak van geïnformeerde toestemming voor behandelingen. Deze verworvenheden komen ook in de medische praktijk en het gedrag van burgers als gezondheidsconsumenten tot uitdrukking. Vergeleken met vroeger zijn veel patiënten actiever en mondiger geworden en zijn ze beter geïnformeerd, niet het minst dankzij internet. Velen van hen zijn op de hoogte van wetenschappelijk onderzoek en vertrouwd met de medische terminologie, waardoor zij op min of meer gelijke voet met artsen communiceren en hen van repliek dienen. Desnoods raadplegen ze een andere deskundige of zoeken ze hun heil bij een alternatieve genezer. Ook organiseren sommigen zich in belangen- en lotgenotengroepen, al dan niet met steun van medisch specialisten. Verder zijn burgers veel gevoeliger en kritischer geworden als het gaat om het overheidsoptreden, met name in crisissituaties. In Nederland bijvoorbeeld wordt de overheid in verband met de Q-koorts verweten de economische belangen van de

agrarische sector zwaarder te hebben laten wegen dan de bescherming van de volksgezondheid.

De nadruk op een actieve, gemotiveerde en zelfredzame houding in het tegenwoordige gezondheidsbeleid sluit nauw aan bij het neoliberale burgerschapsideaal waarin de nadruk ligt op het eigenbelang van het individu. Diens sociale betrokkenheid staat in de eerste plaats in dienst van dat eigenbelang. Het lijkt op een herleving van het bezitsindividualisme, niet meer zoals in het verleden, uitsluitend als een verworvenheid van een burgerlijke en mannelijke elite, maar nu als *algemene* norm voor alle burgers. Het idee dat het individu een autonome en eigenbelang nastrevende actor is zonder de samenleving verder iets verschuldigd te zijn, bevat de suggestie dat het per definitie beschikt over keuzevrijheid en de mogelijkheid om het beste uit zichzelf te halen en optimaal vorm aan zijn leven te geven door middel van een ondernemende en calculerende handelwijze. Een dergelijk burgerschapsideaal veronderstelt het bezit van nogal wat sociaalpsychologische capaciteiten die niet voor iedereen haalbaar zijn.

De spanning tussen bezitsindividualisme en gezondheidszorg

De socialisering van de gezondheidszorg, die vanaf het eind van de negentiende eeuw op gang kwam en een hoogtepunt bereikte in de twintigste-eeuwse verzorgingsstaat, resulteerde in een zeker evenwicht tussen het liberale bezitsindividualisme en collectieve verantwoordelijkheid onder regie van de staat. De neoliberale herleving van een eenzijdig bezitsindividualisme heeft dit evenwicht verstoord. Vanuit democratisch oogpunt valt toe te juichen dat gezonde en zieke burgers mondiger zijn geworden en - veel meer dan in het verleden - voor zichzelf kunnen opkomen. Het probleem is echter dat autonome zelfbeschikking hoger wordt gewaardeerd dan de waarden die van belang (zouden moeten) zijn in de gezondheidszorg, zoals mededogen, sympathie, hulpvaardigheid, en solidariteit. Het is de vraag in hoeverre autonomie en zelfbeschikking geschikt zijn als richtlijn voor de praktijk van de gezondheidszorg en voor de ethische en politieke kwesties die zich aandienen als gevolg van de toenemende invloed van de voorspellende en preventieve geneeskunde, de genetica en de medische en biotechnologie. Ik wijs op een aantal complicaties.

Ziek zijn brengt lijden, pijn, afhankelijkheid, verwarring en ongerustheid met zich mee en pleegt per definitie een meer of minder grote inbreuk op de zelfbeschikking over ons lichaam en ons leven. Wij vinden het vanzelfsprekend om te zeggen dat wij een lichaam hebben, met alle associaties van individuele vrijheid en zelfbeschikking die daarbij horen. Het absolute dualisme van geest en lichaam, dat Descartes in de zeventiende eeuw poneerde, maar dat in de hedendaagse filosofie en neurowetenschappen ter discussie staat, werkt nog altijd door in onze zeggwijze. Maar zou het niet logischer zijn om – zeker in geval van ziekte – te zeggen dat het lichaam ons bezit of dat wij ons lichaam zijn?

Ons vermogen ons lichaam te bezitten en te beheersen is beperkt, temeer omdat ziekte de geest niet onberoerd laat. In dat opzicht schiet de neoliberale notie van de patiënt als consument op de gezondheidsmarkt ook tekort. Het ontbreekt veel patiënten aan de energie, het oordeelsvermogen, de middelen en de informatie om te kunnen kiezen. Het is de vraag of alle patiënten altijd een vrije keuze *willen* hebben en als ze dat al zouden willen dan is het twijfelachtig of ze die keuze ook *kunnen* hebben. Hun positie is niet dezelfde als die van de burger-consument die naar keuze op de vrije markt producten en diensten kan kopen. Hoewel privatisering en commercialisering niet aan de gezondheidszorg voorbij zijn gegaan, is het aanbod van de reguliere, door verzekeringen gedekte geneeskunde nog altijd monopolistisch, grootschalig, gestandaardiseerd en gereguleerd, waardoor de keuze beperkt is. Bovendien is het voor leken niet eenvoudig om de kwaliteit van zorgaanbieders, specialistische medische kennis en de werking van geavanceerde medische technologieën te beoordelen. Dit geldt nog sterker voor de genetica en de voorspellende geneeskunde. Geïnformeerde toestemming, een afgewogen keuze om wel of niet een onderzoek te ondergaan met een voorspellende uitkomst of een risicobepaling is daarin problematisch, vooral omdat de gevolgen van een bepaalde keuze moeilijk te overzien zijn en allerlei gevoelsmatige overwegingen daarbij een rol kunnen spelen.

Het valt te betwijfelen of het ideaal van autonome oordeelsvorming en zelfbeschikking voor iedereen onder alle omstandigheden realiseerbaar is. Op persoonlijk niveau brengen genetica, epidemiologie en voorspellende geneeskunde eerder onzekerheid dan zekerheid met zich mee. Risicoanalyses kunnen nuttige statistische

kennis bieden, maar zeggen weinig over individuele gevallen. Bovendien verschillen deskundigen nogal eens van mening over aard en ernst van een gezondheidsrisico. De informatie daarover, die niet alleen door de medische wetenschap, maar ook door beleidsmakers, gezondheidsvoorlichters, adviesorganen, verzekeringsmaatschappijen en biotechnologische en farmaceutische bedrijven wordt verspreid, zijn verre van eenduidig en onveranderlijk. Deze meerstemmigheid doet het vertrouwen van het publiek in wetenschap, deskundigheid en overheidsbeleid geen goed. Dat vertrouwen staat sowieso al onder druk als gevolg van de gegroeide toegankelijkheid van en communicatie over al dan niet juiste en bewijsbare informatie met betrekking tot gezondheid en ziekte; ‘alternatieve feiten’ zijn hier al lang gemeengoed. Ook de opslag van biomedische informatie over burgers in digitale patiëntendossiers en databanken voedt het wantrouwen ten aanzien van bestuurlijke instanties en verzekeraars.

Het idee dat gezondheid en ziekte mede worden bepaald door individuele verantwoordelijkheid en keuze miskent de biologische verschillen tussen mensen en de nog altijd bestaande sociaaleconomische en culturele determinanten, zoals inkomens- en opleidingsniveau, werk- en woonomstandigheden en etniciteit. Niet iedereen beschikt over de capaciteiten en middelen om tot zelfbeschikking en actieve participatie in de ‘levenspolitiek’ te komen. Het gevaar bestaat zelfs dat de preventieve geneeskunde, genetica, bio- en neurotechnologieën en prestatie-verhogende medicamenten de normen met betrekking tot gezondheid en capaciteiten opschroeven. Daardoor kan de ongelijkheid tussen sociale groepen toenemen en worden mensen die niet aan de verhoogde eisen kunnen voldoen mogelijk als tweederangs burgers gemarginaliseerd, zoals dat al gebeurt met chronisch zieken, gehandicapten, psychiatrische patiënten en andere ‘onrendabele’ groepen. Ook andere aantastingen van het gelijkheids- en solidariteitsprincipe en daarmee van democratisch burgerschap zijn niet denkbeeldig: dat burgers vanwege hun ongunstige risicoprofiel geen of alleen een duurdere ziektekostenverzekering en levensverzekering kunnen afsluiten of niet in aanmerking komen voor een hypotheek, baan of een pensioen.

Als de optimalisering van gezondheid een verplichtende keuze wordt, ongeacht of die keuze direct of indirect wordt opgedrongen door de overheid, verzekeraars, commerciële belangen of burgers onder elkaar, dan komen de waarden die aan

democratisch burgerschap ten grondslag liggen onder druk te staan. Mensen die om welke reden dan ook niet aan een biomedische blauwdruk van het goede leven willen of kunnen voldoen lopen het risico te worden gebrandmerkt als gemankeerde of mislukte burgers.

Conclusie

De ontwikkeling van de moderne gezondheidszorg hield verband met de opkomst en uitbreiding van burgerschap. Dat verband bracht zowel wederzijdse facilitering als spanning met zich mee en dat kwam tot uitdrukking in de dynamiek van in- en uitsluiting, gelijkheid en ongelijkheid, rechten en plichten, en vrijheid en dwang. De uitbreiding en socialisering van de gezondheidszorg en de verbreding van het medisch domein in de loop van de laatste twee eeuwen moet niet worden begrepen als een onvermijdelijke en monolithische medicalisering of, in de visie van Michel Foucault, ontplooiing van ‘biomacht’. De sociaalpolitieke implicaties van gezondheid en ziekte en de gezondheidszorg waren verwickeld in verschillende interacties en spanningen tussen de staat, de medische professie en min of meer actieve of passieve burgers.

Een van de inzichten die we aan de hierboven geschetste geschiedenis kunnen ontleen is dat het volksgezondheidsbeleid niet op het kompas van wetenschappelijke en technocratische deskundigheid en professionele expertise kan varen. In een gedemocratiseerde maatschappij van geïnformeerde en mondige burgers is volksgezondheid en de collectief gefinancierde en door de staat geregisseerde gezondheidszorg per definitie een politieke kwestie. Er zijn burgerrechten en –plichten in het geding en de concrete inhoud daarvan met betrekking tot gezondheid en ziekte zouden het onderwerp van een voortdurend democratisch debat moeten zijn.