



Universiteit Utrecht

Burger versus Staat

Een onderzoek naar de invloed van het volksgezondheidsbeleid op de ontwikkeling van particulier initiatief naar semi-private organisatie.

Babs den Dulk
Juni 2015

Samenvatting

De laatste jaren is de Nederlandse samenleving getuige van een grote opbloei van burgerinitiatieven in wonen, zorg en welzijn. Uit ontevredenheid met het huidige aanbod van zorginstellingen of simpelweg vanwege het ontbreken van aanbod in dorp of buurt, nemen burgers het heft in eigen handen. Opvallend is dat de zorginstellingen waartegen deze burgerinitiatieven ageren, ongeveer een eeuw geleden zelf als particuliere initiatieven zijn ontstaan. In de loop van de twintigste eeuw, ontwikkelden deze particuliere instanties zich steeds meer tot de semi-private organisaties die vandaag de dag de zorg kenmerken. Waardoor werd deze ontwikkeling van particulier initiatief naar semi-private instelling veroorzaakt? In het historiografische debat over de relatie tussen particulier initiatief en de overheid wordt de invloed van het volksgezondheidsbeleid van de Nederlandse overheid als oorzaak aangewezen. In dit zelfde debat wordt er echter ook gewezen de invloed van andere externe partijen op dit zelfde volksgezondheidsbeleid. Een systematisch onderzoek naar de daadwerkelijke invloed van het overheidsbeleid op het particulier initiatief in de Nederlandse gezondheidszorg ontbreekt echter. Werd de ontwikkeling van particulier initiatief naar semi-private organisaties daadwerkelijk veroorzaakt door het volksgezondheidsbeleid van de Nederlandse overheid of speelden ook andere externe en interne factoren een belangrijke rol?

In deze scriptie is aan de hand van een literatuur en bronnenonderzoek naar de invloed van het Nederlandse volksgezondheidsbeleid op de ontwikkeling van het Noord-Hollandse Witte Kruis van particulier initiatief tot semi-private organisatie, een antwoord op deze vraag gezocht. Hiertoe is eerst via literatuur onderzoek vastgesteld hoe volgens het huidige historiografische debat de overheid het particuliere initiatief beïnvloedde, en via welke middelen overheid precies probeerde haar volksgezondheidsbeleid op te leggen aan het particuliere initiatief. Uit dit literatuur onderzoek blijkt dat de overheid niet alleen via overheidsfalen de opkomst van het particuliere initiatief aan het einde van de negentiende eeuw heeft beïnvloed, maar dat zij door haar keuze om de uitvoering van de zorg over te laten aan het particuliere initiatief ook zorgde voor een verstrengeling van particulier initiatief en overheid. Om toch de controle over de particuliere initiatieven en de uitvoering van de zorg te houden, besloot zij via wet- en regelgeving, subsidievoorwaarden en toezicht in toenemende mate de organisatorische ontwikkeling en het takenpakket van het particuliere initiatief te beïnvloeden. Tijdens het onderzoek naar de invloed van het overheidsbeleid op het Noord-Hollandse Witte Kruis is daarom specifiek gelet op de invloed van de overheid op de financiële huishouding, de organisatorische ontwikkeling en het takenpakket van de kruisvereniging.

Uit het onderzoek blijkt echter dat de overheidsinvloed via financieringsvoorwaarden, toezicht en wet- en regelgeving weliswaar groot was, maar lange tijd niet bepalend was voor de organisatorische ontwikkeling en het takenpakket van het Witte Kruis. Tot de jaren tachtig van de twintigste eeuw bleken andere interne en externe factoren, zoals een particuliere premielening, concurrentie van andere

particuliere initiatieven en professionalisering van de zorg van grotere invloed. Door deze factoren breidde het takenpakket van de kruisvereniging uit, met als gevolg dat zij constant op zoek moest naar nieuwe financiële bronnen, onder wie de overheid. De overheid ging steeds strengere eisen stellen aan deze financiering en stuurde via wet- en regelgeving aan op organisatorische hervormingen en samenwerking met andere kruisverenigingen. De kruisverenigingen bleken echter, om kosten te besparen, hiertoe zelf al de eerste stappen te hebben gezet. Pas toen vanaf 1980 het kruiswerk volledig collectief werd gefinancierd via de AWBZ, werd de kruisvereniging zo afhankelijk van zowel de overheid als de Vereniging voor Ziekenfondsen, dat zij niet langer zelf de initiatiefnemer was van de organisatorische hervormingen en de uitbreiding van het takenpakket.

Uit deze casestudy blijkt dat de ontwikkeling van particulier initiatief naar semi-private overheidsinstelling dus complexer is en door meer factoren beïnvloed wordt dan de huidige literatuur doet vermoeden. Onderzoek naar deze andere interne en externe factoren, zoals professionalisering, concurrentie en taakuitbreiding, wordt aangeraden om de ontwikkeling van particulier initiatief tot semi-private organisatie te verklaren. Het is echter wel belangrijk om bij de hierboven gestelde conclusie in het achterhoofd te houden dat de mogelijkheid bestaat dat deze casus net de bekende uitzondering op de regel vormde. Een soortgelijk onderzoek naar de invloed van het Nederlandse volksgezondheidsbeleid op andere particuliere initiatieven in de zorg, bijvoorbeeld de ziekenfondsen, kan meer duidelijkheid verschaffen over de waarde van dit onderzoek.

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Inleiding	5
Hoofdstuk 1 De staat en het particuliere initiatief	8
1.1 Particuliere initiatieven	9
1.2 De staat	11
1.3 De samenwerking tussen staat en particulier initiatief	13
1.4 Een veranderend beleid	14
Hoofdstuk 2: Het Nederlandse volksgezondheidsbeleid	17
2.1 De liberale fase (1815-1872)	17
2.2 De radicale fase (1872-1914)	19
2.3 De sociale fase (1914-1940)	21
2.4 De collectieve fase (1941-1982)	23
2.5 De hervormingsfase (1982-1990)	25
Hoofdstuk 3 Het particulier initiatief: Het Noord-Hollandse Witte Kruis	28
3.1 De beginjaren van het Witte Kruis (1874-1914)	29
3.2 Het kruiswerk wint aan populariteit (1914-1940)	33
3.3 Toenemende samenwerking tussen de kruizen (1940-1974)	37
3.4 Schaalvergroting, regionalisering en fusies (1975-1990)	40
Conclusie	46
Bibliografie	49

Inleiding

‘Minder overheid, meer samenleving’, met deze leus beschrijft Kabinet Rutte II de huidige veranderingen in de Nederlandse verzorgingsstaat. Het kabinet Rutte II sprak in het regeerakkoord haar overtuiging uit dat het goed is voor de Nederlandse samenleving om meer ruimte te maken voor burgerinitiatief en ondernemerschap.¹ Voor het bereiken van een participatiesamenleving waarin de eigen verantwoordelijkheid en de zelfredzaamheid van de burger centraal staan, moeten maatschappelijke initiatieven een grotere rol krijgen in de organisatie van publieke voorzieningen.²

Eén van de beleidsterreinen waarop de overheid meer ruimte wil geven aan particulier initiatief en waar burgers ook zelf nieuwe initiatieven starten, is de volksgezondheid. Het aantal burgerinitiatieven in wonen, zorg en welzijn is de laatste jaren explosief toegenomen. Waren er tot 2013 slechts dertig burgerinitiatieven te vinden, vandaag de dag is hun aantal gegroeid tot meer dan honderd.³ Veel van deze burgerinitiatieven ontstaan uit ontevredenheid over de kwaliteit van het bestaande professionele aanbod of simpelweg vanwege het ontbreken van professionele zorg in de gemeenschap. De burgerinitiatieven zijn van mening dat zij de zorg zelf beter kunnen organiseren dan bestaande semi-private zorginstellingen zoals de thuiszorg.⁴

De gedachte dat maatschappelijke initiatieven een grote rol vervullen in de organisatie van de volksgezondheid is niet nieuw. De verzorgingsstaat en de daarbij behorende staatsinvloed op de gezondheidszorg is historisch gezien een relatief jong verschijnsel. Voor de ontwikkeling van de verzorgingsstaat was de gezondheidszorg grotendeels in handen van particuliere organisaties en bemoeiden slechts lokale overheden zich met de volksgezondheid.⁵ Pas vanaf de tweede helft van de negentiende eeuw begon de rijksoverheid zich langzaam te bemoeien met de volksgezondheid. Met de ‘Wet regerende het geneeskundig Staatstoezicht’(1865) en de ‘Besmettelijke ziekte wet’ (1872) werden de eerste stappen ondernomen om de verantwoordelijkheid van de volksgezondheid over te dragen aan de staat.⁶

Deze eersten wetten waren echter niet het startschot voor een nationale gezondheidszorg georganiseerd door de staat. In theorie was de verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg bij de overheid gelegd, maar in de praktijk bemoeide de overheid zich nog altijd weinig met de uitvoering ervan. De organisatie bleef in handen van de al bestaande en nieuwe particuliere instanties. In de loop van de twintigste eeuw ontwikkelden deze particuliere instanties zich steeds meer tot semi-private organisaties. Waardoor werd deze ontwikkeling veroorzaakt?

In de literatuur over de relatie tussen particulier initiatief en de overheid en in de literatuur over de

¹ ‘Bruggen slaan’, Regeerakkoord VVD-PvdA 29 oktober 2012, 1.

² RMO, *Terugtrreden is vooruitzien. Maatschappelijke veerkracht in het publieke domein* (Den Haag 2013) 9.

³ Zie het verslag van Daan Dictus uit 2013:

http://kcwz.nl/dossiers/lokale_kracht/burgerinitiatief_vernieuwend_stimulerend_en_revolutionair; Roel van Beest, *Inventarisatie Zorgcoöperaties 2014. Burgerinitiatieven in wonen-zorg-welzijn in Nederland & omstreken* (KCWZ, Utrecht 2014).

⁴ WRR, *Op maat voor later. Maatschappelijke initiatieven op de snijvlakken van wonen, zorg en pensioenen* (Amsterdam 2014), 31.

⁵ A.C.M. Kappelhof, *Tussen aansporen en opsporen. Geschiedenis van 25 jaar Staatstoezicht op de Volksgezondheid* (Den Haag 1990)37.

⁶ Kappelhof, *Tussen aansporen en opsporen*, 39-41.

ontwikkeling van de Nederlandse gezondheidszorg, wordt de opkomst van de verzorgingsstaat en de daarbij behorende toenemende overheidsbemoediging op allerlei terreinen als een mogelijke oorzaak genoemd.⁷ Willemijn de Zwaard stelt bijvoorbeeld dat een veranderend verantwoordelijkheidsgevoel van de overheid in de tweede helft van de twintigste eeuw leidde tot meer toezicht op en regelgeving voor het particulier initiatief.⁸ Marcel Hoogenboom voegt hieraan toe dat de overheid via interventies en wetgeving haar partner vanaf de jaren zeventig probeerde te veranderen.⁹ Tegelijkertijd wordt er in het historiografische debat gewezen op de invloed van externe partijen op het overheidsbeleid. De Swaan wijst bijvoorbeeld op externe partijen die lobbyden bij de Nederlandse overheid voor uitbreiding van de Nederlandse gezondheidszorg, zoals de middenklasse en georganiseerde minderheden.

Een systematisch onderzoek naar de invloed van het overheidsbeleid op het particulier initiatief in de Nederlandse gezondheidszorg ontbreekt echter. Werd de ontwikkeling van het particuliere initiatief naar semi-private organisatie daadwerkelijk veroorzaakt door het veranderende volksgezondheidsbeleid van de Nederlandse overheid of speelden ook andere externe en interne factoren zoals concurrentie en professionalisering een belangrijke rol?¹⁰

Om deze vraag te beantwoorden worden in hoofdstuk 1 en 2 aan de hand van literatuuronderzoek respectievelijk het huidige historiografische debat over de relatie tussen particulier initiatief en de overheid, en het volksgezondheidsbeleid van de Nederlandse overheid in de periode 1815 tot 1990 uiteengezet. Daarnaast wordt in hoofdstuk 1 de definitie van een particulier initiatief opgesteld. Het doel van deze twee hoofdstukken is het destilleren van een aantal factoren in het overheidsbeleid die van invloed zijn geweest op de ontwikkeling van het particuliere initiatief. In hoofdstuk 3 wordt vervolgens ingezoomd op een casus, namelijk de Noord-Hollandsche Vereeniging het Witte Kruis tot Afwering van Epidemische Ziekten en Hulpbetoon tijdens Epidemieën, beter bekend als het Noord-Hollandse Witte Kruis. Via literatuur- en bronnenonderzoek wordt onderzocht welke rol deze factoren precies hebben gespeeld in de ontwikkeling van het Noord-Hollandse Witte Kruis van een particulier initiatief naar een semi-private zorgorganisatie.

De selectie van het Witte Kruis als casus van dit onderzoek is als volgt tot stand gekomen. Allereerst is er gekozen voor een kruisvereniging omdat kruisverenigingen lange tijd belangrijke particuliere initiatieven zijn geweest in de gezondheidszorg. De vier kruisverenigingen in Nederland, het Witte Kruis, het Groene Kruis, het Wit-Gele Kruis en het Oranje-Groene Kruis, hadden bijna de gehele

⁷ Zie o.a. A.C.M. Kappelhof, *Tussen aansporen en opsporen. Geschiedenis van 25 jaar Staatstoezicht op de Volksgezondheid* (Den Bosch 1990); A. Querido, *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid* (Den Haag 1965); M. Hoogenboom, 'Particulier initiatief en overheid in historisch perspectief', *Beleid en Maatschappij* 2011 4 (2011) 388-401; A. Burger, 'Verzuiling en verzorgingsstaat: de non-profitsector in historisch-theoretisch perspectief', in: A. Burger en P. Dekker (red.), *Noch markt, noch staat. De Nederlandse non-profitsector in vergelijkend perspectief* (Den Haag 2001) 87-104. RMO, *Terugtrekken is vooruitzien. Maatschappelijke veerkracht in het publieke domein* (Den Haag 2013); W. van der Zwaard, *Van rechtsgrond tot grondrecht. Sociale wetgeving en het dilemma van particulariteit (1840-1960)* (Den Haag 2013).

⁸ Zwaard, *Van rechtsgrond tot grondrecht*, 10

⁹ Hoogenboom, 'Particulier initiatief en overheid in historisch perspectief', 393.

¹⁰ A. Swaan, *Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd* (Amsterdam 2004 (6^e druk)), 22.

uitvoering van de zorg in handen.¹¹ In de tweede plaats is er gekozen voor een kruisvereniging met een algemeen karakter. Er is gekozen voor een algemene kruisvereniging omdat religieuze kruisverenigingen al bij aanvang niet geheel onafhankelijk zijn van een externe partij, namelijk de kerk. Van de vier kruisverenigingen waren alleen het Witte Kruis en het Groene Kruis algemene verenigingen. Als laatste reden is er gekozen voor het Witte Kruis omdat alleen het Witte Kruis aan het einde van de negentiende eeuw is opgericht. Het was dus alleen bij het Witte Kruis mogelijk om de invloed van het overheidsbeleid aan het einde van de negentiende eeuw te onderzoeken.

Aan de keuze om de hoofdvraag te beantwoorden middels een casus is natuurlijk een groot nadeel verbonden. Is het namelijk wel mogelijk om de uitkomsten van een casestudy te generaliseren? Hoe kan er voorkomen worden dat de casus net het enige voorbeeld is dat overeenkomt met het geschetste historiografische debat? En hoe is met zekerheid te zeggen, mochten de uitkomsten niet overeenkomen met het geschetste debat, dat deze casus niet toevallig de bekende uitzondering op de regel is? De enige manier om de waarde van de gevonden resultaten te kunnen beoordelen is door vervolgonderzoek. Daarom worden er in de conclusie, naast het antwoord op de hoofdvraag ook suggesties voor vervolgonderzoek gegeven.

Naast de wetenschappelijke relevantie van het onderzoek, namelijk het testen van de huidige opvatting over de ontwikkeling van particulier initiatief naar semi-private organisatie, heeft dit onderzoek ook een maatschappelijke waarde. Tijdens mijn stageonderzoek naar de samenwerking tussen burgerinitiatieven en zorginstellingen merkte ik dat binnen de zorginstellingen de vraag speelt ‘waarom zijn wij als organisatie zo geworden zoals we nu zijn? Waarom zijn wij niet langer een particulier initiatief maar een logge semi-private organisatie?’¹² Daarnaast zijn de huidige zorgcoöperaties juist op zoek naar manieren om te voorkomen dat zij zelf ‘onderdeel worden van het systeem’.¹³ Dit onderzoek zorgt voor de eerste antwoorden zowel voor de zorginstellingen als de zorgcoöperaties. Maar voor deze antwoorden gegeven kunnen worden, wordt in het hoofdstuk 1 eerst gekeken naar wat de al bestaande antwoorden op deze vragen zijn.

¹¹ M. van der Kolk-Kousemaker, *Het beleid van Het Witte Kruis, Het Groene Kruis en Het Wit-Gele Kruis over de periode 1875-1945* (Utrecht 2005)8.

¹² Interview met Moniek van Jaarsveld afgenomen op 16-03-2015 te Zeist. Transcript van dit interview is opgenomen in ‘Bijlagen Stageproduct’.

¹³ Interview met Jan Sniijders afgenomen op 18-03-2015 te Austerlitz. Transcript van dit interview is opgenomen in ‘Bijlagen Stageproduct’

Hoofdstuk 1 De staat en het particuliere initiatief

Veel uitvoerende instellingen in zorg, welzijn en het onderwijs van vandaag de dag kennen hun oorsprong in particuliere initiatieven die ontstonden in het midden van de negentiende eeuw. Met de opkomst van de verzorgingsstaat werden deze particuliere initiatieven niet vervangen door overheidsinstellingen, maar opgenomen in de structuur van de verzorgingsstaat. Dit betekende echter niet dat ze hun grote autonomie van het einde van de negentiende eeuw behielden. In de loop van de twintigste eeuw ontwikkelden de instellingen zich van particuliere initiatieven tot semi-private organisaties. Waarom werden de particuliere initiatieven opgenomen in de verzorgingsstaat en waardoor veranderde het karakter van de organisaties zich van particulier in semi-privaat?

In dit hoofdstuk worden deze vragen beantwoord aan de hand van het huidige debat over de relatie tussen particulier initiatief en de overheid. In dit debat wordt het antwoord op deze vragen met name gezocht in de rol van de overheid. Zowel bij de opkomst van particuliere initiatieven aan het einde van de negentiende eeuw, als bij de ontwikkeling van particulier initiatief naar semi-private organisaties zou de overheid een grote rol hebben gehad. Voordat deze rol nader wordt toegelicht is het van belang om een definitie van de term particulier initiatief op te stellen.

De term particulier initiatief kent verschillende definities. Ary Burger en Paul Dekker rekenen het particulier initiatief tot de non-profitorganisaties. Volgens Burger en Dekker moet een 'entiteit' aan een vijftal kenmerken voldoen om gerekend te kunnen worden tot de non-profit sector. Allereerst moet er sprake zijn van een *organisatie* of van institutionalisering. Dit betekent dat er sprake is van meer dan alleen een informele groep of een tijdelijk verband. Ten tweede moet de entiteit een *privaat* karakter hebben. De entiteit maakt formeel geen deel uit van de overheid, maar kan hier wel sterk aan gelieerd zijn. Ten derde is er bij een non-profit organisatie *geen winstverdeling*. Ten vierde is er bij een non-profitorganisatie sprake van *zelfbestuur*. De organisaties moeten voor het grootste deel zelf kunnen beslissen over hun activiteiten. Het laatste kenmerk van een non-profitorganisatie is dat er sprake moet zijn van *vrijwilligheid*. Dit geldt zowel voor het gebruik of het afnemen van de activiteiten en producten die de non-profitorganisaties organiseren en produceren, als het functioneren van de organisatie.¹⁴ Een non-profitorganisatie is dus een organisatie met een privaat en vrijwillig karakter die via zelfbestuur activiteiten en producten ontwikkelen zonder winstoogmerk die door anderen vrijwillig afgenomen kunnen worden. Naast deze vijf kenmerken moet een particulier initiatief volgens Burger en Dekker ook aan een zesde kenmerk voldoen: *publiek belang*. Uit deze zes kenmerken volgt de volgende definitie: Een particulier initiatief is een non-profitorganisatie die activiteiten organiseert die het publieke belang dienen.

Marcel Hoogeboom definieert het begrip particulier initiatief anders. Volgens Hoogeboom omvat

¹⁴ Burger, A. en P. Dekker, 'Inleiding', in: A. Burger en P. Dekker (red.), *Noch markt, noch staat. De Nederlandse non-profitsector in vergelijkend perspectief* (Den Haag 2001) 3-13,7.

de term particulier initiatief een ‘brede waaier aan organisaties op sociaal, cultureel, economisch en politiek terrein, die gemeen hebben dat ze – ooit, en al dan niet op instigatie van de overheid- door burgers zélf waren opgezet’.¹⁵ De definitie van Hooigeboom is veel breder dan de definitie van Burger en Dekker. Een derde definitie wordt gegeven door Tine de Moor. Volgens de Moor is kenmerkend voor een particulier initiatief, wat zij ‘institutie voor collectieve actie’ noemt, dat er sprake is van zelfbeheer en zelfregulatie.¹⁶ Deze verschillende definities in ogeschouw genomen wordt in dit onderzoek particulier initiatief gedefinieerd als:

Een particulier initiatief is een organisatie met een privaat vrijwillig karakter dat via zelfbestuur en zelfbeheer activiteiten ontwikkelt die het publieke belang dienen.

Een particulier initiatief is dus iets anders dan een andere populaire Nederlandse aanduiding voor non-profit organisaties, namelijk het ‘maatschappelijk middenveld’. De term maatschappelijk middenveld verwijst volgens Burger en Dekker naar een specifieke vorm van particuliere initiatieven die zich opstellen tussen individuele burgers en de overheid, vandaar de term ‘middenveld’. Het maatschappelijk middenveld werkt als een verbindende factor in de relatie tussen burgers en overheid, maar ook tussen groepen burgers onderling. Het belangrijkste verschil tussen het maatschappelijk middenveld en particuliere initiatieven ligt in de aard van de activiteiten die beide organisaties ontplooiën. Het maatschappelijk middenveld zijn organisaties die een overtuiging van een groep uitdragen of belangen behartigen (zoals de kerk of een vakbond), terwijl een particulier initiatief een organisatie is die direct het maatschappelijk probleem aanpakt (bijvoorbeeld een weeshuis of een opvang). Waar een particulier initiatief directe actie onderneemt, richt een maatschappelijk middenveld organisatie zich op het behartigen van belangen.¹⁷

Met de hierboven gestelde definitie is weliswaar duidelijk geworden wat particuliere initiatieven zijn, maar niet waarom ze ontstaan. Waarom kwamen aan het einde van de 19^e eeuw veel particuliere initiatieven op?

1.1 Particuliere initiatieven

Volgens historica Tine de Moor is de opkomst van particuliere initiatieven aan het einde van de negentiende eeuw geen uniek verschijnsel. De opkomst van de particuliere initiatieven was onderdeel

¹⁵ Hoogenboom, ‘Particulier initiatief en overheid in historisch perspectief’, 389.

¹⁶ T. de Moor, *Homo Cooperans. Instituties voor collectieve actie en de solidaire samenleving* (Utrecht 2013), 8.

¹⁷ Burger en Dekker, ‘Inleiding’, 5-6.

van de tweede van in totaal drie golven van versnelde toename van ‘institutes van collectieve actie’.¹⁸ De eerste golf vond plaats tijdens de late middeleeuwen en resulteerde in groeperingen die zich telkens richtten op één deel van de samenleving, bijvoorbeeld beroepsgroepen. Voorbeelden van instituties voor collectieve actie die toen ontstonden zijn gilden, begijnhoven, markegenootschappen en de waterschappen.¹⁹ De tweede golf ontstond aan het einde van de negentiende eeuw en resulteerde in instituties voor het collectief organiseren van productie, diensten, voor het verenigen van producenten en arbeiders en voor het nastreven van culturele en sportieve doelstellingen.²⁰ De opkomst van burgerinitiatieven in energie, zorg, welzijn, wonen et cetera die we vandaag de dag meemaken behoren tot de derde en tevens jongste golf van instituties voor collectieve actie.

Als verklaring voor de opkomst van instituties voor collectieve actie wijst De Moor op de perioden van versnelde ontwikkeling van de vrije markt en privatisering die voorafgingen aan alle drie de golven. Deze perioden hadden niet voor alle mensen in de samenleving het gewenste effect. Om zich te beschermen tegen de negatieve ongewenste effecten van vrije marktwerking en privatisering organiseerden groepen mensen zich in een collectief.²¹ Collectieven ontstaan dus in reactie op het falen van de vrije markt.

De theorie van de Moor sluit aan bij de zogenaamde ‘economische verklaring’ voor het ontstaan van de non-profit sector aan het einde van de negentiende eeuw. Volgens deze verklaring kan de opkomst van de non-profit sector worden toegeschreven aan marktfalen én aan overheidsfalen. Aan het einde van de negentiende eeuw was de markt niet in staat om voldoende collectieve goederen te produceren. Er was sprake van marktfalen. Dit onvermogen wordt, ook vandaag de dag, als rechtvaardiging gezien voor overheidsingrijpen. Maar ook de overheid was aan het einde van de negentiende eeuw niet in staat om de benodigde collectieve goederen te produceren door een gebrek aan politieke consensus. Volgens de economische verklaring ontstaan in reactie op dit markt- en overheidsfalen non-profitorganisaties die de ‘residuele behoeftes’ bevredigen.²²

Maar met alleen de vraag naar non-profitorganisaties kan de opkomst van het particuliere initiatief aan het einde van de negentiende eeuw niet verklaard worden. Er moet immers ook sprake zijn van *aanbod*. Een gebrek aan non-profitondernemers leidt namelijk tot particulier falen.²³ In het boek *Zorg en de Staat* geeft de Nederlandse socioloog Abram de Swaan een verklaring voor het ontstaan van non-profit aanbod aan het einde van de negentiende eeuw. Volgens De Swaan wordt collectivisering veroorzaakt door zowel externe effecten, ‘de indirecte gevolgen die iemands tekort of tegenslag kan hebben voor anderen die er niet rechtstreeks door getroffen worden’²⁴, als door veranderingen in de

¹⁸ Definitie instituties voor collectieve actie: instituties opgericht door en in zelfbeheer van burgers om lokale problemen via zelfregulering en samenwerking langdurig aan te pakken. De Moor, *Homo Cooperans*, 6.

¹⁹ De Moor, *Homo Cooperans*, 12-14.

²⁰ *Ibidem*, 17.

²¹ *Ibidem*, 21.

²² Burger, ‘Verzuiling en verzorgingsstaat’, 88-89.

²³ *Ibidem*, 90.

²⁴ Swaan, *Zorg en de staat*, 14.

interdependentieketens, de mate waarin mensen afhankelijk zijn van elkaar, veroorzaakt door de vorming van nationale staten en de opkomst van het kapitalisme.²⁵

Volgens de Swaan bestond er al een lange tijd een interdependentie tussen rijken en armen. De rijken konden de armen gebruiken als arbeiders of ‘soldaten’ in de machtsstrijd tussen rivaliserende rijke families. Anderzijds vormden armen een potentiële bedreiging voor deze zelfde rijke families, bijvoorbeeld in de vorm van geweld of plundering. De rijken konden deze externe bedreiging alleen collectief oplossen. Dit zou echter ook een voordeel geven aan hen die zelf geen inspanning leverden, het zogenaamde dilemma van collectieve actie. Dit dilemma weerhield de rijken ervan over te gaan op collectieve actie. Aan het einde van de negentiende eeuw kwam hierin verandering. Met de opkomst van het kapitalisme en de daarbij behorende urbanisatie, vormden de armen een steeds grotere bedreiging voor de welgestelden, met name op het gebied van de volksgezondheid in de steden. Hierdoor nam de afhankelijkheid binnen deze groep steeds verder toe. Uiteindelijk werd de bedreiging zo groot dat er over werd gegaan op collectieve actie.²⁶

Aan het einde van de negentiende eeuw was dus de situatie ontstaan dat de externe bedreiging van de rijken, onder andere op het gebied van volksgezondheid, zo hoog was opgelopen dat ze bereid waren over te gaan op collectieve actie. Deze collectieve actie kon door een gebrek aan collectieve consensus niet worden gecoördineerd door de staat. In reactie op dit overheidsfalen ontstonden particuliere initiatieven op uiteenlopende terreinen. De afwezigheid van de staat beïnvloedde dus de opkomst van het particuliere initiatief.

1.2 De staat

Het onvermogen van de staat om, na marktfalen, de vraag van de rijken om collectieve actie te coördineren, leidde aan het einde van de negentiende eeuw dus tot de opkomst van particuliere initiatieven. Dit betekende echter niet dat de staat stil zat. Het einde van de negentiende eeuw wordt naast de opkomst van particuliere initiatieven ook gekenmerkt door de komst van de eerste sociale wetgeving en een voorzichtig begin van de Nederlandse verzorgingsstaat. Waarom kwam de verzorgingsstaat aan het einde van de negentiende eeuw op?

Het feit dat er aan het einde van de negentiende eeuw particulier initiatief ontstond in reactie op het falen van de markt en op het falen van de overheid betekende niet dat de overheid zich in de negentiende eeuw niet bezighield met de sociaaleconomische gevolgen van de industrialisering in Nederland. Tot halverwege de negentiende eeuw heerste in Nederland het idee dat ingrijpen in domeinen die tot het privéleven van de burger werden gerekend, niet tot de taken van de overheid behoorden. Hieraan kwam met de Grondwet van 1848 een einde. In de nieuwe constitutie werd vastgesteld dat armen- en jeugdzorg niet alleen een onderwerp van aanhoudende zorg was voor de Nederlandse regering,

²⁵ Swaan, *Zorg en de staat*, 14.

²⁶ *Ibidem*, 16.

maar dat zij ‘door de wet geregeld’²⁷ moest zijn. Deze wet kwam er in 1854 met de eerste Armenwet. De Armenwet stelde dat de overheid bij ‘volstrekte onvermijdelijkheid’ bijstand mocht verlenen aan de armen.²⁸

Met de opkomst van de moderne industriële samenleving in de tweede helft van de negentiende eeuw werden de sociaaleconomische gevolgen van de industrialisering steeds zichtbaarder in de steden. De woon- en werkomstandigheden van de arbeiders in de steden waren slecht wat leidde tot problemen in de openbare orde en de volksgezondheid. Daarnaast werd de lokroep van het socialisme steeds hoorbaarder onder de arbeidersklasse. Hetzelfde collectiviseringsproces dat volgens de Swaan leidde tot de oprichting van de particuliere initiatieven, bewoog ook de politiek om maatregelen te nemen. Het gevolg was het begin van de sociale wetgeving in Nederland: het Kinderwetje van Van Houten (1874), de Woningwet (1901) en de Gezondheidswet (1901).

Volgens P.H.A. Frissen was de opkomst van de verzorgingsstaat echter niet alleen een reactie op het dreigende gevaar dat uitging van de armen, maar lagen er ook waarden als gelijkheid, rechtvaardigheid en solidariteit aan ten grondslag. Deze waarden werden met name uitgedragen door politiek-ideologische stromingen en maatschappelijke emancipatiebewegingen die aan het einde van de negentiende eeuw hun intreden deden in de Nederlandse samenleving. De waarden zijn terug te zien in de onderwijswetgeving die gebaseerd is op gelijkheid van startposities.²⁹ De theorie die Peter Lindert beschrijft in zijn boek *Growing Public* sluit hier deels bij aan. Net als Frissen wijst Lindert op het belang van de politiek-ideologische stromingen en maatschappelijke emancipatiebewegingen die gepaard gingen met de toename van de democratisering in de tweede helft van de negentiende eeuw. Daarnaast wijst Lindert erop dat door de economische groei overheidsbemoediging voor het eerst ook echt mogelijk was.³⁰

Aan het einde van de negentiende eeuw hielden dus zowel de staat als het particulier initiatief zich bezig met domeinen die vandaag de dag behoren tot de verzorgingsstaat. Nu, meer dan een eeuw later, wordt de Nederlandse verzorgingsstaat gekenmerkt door een sterke publiek-private samenwerking op de terreinen onderwijs, zorg en welzijn.³¹ Ook op de andere terreinen, zoals sociale zekerheid, vormen (voormalige) particuliere initiatieven een belangrijk onderdeel van de institutionele structuur van de verzorgingsstaat. Hoe is deze verstrengeling van staat en particulier initiatief tot stand gekomen?

²⁷ ‘Nieuwe regelen betreffende de verlening van bijstand door de overheid (Algemene Bijstandswet). Memorie Toelichting’, in : *Handelingen van de Staten Generaal*, zitting 1961-1962, nr. 6796, p9-18, 9.

²⁸ RMO, *Terugtrekken is vooruitzien*, 17.

²⁹ P.H.A. Frissen, *De Staat van Verschil. Een Kritiek van de Gelijkheid* (Amsterdam 2007) 59.

³⁰ P.H. Lindert, *Growing Public. Social Spending and Economic Growth Since the Eighteenth Century. Volume 1: The Story* (Cambridge 2014) 20-21.

³¹ Burger, ‘Verzuiling en verzorgingsstaat’, 91.

1.3 De samenwerking tussen staat en particulier initiatief

Volgens Marcel Hoogenboom is een belangrijke rol voor het ontstaan van de verstrengeling tussen staat en particulier initiatief weggelegd voor de constitutionele wijziging van 1848. De Grondwet van 1848 regelde de invoering van godsdienstvrijheid en de vrijheid van vereniging en vergadering in Nederland. De invoering van deze wet had grote gevolgen. De verzuiling die mede dankzij deze wet kon ontstaan, drukte bijna een eeuw lang een grote stempel op de organisatie van de Nederlandse samenleving en de vorming van de Nederlandse verzorgingsstaat. De wet maakte het mogelijk voor met name rooms-katholieken en protestanten om zich op terreinen te organiseren die voorheen voor hen verboden terrein waren. Het gevolg was een enorme toename van rooms-katholieke en protestantse organisaties op het terrein van politiek, onderwijs, zorg, media et cetera. Deze organisaties werden via samenwerkingsverbanden met elkaar verbonden wat leidde tot een verzuilde Nederlandse samenleving.³²

Belangrijke kenmerken die de invloed van de verzuiling op de verzorgingsstaat verklaren zijn de zachte dwang tot lidmaatschap die de zuilen op hun achterban uitoefenden om exclusief lid te worden van organisaties die behoorden tot de eigen zuil, en het afschermen van de leden van de directe invloed van de overheid. Het gevolg was dat er een maatschappelijk middenveld ontstond dat zich plaatste tussen de overheid en de burger.³³

De relatie die ontstond tussen de zuilen en de overheid beschrijft Marcel Hoogenboom als 'schizofreen'.³⁴ De zuilen probeerden de achterban zoveel mogelijk te onttrekken aan directe overheidsinvloed door al bestaande overheidstaken naar zich toe te trekken, zoals onderwijs en armenzorg, en de overheid te beletten nieuwe taken uit te gaan voeren, zoals sociale zekerheid, welzijn en volksgezondheid. De zuilen gingen deze taken zelf voor hun achterban organiseren via particuliere initiatieven. Maar deze particuliere initiatieven hadden de overheid nodig voor de formele wetgeving en de financiële ondersteuning. De overheid gaf deze financiële ondersteuning aan de particuliere initiatieven van de zuilen en gaf hiermee de uitvoering van de verzorgingsstaat uit handen. Dit deed zij omdat zij via de financiering van de particuliere initiatieven nog enige controle kon uitoefenen over de zuilen en richting kon geven aan de wijze van uitvoering. Daarnaast ging de overheid haar relatie met de zuilen vanaf de jaren '30 in haar voordeel gebruiken. Via de sterke controle van de zuilen over haar achterban kon de overheid de zuilen gebruiken om haar eigen doelen door de bevolking goed gekeurd te krijgen.³⁵ Wat ontstond was een sterke verstrengeling van staat en particulier initiatief, waar de overheid financierde en controleerde en het particuliere initiatief uitvoerde.

Volgens historicus Cannegieter is het bestaan van de zuilen echter niet de enige reden waarom de staat niet zelf het uitvoeringsorgaan werd van de verzorgingsstaat. Volgens Cannegieter was er een belangrijk kantelpunt in de ontwikkeling van de relatie tussen staat en overheid. Direct na de Eerste

³² Hoogenboom, 'Particulier initiatief en overheid in historisch perspectief', 391.

³³ *Ibidem*, 391.

³⁴ *Ibidem*, 391-392.

³⁵ *Ibidem*, 392.

Wereldoorlog was het besef bij de Nederlandse overheid gegroeid dat zijzelf de uitvoering van de sociale en gezondheidswetten ter hand moest nemen. Het was echter de financiële crisis van de jaren twintig en dertig die de overheid deed besluiten om de uitvoering uit handen te geven aan de verzuilde particulieren initiatieven. Volgens Cannegieter was het ook vanaf deze periode dat de overheid actief en structureel de particuliere initiatieven zou gaan subsidiëren.³⁶ Voor de Eerste Wereldoorlog verstrekte de overheid nog nauwelijks subsidies aan de particuliere initiatieven.³⁷

De verstrengeling van particulier initiatief en de staat in de Nederlandse verzorgingsstaat is dus ontstaan doordat enerzijds de zuilen overheidstaken naar zich toe trokken waarop de overheid reageerde met een beleid om via subsidieverschaffing controle te behouden over de particuliere initiatieven. Anderzijds koos de Nederlandse overheid ervoor om de uitvoering van de verzorgingsstaat aan de particuliere initiatieven over te laten omdat zij zelf niet in staat was om zelf de gehele uitvoering te financieren. Door deze financiering en de voorwaarden die de overheid hieraan koppelden, verloren de particuliere initiatieven al een gedeelte van hun onafhankelijkheid. Na de Tweede Wereldoorlog zou deze onafhankelijkheid alleen maar verder afnemen.

1.4 Een veranderend beleid

In de jaren veertig, vijftig en zestig van de twintigste eeuw breidde de verzorgingsstaat enorm uit. Volgens De Swaan werd deze expansie veroorzaakt door de ervaringen die de Nederlandse staat had opgedaan tijdens de Tweede Wereldoorlog. Tijdens en vlak na de oorlog was gebleken dat de staat, ondernemingen en de vakbonden in staat waren om samen te werken. In Nederland resulteerde deze samenwerking in de snelle wederopbouw aan het einde van de jaren veertig en begin jaren vijftig. Daarnaast groeide in Nederland het besef, uit angst voor het nationale en internationale communisme, dat de loyaliteit van de arbeiders voor de democratie gewonnen moest worden. De uitbreiding van de verzorgingsstaat was echter niet mogelijk geweest zonder een aanhoudende golf van onverwachte en uitzonderlijke economische groei.³⁸

De uitbreiding had volgens De Swaan meer gevolgen dan alleen meer sociale wetgeving. Ten eerste lukte het georganiseerde minderheden steeds beter om succesvol hun eigen belangen te verdedigen tegenover een kritische oppositie. Hierdoor bleef de sociale wetgeving toenemen en konden steeds meer mensen aanspraak maken op collectieve voorzieningen. Het tweede gevolg was het ontstaan van een ‘nieuwe’ middenklasse. Deze nieuwe middenklasse bestond uit professionele experts, administrateurs en ambtenaren die hun baan te danken hadden aan de uitbreiding van de verzorgingsstaat. Deze nieuwe middenklasse vormde gezamenlijk een lobby ter bevordering van de verdere uitbreiding van

³⁶ Cannegieter, *Honderdvijftig jaar gezondheidswet*, 157-163.

³⁷ *Ibidem.*, 131.

³⁸ Swaan, *Zorg en de staat*, 233.

collectieve arrangementen.³⁹

Het gevolg van de lobby van zowel georganiseerde minderheden als de nieuwe middenklasse was een brede mentaliteitsverandering in de Nederlandse samenleving. Er ontstond volgens De Swaan een sociaal bewustzijn: ‘een besef van de gegeneraliseerde verafhankelijkheid die alle leden in een nationale collectiviteit met elkaar verbindt, gekoppeld aan een abstract verantwoordelijkheidsgevoel dat niet aanzet tot persoonlijke actie, maar verlangt dat er gezorgd wordt voor de behoeftigen in het algemeen door de staat en uit de openbare kas.’⁴⁰ Met andere woorden: de Nederlandse samenleving legde de verantwoordelijkheid voor het beschermen tegen armoede, ziekte en onvoorziene tegenslagen bij de Nederlandse staat.

Deze mentaliteitsverandering had een belangrijke invloed op beleid van de staat. Legde de Nederlandse staat halverwege de negentiende eeuw de verantwoordelijkheid voor bescherming tegen onvoorziene tegenslagen nog bij de burger en mocht de staat alleen bij ‘volstrekte onvermijdelijkheid’ bijstand bieden, nu werd de staat door de burger verantwoordelijk gehouden voor haar geluk. De nieuwe sociale rechten hadden een heel ander karakter dan de klassieke grondrechten die aan de basis stonden van de Nederlandse staat. De klassieke grondrechten dienden vooral als een bescherming van de burger tegen te veel staatsingrijpen en overheidsbemoeienis, de sociale rechten die ontstonden leidden tot een taakstelling van de staat. De staat moest juist ingrijpen in het dagelijks leven van de burgers om gelijkheid te kunnen afdwingen.⁴¹ De waarden van gelijkheid, rechtvaardigheid en solidariteit die volgens Frissen inherent zijn aan de Verzorgingsstaat moesten dus door de staat worden gewaarborgd. Dit leidde ertoe dat de overheid steeds meer de taken van de verzorgingsstaat in eigen hand wilde hebben. Volgens Willemijn de Zwaard is dit een logische dynamiek: ‘degene die verantwoordelijkheid draagt voor de handhaving en gelijke toepassing van de wettelijke normen (het ‘zorgen dat’), heeft ook graag grip op hoe die normen bereikt worden (het ‘zorgen voor’).’⁴² Dit leidde tot toenemende bemoeienis van de overheid op het particuliere initiatief via toezicht en via wet-en regelgeving.

Deze neiging van de staat werd volgens Hoogenboom versterkt door een tweede maatschappelijke ontwikkeling die zich voltrok aan het einde van de jaren zestig: de ontzuiling. In de vorige paragraaf is al vermeld dat de zuilen een schakel vormden tussen de burger en de staat. De burger kon via de zuilen haar wensen aan de staat uitten, terwijl andersom de staat via de zuilen haar doelen kon bereiken bij de burgers. Met de toenemende individualisering en secularisering vanaf het einde van de jaren zestig verloren de zuilen de controle over hun achterban. De betrouwbare schakel tussen de burger en de staat, het middenveld, viel weg. De staat moest op zoek naar een nieuwe vormgeving voor haar relatie met de burger.⁴³

De ontzuiling betekende niet alleen het wegvallen van een betrouwbare schakel tussen de burger en

³⁹ Swaan, *Zorg en de staat*, 233.

⁴⁰ *Ibidem*, 22.

⁴¹ Zwaard, *Van rechtsgrond tot grondrecht*, 9.

⁴² *Ibidem*, 10.

⁴³ Hoogenboom, ‘Particulier initiatief en overheid in historisch perspectief’, 393.

de staat, maar ook dat uitvoering van de verzorgingsstaat door de aan de zuilen gelieerde particuliere initiatieven in gevaar kwam. De staat was akkoord gegaan met de grote rol van de particuliere initiatieven in de verzorgingsstaat omdat zij zich verzekerd zag van de grote macht die de zuilen over de particuliere initiatieven uitoefenden. Door het wegvallen van de zuilen was de overheid ook haar indirecte controle over de particuliere initiatieven kwijt en moest zij ook hier op zoek gaan naar een nieuwe relatie. De staat nam echter niet de gehele uitvoering in eigen handen. Volgens Hoogeboom was de staat niet in staat om zich geheel te ontdoen van de in de verzuilingstijd ontstane 'reflex' om te kijken naar de burger voor een bijdrage in de vormgeving en uitvoering van het beleid. De nieuwe partner die zij trof, was echter niet de stabiele partner die zij zich wenste. Daarom probeerde de overheid vanaf de jaren zeventig keer op keer via allerlei interventies en wetgeving, de nieuwe partner te veranderen.⁴⁴

Dus door het ontstaan van sociaal bewustzijn, de ontzuiling en door de financiële mogelijkheden van na de Tweede Wereldoorlog, trok de overheid steeds meer taken naar zich toe en nam de autonomie van de particuliere initiatieven steeds verder af en ontwikkelde zij zich in de richting van semi-private organisaties.

Volgens de huidige historische discussie hebben de staat en haar beleid dus een grote invloed gehad zowel op het ontstaan van de particuliere initiatieven aan het einde van de negentiende eeuw, als de verstrengeling die ontstond aan het begin van de twintigste eeuw en de afname van de autonomie van particuliere initiatieven na de Tweede Wereldoorlog. Via het stellen van voorwaarden aan de financiering, toezicht en via wet- en regelgeving nam de autonomie van het particuliere initiatief af. Het gevolg van deze invloed is volgens het huidige debat de semi-private organisaties in onderwijs, welzijn en zorg die de Nederlandse verzorgingsstaat vandaag de dag kenmerken. Was het Nederlandse volksgezondheidsbeleid aan deze ontwikkeling onderhevig? En probeerde de overheid inderdaad haar volksgezondheidsbeleid op te leggen aan de particuliere initiatieven in de zorg via financiering, toezicht en wet- en regelgeving? Om deze vragen te beantwoorden wordt in het volgende hoofdstuk het volksgezondheidsbeleid voor de periode 1860-1990 uiteengezet.

⁴⁴ Hoogeboom, 'Particulier initiatief en overheid in historisch perspectief', 395.

Hoofdstuk 2: Het Nederlandse volksgezondheidsbeleid

Lange tijd had de Nederlandse overheid geen interesse in het beleidsterrein volksgezondheid. Historici H. Rigter en R.B.M. Rigter noemen de volksgezondheid in hun artikel uit 1993 zelfs ‘een Assepoester in de Nederlandse politiek’.⁴⁵ Pas in 1971 kende Nederland met minister Lodewijk Stuyt de eerste minister van Volksgezondheid. Tot die tijd was volksgezondheid een ondergeschoven kindje op achtereenvolgens het ministerie van Binnenlandse Zaken (tot 1918) en het ministerie van Arbeid/ Sociale Zaken (tot 1971).⁴⁶ Door dit gebrek aan interesse werden de eerste stappen in de richting van volksgezondheidsmaatregelen gezet door het particuliere initiatief, zoals het Noord-Hollandse Witte Kruis.

Voordat in het volgende hoofdstuk getoetst kan of de Nederlandse overheid een grote invloed heeft gehad op de ontwikkeling van het Witte Kruis, moet eerst haar volksgezondheidsbeleid in kaart gebracht worden. In dit hoofdstuk wordt het volksgezondheidsbeleid van de periode 1815-1990 in kaart gebracht aan de hand van vijf periodes. Bij elke periode worden de vragen gesteld; Wat is de rol van de overheid ten aanzien van de volksgezondheid? Wat zijn de belangrijkste wetten van de periode? En hoe probeerde de overheid invloed uit te oefenen op het particuliere initiatief?

Voor het opstellen van deze vijf periodes werd gebruik gemaakt van het historische raamwerk dat door A. Querido werd geschetst in zijn boek *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid* uit 1965. Querido onderscheidt tot 1965 vier fases van toenemende staatsbemoediging, namelijk de liberale, radicale, sociale en collectieve fase.⁴⁷ De laatste periode, de periode van halverwege de jaren zestig tot einde jaren tachtig wordt niet beschreven door Querido. Uit dit hoofdstuk zal blijken dat deze laatste periode gekenmerkt werd door idealen als ‘de maakbare samenleving’ en door bezuinigingen.

2.1 De liberale fase (1815-1872)

De eerste fase in het Nederlandse volksgezondheidsbeleid startte in 1815. Na de Franse periode waarin de volksgezondheid van groot belang werd geacht en waarin de verantwoordelijkheid van de staat voor de geneeskundige zorg en de volksgezondheidszorg zelfs in de Grondwet waren opgenomen, nam de belangstelling van de Nederlandse staat voor de volksgezondheid af.⁴⁸ Net als veel andere terreinen werd ook de volksgezondheidszorg in de negentiende eeuw gekenmerkt door het idee van staatsonthouding. Deze eerste periode tot 1872 wordt door Querido in zijn boek *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid* uit 1965 dan ook aangeduid als de *liberale fase*.

De liberale fase werd gekenmerkt door een drietal kenmerken. Het eerste kenmerk is al genoemd:

⁴⁵ Rigter en Rigter, ‘Volksgezondheid: een assepoester in de Nederlandse politiek’, 1.

⁴⁶ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ‘Geschiedenis: een kort overzicht van de geschiedenis van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn, en Sport vanaf 1800’,

<http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/organisatie/geschiedenis%5B2%5D> (geraadpleegd op 17-06-2015).

⁴⁷ A. Querido, *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid* (Den Haag 1965).

⁴⁸ Querido, *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid*, 223-226.

staatsonthouding. De Nederlandse overheid was van mening dat zij zich zo min mogelijk moest bemoeien met de gezondheidszorg en haar activiteiten hiertoe moest beperken. Dit hield niet in dat er geen wet- en regelgeving was voor de volksgezondheidszorg, maar dat de overheid geen dwang gebruikte om deze wet- en regelgeving te handhaven. Het tweede kenmerk van de liberale fase is de nadruk op *lokale autoriteiten*. Gemeenten waren verantwoordelijk voor het toezicht op de gezondheidszorg en de naleving van de wet- en regelgeving, maar niet voor de financiering van de gezondheidszorg. Het derde kenmerk van de liberale fase is de *verbinding tussen gezondheidszorg en armenzorg*. De gemeenten waren alleen verantwoordelijk voor diegenen die zelf niet in hun eigen levensbehoeften konden voorzien. Het was de taak van de gemeenten om voor deze mensen de gezondheidszorg te regelen, voor alle anderen was de gezondheidszorg een privéaangelegenheid. Hierdoor werden de gezondheidszorg en de armenzorg aan elkaar verbonden.⁴⁹ Alle andere individuele hulpverlening werd via particulieren opgelost in de vorm van liefdadigheid aan de armen of door particuliere organisaties zoals de Amersfoortse Verenging ter bestrijding van epidemische ziekten (1866) en allerlei cholera-commissies. Beide werden ten tijden van epidemische uitbraken actief.⁵⁰

De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het volksgezondheidsbeleid werd dus bij de gemeenten gelegd. Maar door een combinatie van desinteresse, gebrek aan financiële middelen en door het ontbreken van een dwangmiddel, werd de volksgezondheidszorg een ondergeschoven kindje binnen de gemeenten. Van handhaving en toezicht kwam weinig terecht.⁵¹ Halverwege de negentiende eeuw ontstond hierover onvrede bij een groep medici, de zogenaamde hygiënisten, die van mening waren dat de overheid een actiever volksgezondheidsbeleid moest voeren. Deze medici richtten in 1849 de Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst op. Daarnaast sloot deze groep hygiënisten zich aan bij de doctrinair-liberalen, onder leiding van Thorbecke, met als doel een nieuwe geneeskundige staatsregeling te ontwerpen.⁵²

Het debat rondom de nieuwe geneeskundige staatsregeling draaide om twee kernvraagstukken. Allereerst ging het debat over de vraag in hoeverre de staat verantwoordelijk was voor het verzekeren van de kwaliteit van de geneeskundige verzorging. Hieronder viel onder andere het toezicht op de opleiding en het bestrijden van onbevoegde medici en kwakzalvers. Het tweede vraagstuk ging over het oprichten van een stelsel van medisch-hygiënische voorschriften, waaronder de bestrijding van besmettelijke ziekten, en de handhaving van deze voorschriften. Het antwoord op het eerste vraagstuk kwam er in 1865 met de eerste Gezondheidswet, bestaande uit de Wet uitoefening geneeskunst, Wet uitoefening farmacie en de Bevoegdheidswet.⁵³ Met deze nieuwe Gezondheidswet werd ook het Geneeskundig Staatstoezicht opgericht. Eén van de taken van de geneeskundige inspecteurs was om advies uit te brengen over de toestand van de volksgezondheid, en de verbetering van de volksgezond-

⁴⁹ Querido, *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid*, 227-235.

⁵⁰ *Ibidem*, 234-235

⁵¹ Rigter en Rigter, 'Volksgezondheid: een assepoester in de Nederlandse politiek', 18.

⁵² *Ibidem*, 19.

⁵³ Querido, *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid*, 229.

heid. Veel hygiënisten werden medewerker van dit nieuwe orgaan.⁵⁴

In deze eerste fase oefende de overheid dus nog nauwelijks invloed uit op het particuliere initiatief. Weliswaar zorgde het de inactiviteit van de overheid op het gebied van de volksgezondheid mede tot de opkomst van de hygiënisten, maar deze hygiënisten vallen niet onder de definitie van particulier initiatief die in dit onderzoek gehanteerd wordt. Ze is eerder een maatschappelijk middenveldorganisatie die de belangen behartigt, dan een particulier initiatief die direct het probleem aanpakt. Ook de Gezondheidswet beïnvloedde het particulier initiatief niet. Weliswaar werden er eisen gesteld aan de opleiding van medici, en werd de professie beschermd tegen onbevoegden en kwakzalvers, maar deze zelfde medici behoorden niet tot het particulier initiatief. De medici waren immers geen groep, maar individuele artsen. De nieuwe wetten vormden ook geen breuk met de liberale fase. De uitvoering van de wetten lag nog steeds bij de gemeenten en was nog steeds vrijblijvend.⁵⁵ De breuk met de liberale fase kwam enkele jaren later. Om precies te zijn in 1872 met de Besmettelijke Ziektewet.

2.2 De radicale fase (1872- 1914)

Op 4 december 1872 ging de wet Besmettelijke Ziekten van kracht. Deze wet was een reactie op recente uitbraken van besmettelijke ziekten: cholera (1866-1867), de tyfus (1869-1871) en de pokken (1870-1872). Deze uitbraken zorgden ervoor dat nu ook het tweede punt van debat, het oprichten van een stelsel van medisch-hygiënische voorschriften en de handhaving van deze voorschriften, in een wet werd geregeld. Deze wet gaf burgemeesters de bevoegdheid om epidemieën te bestrijden. Om de epidemieën te bestrijden werden gemeenten onder andere verantwoordelijk voor het isoleren van patiënten, het ontsmetten van gebouwen en het opzetten van verpleeglocaties.⁵⁶ Opvallend aan de Wet Besmettelijke Ziekten was de opgelegde dwang aan de gemeenten voor de uitvoering van de wet. In de wet werd opgenomen dat ‘de vereiste dwang in het leven geroepen [is], die een gemeentebestuur zal verhinderen, om algemene belangen aan eigenzinnigheid of bekrompenheid op te offeren’.⁵⁷

De opname van een dwangmiddel om de wet tot uitvoering te brengen markeert volgens Querido de overgang van de *liberale fase* naar de *radicale fase*. Tijdens de radicale fase die begon aan het einde van de 19^e eeuw begon de overheid het gevaar van allerlei excessen die werden veroorzaakt door de vrije markt en de industrialisering in te zien. Om deze gevaren te bestrijden koos de overheid voor het beschermen van de arbeiders in het productieproces.⁵⁸ Het interdependentieproces van de Swaan die is beschreven in hoofdstuk 1 werd dus in deze radicale fase zichtbaar.

Waardoor werd het volksgezondheidsbeleid in de radicale fase gekenmerkt? Het eerste kenmerk dat Querido noemt voor de radicale fase is de nadruk van de overheid dat bepaalde onderdelen van de

⁵⁴ Van der Kolk-Kousemaker, *Het beleid van Het Witte Kruis, Het Groene Kruis en Het Wit-Gele Kruis*, 25.

⁵⁵ Rigter en Rigter, ‘Volksgezondheid: een assepoester in de Nederlandse politiek’, 19.

⁵⁶ *Ibidem*, 20.

⁵⁷ Querido, *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid*, 233.

⁵⁸ *Ibidem*, 236.

gezondheidszorg het *algemeen belang* dienden, en dat daarom de overheid hier invloed op mocht uitoefenen. De wet Besmettelijke Ziekten is een goed voorbeeld van dit kenmerk. Een tweede kenmerk dat hieraan verbonden is, was de bereidheid van de overheid om *financiële middelen* ter beschikking te stellen via de gemeenten voor zaken die het algemene belang dienden. Een derde kenmerk is de nadruk op *preventie*, zowel via het bevorderen van de levensomstandigheden van de arbeiders, als via allerlei consultatiebureaus.⁵⁹

Na de vliegende start kende de radicale fase in de jaren tachtig en negentig van de negentiende eeuw een dip. De overheidsinterventie op het gebied van de volksgezondheidszorg werd beperkt door een economische crisis veroorzaakt door de Atjehoorlog en door een, wat historicus Romijn, een groot wantrouwen tegen de radicale richting noemt.⁶⁰ Hierdoor was er politiek minder belangstelling voor een meer radicaal volksgezondheidsbeleid. Dit veranderde rond de eeuwwisseling toen de radicale richting aan macht won door de verdeeldheid onder de liberalen en onder druk van het socialisme. Deze omslag was het eerste zichtbaar in het optreden van de lokale overheid die steeds meer taken naar zich toetrok op het gebied van de zogenaamde technisch-hygiënische voorzieningen. Hiertoe werd onder andere de riolering, drinkwaterzuivering en de ontsmetting van woningen gerekend. In de grote steden werd er een speciaal orgaan, de gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD), ingesteld om deze technisch-hygiënische voorzieningen uit te voeren en te controleren. In 1901 volgde de centrale overheid met een nieuwe Gezondheidswet die het staatstoezicht op de volksgezondheid regelde via vier instanties, de centrale gezondheidsraad, hoofdinspecteurs van de volksgezondheid, inspecteurs van de volksgezondheid en de gezondheidscommissies.⁶¹

Dat de overheid in de radicale fase een gedeelte van de gezondheidszorg als haar verantwoordelijkheid zag en dat zij gemeenten verplichtte zaken van algemeen belang te regelen, betekende niet dat de overheid in de praktijk zijn verantwoordelijkheid ook altijd nam. Al snel na de invoering van de wet Besmettelijke Ziekten in 1872 werd duidelijk dat de meeste gemeenten nauwelijks stappen ondernamen om de verspreiding van besmettelijke ziekten tegen te gaan, dit had onder andere te maken met het karakter van de wetgeving. Waar de hygiënisten graag hadden gewild dat de wet een preventief karakter had, was de wet meer een rampenbestrijdingsplan.⁶² In reactie op dit overheidsfalen ontstond in 1875 het Noord-Hollandse Witte Kruis.⁶³ Het Witte Kruis stond er echter niet alleen voor. Aan het einde van de negentiende eeuw ontstonden allerlei particuliere commissies en organisaties die zich bezig gingen houden met taken op het gebied van de volksgezondheidszorg waarop de overheid niet actief was.⁶⁴

De rol van het particuliere initiatief was niet alleen de nalatigheid van de overheid opvangen op de

⁵⁹ Querido, *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid*, 235-240.

⁶⁰ *Ibidem*, 237.

⁶¹ *Ibidem*, 26.

⁶² Van der Kolk-Kousemaker, *Het beleid van Het Witte Kruis, Het Groene Kruis en Het Wit-Gele Kruis*, 27.

⁶³ Querido, *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid*, 235.

⁶⁴ Rigter en Rigter, 'Volksgezondheid: een assepoester in de Nederlandse politiek', 20.

gebieden waarop de overheid verantwoordelijkheid claimde, maar ook voorzieningen verschaffen op de gebieden van de volksgezondheidszorg waar de overheid geen algemeen belang zag. Zoals al eerder verteld trok de overheid steeds meer technisch-hygiënische voorzieningen naar zich toe. Dit deed zij omdat deze voorzieningen volgens de overheid voorzieningen waren die het algemeen belang dienden. Geneeskundige voorzieningen waren echter net als tijdens de liberale fase geen verantwoordelijkheid van de overheid. Voeding, kleding en geneeskunde moesten een onderdeel zijn van de particuliere liefdadigheid. Ook medisch-hygiënische voorzieningen, gericht op preventie van ziekten of op een vroegtijdige opsporing van ziekten, zag de Nederlandse overheid niet als haar verantwoordelijkheid. Want, zo redeneerde de overheid, de rijkere burger had hieraan geen behoefte. Er kon dus niet gesproken worden van een algemeen belang. Daarom liet de overheid zowel de geneeskundige voorzieningen als de medisch-hygiënische voorzieningen over aan het particuliere initiatief.⁶⁵

In de radicale fase ging de overheid dus bepaalde onderdelen zien als een zaak van algemeen belang. Zij nam voor deze gebieden de verantwoordelijkheid en probeerde via dwingende wet- en regelgeving de volksgezondheid te verbeteren. Deze theoretische verantwoordelijkheid werd in de praktijk echter niet altijd genomen, wat de oprichting van particuliere initiatieven, zoals het Witte Kruis, beïnvloedde. Vanaf 1900 nam de invloed van de overheid op de particuliere initiatieven toe, doordat het toezicht op de volksgezondheid, en dus ook de particuliere initiatieven, werd aangescherpt. Daarnaast werd er voor het eerst subsidie verleend aan de particuliere initiatieven, hier waren echter wel voorwaarden aan verbonden. Gelijktijdig beïnvloedde het gebrek aan verantwoordelijkheidsgevoel van de overheid op de gebieden geneeskundige zorg en medisch-hygiënische zorg ervoor, dat de particuliere initiatieven hun taken juist op deze gebieden gingen ontwikkelen.. Deze situatie bleef de eerste jaren van de twintigste eeuw onveranderd, tot dat de Eerste Wereldoorlog in 1914 uitbrak in Europa.

2.3 De sociale fase (1914-1940)

Nederland nam weliswaar niet deel aan de Eerste Wereldoorlog maar merkte wel de gevolgen van deze oorlog voor de volksgezondheid. In de periode 1914-1918 was de volksgezondheidstoestand, onder andere door voedseltekorten, zo erg verslechterd dat er maatregelen genomen moesten worden. De eerste maatregel was de nieuwe gezondheidswet van 1919.⁶⁶ In deze wet werd het Staatstoezicht op de volksgezondheidszorg uitgebreid en werden de eerste stappen gezet richting centralisering van het staatstoezicht. Niet alleen technisch-hygiënische voorzieningen werden gerekend tot het algemeen belang, ook medisch-hygiënische en geneeskundige voorzieningen moesten door de staat worden geregeld.⁶⁷ Deze nieuwe fase in het overheidsbeleid noemt Querido de *sociale fase*.

De sociale fase vertoonde veel overeenkomsten met de radicale fase. Net als in de radicale fase

⁶⁵ Querido, *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid*, 239-240.

⁶⁶ Rigter en Rigter, 'Volksgezondheid: een assepoester in de Nederlandse politiek', 43.

⁶⁷ Querido, *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid*, 242.

werd de sociale fase gekenmerkt door het idee van de overheid dat bepaalde onderdelen van de gezondheidszorg het *algemeen belang dienden*. In tegenstelling tot de radicale fase ging het in de sociale fase ook om onderdelen die te maken hadden met medisch-hygiënische en geneeskundige voorzieningen. Een tweede kenmerk van de sociale fase was dat de staat nog steeds slechts verantwoordelijk was voor een *gedeelte van de bevolking*. In de sociale fase bestond deze groep naast de armen ook uit arbeiders. Het laatste kenmerk wat de sociale fase van de radicale fase onderscheid was de *structurele samenwerking tussen het particulier initiatief en de overheid* die ontstond in deze periode.⁶⁸

Direct na de Eerste Wereldoorlog was de Nederlandse overheid van mening dat haar verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid verder reikte dan alleen de hygiënisch-technische voorzieningen. Daarom deed de regering in 1920 twee wetsvoorstellen die de invloed van de staat op de gezondheidszorg sterk zouden uitbreiden. Het eerste voorstel voor de uitbreiding van de overheidsverantwoordelijkheid was het ontwerp tot regeling van de ziekenverzorging ingediend op 3 augustus 1920. Via dit wetsontwerp wilde de overheid de geneeskundige zorg niet alleen regelen voor de armen, maar ook voor de arbeiders. De overheid wilde deze zorg regelen door met de ziekenfondsen te gaan samenwerken. De ziekenfondsen zouden de uitvoerende instantie worden, maar moesten zich aan bepaalde voorwaarden houden en moesten een aantal vormen van geneeskundige hulp garanderen. In ruil hiervoor zouden de goedgekeurde fondsen subsidies krijgen.⁶⁹ De overheid probeerde dus via de financiering voorwaarden te stellen en taken op te leggen aan het particulier initiatief op het gebied van de geneeskundige zorg.

Naast de geneeskundige zorg wilde de overheid ook de verantwoordelijkheid nemen in de medisch-hygiënische zorg. De eerste stap hiertoe was het ontwerp gezondheidsdiensten dat op 20 november 1920 werd ingediend. In dit ontwerp moesten de zogenaamde gemeentelijke gezondheidsdiensten het uitvoerende orgaan worden op het gebied van medisch-hygiënische zorg. In tegenstelling tot het eerste voorstel zou de invoering van deze wet geen extra taken opleveren voor het particuliere initiatief, maar werden de taken juist afgenomen worden. De kosten voor dit systeem zouden voor vijftig procent bij de gemeenten komen te liggen en voor de andere vijftig procent bij het rijk.⁷⁰ Beide voorstellen zijn tijdens de sociale fase niet omgezet in wetten. De redenen hiervoor kunnen gevonden worden in economische belemmeringen in de vorm van een economische crisis, en in maatschappelijke belemmeringen, namelijk de toenemende macht van de zuilen in Nederland. Met name de confessionele en de liberale zuilen waren tegenstander van een te grote staatsbemoeyenis met volksgezondheidszorg. Zij waren van mening dat de gezondheidszorg een terrein was voor particuliere initiatieven.⁷¹

Het gevolg van deze economische en maatschappelijke belemmeringen was, zoals reeds vermeld, dat de twee wetsvoorstellen nooit zijn omgezet in wetten. In 1933 besloot de regering de stop uit de wetsvoorstellen te trekken en op zoek te gaan naar een alternatief. Deze werd gevonden in de samen-

⁶⁸ Querido, *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid*, 240-245.

⁶⁹ *Ibidem*, 243.

⁷⁰ *Ibidem*, 243.

⁷¹ Querido, *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid*, 241.

werking met de particuliere initiatieven. De particuliere initiatieven gingen de geneeskundige en medisch-hygiënische zorg gesubsidieerd uitvoeren, terwijl de overheid via staatstoezicht en subsidievoorwaarden invloed op de particuliere initiatieven ging uitoefenen. Het grote voordeel voor de staat was dat de medisch-hygiënische en geneeskundige zorg verbeterde zonder dat zij daar zelf grote financiële offers voor moest geven. Aan de andere kant zorgde deze constructie ervoor dat de medisch-hygiënische zorg nog altijd de vorm van liefdadigheid had, en niet een wettelijk recht.⁷² Hier kwam pas verandering in na de Tweede Wereldoorlog.

2.4 De collectieve fase (1941-1982)

De Tweede Wereldoorlog had veel veranderd in Nederland. Niet alleen was er veel emotionele en materiele schade, de oorlog en dan met name het laatste jaar, hadden de maatschappelijke verschillen op zijn kop gezet. Tijdens de wederopbouw jaren namen de sociale verschillen af en nam de sociale bewegelijkheid toe. Het gevolg hiervan was dat het steeds moeilijker werd om bepaalde groepen in de samenleving uit het geheel te isoleren.⁷³ Daarnaast besepte de Nederlandse overheid dat de lagere klassen, uit angst voor het nationale en internationale communisme, gewonnen moesten worden voor de democratie. Door een lang aanhoudende golf van economische groei werd het mogelijk om de voorzieningen verder uit te bouwen voor een grote groep.⁷⁴ Een nieuwe fase in het Nederlandse beleid was geboren: de collectieve fase.

Querido kenmerkt de collectieve fase als een periode waarin voor het eerst aan ‘alle leden van de gemeenschap – en op geen andere grond dan dit lidmaatschap- voorwaarden tot bestaanszekerheid als recht worden gegarandeerd en dat de last van deze garantie door de gehele gemeenschap wordt gedragen.’⁷⁵ Het eerste kenmerk van de collectieve fase was dat de overheid dus voor het eerst de verantwoordelijkheid van de volksgezondheidszorg van de *gehele bevolking* op zich nam. Daarnaast werd het collectieve karakter versterkt doordat nu ook de gehele bevolking meebetaalde aan de volksgezondheidszorg doordat het werd betaald uit de *algemene middelen*. Een derde kenmerk dat Querido meegaf aan de collectieve periode is dat er in deze periode sprake was van een ‘*vermaatschappelijking van recht en staat*’. Dit hield in dat enerzijds de staatsinmenging op het terrein van volksgezondheid sterk toenam, maar anderzijds de particuliere groepen en organisaties ook steeds meer bij staatszaken betrokken werden. De scheiding tussen staat en gemeenschap (particulier initiatief) verdween.⁷⁶

Querido laat de collectieve fase beginnen na de Tweede Wereldoorlog. A.C.M. Kappelhof wijst echter naar het jaartal 1941 als beginpunt van de collectieve fase. In 1941 werd door de Duitse bezet-

⁷² *Ibidem*, 244.

⁷³ *Ibidem*, 246.

⁷⁴ Swaan, *Zorg en de staat*, 233.

⁷⁵ Querido, *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid*, 246.

⁷⁶ I. de Haan, en J.W. Duyvendak, *In het hart van de verzorgingsstaat. Het Ministerie van Maatschappelijk Werk en zijn opvolgers (CRM, WVC, VWS), 1952-2002* (Zutphen 2002) 209.

ters in Nederland via het ziekenfondsbesluit de verplichte ziekenfondsverzekering ingesteld. Alle mensen die beneden een vastgestelde inkomensgrens vielen waren verplicht om zo'n ziekenfondsverzekering af te sluiten. Hierdoor werd voor het eerst het grootste gedeelte van de Nederlandse bevolking collectief verzekerd. Na de Tweede Wereldoorlog werd deze verplichte verzekering door de Nederlandse regering gehandhaafd en in 1964 opgenomen in de ziekenfondswet.⁷⁷ Het ziekenfondsbesluit had voor de particuliere ziekenfondsen grote gevolgen. Niet langer waren zij particuliere organisaties, maar het uitvoerende orgaan van een publiekrechtelijke regeling. Ze was een semi-private organisatie geworden. De relatie tussen particulier initiatief en staat, was dus gewijzigd doordat de taak en de financiering van de particuliere ziekenfondsen in de wet werd opgenomen.

De vermaatschappelijking van recht en staat kwam niet alleen tot uitdrukking in het ziekenfondsbesluit, maar ook op medisch-hygiënisch gebied werd de samenwerking tussen particulier initiatief en de staat uitgebreid. De samenwerking zoals deze was ontstaan tijdens het interbellum, namelijk dat particuliere organisaties met steun van overheidssubsidies het beleid uitvoerden, maar zich wel moesten houden aan toezicht en aanwijzingen, werd voor het eerst duidelijk vastgelegd en verder uitgebreid via de Regelingen subsidievoorwaarden op het gebied van de Volksgezondheid die verschenen in de periode 1956-1961.⁷⁸ In deze regelingen werd vastgelegd dat de taken die het particulier initiatief uitvoerden primair tot de taken van de overheid behoorden, en dat het particulier initiatief slechts een uitvoerende functie had.⁷⁹ Aangezien de taken primair tot de taken van de overheid behoorden en de overheid verantwoordelijk was voor de uitvoering van de taken, wilde de overheid ook invloed hebben op de uitvoerende instanties. Dit deed zij via strengere subsidievoorwaarden.

Een hoogtepunt voor het Volksgezondheidsbeleid tijdens de collectieve fase was de invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in 1967. Deze wet was een volksverzekering tegen zware geneeskundige risico's en was de eerste algemene wet binnen de volksgezondheidszorg⁸⁰ - de ziekenfondswet van 1964 had geen einde gemaakt aan de tweedeling tussen particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden. Vlak na het verschijnen van deze eerste collectieve wet nam de ongerustheid over de stijgende kosten van de gezondheidszorg, en de verbrokkelde gezondheidsstructuur toe. Steeds meer mensen kregen het gevoel dat de gezondheidszorg onbeheersbaar was geworden. In reactie op dit gevoel van onbeheersbaarheid wordt in 1974 een nieuwe gezondheidsnota gepresenteerd, de Structuurnota Gezondheidszorg.⁸¹

In deze nota benadrukte de overheid nogmaals dat zij de algemene verantwoordelijkheid droeg voor de volksgezondheid, en dat zij daarom meer grip wilde krijgen op deze onbeheersbare sector. De lappendeken van gezondheidsorganisaties moest plaatsmaken voor een duidelijke structuur. De gezondheidszorg werd onderdeel van de 'maakbare samenleving', het idee dat de samenleving maakbaar

⁷⁷ Kappelhof, *Tussen aansporen en opsporen*, 25.

⁷⁸ Querido, *Een eeuw Staattoezicht op de Volksgezondheid*, 248.

⁷⁹ *Ibidem*, 249.

⁸⁰ De Haan en Duyvendak, *In het hart van de verzorgingsstaat*, 209.

⁸¹ Kappelhof, *Tussen aansporen en opsporen*, 29.

was en dat de overheid een belangrijke, centrale rol in dit geheel had. Via regelgeving en ingrijpen kon de samenleving gestuurd worden. Ook de gezondheidszorg.⁸²

Er moest structuur worden aangebracht in de gezondheidszorg via echelonnering, het indelen in lagen. Het idee was dat hoe specialistischer en duurder de aangeboden zorg, hoe hoger de laag of lijn. Het gevolg van dit systeem was dat de gezondheidszorg werd ingedeeld in twee lagen: de eerstelijnszorg zoals de huisarts en de wijkverpleging, en de tweedelijns zorg zoals de ziekenhuizen en de specialisten. Om de diversiteit en veelvoud van verschillende gezondheidsorganisaties te beperken dwong de overheid de particuliere initiatieven om aan schaalvergroting te doen. De organisaties moesten worden samengevoegd tot enkele grotere landelijke of regionale organisaties.⁸³

In de jaren die volgde op de structuurnota werden enkele grote beleidsvoornemens gerealiseerd. De gezondheidszorg werd ingedeeld in een eerste en tweede lijn, enkele grote organisaties werden samengevoegd en er kwam een netwerk van basisvoorzieningen op gang. Tijdens de collectieve fase beïnvloedde de overheid het particuliere initiatief dus via wet- en regelgeving, subsidievoorwaarden en gedwongen fusies en schaalvergrotingen. Al snel bleek echter dat de herstructurering niet zo gemakkelijk ging als gedacht. De Wet voorzieningen Gezondheidszorg, waarin werd uitgegaan dat gemeenten en gewesten de eerstelijnszorg zouden hervormen, terwijl provincies de tweedelijnszorg voor hun rekening zouden nemen, bleek onuitvoerbaar. Begin jaren tachtig begonnen politici en de samenleving de gedachte van de ‘maakbare samenleving’ steeds meer los te laten en met de maakbare samenleving ook de overtuiging dat het de taak van de overheid was om de samenleving te structureren.⁸⁴

2.5 De hervormingsfase (1982- 1990)

De economische groei die de wederopbouw en de uitbouw van een Nederlandse collectieve verzorgingsstaat mogelijk had gemaakt, vlakke af in de jaren zeventig. In de jaren tachtig raakte de Nederlandse economie zelfs in een recessie. De eerste twee kabinetten Lubbers moesten overgaan op bezuinigingen, ook op de gezondheidszorg. Al aan het begin van de jaren tachtig werd duidelijk dat de eerste poging tot bezuinigingen in de gezondheidszorg, de structuurnota, geen oplossing bood. Daarnaast klonk uit de samenleving steeds vaker de roep om minder regels en minder voorschriften.⁸⁵ Halverwege de jaren tachtig vond de overgang plaats naar een nieuwe fase in het gezondheidsbeleid: de hervormingsfase.

De hervormingsfase had een drietal kenmerken. Het belangrijkste kenmerk van de hervormingsfase was de nadruk op de *kostenbeheersing* van de zorg.⁸⁶ Doordat het volksgezondheidsbeleid in de col-

⁸² *Ibidem*, 30.

⁸³ De Haan en Duyvendak, *In het hart van de verzorgingsstaat*, 211-213.

⁸⁴ Kappelhof, *Tussen aansporen en opsporen*, 33.

⁸⁵ Kappelhof, *Tussen aansporen en opsporen*, 29.

⁸⁶ De Haan en Duyvendak, *In het hart van de verzorgingsstaat*, 237-240.

lectieve fase sterk was uitgebreid, werden de kosten van de volksgezondheidszorg steeds zorgwekkender. Om de kosten te beheersen werd door de kabinetten Lubbers voor twee oplossingen gekozen: *stelselwijziging* en *marktwerking*, het tweede en derde kenmerk van de hervormingsfase.⁸⁷

De herstructureringsplannen van de collectieve fase werden in de eerste jaren van de hervormingsfase doorgezet. Niet alleen extern werd de structuur van de gezondheidszorg veranderd door gedwongen schaalvergroting en gedwongen fusies van particuliere zorginstellingen, ook intern werd de structuur veranderd. De beleidsterreinen welzijn en volksgezondheid werden in 1982, bij het aantreden van het eerste kabinet Lubbers, samengevoegd tot het nieuwe ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Het idee van deze samenvoeging was dat er meer afstemming moest komen tussen Welzijn en Volksgezondheid. In 1983 verscheen de Nota Eerstelijnszorg die pleitte voor meer samenwerking tussen de gezondheidszorgdisciplines kruiswerk en huisartsen aan de ene kant, en de welzijnsdisciplines gezinszorg en algemeen maatschappelijk werk aan de andere kant. Vanaf 1988 gingen de gezinszorg en het algemeen maatschappelijk werk formeel bij Volksgezondheid horen.⁸⁸

De kostenbeheersing van de zorg kwam tot uitdrukking door een toenemende overheidsbemoeienis met de financiering en de inrichting van de zorg. Staatsecretaris Van der Rijden kreeg in 1982 de opdracht om drie miljard gulden te bezuinigen. In de daaropvolgende jaren probeerde hij deze bezuinigingen te bewerkstelligen via drie clusters van maatregelen. Het eerste cluster was gericht op het beperken van de intramurale zorg, de zorg in verpleeg- en verzorgingstehuizen en ziekenhuizen. Om de intramurale zorg te ontmoedigen werd er een ontmoedigend bouwbeleid gevoerd, werd de bedden capaciteit afgebouwd en werden ziekenhuizen gebudgetteerd. De tweede groep bezuinigingen hadden directe invloed op de medische beroepsgroep. De overheid ging zich bemoeien met de tarieven van de beroepsuitoefening, de vestigingsregelingen en het inkomensbeleid. Het derde pakket maatregelen betrof de herziening van het ziekenfondsbestel. Halverwege de jaren tachtig bestond dit stelsel nog uit drie verzekeringen: de verplichte, de bejaarden en de vrijwillige ziekenfondsverzekering. Met de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen uit 1986 werden de bejaarden en vrijwillige ziekenfondsverzekering afgeschaft. Deze afschaffing zorgde voor een besparing van 1 miljard, onder andere doordat zo'n 800.000 mensen overstapte op de particuliere verzekering.⁸⁹

Het derde kenmerk, de marktwerking kwam tot uitdrukking in de Nota 2000 uit 1986 en de Nota Bereidheid tot verandering uit 1987. Deze twee nota's waren een reactie op de deels mislukte structuurnota van 1974. Een nieuw volksgezondheidsbeleid moest zich richten op marktwerking. De overheid moest meer afstand nemen en meer over laten aan de gezondheidszorg zelf. Verzekeraars en aanbieders moesten met elkaar gaan concurreren om de gunsten van de cliënt. Deze concurrentie zou de zorg goedkoper maken. De overheid had nog wel de verantwoordelijkheid om erop te letten dat de kwaliteit van de zorg niet achteruit ging en dat de sociaal zwakke groepen hun toegang tot de zorg

⁸⁷ *Ibidem.*, 237-240.

⁸⁸ *Ibidem.*, 221-223.

⁸⁹ De Haan en Duyvendak, *In het hart van de verzorgingsstaat*, 219-220.

zouden behouden. Om dit te waarborgen nam het Staatstoezicht op de zorg toe.⁹⁰

Wat betekende deze hervormingen voor het particulier initiatief? Allereerst nam de autonomie van de particuliere initiatieven af. In het kader van kostenbeheersing ging de overheid strengere voorwaarden stellen aan de financiering. In de tweede plaats zorgde de samenvoeging van de Welzijn en Volksgezondheid ervoor dat de gezondheidszorginstellingen meer gedwongen werden om samen te werken met de gezinszorg en het algemeen maatschappelijke werk, en dus hun takenpakket uit te breiden. De invoering van de marktwerking in de tweede helft van de jaren tachtig zorgde er aan de ene kant voor dat de overheid zich terugtrok en de zorginstelling meer vrijheid kregen, maar aan de andere kant nam het Staatstoezicht op verschillende terreinen weer toe.

Het volksgezondheidsbeleid van de Nederlandse overheid heeft in de periode 1815 tot 1990 dus een sterke ontwikkeling doorgemaakt, van een beleid waarbij de overheid de verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid overliet aan het particulier initiatief, tot een beleid waar de overheid de volle verantwoordelijkheid op zich nam en de uitvoering van de zorg overliet aan semi-private zorginstellingen. Opvallend aan de ontwikkeling van het Nederlandse volksgezondheidsbeleid is dat er een terugkerend patroon zichtbaar is. Meerdere keren in de geschiedenis probeerde de overheid de uitvoering van de volksgezondheidszorg in eigen handen te nemen, maar door economische tegenslag werd de uitvoering toch weer uit handen gegeven aan particuliere initiatieven. Dit patroon is zichtbaar in de jaren negentig van de negentiende eeuw, vervolgens in de jaren twintig en dertig van de twintigste eeuw. Zelfs in de jaren zeventig en tachtig, waar het idee van de maakbare samenleving wordt opgevolgd door het idee van marktwerking, lijkt dit patroon terug te keren.

Om toch controle te hebben over de uitoefening van de gezondheidszorg, probeerde de overheid via haar beleid het particuliere initiatief te beïnvloeden. Via wet – en regelgeving, via toezicht en via voorwaarden te stellen aan de financiering dwong de overheid het particuliere initiatief om haar organisatiestructuur te veranderen en extra taken op zich te nemen. Hierdoor probeerde de overheid de rol van het particuliere initiatief te veranderen.

De rol van het particuliere initiatief veranderde inderdaad tijdens de hierboven beschreven periode. Aan het einde van de negentiende eeuw namen de particuliere initiatieven de verantwoordelijkheid voor het verbeteren van de Nederlandse volksgezondheid. De organisaties die toen ontstonden hadden een grote mate van autonomie. Aan het einde van de twintigste eeuw waren deze zelfde particuliere initiatieven veranderd in semi-private zorginstellingen met een beperkte autonomie. Maar in hoeverre werd deze verandering beïnvloed door het overheidsbeleid? Was de sturing van de overheid via subsidievoorwaarden en wet- en regelgeving daadwerkelijk zo belangrijk? In het volgende hoofdstuk wordt aan de hand van drie punten, te weten financiering, organisatiestructuur en takenpakket, onderzocht of het overheidsbeleid doorslaggevend was voor de institutionele ontwikkeling van het Noord-Hollandse Witte Kruis, of dat andere factoren van grotere rol speelden.

⁹⁰ Kappelhof, *Tussen aansporen en opsporen*, 35-36.

Hoofdstuk 3: Het particuliere initiatief: Het Noord-Hollandse Witte Kruis

Op 26 november 1875 werd in Amsterdam ‘de Noord-Hollandsche Provinciale Vereeniging tot Afwe- ring Van Epidemische Ziekten en Hulpbetoon tijdens Epidemieën’ opgericht op initiatief van de Noord-Hollandse Geneeskundig inspecteur J. Penn. Het Witte Kruis, zoals deze vereniging ging heten, had als doel:

‘Samenwerking:

- tot het afweren en beteugelen van besmettelijke ziekten;
- tot het verlenen van hulp bij epidemieën, en
- het verbeteren van de gezondheid ter plaatse.’⁹¹

De oprichting van het Witte Kruis was een reactie op het uitblijven van een preventief overheidsbe- leid met betrekking tot het verbeteren van de volksgezondheid. Al sinds de oprichting van de Genees- kundige Raad en het Staatstoezicht in 1865 probeerden de medewerkers van deze twee organen, bijna allen behorende tot de hygiënisten, de overheid te bewegen een actief, preventief overheidsbeleid te gaan voeren. De liberale overheid was echter van mening dat dit niet behoorde tot haar overheidsta- ken. Daarom richtten de geneeskundige inspecteurs particuliere gezondheidscommissies en verenigin- gen op voor de bevordering van de volksgezondheid met als doel om hervormingen te realiseren, voornamelijk sanitaire hervormingen. Deze commissies en verenigingen waren echter niet effectief. De gemeentebesturen benutte de slechte relaties tussen de verschillende partijen, en konden op deze manier voorkomen dat er een machtige lobby ontstond.⁹²

Toen ook de wet Besmettelijk Ziekten van 1872 niet het preventieve karakter kreeg waar de hygi- enisten op gehoopt hadden, besloot geneeskundig inspecteur J. Penn het anders aan te pakken. Hij stelde voor om een provinciale, particuliere vereniging op te richten waarin de krachten van de ver- schillende gezondheidscommissies en verenigingen werden gebundeld. Het plan sloeg aan. Gesteund door zowel het Staatstoezicht als de Geneeskundige inspectie werd in november 1875 het Witte kruis opgericht, bestaande uit 11 afdelingen en ongeveer 600 leden.⁹³

Een eeuw later, in de jaren tachtig van de twintigste eeuw, had het Witte Kruis een gedaanteverwis- seling ondergaan. Niet alleen was het particulier initiatief veranderd in een semioverheidsorganisatie, het provinciale karakter van de vereniging was verdwenen. Al in 1966 had het Witte Kruis haar naam veranderd in het Noord-Hollandse Groene Kruis, en in de jaren zeventig was zij met het Gele-Witte,

⁹¹ H.W. Stolk- Van Delen, *Wijkverpleging in historisch perspectief. Ontstaan en ontwikkeling van de wijkverpleging (1890- ca 1930) met aandacht voor aspecten van medicalisering en professionalisering* (Amsterdam 1983) 9.

⁹² Van der Kolk-Kousemaker, *Het beleid van Het Witte Kruis, Het Groene Kruis en Het Wit-Gele Kruis*, 25-27.

⁹³ *Ibidem*, 27-28.

en het Oranje-Groene Kruis samengevoegd tot de Provinciale Kruisvereniging Noord-Holland.⁹⁴ Eind jaren tachtig verdween de provinciale kruisvereniging definitief van de radar toen de Nationale Kruisvereniging werd samengevoegd met de gezinsverzorging tot de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg. De twee-lagen structuur die deze nieuwe vereniging hanteerde verving de provinciale vereniging door negen regionale basiseenheden.⁹⁵

Waardoor werd deze ontwikkeling van een particulier initiatief naar een semi-private organisatie veroorzaakt? In het vorige hoofdstuk is beschreven hoe de overheid de verantwoordelijkheid voor de Nederlandse Volksgezondheid steeds verder naar zich toe trok en via subsidievoorwaarden, toezicht en wet- en regelgeving het particuliere initiatief probeerde te beïnvloeden. Maar hoe groot was de rol van de Nederlandse overheid in de hierboven beschreven ontwikkeling van het Witte Kruis?

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van literatuuronderzoek en archiefonderzoek gekeken naar de invloed van het volksgezondheidsbeleid op de ontwikkeling van het Noord-Hollandse Witte Kruis. Specifiek wordt hierbij gekeken naar de financiële huishouding, naar de organisatiestructuur en naar de taken die de kruisvereniging uitvoerde. Er is voor deze drie punten gekozen omdat, zoals in hoofdstuk 1 en 2 beschreven, de overheid via deze drie punten probeerde invloed uit te oefenen op het particuliere initiatief. Daarnaast zijn deze drie punten in strijd met de definitie van particulier initiatief. De definitie die in dit onderzoek gehanteerd wordt is namelijk dat *Een particulier initiatief een organisatie met een privaat vrijwillig karakter is dat via zelfbestuur en zelfbeheer activiteiten ontwikkelt die het publieke belang dienen*. De kenmerken zelfbestuur en vrijwilligheid worden door de drie punten in het geding gebracht.

3.1 De beginjaren van het Witte Kruis (1874-1914)

In november 1875 werd op initiatief van Geneeskundig inspecteur J. Penn en in reactie op het falende volksgezondheidsbeleid in Amsterdam de eerste kruisvereniging van Nederland opgericht, ‘de Noord-Hollandsche Provinciale Vereeniging tot Afwering Van Epidemische Ziekten en Hulpbetoon tijdens Epidemieën’, beter bekend als het Noord-Hollandse Witte Kruis. Deze vereniging had tot doel de strijd aan te binden met de epidemische ziekten die de Nederlandse samenleving gedurende de negentiende eeuw meerdere malen teisterden. Mensen konden, ongeacht politieke voorkeur of religie, voor één gulden per gezin lid worden van één van de elf plaatselijke Witte Kruis verenigingen, om gebruik te kunnen maken van de diensten die de vereniging leverden tijdens epidemieën of om de plaatselijke vereniging te ondersteunen bij de uitvoering van haar werk.⁹⁶ Deze elf plaatselijke Witte Kruis vereni-

⁹⁴ Noord-Hollands Archief, Archieven van de Provinciale Kruisvereniging Noord-Holland en haar voorgangers, 1875-1989, Inventaris, Inleiding, Geschiedenis van de archiefvormende instanties, Noord-Hollandse vereniging het Witte Kruis, 1875-1975, vanaf 1966 Het Groene Kruis, Oprichting en doelstelling.

⁹⁵ J.J.C. Huige, *Van Kruiswerk tot Thuiszorg. De moeizame strijd voor erkenning van een boeiende maar complexe werksoort in de periode 1946-1990* (Bunnik 2011) 147.

⁹⁶ Van der Kolk-Kousemaker, *Het beleid van Het Witte Kruis, Het Groene Kruis en Het Wit-Gele Kruis*, 32.

gingen waren op hun beurt weer lid van de overkoepelende provinciale vereniging van het Witte Kruis. Op deze manier ontstond er een organisatie met een tweelagen structuur, een provinciale en een lokale⁹⁷. In figuur 3.1 is deze organisatiestructuur schematisch weergegeven.



Figuur 3.1 Organisatiestructuur het Witte Kruis in 1875

De plaatselijke afdelingen van het Witte Kruis hadden een grote mate van zelfstandigheid. Naast de verplicht opgelegde onderzoeks- en voorlichtingstaken hadden de plaatselijke afdelingen de vrijheid om zelf taken te ontwikkelen die pasten bij de situatie in de eigen omgeving.⁹⁸ Van deze vrijheid maakten veel plaatselijke verenigingen al vroeg gebruik toen bleek dat in de jaren na de oprichting van het Witte Kruis de epidemieën uitbleven. Om te voorkomen dat de vereniging leden zou verliezen en om ervoor te zorgen dat de vereniging paraat stond mocht er zich toch een epidemische uitbraak voordoen, gingen plaatselijke afdelingen op eigen initiatief het takenpakket uitbreiden. Niet langer werd alleen hulp verleend aan de slachtoffers van een epidemie, ook gewone ziektegevallen konden rekenen op de zorg van de kruisvereniging. In 1881 besloot de provinciale kruisvereniging akkoord te gaan met de uitbreiding van de doelstelling. De oude doelstellingen werden aangepast zodat ook gewone ziektegevallen tot de taken van de kruisvereniging gingen behoren. De nieuwe doelstelling luidde:

- ‘Het afweren en beteugelen van besmettelijke ziekten;
- Het verlenen van hulp bij epidemieën en gewone ziektegevallen;
- Het bevorderen van de algemene gezondheidsbelangen’⁹⁹

De ledencontributies bleken al snel onvoldoende om de nieuwe doelstellingen te kunnen realiseren. Het gevolg hiervan was dat de kruisvereniging aan geloofwaardigheid verloor, en dat vanaf 1884 de ledenaantallen terugliepen. Om het Witte Kruis te behoeden voor een faillissement moest er een financiële oplossing worden gevonden. De oplossing werd gevonden door de penningmeester M.A. Perk. Hij had de Amsterdamse bankier Binger bereid gevonden om het provinciale Witte Kruis een premie-lening te verschaffen van drie-en-een-half miljoen gulden voor een periode van zestig jaar. Met dit

⁹⁷ Van der Kolk-Kousemaker, *Het beleid van Het Witte Kruis, Het Groene Kruis en Het Wit-Gele Kruis* 29.

⁹⁸ H. Jamin, *125 jaar Thuiszorg. Oude tradities en nieuwe ambities* (Baarn 1999) 15.

⁹⁹ Van der Kolk-Kousemaker, *Het beleid van Het Witte Kruis, Het Groene Kruis en Het Wit-Gele Kruis*, 35.

geld kon de provinciale verenging de plaatselijke verenigingen financieel ondersteunen in de vorm van subsidies. Aan de premier rekening verbond Binger twee voorwaarden. Allereerst moest een gedeelte van het geld gereserveerd worden voor een verpleegstersopleiding onder leiding van het Witte Kruis. De tweede voorwaarde was dat het Noord-Hollandse Witte Kruis zijn werkgebied moest beperken tot de provincie Noord-Holland.¹⁰⁰

De tweede voorwaarde van de bankier Binger verstoorde de wens van het Witte Kruis om ook afdelingen buiten Noord-Holland op te richten. Al tijdens de eerste bestuursvergadering op 13 december 1875 werd door het hoofdbestuur van de provinciale verenging de verwachting uitgesproken dat:

‘Onder goede leiding verwacht [mag] worden, op de dringende behoefte welk hier ter lande aan bevordering der volksgezondheid bestaat, op de stellige zekerheid dat zeer aanmerkelijke verbetering der volksgezondheid ook voor Nederland binnen de grenzen van het mogelijke ligt’.¹⁰¹

Het hoofdbestuur van het Witte Kruis ging akkoord met als gevolg dat het kruiswerk nog vijftien jaar een exclusief Noord-Hollands verschijnsel bleef. Ze kon haar organisatiestructuur niet uitbreiden naar andere provincies of zelfs naar een landelijk niveau. De premielening zorgde ook voor voordelen. Het Witte Kruis werd voor een faillissement behoed en kon zelfs haar takenpakket uitbreiden.

Vanaf de oprichting in 1875 had het Witte Kruis zich beziggehouden met alle drie de aspecten van de volksgezondheid, te weten de geneeskundige, de medisch-hygiënische en de technisch-hygiënische gezondheidszorg. Tot de belangrijkste taken in de beginjaren van de vereniging behoorden: het verlenen van materiële hulp aan zieken, het oprichten van magazijnen voor verpleegmateriaal, het ontsmetten van goederen en woningen en het geven van voorlichtingen. Daarnaast richtte de vereniging zich op het bevorderen van de technische hygiëne door het verbeteren van de kwaliteit van het drinkwater, het stimuleren van de bouw van gezonde woningen en het bevorderen van de aanleg van riolering.¹⁰²

Hoewel het bestrijden van de besmettelijke ziekten als sinds de Besmettelijke Ziektewet van 1872 door de overheid als een verantwoordelijkheid van de staat was aangemerkt, kreeg het Witte Kruis weinig steun van zowel de rijksoverheid als gemeenten bij de daadwerkelijke bestrijding van besmettelijke ziekten. Slechts enkele gemeenten verschaften subsidies aan plaatselijke kruisverenigingen.¹⁰³ Het Witte Kruis bleef financieel dus afhankelijk van de premielening, de contributies van leden en bijdragen van rijke particulieren.

De eeuwwisseling bracht voor het Witte Kruis veranderingen op organisatorisch, financieel en dienstverlenend gebied. Door de voorwaarden die verbonden waren aan de premielening was het verschijnsel kruisvereniging beperkt gebleven tot de provincie Noord-Holland. In 1900 kwam hierin ver-

¹⁰⁰ Van der Kolk-Kousemaker, *Het beleid van Het Witte Kruis, Het Groene Kruis en Het Wit-Gele Kruis*, 36.

¹⁰¹ NHA, Kruisvereniging Noord-Holland en haar voorgangers, 1875-1989, inv.nr. 123.

¹⁰² *Ibidem*, 41-51.

¹⁰³ Van der Kolk-Kousemaker, *Het beleid van Het Witte Kruis, Het Groene Kruis en Het Wit-Gele Kruis*, 48.

andering. In dat jaar werd op het initiatief van de huisarts W. Poolman de eerste kruisvereniging buiten Noord-Holland opgericht, te weten het Groene Kruis te Lage Ruige, Weide en Waarde in Zuid-Holland. Al snel volgde op initiatief van het particuliere initiatief in 1901 de eerste provinciale Groene Kruisvereniging in Zuid-Holland en tien jaar later, in 1911, werd zelfs de eerste nationale kruisvereniging, de Algemene Nationale Vereniging Het Groene Kruis (ANV) opgericht. Net als het Witte Kruis was het Groene Kruis algemeen, iedereen mocht lid worden ongeacht overtuiging of religie.¹⁰⁴ Het Witte Kruis was dus niet langer de enige kruisvereniging in Nederland, al was ze nog wel de enige kruisvereniging in Noord-Holland.

De opkomst van een nieuwe kruisvereniging was niet de enige verandering rond 1900. Rond 1900 gingen de eerste plaatselijke Witte Kruisafdelingen op eigen initiatief zich bezighouden met nieuwe taken: kraamzorg en zuigelingenverzorging. Om het hoge percentage babysterfte tegen te gaan werden er moeder en bakercursussen ontwikkeld om de kennis over het pasgeboren kind te verbeteren.¹⁰⁵ Daarnaast ging het Witte Kruis, in navolging van andere particuliere initiatieven zich richten op de wijkverpleging, gezinszorg en de tbc-bestrijding¹⁰⁶. Met name de plaatselijke verenigingen op het platteland namen deze taken op in hun takenpakket, omdat andere particuliere initiatieven hier vaak ontbraken.¹⁰⁷ Naast nieuwe taken verdwenen er ook oude taken uit het basis takenpakket van de kruisverenigingen. De technische-hygiëne, in de vorm van het bevorderen van de aanleg van riolering en drinkwatervoorzieningen, werd in de beginjaren van de twintigste eeuw steeds vaker een onderdeel van het gemeentebestuur. Deze taken verdwenen van de agenda van de plaatselijke kruisverenigingen.¹⁰⁸ De taken voorlichting, bestrijding van besmettelijke ziekten/tbc-bestrijding, wijkverpleging, gezinszorg, kraamzorg en zuigelingenverzorging vormden het nieuwe basis takenpakket van het Witte Kruis voor de komende jaren.

Ook op financieel gebied bracht de eeuwwisseling verandering. Ondanks de premielening van 1887 was het Witte Kruis constant op zoek naar andere manieren om haar doelstellingen te financieren. Een nieuwe bron van financiering kwam er in 1903 in de vorm van overheidssubsidie. Op 11 december 1903 nam de overheid het besluit om een rijkssubsidie te verschaffen voor de tuberculosebestrijding. Deze rijkssubsidie werd toegekend aan het Nederlands Centraal Comité (NCC), een nationaal comité waarvan particuliere initiatieven die zich bezighielden met de tuberculosebestrijding lid konden worden. Om als particulier initiatief in aanmerking te komen voor deze nieuwe rijkssubsidie moest het initiatief zich aanmelden als lid van het Nederlands Comité. In 1907 besloot het Witte Kruis lid te worden van het NCC om financiële redenen. Een jaar later besloot ook de provincie Noord-Holland om de tuberculosebestrijding te subsidiëren onder de voorwaarde dat alle particuliere initiatieven zich verenigden in één provinciaal verband. Om aan deze voorwaarde te voldoen werd onder

¹⁰⁴ Van der Kolk-Kousemaker, *Het beleid van Het Witte Kruis, Het Groene Kruis en Het Wit-Gele Kruis*, 69.

¹⁰⁵ NHA, Kruisvereniging Noord-Holland, inv.nr. 9

¹⁰⁶ NHA, Kruisvereniging Noord-Holland, inv.nr. 10

¹⁰⁷ Jamin, *125 jaar Thuiszorg*, 90.

¹⁰⁸ Van der Kolk-Kousemaker, *Het beleid van Het Witte Kruis, Het Groene Kruis en Het Wit-Gele Kruis*, 55.

leiding van het Witte Kruis in 1908 de Provinciale Vereniging voor Tuberculosebestrijding opgericht.¹⁰⁹ Voor het Witte Kruis betekende dit niet alleen een kleine verandering in de organisatiestructuur, het was ook de eerste van vele stichtingen en verenigingen waarvan zij in de toekomst lid zou worden.¹¹⁰

In deze eerste periode was de invloed van de overheid op het Witte Kruis minimaal. De oprichting van de kruisvereniging was weliswaar een reactie op het uitblijven van een gedegen volksgezondheidsbeleid, en ook de aansluiting van het Witte Kruis bij de NCC en de oprichting van de Provinciale Vereniging voor Tuberculosebestrijding werd beïnvloed door de overheid middels subsidievoorwaarden. Toch was van grotere invloed op de organisatorische ontwikkeling van het Witte Kruis in deze eerste periode de premiëning van de Amsterdamse bankier Binger. Daarnaast werd de taakuitbreiding voornamelijk veroorzaakt door concurrentie van andere particuliere initiatieven.

3.2 Het kruiswerk wint aan populariteit (1914-1940)

Het ANV Groene Kruis dat in 1911 werd opgericht groeide in de daarop volgende jaren uit tot een vereniging waar steeds meer provinciale Groene Kruisverenigingen zich op eigen initiatief bij aansloten. De enige provincie die in 1916 nog niet was aangesloten bij het Groene Kruis was Noord-Holland. Hierin kwam in 1917 verandering. In dat jaar werd het Noord-Hollandse Witte Kruis op eigen initiatief lid van het ANV onder de voorwaarde dat er geen plaatselijke Groene Kruis verenigingen zouden worden opgericht in de provincie. Zo probeerde ze concurrentie te voorkomen. Door dit lidmaatschap veranderde de organisatorische structuur van het Witte Kruis. Van een vereniging met een twee lagen structuur, veranderde ze in een vereniging met een drie lagen structuur (zie figuur 3.2). Daarnaast verloor zij een gedeelte van haar autonomie, omdat zij zich nu moest conformeren aan de nationale richtlijnen van het ANV.¹¹¹



Figuur 3.2 Organisatiestructuur het Witte Kruis in 1917

Toen het Noord-Hollandse Witte Kruis zich in 1917 aansloot bij het ANV Het Groene Kruis was

¹⁰⁹ Jamin, *125 jaar Thuiszorg*, 90-91,

¹¹⁰ Andere verenigingen zijn onder andere commissie voor wijkverpleging in Noord-Holland, de commissie zuigelingenverzorg, de commissie voor kinderhygiëne etc. NHA, kruisvereniging Noord-Holland, inv.nrs 510-549.

¹¹¹ Van der Kolk-Kousemaker, *Het beleid van Het Witte Kruis, Het Groene Kruis en Het Wit-Gele Kruis*, 77.

zij niet langer een kleine kruisvereniging met slechts 11 plaatselijke afdelingen. In de eerste dertig jaar van haar bestaan was de het provinciale Witte Kruis uitgegroeid tot een vereniging met 106 plaatselijke afdelingen. De provinciale vereniging werd volledig gefinancierd door contributiebijdragen van de plaatselijke afdelingen, de rente over het eigen kapitaal (waaronder de premielening) en vrijwillige bijdragen.¹¹² Er was nog geen sprake van overheidssubsidies. Hierin kwam na de Eerste Wereldoorlog verandering.

Tijdens de periode 1914-1918 was de toestand van de Nederlandse volksgezondheid verslechterd. Onder andere door voedseltekorten was het aantal tbc-besmettingen, na jaren van afname, weer toegenomen. Ook het zuigelingen- en kindersterftecijfer waren ondanks de inzet van de particuliere initiatieven gestegen gedurende de oorlogsjaren. In hoofdstuk twee werd al besproken dat als een gevolg van deze verslechtering van de volksgezondheidstoestand de overheid haar verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid uitbreidde naar de medisch-hygiënische en de geneeskundige volksgezondheid. Via de regeling ziekenverzorging van 1920 en het ontwerp gezondheidsdiensten ingediend in hetzelfde jaar, wilde de overheid de volksgezondheidszorg opnieuw inrichten. Deze twee voorstellen boden echter geen plaats aan de kruisverenigingen. De volksgezondheidszorg zou georganiseerd worden door gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD) en ziekenfondsen. Door de economische crisis van de jaren twintig en dertig werd de invoering van deze twee wetsvoorstellen uitgesteld en in 1933 zelfs afgesteld.¹¹³ Het mislukken van dit overheidsbeleid van de overheid betekende echter een succes voor de kruisverenigingen. Voor het eerst ging de overheid over op het structureel subsidiëren van het kruiswerk.¹¹⁴

Al voor de Eerste Wereldoorlog had de ANV het Groene Kruis meerdere aanvragen gedaan voor een rijkssubsidie van het kruiswerk. In 1919 werd de eerste rijkssubsidie een feit toen de overheid het subsidieverzoek van de ANV Het Groene Kruis goedkeurde. De overheidssubsidie van tienduizend gulden was bedoeld om de nationale vereniging verder te ontwikkelen.¹¹⁵ De overheid was dit maal wel akkoord gegaan met het subsidieverzoek van het Groene Kruis omdat de regering inzag dat een goed functionerend algemeen bestuur betekende dat ze niet met de elf afzonderlijke provinciale verenigingen hoefde te overleggen. Daarnaast kon de overheid het algemeen bestuur gebruiken om haar ideeën te verspreiden over de lager gelegen afdelingen.¹¹⁶

In de loop van de jaren twintig werd de overheidssubsidiëring een steeds belangrijkere inkomstenbron voor zowel het provinciale Witte Kruis als het nationale Groene Kruis. Aan de nieuwe financiering waren echter wel voorwaarden verbonden. Allereerst kwamen de kruisverenigingen onder financieel toezicht te staan van de Inspectie voor de Volksgezondheid. Daarnaast moest er een ambtenaar

¹¹² NHA, Kruisvereniging Noord-Holland, inv. nr. 8.

¹¹³ Zie hoofdstuk 2.2

¹¹⁴ Jamin, *125 jaar Thuiszorg*, 57.

¹¹⁵ Van der Kolk-Kousemaker, *Het beleid van Het Witte Kruis, Het Groene Kruis en Het Wit-Gele Kruis*, 91.

¹¹⁶ Jamin, *125 jaar Thuiszorg*, 57.

worden opgenomen in het provinciale bestuur van de kruisvereniging.¹¹⁷ Net als met de premielening van de bankier Binger, moest het provinciale Witte Kruis dus opnieuw aan voorwaarden voldoen om haar financiële positie te verbeteren.

De subsidiëring van de kruisverenigingen vond op initiatief van de overheid in de jaren twintig en dertig voornamelijk op drie gebieden van de volksgezondheidszorg plaats: de tuberculosebestrijding, de kraamzorg en de kinderhygiëne.¹¹⁸ Al sinds 1908 was de tuberculosebestrijding in Noord-Holland verenigd in de Provinciale Vereniging voor tuberculosebestrijding die onder het beheer van het Witte Kruis stond. Deze Provinciale Vereniging ontving via het Nederlands Centraal Comité (NCC) en de provincie een overheidssubsidie. In 1924 besloot de overheid niet langer de toezichhoudende rol aan de NCC toe te vertrouwen, maar vertrouwde zij deze rol toe aan de nieuwe Inspectie voor tuberculosebestrijding, een onderdeel van de Inspectie voor de Volksgezondheid. Gelijkzeitig besloot de overheid strengere eisen te stellen aan de besteding van de subsidiegelden door de ontvangers, omdat de besteding in het verleden niet altijd even effectief was. Hierdoor had de Provinciale Vereniging niet langer zelf de autonomie hoe de subsidie te gebruiken in de bestrijding van de tuberculose. De invloed van de overheid op de uitvoering groeide.¹¹⁹

Ook de kraamzorg was al voor de subsidiëring van de rijksoverheid een belangrijke taak van het Witte Kruis. In 1899 was het Witte Kruis op eigen initiatief begonnen met het aanbieden van moeder- en bakercursussen om het niveau van de kraamzorg te verbeteren. In de daarop volgende twintig jaar ontwikkelden ook andere particuliere initiatieven eigen cursussen en opleidingen voor bakkers en kraamverzorgsters. Niet al deze cursussen en opleidingen voldeden aan het door de overheid gewenste niveau. In 1925 greep de Inspectie voor de Volksgezondheid in opdracht van het ministerie van Arbeid, Handel en Nijverheid in en werd de Commissie inzake Kraamhulp opgericht waarbij de kruisvereniging nauw betrokken werd. Op verzoek van deze commissie erkende de overheid dat er twee officiële opleidingen, één tot kraamverzorgster en één tot baker. Alleen door de inspecteur erkende verenigingen mochten deze opleidingen aanbieden. Het ANV het Groene Kruis (en daarmee dus ook het provinciale Witte Kruis) werd erkend en kreeg een subsidie van 100 gulden per jaar.¹²⁰

De kraamzorg en de tuberculosebestrijding waren beide dus op initiatief van de kruisvereniging opgenomen in het takenpakket van het Witte Kruis. Anders lag het bij de kinderhygiëne, hier beïnvloedde de overheid de kruisvereniging. De kinderhygiëne was aan het einde van de negentiende eeuw op initiatief van ziekenhuizen en particuliere instellingen ontstaan. Zij richtten consultatiebureaus op voor zuigelingen om de gezondheid van deze jonge kinderen te verbeteren. Lange tijd hield de kruisverenigingen zich afzijdig van deze consultatiebureaus, omdat ze financieel onhaalbaar waren. Pas vanaf 1925, wanneer de overheid begon met het subsidiëren van de consultatiebureaus, werden er

¹¹⁷ Jamin, *125 jaar Thuiszorg*, 57.

¹¹⁸ Van der Kolk-Kousemaker, *Het beleid van Het Witte Kruis, Het Groene Kruis en Het Wit-Gele Kruis*, 95.

¹¹⁹ Jamin, *125 jaar Thuiszorg*, 95.

¹²⁰ Van der Kolk-Kousemaker, *Het beleid van Het Witte Kruis, Het Groene Kruis en Het Wit-Gele Kruis*, 98-99.

plaatselijk ook consultatiebureaus opgericht.¹²¹

In 1927 vond de eerste grote verandering in de kinderhygiëne plaats. In dat jaar maakte de overheid een einde aan de versplintering van de kinderhygiëne door de introductie van een schema voor de zuigelingen­zorg. Een provincie moest worden ingedeeld in districten die onder leiding stonden van één provinciale vereniging. Per district was er een district kinderarts en een district huis­bezoekster die verantwoordelijk waren voor het oprichten van consultatiebureaus voor zuigelingen in nauwe samenwerking met de plaatselijke kruisvereniging.¹²² In Noord-Holland kwam de zuigelingen­zorg onder leiding te staan van de in 1917 opgerichte Commissie voor Zuigelingen­bescherming en Kraam­verzorging, die in 1928 een provinciale kinderarts hiervoor aanstelde.¹²³

Niet elke plaatselijke afdeling wilde meewerken aan het opzetten van een consultatiebureau voor zuigelingen­zorg. Om hierin verandering te brengen verbond de Nederlandse overheid in 1930 bij ministeriële beschikking de tuberculosesubsidie aan de kinderhygiëne. Alleen wanneer een plaatselijke vereniging ook een consultatiebureau oprichtte werd er een subsidie voor tuberculosebestrijding gegeven. Dit betekende echter niet dat de plaatselijke kruisverenigingen gedwongen werden om een consultatiebureau op te richten. Een kruisvereniging kon ervoor kiezen om niet mee te werken. Dit betekende echter wel een verlies van de rijkssubsidie voor de tuberculosebestrijding.¹²⁴

Tijdens het interbellum nam de overheidsinvloed dus toe. De subsidiëring van het kruiswerk maakte nieuwe taken en uitbreiding van de al bestaande taken mogelijk. Gelijktijdig beïnvloedde de overheid via subsidievoorwaarden en wet- en regelgeving de organisatiestructuur en het takenpakket van de kruisvereniging. Het Witte Kruis sloot zich echter op eigen initiatief aan bij de ANV om concurrentie te voorkomen. Ook twee van de drie belangrijkste taken van het Witte Kruis waren op eigen initiatief ontwikkeld. De overheidsinvloed nam dus toe, maar werd nog niet bepalend.

Naast een verdere ontwikkeling van de taken, de toenemende overheidssubsidie en de aansluiting bij het ANV Het Groene Kruis was er nog een grote verandering voor het Witte Kruis tijdens het interbellum. Aan het einde van de Eerste Wereldoorlog was het Witte Kruis de enige kruisvereniging in Noord-Holland. Aan de vooravond van de Tweede Wereldoorlog had zij gezelschap gekregen van het rooms-katholieke Noord-Hollandse Bond van het Wit-Gele Kruis en de Christelijke Bond voor Wijk­verpleging (v.a. 1946 het Oranje-Groene Kruis).¹²⁵ Wat het Witte Kruis in 1917 nog had kunnen voorkomen door zich aan te sluiten bij het ANV onder de voorwaarde dat er geen plaatselijke Groene Kruisverenigingen werden opgericht in Noord-Holland, kon zij niet langer voorkomen. Ze had concurrentie gekregen van twee nieuwe belangrijke spelers in het kruiswerk.

¹²¹ Van der Kolk-Kousemaker, *Het beleid van Het Witte Kruis, Het Groene Kruis en Het Wit-Gele Kruis*, 131.

¹²² Jamin, *125 jaar Thuiszorg*, 119.

¹²³ NHA, Kruisvereniging Noord-Holland, inv.nr. 599. En NHA, Kruisvereniging Noord-Holland, inv.nr. 142.

¹²⁴ Van der Kolk-Kousemaker, *Het beleid van Het Witte Kruis, Het Groene Kruis en Het Wit-Gele Kruis*, 95.

¹²⁵ Wit-Gele kruis werd al in 1922 opgericht, maar pas vanaf 1930 werd de Noord-Hollandse Bond van het Wit-Gele Kruis officieel opgericht. De Christelijke Bond voor Wijkverpleging ontstond in 1938. In 1946 werd de naam omgedoopt tot Het Oranje-Groene Kruis.

3.3 Toenemende samenwerking tussen de kruizen (1940-1974)

Tijdens de Tweede Wereldoorlog leerde de ANV het Groene Kruis en het Noord-Hollandse Witte Kruis de andere twee kruisverenigingen in een versneld tempo kennen. In reactie op de toenemende druk van de Duitse bezetters om de Nederlandse gezondheidszorg gelijk te schakelen aan de Duitse gezondheidszorg via de Nederlandse Volksdienst (NVD), besloten de drie landelijke kruisverenigingen in 1941 op eigen initiatief gezamenlijke doelstellingen op te stellen voor tijdens de bezettingsjaren. Het belangrijkste was ervoor zorgen dat de kruisverenigingen ‘onbesmet’ bleven functioneren. Elke samenwerking met de NVD moest worden voorkomen. Daarnaast wilden de kruisverenigingen hun positie binnen de volksgezondheidszorg blijven handhaven, ook na de oorlog. Om deze doelstellingen te halen en de druk van de NVD te trotseren gingen de kruisverenigingen de samenwerking intensiveren op nationaal niveau. Gelijktijdig moesten de kruisverenigingen ook intern de saamhorigheid versterken door middel van een centralistisch beleid.¹²⁶ De autonomie van de plaatselijke en de provinciale verenigingen werd door deze aanpak drastisch beperkt. Daarnaast beperkte de bezetter ook de uitbreiding van het basistakenpakket van de kruisvereniging doordat zij in 1944 besloot dat de schoolgezondheidsdienst een verantwoordelijkheid werd van de gemeentelijke gezondheidsdiensten en niet van het kruiswerk.¹²⁷

De samenwerkingservaring die werd opgedaan tijdens de Tweede Wereldoorlog konden de kruisverenigingen eind jaren veertig en begin jaren vijftig goed gebruiken. Mede doordat de kruisverenigingen hun diensten ‘onbesmet’ bleven uitvoeren tijdens de bezettingsjaren groeide het ledenaantal na de Tweede Wereldoorlog enorm. Plaatselijke kruisverenigingen hadden echter niet genoeg middelen en financiën om de vraag te kunnen opvangen. Een oplossing werd gevonden in toenemende samenwerking tussen de plaatselijke Witte, Wit-Gele en Groen-Oranje kruisverenigingen.¹²⁸ Ook op provinciaal en landelijk niveau werd er steeds meer nagedacht over het bundelen van de krachten om aan de toenemende vraag te kunnen blijven voldoen. In 1967 werd er op landelijk niveau op initiatief van de drie landelijke kruisverenigingen de Stichting Samenwerkende Landelijke Kruisverenigingen (SSLK) opgericht om de kosten te reduceren.¹²⁹ In hetzelfde jaar werd in Noord-Holland op 9 november door de hoofdbesturen van de Noord-Hollandse Bond het Wit-Gele Kruis, de Provinciale Vereniging het Noordhollandse Oranje-Groene Kruis en de Provinciale Vereniging het Groene Kruis (zoals het Witte Kruis sinds 1966 heette¹³⁰) de Stichting Samenwerkende Provinciale Kruisverenigingen in Noord-Holland opgericht.¹³¹ (zie figuur 3.3)

¹²⁶ Van der Kolk-Kousemaker, *Het beleid van Het Witte Kruis, Het Groene Kruis en Het Wit-Gele Kruis*, 234-235.

¹²⁷ *Ibidem*, 278.

¹²⁸ Jamin, *125 jaar Thuiszorg*, 155.

¹²⁹ Huige, *Van Kruiswerk tot Thuiszorg*, 90.

¹³⁰ NHA, Kruisvereniging Noord-Holland, inv. nr. 55

¹³¹ NHA, Kruisvereniging Noord-Holland, inv.nr 57.



Figuur 3.3 Organisatiestructuur het Groene Kruis in 1967

Er zijn een drietal redenen aan te wijzen voor de noodzaak van de schaalvergroting en de toenemende samenwerking tussen de kruisverenigingen, namelijk uitbreiding van taken, professionalisering van bestuur en financiële tekorten. In de jaren vijftig en zestig van de twintigste eeuw breidde het takenpakket van de kruisverenigingen enorm uit. Hiervoor waren drie oorzaken aan te wijzen. Allereerst vroeg de overheid de kruisverenigingen specifieke taken op zich te nemen. Direct na de Tweede Wereldoorlog bijvoorbeeld, breidde de kruisverenigingen op aandringen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg hun takenpakket uit met de bestrijding van geslachtsziekten. In 1956 werd aan dit takenpakket op aandringen van de overheid het rijksvaccinatieprogramma toegevoegd.¹³²

Een tweede oorzaak voor de uitbreiding van het takenpakket van de kruisvereniging is de opkomst en de groeiende populariteit van intramurale zorginstellingen zoals bejaarden- en verzorgingstehuizen. Om de concurrentie met deze gespecialiseerde zorginstellingen aan te gaan en dus te voorkomen dat bejaarden en chronisch zieken uit het ledenbestand van de kruisvereniging verdwenen, ging de kruisvereniging in de loop van de jaren vijftig en zestig zich richten op de bejaardenzorg en verzorging van chronische zieken thuis.¹³³ Een derde oorzaak voor de uitbreiding van de taken van de kruisvereniging was professionalisering. Eén van de kenmerken van professionalisering is de uitbreiding van de taken.¹³⁴ De wijkzuster ging zich in de loop van de jaren vijftig en zestig naast alle andere zorg aan huis ook specifiek richten op zorg voor kankerpatiënten, reumabestrijding, astmabestrijding, zorg voor diabetici et cetera. Met deze uitbreiding bestonden de taken van de gemiddelde wijkverpleegkundige in 1972 uit: zuigelingenverzorging, kleuterzorg, groepsvoorlichting, tbc-bestrijding, reumabestrijding, kankerbestrijding, revalidatie, geestelijke volksgezondheid en bejaardenzorg.¹³⁵ Om de wijkverpleegkun-

¹³² Huige, *Van Kruiswerk tot Thuiszorg*, 85.

¹³³ *Ibidem*, 31.

¹³⁴ Jamin, *125 jaar Thuiszorg*, 163.

¹³⁵ NHA, Kruisvereniging Noord-Holland, inv.nr. 62

digen te ondersteunen bij hun werkzaamheden werd door de kruisverenigingen in de jaren zestig de wijkverpleging hervormd. In Noord-Holland werd de provincie ingedeeld in 8 districten.¹³⁶ In elk district werd een district verpleegkundige aangesteld om de wijkverpleegkundigen te ondersteunen bij de specialistische zorg.

De tweede reden voor de noodzaak van schaalvergroting en toenemende samenwerking was de professionalisering van het bestuur. De taken van de wijkverpleging waren in de loop van de jaren zestig steeds verder uitgebreid met specialistische zorg. De vrijwillige bestuursleden van de plaatselijke, maar ook van de provinciale en de nationale kruisverenigingen beschikten niet langer over de kennis en de kunde om deze specialisering en taakuitbreiding in goede banen te leiden. De noodzaak om professionele en deskundige stafmedewerkers aan te nemen die het bestuur ondersteunden bij de coördinatie, administratie en controle van de werkzaamheden groeide. Voor veel plaatselijke Groene Kruisverenigingen was dit echter financieel onhaalbaar. Daarom werd er in toenemende mate door de plaatselijke verenigingen besloten om op plaatselijk niveau samen te werken met het Wit-Gele en het Oranje-Groene kruis.¹³⁷ Het initiatief hiervoor lag dus op het plaatselijke niveau, maar het Noord-Hollandse Groene Kruis stond wel achter deze samenwerking blijkt uit de woorden van de voorzitter van de provinciale vereniging in 1967:

‘Hoewel tot dusver nog weinig concrete resultaten zijn geboekt, blijkt uit gesprekken met besturen in alle delen van de provincie telkens weer, dat het besef van de noodzaak tot het werken in grotere verbanden groeiende is. Wij hopen, dat de plaatselijke besturen vanuit dit besef op eigen kracht en langs eigen wegen de richting zullen inslaan naar een verdere ontplooiing van de maatschappelijke gezondheidszorg.’¹³⁸

Het waren echter niet alleen de plaatselijke kruisverenigingen die om deze reden gingen samenwerken, ook de provinciale en de nationale kruisverenigingen besloten eind jaren zestig samen te werken om de kosten van een professioneel bestuur te reduceren.¹³⁹

Een derde reden voor de schaalvergroting en de toenemende samenwerking kwam al deels naar voren tijdens de tweede reden, namelijk financiële tekorten. Al vanaf het einde van de jaren veertig streefden de kruisverenigingen naar een wettelijke vastlegging van de financiering vanuit de overheid. De kruisverenigingen wilden graag een wettelijke vastlegging om meer zekerheid te krijgen over de financiering van het kruiswerk. De overheidssubsidies die de kruisverenigingen ontvingen waren namelijk voor een korte periode, waardoor ze telkens opnieuw moesten afwachten of de overheid ook de nieuwe periode subsidieerde.¹⁴⁰ Daarnaast waren er grote verschillen tussen de verschillende plaatse-

¹³⁶ NHA, Kruisvereniging Noord-Holland, inv. nr. 62

¹³⁷ Jamin, *125 jaar Thuiszorg*, 160-161.

¹³⁸ NHA, Kruisvereniging Noord-Holland, inv.nr. 57.

¹³⁹ Huige, *Van Kruiswerk tot Thuiszorg*, 90.

¹⁴⁰ Jamin, *125 jaar Thuiszorg*, 157.

lijke afdelingen wat betreft de hoogte van de subsidies.¹⁴¹

De overheid willigde de grote wens van de kruisverenigingen in de jaren vijftig en zestig niet in. De nieuwe gezondheidswet van 1956 erkende de kruisverenigingen als een belangrijke partner in de gezondheidszorg en gaf haar zeggenschap via de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, maar wettelijke financiële erkenning kreeg zij niet.¹⁴² Ook de invoering van de AWBZ in 1967 bracht geen verandering. De extramurale zorg, waar het kruiswerk onder viel, bleef buiten deze nieuwe wet.¹⁴³ Wel ging de overheid de kruisverenigingen, na aandringen van de kruisverenigingen, meer financieren via de subsidies. Aan het begin van de jaren zeventig is de financiering van de kruisverenigingen vanuit de overheid tot 75% van het gehele budget van de kruisverenigingen gestegen. Nog slechts 25 % van de totale financiering van de kruisverenigingen werd via contributies van de leden bekostigd.¹⁴⁴ De kruisverenigingen werden hierdoor steeds afhankelijker van de overheid in haar voortbestaan. De overheid maakte gebruik van deze afhankelijkheid door de kruisverenigingen te dwingen om tot een herstructurering van het kruiswerk over te gaan en meer de samenwerking op te zoeken met de andere kruisverenigingen om het kruiswerk efficiënter te laten verlopen.

Het overheidsbeleid heeft dus een invloed gehad op de toenemende samenwerking in de jaren vijftig en zestig en begin jaren zeventig door het kruiswerk niet wettelijk te erkennen, en door enkele taken aan de kruisvereniging uit te besteden. De financiële tekorten was echter maar één van de drie redenen waarom de kruisen begonnen met samenwerken en schaalvergroting. Ook de concurrentie met de intramurale zorg en de professionalisering van het kruiswerk beïnvloedde de organisatiestructuur en het takenpakket van de kruisvereniging. Desondanks gaf de voorzitter van het Noord-Hollandse Groene Kruis in 1972 in het jaarverslag aan dat de rol van de overheid bij de veranderingen binnen de vereniging niet mag worden onderschat, want:

‘Niettemin kan moeilijk worden ontkend, dat mede van de rijksoverheid als belangrijke subsidieverlener een op deze ontwikkelingen gebaseerde stimulans uitging door middel van haar periodieke contacten met de landelijke kruisverenigingen, subsidievoorschriften e.d. om tot herstructurering en regionalisering van het kruiswerk te komen.¹⁴⁵

3.4 Schaalvergroting, regionalisering en fusies (1975-1990)

Het bleef niet bij de Stichting Samenwerkende Provinciale Kruisverenigingen in Noord-Holland. In 1975 fuseerde het Noord-Hollandse Groene Kruis met het Wit-Gele Kruis en het Oranje-Groene Kruis

¹⁴¹ NHA, Kruisvereniging Noord-Holland, inv.nr. 62

¹⁴² Jamin, *125 jaar Thuiszorg*, 158.

¹⁴³ Huige, *Van Kruiswerk tot Thuiszorg*, 89.

¹⁴⁴ *Ibidem*, 104.

¹⁴⁵ NHA, Kruisvereniging Noord-Holland, inv.nr. 62

tot de Provinciale Kruisvereniging Noord-Holland (PKNH).¹⁴⁶ Drie jaar later fuseerde ook ANV het Groene Kruis met de andere twee nationale kruisverenigingen tot de Nationale Kruisvereniging.¹⁴⁷ Aan deze fusies lagen dezelfde redenen ten grondslag als de redenen voor samenwerking in paragraaf 3.3, namelijk taakuitbreiding, professionalisering van het bestuur en financiële tekorten. Door de fusies verdween het Noord-Hollandse Witte Kruis (later Groene Kruis) als zelfstandige kruisvereniging. Noord-Holland had voor het eerst sinds 1923 weer één provinciale kruisvereniging. (zie figuur 3.4)



Figuur 3.4 Organisatiestructuur Provinciale Kruisvereniging Noord-Holland in 1978

De samenvoeging van de drie provinciale kruisvereniging tot één provinciale kruisvereniging Noord-Holland was echter niet de enige organisatorische verandering halverwege de jaren zeventig. In paragraaf 2.3 is al beschreven hoe het idee van de ‘maakbare samenleving’ een grote invloed had op het volksgezondheidsbeleid van de Nederlandse overheid. Ook het kruiswerk ontkwam niet aan het idee dat de Nederlandse volksgezondheidszorg geherstructureerd moest worden. In 1974 publiceerde het ministerie de nota ‘Structuur en financiering van het kruiswerk’ waarin zij haar toekomstvisie voor de financiering en de structurering van het kruiswerk uiteenzette. Het kruiswerk moest worden geregiionaliseerd via honderdveertig basiseenheden en veertig hoofdeenheden. De oude verdeling in plaatselijke en provinciale verenigingen kwam hiermee te vervallen.¹⁴⁸ De Provinciale Vereniging Noord-Holland besepte het belang van de basiseenheden, maar was van mening dat deze basiseenheden konden blijven functioneren onder de leiding van de provincie. Het vormen van hoofdeenheden werd hierdoor voorlopig uitgesteld. De districten op plaatselijk niveau werden, mede door subsidies vanuit de overheid, halverwege de jaren zeventig wel ingesteld.¹⁴⁹

De overheid stimuleerde niet alleen de samenwerking binnen het kruiswerk, maar ook de samenwerking van het kruiswerk met externe partijen. De gehele gezondheidszorg moest volgens de overheid geherstructureerd worden in een eerste lijn en een tweede lijn. In de eerste lijn moesten de huis-

¹⁴⁶ NHA, Kruisvereniging Noord-Holland, inv. nr. 429

¹⁴⁷ Huige, *Van Kruiswerk tot Thuiszorg*, 105.

¹⁴⁸ *Ibidem*, 103.

¹⁴⁹ NHA, Kruisvereniging Noord-Holland, inv.nr.

artsen, het kruiswerk, maatschappelijk werk en de gezinszorg gaan samenwerken in speciaal daarvoor opgerichte gezondheidscentra.¹⁵⁰ Voor de kruisverenigingen was deze samenwerking niet nieuw. Al sinds de jaren zestig werkten de kruisverenigingen regelmatig samen met maatschappelijk werkorganisaties en de gezinszorg.¹⁵¹ De Nationale Kruisvereniging stond daarom ook achter het plan om de samenwerking in de eerste lijn te bevorderen.¹⁵²

In 1974 werd het Nationaal Overleg Beleid Eerste Lijn opgericht (NOBEL), met daarin de vertegenwoordigers van de vier samenwerkingspartners. Vanaf het begin verliep deze samenwerking moeizaam. De vertegenwoordigers van het maatschappelijk werk, het kruiswerk en de gezinsverzorging kwamen tegenover de huisartsen te staan, omdat zij van mening waren dat de huisartsen een te grote machtsfactor zouden worden in de samenwerking.¹⁵³ Ondanks het wantrouwen ten opzichte van de huisartsen bleef de samenwerking in de eerste lijn zich ontwikkelen en tien jaar later in 1984 werd de vereniging Algemene Thuiszorg in Samenwerking (ATIS) opgericht.

In de tussentijd was er veel veranderd in financieel opzicht. Al vanaf 1974 was de overheid op zoek naar een manier om het kruiswerk wettelijk financieel te subsidiëren. In 1980 was het voor de kruisverenigingen dan eindelijk zover. Na jaren van lobbyen werd het kruiswerk opgenomen in de AWBZ, en daarmee werd de financiering dus wettelijk vastgelegd.¹⁵⁴ Met de opname in de AWBZ werd er extra budget beschikbaar gesteld voor de kruisverenigingen om te groeien en haar taken uit te breiden. Toch bleek alles niet zo rooskleurig als van te voren werd gedacht. Door de opname in de AWBZ kreeg de kruisvereniging te maken met een nieuwe actor, de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ). De kruisverenigingen moeten met de VNZ gaan overleggen en onderhandelen over de financiering, en net als de overheid stelde de VNZ eisen aan de financiering. De schaalvergroting die in de jaren zestig werd ingezet bleef voortduren doordat de 'erkende kruisorganisaties' (eko's) aan steeds grotere schaalvergrotingseisen moesten voldoen om in aanmerking te komen voor de financiering. Halverwege de jaren tachtig vroeg de Nationale Kruisvereniging zich hierdoor af in hoeverre zij zelf nog de controle had over het beleid en de gewenste koers.¹⁵⁵

De VNZ was echter niet de enige partij die zorgde voor veranderingen in de organisatiestructuur. Intern ontstond er met de komst van de steeds grotere eko's een nieuwe machtsfactor, namelijk de eko-directeuren. Deze eko-directeuren verenigde zich 1986 in het Nationaal Eko Directeuren Overleg (NEDO) die steeds meer inspraak opeiste binnen de NK. De NEDO was een groot voorstander van een twee lagen structuur, waarbij de eko's direct onder de nationale kruisvereniging zouden vallen. De provinciale kruisvereniging, de organisatie laag die vanaf het ontstaan van het kruiswerk had bestaan, zou hierdoor komen te vervallen. Het algemeen bestuur van de NK, bestaande uit vertegenwoordigers

¹⁵⁰ Jamin, *125 jaar Thuiszorg*, 167.

¹⁵¹ Huige, *Van Kruiswerk tot Thuiszorg*, 35.

¹⁵² *Ibidem*, 40.

¹⁵³ *Ibidem*, 41.

¹⁵⁴ Jamin, *125 jaar Thuiszorg*, 167.

¹⁵⁵ Huige, *Van Kruiswerk tot Thuiszorg*, 122.

van de provinciale kruisverenigingen, was geen voorstander van deze nieuwe structuur.¹⁵⁶ De Nationale Kruisvereniging kon echter weinig doen toen het NEDO op eigen initiatief ging communiceren met de VNZ en met het ministerie over de invoering van een tweelagen structuur. VNZ en het ministerie reageerde positief op dit voorstel. De invoering van een tweelagen structuur werd een feit.¹⁵⁷ (zie figuur 3.5).



Figuur 3.5 Organisatiestructuur het Nationale Kruis eind jaren tachtig

Het ontstaan van een tweelagen structuur binnen het kruiswerk betekende het einde van de Provinciale Vereniging Noord-Holland en daarmee het einde van de Provinciale Vereniging het Noord-Hollandse Witte Kruis. Opvallend is dat de Provinciale Vereniging Noord-Holland nooit formeel is opgeheven.¹⁵⁸ Dit in tegenstelling tot de Nationale Kruisvereniging. De tegenstelling tussen de huisartsen en de andere partijen in de eerste lijn waren in 1988 zover opgelopen dat de Landelijke Vereniging voor Huisartsen zich terugtrok uit ATIS. In datzelfde jaar besloot de overheid de Nationale Kruisvereniging met 25 miljoen gulden te korten, wat neerkwam op 37% van de gehele financiering. Een oplossing voor deze problemen werd gevonden in het versterken van de samenwerking met de Gezinszorg. Op 2 april 1990 werd de Nationale Kruisvereniging officieel samengevoegd met de Centrale Raad voor Gezinsverzorging tot de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg.¹⁵⁹ Hiermee was er een einde gekomen aan 115 jaar kruiswerk in Nederland.

Opvallend is dat de kruisverenigingen zelf de eerste stappen richting schaalvergroting en fusieringen zetten. De overheid stimuleerde deze organisatorische veranderingen weliswaar, maar was hierin nog niet dwingend. Pas wanneer het kruiswerk in 1980 wordt opgenomen in de AWBZ, en de financiering van het kruiswerk dus volledig via de collectieve verzekeringen geschied, verliezen de kruisverenigingen hun autonomie. Het is echter niet de overheid die via wet- en regelgeving of via subsi-

¹⁵⁶ Huige, *Van Kruiswerk tot Thuiszorg*, 135-140.

¹⁵⁷ *Ibidem*, 140.

¹⁵⁸ NHA, Kruisvereniging Noord-Holland, Inventaris, Geschiedenis van de archiefvormende instanties, Samenwerking, reorganisatie en fusie van e kruisverenigingen.

¹⁵⁹ Huige, *Van Kruiswerk tot Thuiszorg*, 126-130.

dievoorwaarden organisatorische veranderingen doorvoeren, maar het is een nieuwe externe partij, de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) die voorwaarden stelde aan de financiering. Daarnaast was er ook een interne partij, het eko-directeuren overleg, die door direct contact te zoeken met het ministerie en VNZ, het Nationale Kruis buiten spel zette. Er is wel een grote rol weggelegd voor de overheid in de fusie tussen het kruiswerk en de gezinszorg aan het einde van de jaren tachtig. De plotselinge drastische bezuiniging van meer dan vijfendertig procent dwong de Nationale Kruisvereniging de samenwerking te zoeken met de Centrale Raad voor de Gezinsverzorging.

In de honderdvijftien jaar van haar bestaan heeft het kruiswerk dus een grote ontwikkeling doorgemaakt. Deze ontwikkeling werd echter niet alleen beïnvloed door het veranderende overheidsbeleid. In de jaren voor de Tweede Wereldoorlog bleef de invloed van de overheid beperkt. Weliswaar probeerde de overheid via subsidievoorwaarden, wet- en regelgeving en toezicht de organisatorische ontwikkeling en het takenpakket van het kruiswerk te beïnvloeden, maar doorslaggevend was deze invloed niet. Van grotere invloed op de ontwikkeling van het Noord-Hollandse Witte Kruis voor de oorlog was de particuliere premielening van de bankier Binger, het ontstaan van concurrerende particuliere initiatieven en kruisverenigingen en professionalisering van de zorg. Door deze drie factoren breidde het Witte Kruis op eigen initiatief haar takenpakket uit. Weliswaar beïnvloedde de overheid via wet- en regelgeving hoe zij bijvoorbeeld de tbc-bestrijding, de kinderhygiëne en de zuigelingenverzorging moest vormgeven, maar het initiatief voor het opnemen van deze taken in het takenpakket lag bij het Witte Kruis zelf. Wel was de kruisvereniging door de uitbreiding van haar takenpakket constant op zoek naar nieuwe financiële bronnen, onder wie de overheid.

Na de Tweede Wereldoorlog zette deze trend zich voort. De kosten van de kruisverenigingen bleven stijgen door de uitbreiding van de taken in reactie op de opkomt van bejaarden- en verzorgingstehuizen, door professionalisering van het kruiswerk en de daardoor noodzakelijk professionalisering van het bestuur. De overheid begon in deze periode met het verschaffen van substantiële subsidies, maar ging nog niet over op een wettelijke vastgelegde financiering, hoe hard de kruisvereniging hiervoor ook lobbyde. Wel begon de overheid de kruisvereniging aan te sturen op organisatorische hervormingen en op samenwerking met andere kruisverenigingen. De kruisverenigingen hadden echter zelf, als oplossing voor de stijgende kosten, de eerste stappen hiertoe ondernomen. Doordat het initiatief lag bij de kruisverenigingen bleef zij de controle behouden.

Pas vanaf 1980 verloren de kruisverenigingen de controle. In dat jaar werd eindelijk het kruiswerk wettelijke gefinancierd door opneming van het kruiswerk in de AWBZ. Hierdoor viel zij onder het toezicht van de ziekenfondsen. Deze ziekenfondsen gingen steeds meer organisatorische eisen stellen aan de erkende kruisorganisaties (eko's), waardoor er versnelde schaalvergroting plaatsvond. Daarnaast zette een interne partij, het eko-directeuren overleg, het Nationale Kruis buiten spel door direct contact te zoeken met het ministerie en VNZ. Eind jaren tachtig verdwenen door de nieuwe tweelagenstructuur die ontstond de provinciale kruisverenigingen van de radar. Onder druk van de over-

heid fuseerde de Nationale Kruisvereniging met de Gezinszorg. Dit betekende het einde van het kruiswerk in Nederland.

Concluderend kan er gesteld worden dat de invloed van het overheidsbeleid groot was, maar lange tijd dus niet bepalend. Andere belangrijke factoren voor de organisatorische ontwikkeling van de kruisvereniging was de uitbreiding van het takenpakket, de professionalisering van het kruiswerk en de opkomst van concurrerende particuliere initiatieven. Het constante tekort aan financiering die hierdoor ontstond zorgde ervoor dat de kruisvereniging de samenwerking met andere partijen opzocht en dat de kruisvereniging steeds afhankelijker werd van de financiële steun van de overheid. Lange tijd bleef echter het initiatief bij de kruisvereniging liggen, en niet bij de overheid. Hieraan kwam pas in de jaren tachtig, verandering.

Conclusie

Toen op 2 april 1990 de voorzitter van het Nationale Kruis zijn handtekening zette onder de oprichtingsdocumenten van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, zette hij een punt achter 115 jaar kruiswerk in Nederland. Van de Noord-Hollandse Provinciale Vereniging het Witte Kruis met elf afdelingen en zeshonderd leden was een eeuw later nog weinig terug te herkennen. Een lange, hobbelige weg langs schaalvergrotingen, fusies en continue veranderende financieringsbronnen, was afgelegd. Aan het einde van de reis was het particulier initiatief veranderd in een semi-private thuiszorginstelling. Maar waardoor werd deze ontwikkeling veroorzaakt? Waarom veranderde de particuliere initiatieven in de zorg aan het einde van de negentiende eeuw, in de loop van de twintigste eeuw in semi-private organisaties?

In het historiografische debat over de relatie tussen overheid en particulier initiatief wordt een grote rol weggelegd voor de invloed van de overheid op deze ontwikkeling. Niet alleen zou het gebrek aan verantwoordelijkheidsgevoel van de overheid op uiteenlopende terreinen aan het einde van de negentiende eeuw de opkomst van de particuliere initiatieven hebben beïnvloed. Ook toen zij in de loop van de twintigste eeuw wel de verantwoordelijkheid nam beïnvloedde dit de ontwikkeling van het particuliere initiatief. Op het moment dat de overheid namelijk na de Eerste Wereldoorlog haar verantwoordelijkheid wilde nemen voor beleidsterreinen als onderwijs, de gezondheidszorg en welzijn, was daar al een sterk, verzuild, particulier initiatief ontstaan die haar macht niet zomaar uit handen wilde geven. Daarnaast zorgde een economische crisis ervoor dat de overheid het particuliere initiatief niet aan de kant kon schuiven door zelf het uitvoerende orgaan te worden op deze terreinen. Een verstrengeling van particulier initiatief en overheid ontstond. Om toch controle uit te kunnen oefenen over de particuliere initiatieven besloot zij via wet- en regelgeving, subsidievoorwaarden en toezicht de organisatorische ontwikkeling en het takenpakket van het particuliere initiatief te beïnvloeden.

Na de Tweede Wereldoorlog nam het verantwoordelijkheidsbesef van de Nederlandse overheid, door maatschappelijke ontwikkelingen zoals het ontstaan van een sociaal bewustzijn en de ontzuiling, toe. Door de financiële mogelijkheden was de overheid in staat om een steeds grotere invloed uit te oefenen over de particuliere initiatieven via financiering, toezicht en wet- en regelgeving. Volgens het huidige debat had deze ontwikkeling een grote invloed op de ontwikkeling van particulier initiatief tot semi-private organisatie.

Het Nederlandse volksgezondheidsbeleid tussen 1815 en 1990 komt overeen met beschrijving in de literatuur. Tot 1900 liet de overheid de verantwoordelijkheid en de uitvoering voor de Nederlandse volksgezondheid over aan het particuliere initiatief. Aan het begin van de twintigste eeuw nam de overheid echter op steeds meer terreinen van de volksgezondheid haar verantwoordelijk. Na de Eerste Wereldoorlog wilde de overheid voor de medisch-hygiënische zorg zelfs het uitvoerende orgaan worden. De economische crisis van het interbellum zorgde ervoor dat deze wens financieel onhaalbaar werd. Om toch controle te hebben op de volksgezondheid besloot zij via financiering, toezicht en wet -

en regelgeving invloed uit te oefenen op het particuliere initiatief.

Na de Tweede Wereldoorlog beseftte de overheid dat de volksgezondheidszorg voor iedereen toegankelijk moest zijn. Dankzij een aanhoudende economische groei kon de overheid collectieve wetten zoals de Ziekenfondswet (1941) en de AWBZ (1967) invoeren. Daarnaast kon ze de particuliere initiatieven zwaarder subsidiëren, zodat de initiatieven een grotere groep mensen konden bereiken. Aan deze subsidiëring waren echter steeds strengere voorwaarden verbonden. Halverwege de jaren zeventig groeide het gevoel dat de gezondheidszorg onbeheersbaar was geworden. De gezondheidszorg moest worden geherstructureerd in verschillende lijnen waar de verschillende takken van de gezondheidszorg moesten gaan samenwerken. Daarnaast moest de versplintering en diversiteit worden tegengegaan door het samenvoegen van verschillende particuliere initiatieven. Via opnieuw de financiering en wet- en regelgeving probeerde de overheid schaalvergroting en gedwongen fusies af te dwingen. Deze organisatorische veranderingen zorgden ervoor dat de particuliere initiatieven zich ontwikkelde tot grote semi-private zorginstellingen met een beperkte autonomie.

Maar had dit overheidsbeleid in de praktijk ook echt effect? Wist de overheid via financieringsvoorwaarden, toezicht en wet- en regelgeving daadwerkelijk invloed te krijgen op de organisatorische ontwikkeling en het takenpakket van het particuliere initiatief? Zorgde het overheidsbeleid daadwerkelijk voor de ontwikkeling van particulier initiatief naar semi-private organisatie? Uit dit onderzoek naar de invloed van het volksgezondheidsbeleid op de financiering, organisatie en het takenpakket van de het Noord-Hollandse Witte Kruis, blijkt dat de invloed van de overheid op de kruisvereniging weliswaar groot was, maar lange tijd niet bepalend voor haar ontwikkeling. In de jaren voor de Tweede Wereldoorlog hadden een particuliere premielening, het ontstaan van concurrerende particuliere initiatieven en kruisverenigingen en de professionalisering van de zorg een grotere invloed op de ontwikkeling van de kruisvereniging, dan het volksgezondheidsbeleid. Door deze drie factoren breidde het Witte Kruis namelijk haar takenpakket uit, waardoor de kruisvereniging constant op zoek was naar nieuwe financiële bronnen, onder wie de overheid.

Na de Tweede Wereldoorlog zette deze trend zich voort. De kosten van de kruisverenigingen bleven stijgen door de uitbreiding van de taken in reactie op de opkomst van bejaarden- en verzorgingstehuizen, door professionalisering van het kruiswerk en de daardoor noodzakelijke professionalisering van het bestuur. De subsidiëring van het kruiswerk door de overheid nam in deze periode snel toe. Daarnaast begon de overheid de kruisvereniging aan te sturen op organisatorische hervormingen en op samenwerking met andere kruisverenigingen. De kruisverenigingen hadden echter zelf als de eerste stappen hiertoe genomen. Pas vanaf 1980 verloren de kruisverenigingen de controle en lag het initiatief tot organisatorische hervormingen niet langer bij de kruisvereniging zelf.

Het overheidsbeleid heeft dus zeker wel bijgedragen aan de ontwikkeling van de kruisvereniging, maar ook andere factoren speelden mee. Uitbreiding van het takenpakket, de professionalisering en de opkomst van concurrerende particuliere initiatieven zorgden voor een tekort aan financiering waardoor de kruisvereniging de samenwerking met andere partijen opzocht en steeds afhankelijker werd van de

financiële steun van de overheid. Lange tijd bleef het initiatief echter bij de kruisvereniging liggen, en niet bij de overheid. Hieraan kwam pas in de jaren tachtig, wanneer het kruiswerk geheel gefinancierd werd door de overheid, verandering.

Uit dit onderzoek blijkt dus dat de ontwikkeling van een particulier initiatief naar een semi-private overheidsinstelling complexer is en door meer factoren wordt beïnvloed, dan het huidige debat in de literatuur over de relatie tussen particulier initiatief en de overheid doet vermoeden. Hoewel het overheidsbeleid een belangrijke invloedrijke factor was in de ontwikkeling, was het zeker niet de enige. Andere interne en externe factoren, zoals professionalisering, concurrentie en taakuitbreiding, lijken de ontwikkeling mede te hebben veroorzaakt. Onderzoek naar invloed van deze factoren op de ontwikkeling van particuliere initiatieven is nodig om de ontwikkeling van particuliere initiatieven tot semi-private organisaties te kunnen verklaren.

Het is wel belangrijk om bij de hierboven gestelde conclusie in het achterhoofd te houden dat in dit onderzoek slechts één voorbeeld van een particulier initiatief is onderzocht. Hierdoor bestaat natuurlijk de mogelijkheid dat juiste deze casus de bekende uitzondering op de regel vormt. Een soort gelijk onderzoek naar de invloed van het Nederlandse volksgezondheidsbeleid op andere particuliere initiatieven in de zorg, bijvoorbeeld de ziekenfondsen, kan meer duidelijkheid verschaffen over de waarde van deze uitkomst.

Aan deze conclusie wil ik nog één bevinding over de nieuwe burgerinitiatieven in de zorg. Tijdens mijn stageonderzoek naar de samenwerking tussen burgerinitiatieven en zorginstellingen kwam naar voren dat in Noord-Brabant de burgerinitiatieven financiering proberen te krijgen vanuit de zorgverzekeraar. Deze zorgverzekeraar eiste, net als de VNZ in de jaren tachtig, zich moesten bundelen in een koepel. Dit lijkt een eerste stap richting schaalvergroting. De geschiedenis lijkt zich te herhalen. Eén advies wil ik huidige burgerinitiatieven in de zorg dan ook meegeven. Trek lessen uit de ontwikkeling van kruisverenigingen naar semi-private organisaties, en houdt niet alleen de overheid, maar ook de eigen interne ontwikkelingen en andere externe partners in de gaten.

Bibliografie

Bronnen:

‘Bruggen slaan’, Regeerakkoord VVD-PvdA 29 oktober 2012, 1.

Het Noord-Hollands Archief, Archieven van de Provinciale Kruisvereniging Noord-Holland en haar voorgangers, 1875-1989.

Interview met Moniek van Jaarsveld afgenomen op 16-03-2015 te Zeist. Transcript van dit interview is opgenomen in ‘Bijlagen Stageproduct’.

Interview met Jan Sniijders afgenomen op 18-03-2015 te Austerlitz. Transcript van dit interview is opgenomen in ‘Bijlagen Stageproduct’

‘Nieuwe regelen betreffende de verlening van bijstand door de overheid (Algemene Bijstandswet). Memorie Toelichting’, in : *Handelingen van de Staten Generaal*, zitting 1961-1962, nr. 6796, p9-18,9.

Literatuur:

Beest, R. van, *Inventarisatie Zorgcoöperaties 2014. Burgerinitiatieven in wonen-zorg-welzijn in Nederland & omstreken* (KCWZ, Utrecht 2014)

Burger, A. en P. Dekker, ‘Inleiding’, in: A. Burger en P. Dekker (red.), *Noch markt, noch staat. De Nederlandse non-profitsector in vergelijkend perspectief* (Den Haag 2001) 3-13.

Burger, A., ‘Verzuiling en verzorgingsstaat: de non-profitsector in historisch-theoretisch perspectief’, in: A. Burger en P. Dekker (red.), *Noch markt, noch staat. De Nederlandse non-profitsector in vergelijkend perspectief* (Den Haag 2001) 87-104.

Cannegieter, D., *Honderdvijftig jaar gezondheidswet* (Assen 1954).

Dictus, D., ‘Burgerinitiatief vernieuwend, stimulerend en revolutionair’, http://kcwz.nl/dossiers/lokale_kracht/burgerinitiatief_vernieuwend_stimulerend_en_revolutionair (12-11-2013), (geraadpleegd op 24-04-2015).

Frissen, P.H.A., *De Staat van Verschil. Een Kritiek van de Gelijkheid* (Amsterdam 2007).

Haan, I. de en J.W. Duyvendak, *In het hart van de verzorgingsstaat. Het Ministerie van Maatschappelijk Werk en zijn opvolgers (CRM, WVC, VWS), 1952-2002* (Zutphen 2002).

Hervé, J., *125 jaar Thuiszorg. Oude tradities en nieuwe ambities* (Baarn 1999).

Hoogenboom, M., ‘Particulier initiatief en overheid in historisch perspectief’, *Beleid en Maatschappij* 38(2011) 388-401.

Huige, J.J.C., *Van Kruiswerk tot Thuiszorg. De moeizame strijd voor erkenning van een boeiende maar complexe werksoort in de periode 1946-1990* (Bunnik 2011).

Jamin, H., *125 jaar Thuiszorg. Oude tradities en nieuwe ambities* (Baarn 1999).

Kappelhof, A.C.M., *Tussen aansporen en opsporen. Geschiedenis van 25 jaar Staatstoezicht op de Volksgezondheid* (Den Haag 1990).

Kolk-Kousemaker, M. van der, *Het beleid van Het Witte Kruis, Het Groene Kruis en Het Wit-Gele Kruis over de periode 1875-1945* (Utrecht 2005).

Lindert, P.H., *Growing Public. Social Spending and Economic Growth Since the Eighteenth Century. Volume 1: The Story* (Cambridge 2014).

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 'Geschiedenis: een kort overzicht van de geschiedenis van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn, en Sport vanaf 1800', <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/organisatie/geschiedenis%5B2%5D> (geraadpleegd op 17-06-2015).

Moor, T. de, *Homo Cooperans. Instituties voor collectieve actie en de solidaire samenleving* (Utrecht 2013).

Ploeg, T.J. van der en W.J.M. van Veen, 'Juridische aspecten van de non-profitsector in Nederland in vergelijkend perspectief', in: A. Burger en P. Dekker, *Noch markt, noch staat. De Nederlandse non-profitsector in vergelijkend perspectief* (Den Haag 2001) 17-33.

Querido, A., *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid* (Den Haag 1965).

Rigter, H. en R.B.M Rigter, 'Volksgezondheid: een assepoester in de Nederlandse politiek. Een analyse toegespitst op de sociaal-democratie', *Gewina* 16(1993) 1-17.

RMO, *Terugreden is vooruitzien. Maatschappelijke veerkracht in het publieke domein* (Den Haag 2013).

Stolk- Van Delen, H.W., *Wijkverpleging in historisch perspectief. Ontstaan en ontwikkeling van de wijkverpleging (1890-ca 1930) met aandacht voor aspecten van medicalisering en professionalisering* (Amsterdam 1983).

Swaan, A., *Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd* (Amsterdam 2004 (6^e druk)).

Zwaard, W. van der, *Van rechtsgrond tot grondrecht. Sociale wetgeving en het dilemma van particulariteit (1840-1960)* (Den Haag 2013).