

DE MEDISCHE KONSUMPTIE SINDE DE 16e EEUW

door

Chr. VANDENBROEKE

Met deze bijdrage willen we een onderzoek instellen naar de omvang, de evolutie en de eventuele impact van de medische consumptie over langere termijn. Zelden werd dit onderwerp, hoe aktueel het ook moge zijn, in zijn historische kontekst bekeken. Een stimulans hiertoe betekende nochtans het samenstellen van een themanummer in het gezaghebbende tijdschrift „Annales. Economies - Sociétés - Civilisations”. In het ten geleide van deze aflevering volgt o.m. de bedenking: „L'Histoire de la médecine... a longtemps été la chasse gardée de médecins érudits ou curieux. Pour les historiens, elle constitue un domaine neuf...”¹. Al te lang bleef de interesse voor de geschiedenis van de geneeskunde bijzonder zwak en een exhaustieve behandeling werd zelden in overweging genomen². Veelal moet men zich ten andere verlaten op sterk verouderde werken en in de recente historiografie vallen weinig innoverende bijdragen te noteren³. Terecht maakte M. Forkin reeds de bedenking: „l'historiographie... a toujours fait preuve à l'égard de l'histoire de la médecine, d'une timidité presque touchante”⁴. Op een paar uitzonderingen na beperken de meeste bijdragen zich overwegend tot enkele biogra-

(1) Jaargang 32, 1977: „Médecins, médecine et société en France aux XVIIIe et XIXe siècles”.

(2) Meer bepaald in het buitenland wordt nochtans sinds enkele jaren een toenemende belangstelling voor deze thema's gekonstateerd. Onder de belangrijkste bijdragen noteren we alvast voor Frankrijk: J. LEONARD, „Les médecins de l'Ouest au XIXe siècle”, Rijsel, 1976; id., „La France Médicale au XIXe siècle”, Parijs, 1978; J.P. GOUBERT, „Malades et Médecins en Bretagne, 1770-1790”, Rennes, 1974; J. GELIS - M. LAGET - M.F. MOREL, „Entrer dans la vie”, Parijs, 1978; „Médecine, Climat et Epidémies à la fin du XVIIIe siècle, Den Haag-Parijs, 1972 (m.m.v. J.P. PETER, J. MEYER, E. LE ROY LADURIE en J.P. GOUBERT); voor Duitsland, zie G. MANN - R. WINDER, „Medezin, Naturwissenschaft, Technik und das Zweite Kaiserreich”, Göttingen, 1977; voor Engeland: F.B. SMITH, „The people's health, 1830-1910”, Londen, 1979; N. en J. PARRY, „The rise of the medical profession. A study of collective social mobility”, Londen, 1976; J. WOODWARD - R. RICHARDS (éd.), „Health care and popular medicine in nineteenth century England”, Londen, 1977; T. McKEOWN, „The role of medicine: dream, mirage of nemesis?”, Londen, 1976. Voor Nederland tenslotte, zie G.A. LINDEBOOM, „Geschiedenis van de medische wetenschap in Nederland”, Bussum, 1972; id., „Inleiding tot de geschiedenis der geneeskunde”, Haarlem, 1961; A.H.M. KERKHOFF, „Over de geneeskundige verzorging in het Staatse leger”, Nijmegen, 1976; J.A. VERDOORN, „Volksgezondheid en sociale ontwikkeling”, Antwerpen-Utrecht, 1965.

(3) Zie o.m. C. BROECKX, „Essai sur l'histoire de la médecine belge avant le XIXe siècle”, Brussel, 1838; J. SAUVEUR, „Histoire de la législation médicale belge”, Brussel, 1862; M. FLORKIN, „Médecine et médecins au Pays de Liège”, Luik, 1954; L. MARCO, „Essai sur l'histoire de la médecine belge contemporaine”, Brussel, 1866.

(4) M. FLORKIN, op. cit., p. 5.

fische aantekeningen of tot het situeren van bepaalde medische innovaties⁵. Aan de eigenlijke reperkussies op de gezondheidszorg wordt daarentegen al te vaak voorbijgegaan.

Een meer geïntegreerde benadering, waarbij het onderwerp met de maatschappelijke structuren gerelateerd wordt, lijkt evenwel aangewezen. Gezien de aard van de voorstudies, zullen we ons nochtans heel wat beperkingen moeten opleggen. Daarbij komt nog dat voor een specifieke vraagstelling, zoals we deze wensen te formuleren omtrent de omvang en de evolutie van de medische consumptie, bijzonder weinig aanduidingen beschikbaar zijn. Tal van moeilijkheden dienen zich reeds aan wanneer een inhoudelijke omschrijving van de begrippen medicalisatie en medische consumptie wordt overwogen. Herhaaldelijk treden in dit verband, en dit onder invloed van zich wijzigende socio-culturele normen, ingrijpende veranderingen op. In die zin staat o.m. vast dat een aanzienlijk deel van de gangbare consumptie door psycho-sociale en/of milieu-factoren is ingegeven; bovendien „vereisen” tal van reële en vermeende psychische aandoeningen heden ten dage de tussenkomst van een specialist, terwijl tot in een recent verleden voor dergelijke aandoeningen eerder bij een „zieleherder” werd aangeklopt. Het overaccentueren van het lichamelijke in het algemeen (cfr. de recente opbloei van de plastische chirurgie) en van sportprestaties in het bijzonder heeft al evenzeer een nieuw cliënteel en een navenant behoeftenpatroon gecreëerd. Ook de omschakeling van een agrarisch-ambachtelijke naar een industriële, en meer nog, naar een overwegend tertiaire maatschappij werkte een aantal mutaties in de hand^{5b}. Voor tal van terreinen zouden we aldus kunnen doorgaan met het aanstippen of opsommen van nieuwe wensen en behoeften. De aangehaalde voorbeelden volstaan reeds om duidelijk te maken dat, in de gegeven omstandigheden, een evaluatie op lange termijn van de medische consumptie in menig opzicht zal verstoord worden. Vandaar dan ook dat we ons van meetaf een aantal dwingende beperkingen moesten opleggen door de aandacht overwegend te richten naar de zogenaamde eerstelijnszorg van de huisarts. Maar zelfs bij een dergelijke restrictie stapelen de moeilijkheden zich op. Het is immers bekend dat de beoefenaars van vrije beroepen bijzonder behoedzaam omspringen met hun privé-archieven en nauwlettend toezien op het doorspelen van informatie. Eerder reeds merkte J.P. Goubert op: „on ignore... quel pourcentage de la population urbaine et rurale recourrait habituellement au médecin”⁶. Weliswaar kunnen sommige beschrijvende bronnen een bepaalde indruk opwekken; preciseringen van kwantitatieve aard komen echter zelden voor en zullen omzeggens

(5) Vgl. o.m. E.G.R. OSSIEUR, „J.B. Jacobs, chirurgijn, verloskundige en auteur 1734-1790”, in „Handelingen Maatschappij Geschiedenis en Oudheidkunde Gent”, XXVI, 1972, 69-92.

(5b) Met betrekking tot bepaalde kwalitatieve en kwantitatieve aanpassingen tijdens de laatste decennia, zie L. BOLTANSKI, „Les usages sociaux du corps”, in „Annales. Economies - Sociétés - Civilisations”, 1971, pp. 205-233; vgl. verder H. MITCHELL, „Rationality and control in French eighteenth-century medical views of the peasantry”, in „Comparative Studies in Society and History”, 1979, pp. 82-112; P. SURAUULT, „L'inégalité devant la mort”, Parijs, 1979, pp. 89 en volgende.

(6) J.P. GOUBERT, op. cit., p. 88.

uitsluitend op indirecte wijze moeten afgeleid worden. Via allerlei omwegen en door het uitwerken van meerdere extrapolaties lijkt het ons niettemin haalbaar om tot enkele sterk benaderende indrukken te komen. Ongetwijfeld zullen hierbij meermaals vergissingen worden gemaakt, in die zin dat de weerhouden rekonstrukties niet voor alle periodes even valabel zijn. Essentieel leken ons echter de voornaamste krachtlijnen bij een weergave over lange termijn, zodat over kleinere tekortkomingen kan heen gestapt worden. Daarbij is deze bijdrage eerder te zien als een soort terreinverkenning, die later door aanvullend onderzoek moet bijgewerkt worden. De vraagstelling lijkt ons namelijk voldoende relevant om de beschikbare bronnen, ook al bevatten ze dan weinig pasklare antwoorden, in functie hiervan te exciperen. Gelijktijdig biedt een dergelijke indirecte aanpak het voordeel dat ook tal van nevenfacetten van het onderzoek verder kunnen doorgelicht worden. Dit geldt dan o.m. voor de sociale status en/of het inkomen van de medici. Welke plaats bekleedt de omnipracticus in de maatschappelijke hiërarchie of anders gesteld, vanaf welk tijdstip biedt de medische sektor uitzicht op sociale promotie⁷? Hoe evolueert het inkomen van de medicus, vergeleken met de levensstandaard van een doorsnee-arbeider? In welke mate wordt de inkomenstoename, zoals we deze thans voor de medici kennen, door aanpassingen in de honorering dan wel door de consumptiebehoeften van de bevolking bepaald? Door het evalueren van de „reële” vergoedingen per prestatie hopen we op deze vragen te kunnen ingaan. Niet minder omvattend is anderzijds een benadering van de eigenlijke impact van de gezondheidszorg. In welke mate hebben de uitbouw van de medische verzorging in het algemeen en de toename van de medische consumptie in het bijzonder een weerslag gevonden op de openbare gezondheid en tot een daling van de sterfte geleid? In de vakliteratuur bestaat hieromtrent nogal wat onenigheid⁸. Terwijl sommigen ervan overtuigd zijn dat de demografische groei sinds de 18e eeuw rechtstreeks werd beïnvloed door allerlei medische innovaties, houden steeds meer auteurs de stelling aan dat een wezenlijke verbetering van de gezondheidszorg slechts tegen het einde van de 19e eeuw valt te situeren⁹. Ook voor het beantwoorden van deze probleemstelling is het m.a.w. een absolute noodzaak dat vooraf tot een aanvaardbare rekonstructie van de medische consumptie wordt overgegaan. Nadien kan dan een vergelijking met de evolutie der sterftecijfers worden uitgewerkt.

Als uitgangspunt voor onze vraagstelling naar de omvang van de eerstelijnszorg leek een detailanalyse van de honoreringsmodaliteiten bijzonder nuttig. Allereerst moet hierbij aan de aanpassingen van de nominale remuneraties per prestatie worden gedacht. Ten einde een valabeler inzicht in de sociale status te verkrijgen, moet dan in een volgende fase op een

(7) Bijzonder scherp werd dit onderwerp voor Engeland reeds toegelicht in de studie van N. en J. PARRY, op. cit.

(8) Cfr. J.T. KRAUSE, „Changes in English fertility and mortality, 1781-1850”, in „Economic History Review”, 1958-59, pp. 52-53.

(9) In het bijzonder werd deze stelling verdedigd door T. McKEOWN, „The modern rise of population”, Londen, 1976.

omschrijving van de reële vergoedingen worden overgeschakeld. Daar het in onze bedoeling lag om de vergelijkingen tot op heden te laten opklimmen, werd besloten om de vleesprijzen als basis voor het defleren (d.i. het omrekenen van nominale in reële prijzen) te gebruiken. Op zichzelf lijkt een dergelijke ontleding van de honorering reeds een nuttige uitweiding, daar tot op heden al te weinig aandacht werd besteed aan de loonvorming en de levensstandaard bij de vertegenwoordigers van vrije beroepen. Een vergelijking met de loonevolutie in de primaire en secundaire sektor zal dan meteen toelaten om de reperkussies van een stagnerende en/of stijgende arbeidsproductiviteit duidelijker te vatten. Vast staat immers dat de aktuele mutaties tussen de drie voornaamste economische sectoren (primaire, secundaire en tertiaire sektor) heel sterk afhankelijk zijn van de gangbare aanpassingen en de extreme contrasten inzake productiviteit per sektor. Niet alleen volgt hieruit reeds een noodzakelijke „vlucht” van het arbeidspotentieel naar de tertiaire sektor¹⁰; omgekeerd worden ook de tertiaire behoeften, die a.h.w. grenzeloos zijn en dit in tegenstelling tot het weinig elastische karakter van de primaire en secundaire behoeften, steeds meer opgetrokken door de toegenomen levensstandaard van de bevolking.

Om deze evolutie te volgen en in een verdere fase van het onderzoek de „link” te kunnen leggen met de medische consumptie, is het wel noodzakelijk dat we vooraf de beschikking hebben over gedetailleerde remuneratiestatistiek per prestatie. Alleen al in dit verband moeten trouwens heel wat moeilijkheden omzeild worden, indien we tot een vrij homogeen en representatief loonoverzicht willen komen. Uitdrukkelijk wordt in die zin door J. Fourastié aangestipt: „certaines catégories de revenus tels que les profits, les honoraires... sont fort malaisées à saisir statistiquement”¹¹. Niet alleen was de honorering namelijk afhankelijk van de vorming van het medisch personeel, zodat het nodige onderscheid moet gemaakt worden tussen eigenlijke geneesheren (universitair gevormden), chirurgijnen, barbiers-chirurgijnen of zelfs pseudo-medische vertegenwoordigers als „charlatans”; evenzeer waren de gebruikelijke honoraria afhankelijk van de plaats en het tijdstip van de consultatie of huisbezoek, van de aard der prestatie en van de sociale status van de patiënt¹². In de mate van het mogelijke zou met elk van deze factoren rekening moeten gehouden worden. Een bijkomend probleem vormt de betaling in natura, zoals in sommige plattelandsgemeenten tot in de 20e eeuw gebruikelijk bleef. Op het einde van de 19e eeuw kwam het ook tijdelijk voor dat per gezin een forfaitaire overeenkomst („abonnement”) met de plaatselijke geneesheer werd afgesloten, zodat bij een consultatie of huisbezoek nog slechts een kleine opleg moest betaald worden¹³.

In de mate van het mogelijke hebben we deze verwarringen, die voort-

(10) De achtergronden voor deze mutaties werden op meesterlijke wijze gesynthetiseerd door J. FOURASTIÉ, „Le grand espoir du XXe siècle”, Parijs, 1947.

(11) J. FOURASTIÉ, „Machinisme et bien-être. Niveau de vie et genre de vie en France de 1700 à nos jours”, Parijs, 1962, p. 17.

(12) Zie o.m. J. LEONARD, op. cit.; N. en J. PARRY, op. cit.

(13) „Le Scalpel”, jaargangen 1901-1902, passim.

komen uit de diversiteit der honoreringsmodaliteiten, trachten te vermijden door ons tot enkele type-rubrieken te beperken. Besloten werd namelijk om enkel de huisbezoeken en consultaties van de volwaardige geneesheer in aanmerking te nemen, zoals die voor de 16e, 17e en 18e eeuw uit allerlei rekeningen vallen af te leiden¹⁴. De enorme fluktuaties die soms in het prijsniveau voorkomen, zijn gemakkelijk te elimineren door alleen de middenwaarden te weerhouden. Vooral voor de tweede helft van de 17e, de 18e en het begin van de 19e eeuw beschikken we aldus over uitvoerige inlichtingen, die door Prof. E. Scholliers uit diverse fondsen werden samengebracht¹⁵. In de mate van het mogelijke werden deze gegevens dan verder aangevuld (+ 10 %) aan de hand van allerlei uitgegeven en archivalische bronnen¹⁶, zodat we wel mogen stellen dat het remuneratieoverzicht voor het Ancien Régime als representatief is te beschouwen. Minder omvattend is daarentegen de beschikbare basisinformatie voor de 19e en 20e eeuw. Voor deze periode beschikken we echter over een aantal officiële tarieven, zoals die in meerdere centra van kracht waren en lange tijd door de medische commissies bij eventuele betwistingen werden nagevolgd¹⁷.

Al deze gegevens werden in onderstaande tabel samengebracht. Om het beschikbare materiaal niet al te sterk te fragmenteren, werden alleen de middenwaarden voor een aantal referentiejaar aangeduid. Naast de nominale prestatiekosten, werd tevens het reëel loonniveau aangeduid in kg (runds)vlees en dit op grond van de uitgegeven prijzen voor Antwerpen, Gent, Brugge en/of Brussel¹⁸. Daar we niet steeds over prijzen voor

(14) Dit houdt derhalve in dat de minimale lonen, zoals ze aan gezondheids-officieren werden uitbetaald, bewust buiten beschouwing werden gelaten. Ook met de honoraria voor specifieke tussenkomsten werd geen rekening gehouden.

(15) Cfr. de bijdragen van E. SCHOLLIERS in „Dokumenten voor de Geschiedenis van Prijzen en Lonen”, II, Brugge, 1965.

(16) Zo konden we gebruik maken van de onuitgegeven verhandeling van G. VERVAEKE, „Sociale studie van een beroepsgroep: de geneesheren te Gent (1830-1890). Status-, stratificatie- en mobiliteitsschets”, Gent, 1977-78. Voor de late 18e eeuw werden ook heel wat aanvullingen aangetroffen in Stadsarchief Oudenaarde, Modern Archief, rubriek „Ziekten”; DERIVAL, „Le Voyageur dans les Pays-Bas Autrichiens”, Amsterdam, 1782, dl. I, pp. 202-203. Verder werden ons meerdere nuttige inlichtingen en/of verwijzingen meegedeeld door R. Castelain, F. Daelemans en G. Gadeyne. Graag danken we allen voor de bereidwillige hulp.

(17) H. MEULEMANS, „Armen, zieken en genezers. Een sociaal-historisch overzicht van de intramurale en extramurale gezondheidszorg in België”, Antwerpen, 1978. De schikking der honoraria volgens het Kempisch Geneeskundig Syndikaat (1919) werd ons meegedeeld door P. Scholliers, waarvoor onze oprechte dank. Heel wat aanduidingen voor de 19e-20e eeuw werden bovendien in het medisch vaktijdschrift „Le Scalpel” aangetroffen. Voor de recente periode, zie ook A.R.A., „Archives de la Fédération Médicale Belge”, nrs. 1850 en 2357-2361.

Bij een geschil tussen dokter en patiënt omtrent het honorarium mochten de medische colleges tijdens het Ancien Régime, een bindende uitspraak doen. Vanaf 1885 werd deze bevoegdheid evenwel aan de burgerrechtbanken overgedragen.

(18) Alle prijzen tot en met het begin der 19e eeuw werden gepubliceerd in „Dokumenten...” (cp. cit.), respectievelijk door E. SCHOLLIERS voor Antwerpen (dln I en II), C. VANDENBROEKE voor Brussel (deel III), W. VANDERPIJPEN voor Brugge (dl. IV) en C. VANDENBROEKE - W. VANDERPIJPEN voor Gent (dl. III).

dezelfde markten beschikken, kunnen hierdoor enkele afwijkingen voorkomen. Over het algemeen is deze foutenlast evenwel te verwaarlozen, te meer daar we ons uitsluitend naar de evolutie over lange termijn richten (cfr. grafiek). Vanaf het begin der 20e eeuw konden we bovendien over nationale gemiddelden beschikken ¹⁹.

Vergelijkend overzicht van de reële lonen (in kg vlees), 1650-1979

<i>Referentie-punten</i>	<i>Medische prestatie</i>	<i>Type-dagloon arbeider</i>	<i>Verhouding 2 t.o.v. 3</i>
1650	0,98 kg	1,20 kg	74,2 % ²⁰
1675	0,84	1,16	72,4
1700	0,80	1,06	75,5
1725	0,80	1,07	74,8
1750	0,89	1,17	76,1
1775	0,80	1,07	74,8
1800	0,88	0,80	110,0
1825	0,96	0,95	101,0
1850	0,86	1,08	79,6
1875	0,63	1,19	52,9
1900	0,80	1,43	55,9
1925	0,60	2,00	30,0
1960	0,75	2,50	30,0
1970	1,10	3,50	31,4
1979	1,10	4,50	24,4

Bij het interpreteren van dit overzicht moet er wel rekening mee gehouden worden dat, niettegenstaande de gehanteerde uitzuiveringstechnieken, nog steeds een aantal „vervormingen” blijven voorkomen ²¹. Globaal beschouwd lijken de weerhouden middenwaarden nochtans voldoende representatief ²². Aan de evolutie van de nominale vergoedingen kunnen we vlug voorbijgaan, daar deze waarden compleet worden verstoord door

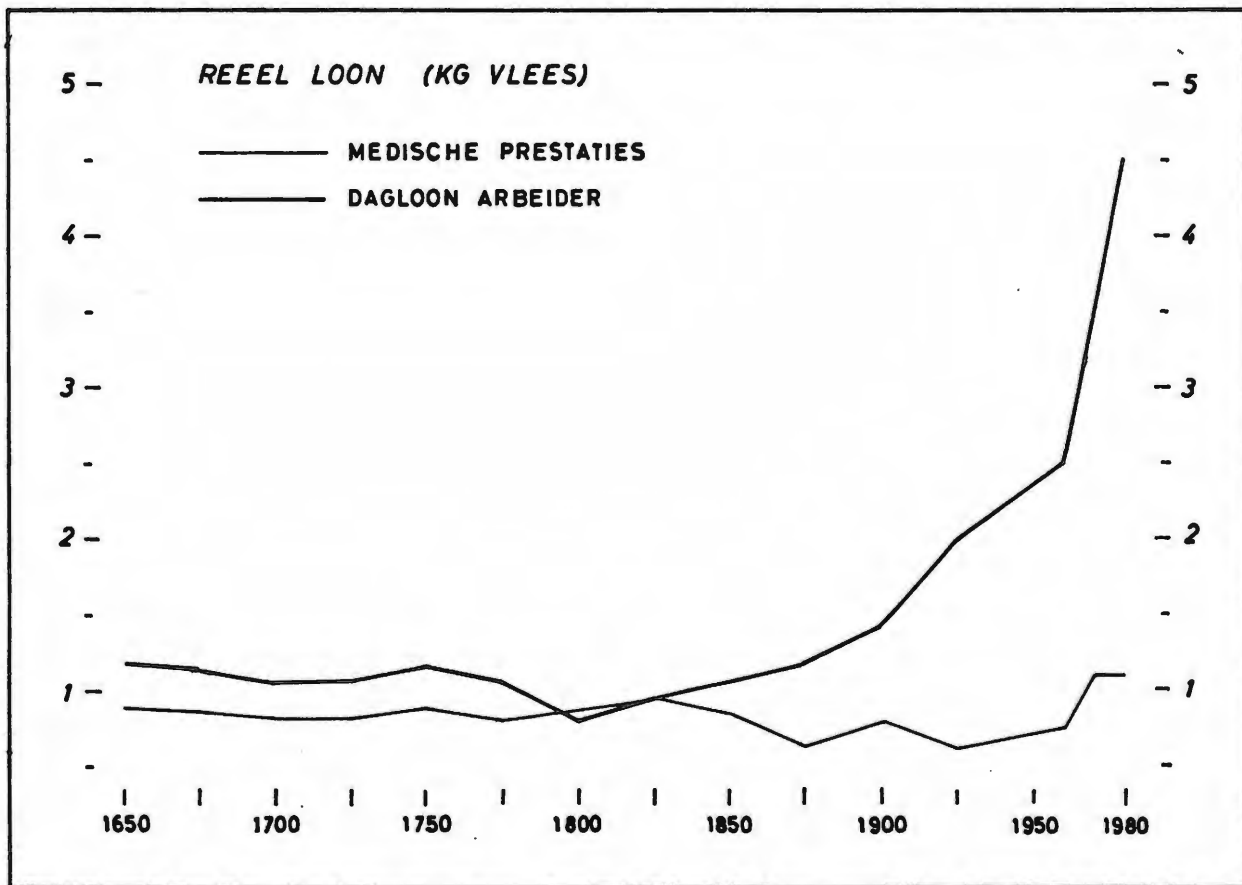
(19) Voor het begin der 20e eeuw, zie M. PEETERS, „Les prix et les rendements de l'agriculture belge de 1791 à 1935”, in „Bulletin de l'Institut des Sciences Economiques”, 1936; P. SCHOLLIERS, „Koopkracht en indexkoppeling. De Brusselse levensstandaard tijdens en na de eerste wereldoorlog, 1914-1925”, in „Belgisch Tijdschrift Nieuwste Geschiedenis”, 1978. De recente vergelijkingen werden medegedeeld door het N.I.S.

(20) Ter vergelijking voor het midden van de 16e eeuw kunnen we nog laten opmerken dat een aderlating (Diest) anderhalf dagloon kostte.

(21) Bewust moest o.m. ook de vergoeding van de medische verzorging der armen geëlimineerd worden. Niet alleen werden de medische zorgen voor deze groep vaak gratis of tegen sterk gereduceerde prijzen verschaft; anderzijds konden de aangestelde geneesheren vaak op een forfaitaire vergoeding vanwege de overheid aanspraak maken.

Een bijkomend probleem was anderzijds het feit dat sommige honoraria werden vermeld met inbegrip van geleverde geneesmiddelen. Tot diep in de 19e eeuw zal trouwens een onderbezetting aan apothekers blijven voorkomen, meer in het bijzonder dan op het platteland.

(22) Dit houdt verder ook in dat niet in het minst rekening kon worden gehouden met de uitgesproken inkomensongelijkheid onder de medici.



(7)

DE MEDISCHE KONSUMPTIE SINDS DE 16e EEUW

de optredende muntontwaardingen en het inflatieritme. Fundamenteel blijven daarentegen de reële prestatiekosten, uitgedrukt in kg (runds)vlees. Afgezien van enkele kleine fluktuaties, treft hierbij vooral de stabiliteit der trendlijn. Gedurende meer dan drie eeuwen is de reële prestatiekost voor een gewone consultatie of huisbezoek steeds blijven schommelen om en rond de 0,8 à 0,9 kg vlees. Slechts de laatste decennia werd, wellicht door de toenemende druk en invloed van de Orde der Geneesheren (1938), een iets hoger niveau bereikt met $\pm 0,9$ à 1 kg. De schommelingen die zich in vroegere periodes voordeden, lijken ons moeilijker te interpreteren en zijn wellicht ingegeven door deficiënties in de basisgegevens. Voor het einde van de 18e en het begin van de 19e eeuw lijkt het niettemin mogelijk dat de loonaanpassingen mede beïnvloed waren door de hernieuwde belangstelling van hogerhand en de reorganisatie van de medische sektor²³. Omgekeerd zijn ook de minimale vergoedingen omstreeks het derde kwart van de 19e eeuw niet helemaal aan het toeval toe te schrijven. Precies rond die tijd namelijk stijgt het aantal klachten bij het medisch korps over onderbetaling en/of overbezetting van het personeelsbestand. In de „Scalpel”, het orgaan dat opkomt voor de wetenschappelijke en professionele belangen van het medisch korps, staat o.m. de opmerking te lezen : „... la médecine est peu lucrative... les médecins ne savent se faire payer les services qu'ils rendent à la société... pendant que tout renchérit autour de lui et que les frais généraux de l'existence ont au moins doublé, le médecin voit chaque jour décroître ses revenus, alors qu'ils devroient augmenter... il est fait que, pour beaucoup de praticiens, le diplôme ne rapporte même l'intérêt de la somme qu'il leur a coûté”²⁴. Het is ook rond diezelfde tijd dat krachtadig geprotesteerd en geargumenteed werd tegen een eventuele opleiding van vrouwen tot arts²⁵. Een teken aan de wand voor de precarie materiële situatie waarmee heel wat medici zich op dat moment geconfronteerd zagen, waren verder de herhaalde pogingen tot het oprichten van een soort hulpkas voor onderlinge bijstand²⁶. Ook tijdens de volgende decennia zullen deze problemen trouwens nog herhaaldelijk aan de orde blijven, te meer daar de medische bezetting er zowel in absolute als relatieve termen gevoelig op vooruit was gegaan sinds het einde van de 19e eeuw. Dadelijk komen we op deze faktor terug bij het evalueren van de medische konsumptie. Vooraf moet wel nog een lichte correctie gemaakt worden op de trendlijn i.v.m. de reële vergoedingen per prestatie. Het stabiele beeld dat in een licht stijgende tendens wordt omgebogen sinds de laatste decennia moet immers enigszins aangepast en verder afgevlakt worden, wanneer tevens de kostprijs van de opleiding tot medicus in rekening zou worden gebracht²⁷.

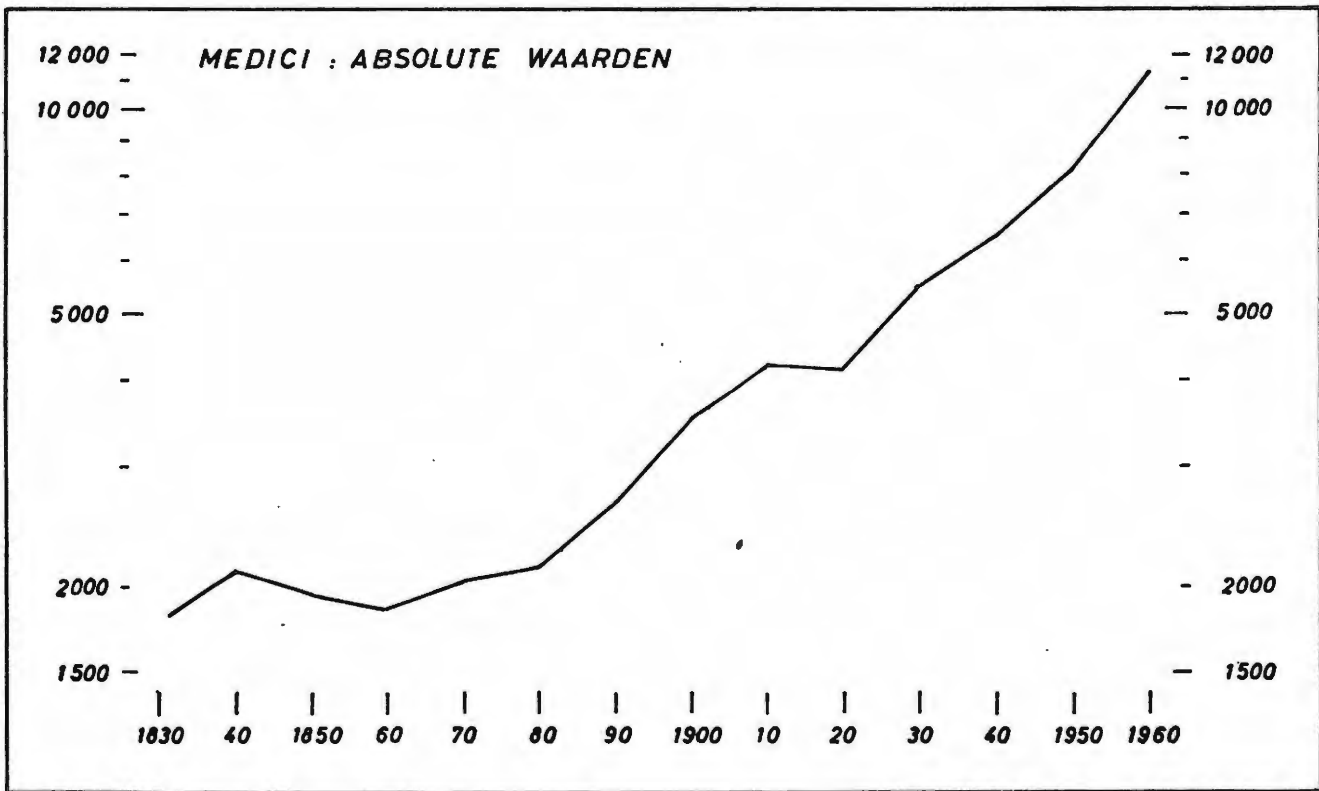
(23) Zie o.m. C. BROECKX, op. cit.; J. SAVEUR, op. cit.; P. CRABBE, „Contribution à l'étude du développement des professions consacrées à l'art de guérir sur le territoire actuel de la Belgique de 1795 à nos jours”, in „Recherches Economiques de Louvain”, 1962, pp. 728-736.

(24) „Le Scalpel”, 1860, pp. 225 en 257.

(25) „Le Scalpel”, 1889, p. 151.

(26) L. MARCQ, op. cit., p. 165; J. LEONARD, op. cit., p. 222.

(27) P. CRABBE, op. cit., p. 737; J.P. GOUBERT, op. cit., p. 131.



(9)

DE MEDISCHE KONSUMPTIE SINDE DE 16e EEUW

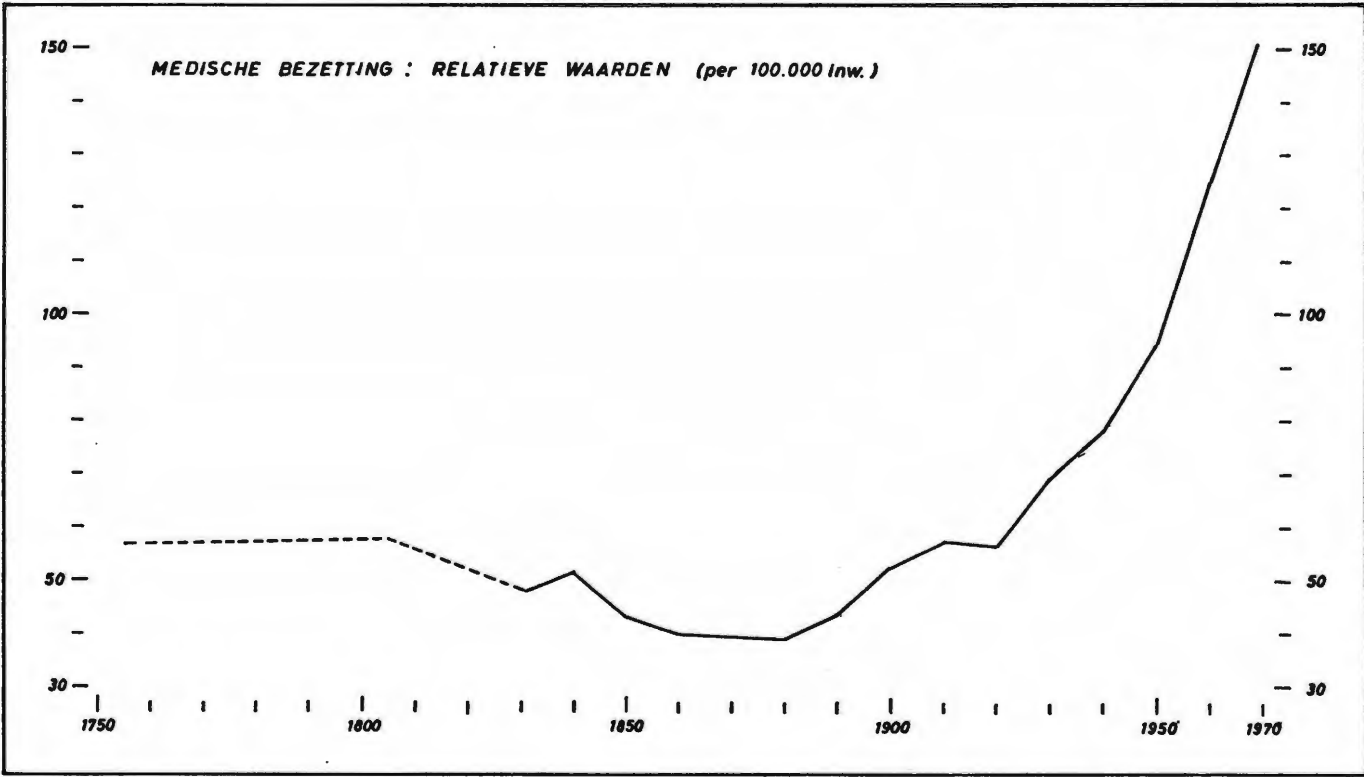
Met een dergelijke supplementaire nuancering voor ogen, komen de ontoereikende aanpassingen over langere termijn van de tertiaire sektor in het algemeen en van de zogenaamde intellectuele en vrije beroepen in het bijzonder in feite nog veel sterker aan het licht²⁸. Dit wordt nog duidelijker geïllustreerd bij een vergelijking van de sociale status en/of het reëel loon van een arbeider uit de secundaire sektor. Uiteraard moet ook bij een dergelijke weergave de nodige omzichtigheid aan de dag worden gelegd, daar bepaalde elementen zoals o.m. de arbeidsduur en de arbeidsomstandigheden niet altijd in dezelfde mate kunnen verrekend worden. Voldoende achtergrondinformatie is nochtans wel voorhanden om ook in dit verband de voornaamste krachtlijnen met een vrij grote precisieheid weer te geven²⁹. Naar analogie met de trendlijn voor de medische prestaties, werd derhalve ook voor de arbeiders het dagloon gedefleerd op basis van de vleesprijzen (vgl. grafiek). Hierbij worden uiteraard de mutaties, zoals we die uit de algemene sociaal-ekonomische literatuur kennen, volledig bevestigd³⁰. Bij een vergelijking met de hoger uitgewerkte rekonstruktie voor de tertiaire sektor, valt allereerst het parallel verloop der waarden op tot en met het derde kwart van de 18e eeuw. Nadien volgt evenwel een sterk divergerend verloop van beide kurven. Terwijl zich voor de medisch geschoolden een gunstige kentering aftekent tegen het einde van het Ancien Régime, noteren we voor de arbeiders en weinig geschoolden een verdere aantasting van de sociale status. Vanaf de 19e eeuw en dan meer in het bijzonder sinds het derde kwart van de eeuw, gaat zich een compleet tegengestelde tendens manifesteren. Voortaan kondigt zich een snelle verbetering aan van de reële lonen der arbeiders, terwijl zich voor de tertiaire sektor geen noemenswaardige verbeteringen per prestatie voordoen. Een dergelijke comparatieve analyse bevestigt m.a.w. op uitstekende wijze de cruciale rol die door de produktiviteit wordt vervuld bij het bepalen van het remuneratieniveau. Volledigheidshalve moeten we trouwens nog opmerken dat de ontoereikende technische aanpassingen binnen de tertiaire sektor bovendien nog verzwaard worden door een verhoogd aanbod van aandelen als gevolg van de demokrativering van het onderwijs³¹. Ten aanzien van de medische bezetting

(28) Eerder was er door J. FOURASTIE („Le grand espoir...”, op. cit.), reeds op gewezen dat de kostprijs van een doktersvisite te Parijs tussen 1910 en 1948, met $\pm 25\%$ was gedaald in vergelijking met een aantal andere diensten. Uitvoeriger nog behandelt dezelfde auteur deze aspecten in zijn studie „L'évolution des prix à long terme”, Parijs, 1969, pp. 115-116 en 237-238. Een vergelijking met de toestand omstreeks 1968 met het begin van de 20e eeuw wijst zelfs op een terugval van de reële kostprijs van 6,9 à 8,7 uurlonen tot $\pm 3,7$ uurlonen.

(29) Voor het Ancien Régime werd uitgegaan van een type-loon van een geschoold tot weinig geschoold arbeider; vanaf het tweede kwart der 19e eeuw hebben we ons verlaten op de type-lonen, zoals die in de Gentse katoenfabrieken werden uitbetaald (cfr. V.U.B. Dossier nr. 3 van het Centrum voor Hedendaagse Sociale Geschiedenis”, Brussel, 1976). Voor de recente periode werd gebruik gemaakt van de sektoriële arbeidsovereenkomsten.

(30) Wel moet worden opgemerkt dat voor het tweede kwart van de 19e eeuw een enigszins overtrokken en al te optimistisch beeld wordt weergegeven door enkel de uitkeringen in meer progressieve sectoren als het katoenbedrijf op te nemen.

(31) J. FOURASTIE, „Le grond espoir...”, op. cit.



(11)

DE MEDISCHE KONSUMPTIE SINDE DE 16e EEUW

komen deze aspecten bijzonder duidelijk tot uiting (vgl. grafiek). Afgezien van enkele minder omvattende schommelingen tijdens de 18e en het begin van de 19e eeuw, situeert zich een eerste toename van het aantal (akademisch) geschoolde medici eerst tegen het einde van de 19e eeuw. Aan de lichte stijging, die zich in de loop van de jaren '30 voerde, kunnen we namelijk voorbijgaan daar deze in werkelijkheid was ingegeven door een tijdelijke afzwakking van de toelatingsvoorwaarden bij de opleiding³². Vanaf de jaren '40 en '50 werd trouwens een nieuwe verzwareing van het studieprogramma voorzien, waardoor het aantal nieuw gediplomeerden tijdens de volgende jaren ging dalen. Bovendien werd ook het beroep van gezondheidsofficier, dat sinds het begin van de 19e eeuw was ingesteld om beter aan de gezondheidszorgen van de plattelandsbevolking tegemoet te komen, opnieuw afgeschaft. Een versnelde relatieve toename van het medisch personeel zal zich trouwens eerst vanaf omstreeks 1920-1930 voordoen. Eeuwenlang was de medische bezetting derhalve zo goed als ongewijzigd gebleven. Een exponentiële toename van het aantal gezondheidsverstrekkers, zowel in absolute als in relatieve termen, wordt pas na het midden van de 20e eeuw kenmerkend. In plaats van de gebruikelijke verhouding van één medicus op 2 à 3000 inwoners, zien we dat in nauwelijks een kwarteeuw tijd het een verhouding wordt van één arts per 500 inwoners. Op grond van de aktuele studentencijfers mag voor de komende jaren zelfs een verdere aanpassing tot 1/400 worden verwacht.

Wel verdienen anderzijds de kwalitatieve aanpassingen, zoals ze zich sinds de 19e eeuw voordeden, nog enige aandacht. Belangrijk is immers het afschaffen van minder gekwalificeerde functies als deze van gezondheidsofficier, zodat ook op het platteland meer ruimte vrijkwam voor geschoolde medici en/of chirurgijnen³³. Dit beeld contrasteert dan heel scherp met het Ancien Régime en het eerste derde van de 19e eeuw, wanneer gekwalificeerde artsen overwegend voorkwamen in de steden en regionale verzorgingscentra (met minimum 1000 à 1500 inwoners) en zich eerder uitzonderlijk op het platteland vestigden³⁴. Kort vóór het midden van de 19e eeuw werden de diverse medische beroepen van geneesheer, chirurgijn en verloskundige in één functie verenigd³⁵.

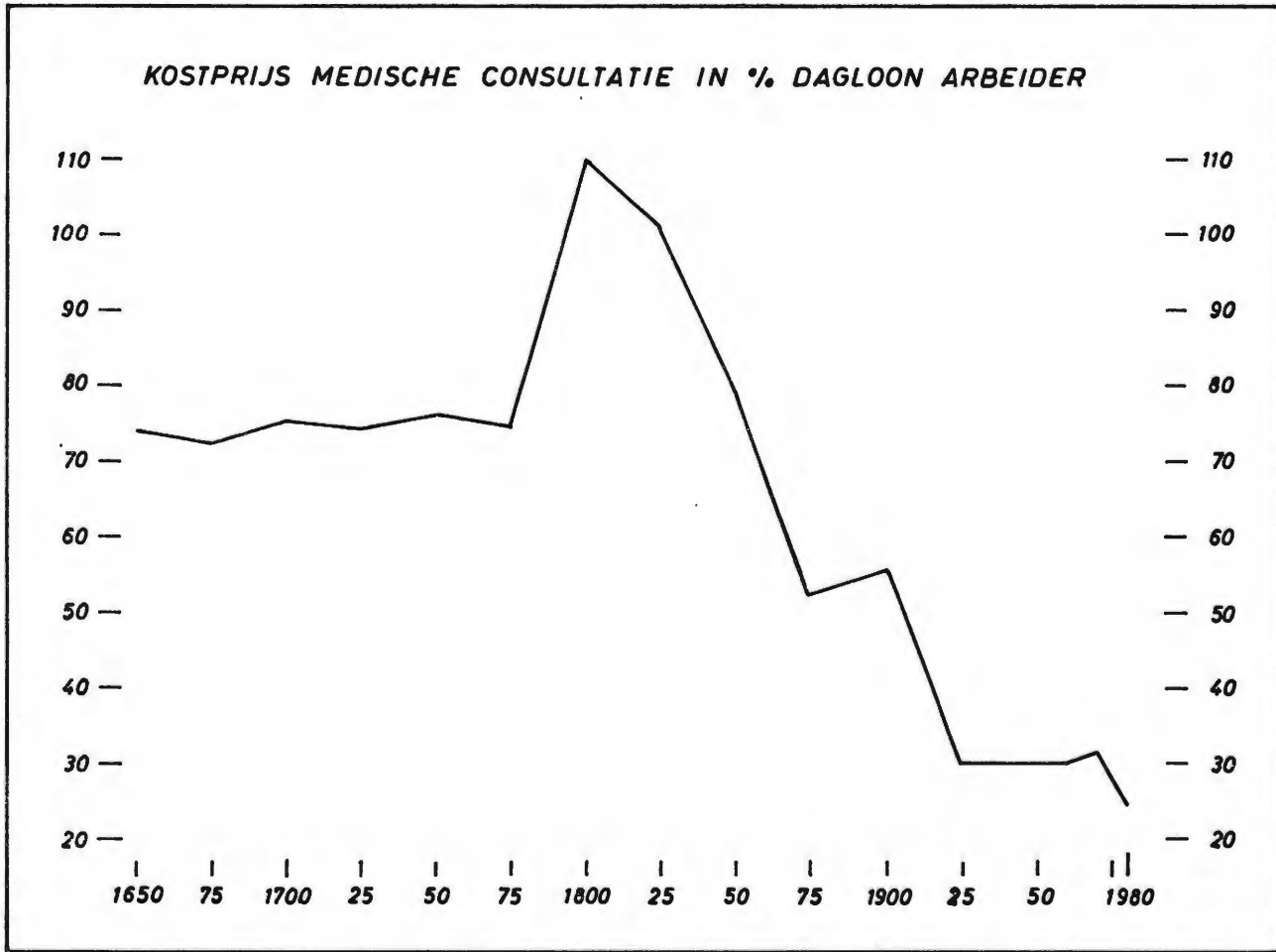
De reële verdiensten van het dagloon der arbeiders en van de medische prestaties, zoals die hoger werden berekend en grafisch uitgezet, laten zich nog verder bewerken. Vrij gemakkelijk kunnen we nu de kostprijzen van een medische interventie afmeten (vgl. grafiek). Hieruit volgt dat tot en met het derde kwart van de 19de eeuw nog steeds ca. 75 % van het

(32) P. CRABBE, op. cit., p. 743.

(33) Een analoge situatie treffen we o.m. aan in Frankrijk, waar een tijdelijke terugloop van het aantal medici eveneens gepaard ging met een kwalitatieve verbetering (J. LEONARD, op. cit., p. 16).

(34) Steeds was er trouwens een uitgesproken wanverhouding inzake medische bezetting opgetreden tussen stad en platteland. Cfr. „Exposé de la situation du royaume”, Brussel, 1852, pp. 521-523; zie ook C. BRUNEEL, „La mortalité dans les campagnes: le duché de Brabant aux XVIIe et XVIIIe siècles”, Leuven, 1977, pp. 173-177. Specifiek voor Frankrijk: J.P. GOUBERT, op. cit., pp. 476-483.

(35) C. BROECKX, op. cit., p. 276; P. CRABBE, op. cit., pp. 744-745.

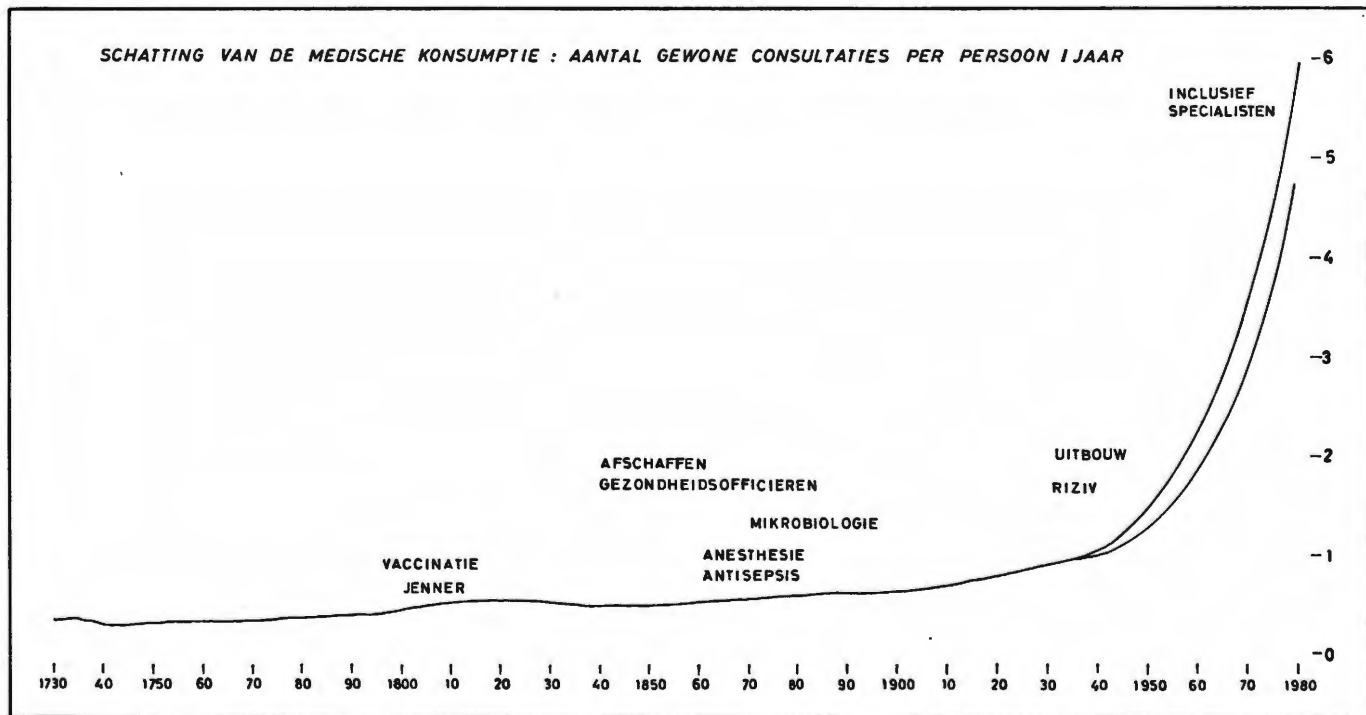


dagloon van een arbeider nodig was om één enkele medische tussenkomst te betalen. Omstreeks het einde van de 18e eeuw, wanneer de levensstandaard van de arbeiders nog verder werd aangetast terwijl een revalorisatie van de erelonen volgde, was zelfs tijdelijk een volledig dagloon nodig voor het betalen van een eenvoudige consultatie. De hoge kostprijs van een gewone consultatie was ten andere één van de redenen waarom de doorsnee-bevolking eerder uitzonderlijk een beroepsmedicus ter hulp riep en zich meer aangetrokken voelde tot allerlei mysterieuze praktijken van kwakzalvers. In 1776 werd door de drossaard van Grimbergen in dit verband nog herhaald: „de visiten van eenen doctoor sijn buyten seer duer ende veel menschen en connen die costen niet doen sonder dickmaels hun te ruineren ; bij naar op ieder dorp is eenen chirurgijn maer geenen doctoor ten sij in de steden...”³⁶. Na het midden van de 19e eeuw werd de medische consumptie daarentegen geleidelijk „gedemocrateerd”. Tot en met het begin van de 20e eeuw moest echter nog steeds $\pm 50\%$ van het dagloon aangesproken worden. Naderhand bleef deze verhouding verder dalen tot ca. 25% vandaag de dag. Baseren we ons trouwens voor de aktuele situatie uitsluitend op het remgeld, dan is de kostprijs tot $\pm 5\%$ teruggebracht. Hiermee wordt het beeld dan wel enigszins overtrokken door de sociale afhoudingen aan de bron volledig te verwaarlozen.

Hoe dan ook, alleen al op deze basis wordt een eerste min of meer valabele schatting van de medische consumptie aannemelijk. Wanneer we er bvb. zouden van uitgaan dat de sociale status van de omnipracticci „slechts” in dezelfde mate als deze van de arbeiders is toegenomen, dan impliceert dit reeds ruimschoots een vervijf- tot vertienvoudiging van het aantal interventies per patiënt. De werkelijke toename is echter, zoals elkeen onmiddellijk uit de recente statusverbetering van de medici kan afleiden, nog veel aanzienlijker geweest. Zoals verder nog op andere gronden zal worden aangetoond, is het wellicht niet overtrokken te stellen dat de prestaties van een omnipracticus met 1500 à 2000% zijn toegenomen. Zoals eerder reeds werd gesteld, verliep deze evolutie bijzonder ongelijkmatig. In werkelijkheid zouden we bij deze omschakelingen evenzeer met de nodige sociale differentiaties moeten rekening houden. Een drie- tot viertal caesuren laten zich in die zin onderscheiden. Allereerst voor de topklassen noteren we namelijk sinds de 18e eeuw een gewijzigde houding t.o.v. de medische consumptie in het algemeen en de lichaamsverzorging in het bijzonder. Diverse en vaak op elkaar inspelende factoren liggen hieraan ten grondslag. Belangrijk is tevens dat zich rond diezelfde tijd een gedragswijziging begon af te tekenen in de houding tegenover leven en dood³⁷. Anderzijds speelden ook allerlei vormen van snobisme en een drang tot zich manifesteren hierbij een beslissende rol, zoals o.m. blijkt uit de snelle aangroei van het cliënteel in diverse kuur-

(36) C. BRUNEEL, op. cit., p. 174.

(37) Cfr. de recente publikaties, die hieromtrent o.m. door P. ARIES, P. CHAUNU en M. VOVELLE werden gepubliceerd.



oorden³⁸. Een analoge tendens manifesteert zich ongeveer een eeuw later onder de middenklassen en wordt o.m. weerspiegeld in de opkomst van het kust- en bergtoerisme en de uitbouw van dure sanatoria³⁹. Het is ook rond die tijd dat voor het eerst in ruimere kringen van een verrijgingsproces onder de medici zal worden gewaagd⁴⁰. Voor de lagere sociale geledingen blijft de medische verzorging daarentegen tot en met het einde van de 19e - begin 20e eeuw nog steeds een onbetaalbare luxe. Op overtuigende wijze kan hiertoe worden besloten na een analyse van de eerste arbeidersbudgetten. Tot en met het einde van de 19e eeuw werden zelden meer dan 0,5 tot 1,5 % van het gezinsbudget voor lichaamsverzorging en gezondheidszorg aangewend⁴¹. Volgens aktuele enquêtes zou deze verhouding daarentegen oplopen tot gemiddeld ca. 15 % van het gezinsbudget⁴². Ook op deze wijze krijgen we m.a.w. een bijkomende bevestiging van de formidabele uitbreiding der medische verzorging, die ongeveer tien- tot vijftienmaal hoger zou liggen in vergelijking met het Ancien Régime en de 19e eeuw.

Volledigheidshalve moet echter opgemerkt worden dat de uitgaven thans nog verder opgetrokken worden door het overdadig gebruik van medicamenten; verder zouden ter verklaring ook de aanpassingen in de leef-tijdsstructuur in rekening moeten gebracht worden. Daartegenover staan dan anderzijds wel de geringere gezinsomvang en de reducties bij aankoop van de meeste geneesmiddelen. Alles schijnt er trouwens op te wijzen dat, bij een (geleidelijke) verbetering van de levensstandaard, allereerst werd gedacht aan een kwantitatieve en/of kwalitatieve verbetering van de voeding. Een volgend objectief zou dan bestaan hebben in een aanpassing of verbetering van de huisvesting. Lichaamsverzorging en hygiëne, net als „geestelijke” verzorging en ontspanning, krijgen daarentegen eerst in een latere fase de nodige aandacht. „La misère du peuple limite le

(38) Te Spa werd aldus tussen 1760 en 1780 meer dan een verdubbeling van het aantal „curistes” genoteerd. Hieronder bevonden zich de meest eminente personaliteiten als Jozef II en Gustaaf III van Zweden (M. FLORKIN, op. cit., pp. 46-57).

Opmerkelijk is verder dat sinds het midden van de 18e eeuw ook de kindergeneeskunde stilaan meer belangstelling begon te genieten (J. GELIS, M. LAGET en M.F. MOREL, op. cit., pp. 209-210).

(39) K. VAN ISACKER, „Mijn land in de kering. I. 1830-1914”, Antwerpen-Amsterdam, 1978, pp. 108-109.

Door J. en N. PARRY (op. cit., p. 104) werd ten andere gesteld: „the expansion of the middle class and the growth of their incomes produced a massive increase in the market for medical care...”.

Betreffende de houding van de burgerij werd reeds in 1850 door de „Journal de Médecine” van Brussel opgemerkt: „les malades les plus reconnaissants ne sont pas les plus riches et les plus haut placés dans la société... Le petit bourgeois, comme on dit, connaît le prix du temps et du travail; il sait que toute action mérite salaire; il a pour son médecin une vénération bien sentie... moins exigeant, plus docile, il est aussi plus généreux que le riche et le puissant”.

(40) J. LEONARD, op. cit., pp. 213-260

(41) M. NEYRINCK, „De lonen in België sedert 1846”, Leuven, 1944, pp. 232-244.

(42) J. FOURASTIE, „Machinisme...”, op. cit., pp. 44-45.

profit", aldus R. Darquenne ingaand op de materiële belangen van de medici ⁴³.

Bij een evaluatie van de medische consumptie onder de lagere klassen moet nochtans een belangrijke correctie gemaakt worden voor de behoeftigen en marginalen. Hoe kontradictorisch dit ook moge lijken, over het algemeen genoten deze groepen meer medische verzorging dan zij die net op of boven de grens van het bestaansminimum verkeerden. Eerder werd een dergelijke vaststelling ook reeds gemaakt door J. Léonard: „les indigents finissent par être mieux médicalisés que les travailleurs plus éloignés du dénuement" ⁴⁴. Door de overheid werd de medische en hygiënische verzorging van de armen immers in toenemende mate ter harte genomen en tot op zekere hoogte zelfs gestimuleerd zoals met de systematische campagnes tot het vaccineren der kinderen. Dat men vaak handelde vanuit een behoudsgezinde reflexie en door een latente vrees voor de potentiële verspreiders van allerlei ziektekiemen, ligt voor de hand ⁴⁵. Een analoge houding treedt eveneens aan het licht bij het voorkomen van epidemieën, wanneer op kosten van de overheid vaak tot een verstrekken van gezondheidszorg onder de lagere klassen werd besloten ⁴⁶.

De graad van medicalisatie, zoals die hoger reeds indirect werd omschreven aan de hand van de evolutie der reële vergoedingen en van de gezinsbudgetten, laat zich nog op tal van andere manieren benaderen. Vooral wanneer we de beschikking hebben over dagboeken, die door medici werden aangelegd, kan heel wat interessante informatie vrij komen. Uitgaande van de gangbare medische bezetting zou de eerstelijnszorg dan heel gemakkelijk af te leiden zijn ⁴⁷. Andere hulpmiddelen liggen vervat in de fiskale bronnen, ofschoon zich hierbij wel het probleem stelt dat de inkomsten uit allerlei emolumenten en uit roerend of onroerend bezit nagenoeg niet kunnen afgezonderd worden ⁴⁸. Tenslotte is het mogelijk de medische consumptie bij benadering af te leiden, wanneer tot een overname van de praktijk werd besloten. Wel moet dan aan een systematische overschatting van de inkomsten worden gedacht ⁴⁹.

Als uitgangspunt voor dit soort benaderingen kunnen we allereerst ge-

(43) R. DARQUENNE, „Les médecins et l'élite des grands notables départementaux", in „Annales. Economies-Sociétés-Civilisations", 1977, p. 863.

(44) Op. cit., p. 114.

(45) In verband met de eigenlijke motivatie voor sommige zogenaamde sociale hervormingen in de 19e eeuw, vgl. C. LIS, „Proletarisch wonen in Westeuropese steden in de 19e eeuw: van wildgroei naar sociale controle", in „Belgisch Tijdschrift Nieuwste Geschiedenis", 1977.

(46) Duidelijk komt dit aan het licht tijdens de dysenterie-epidemie van 1778-1782 en 1793-1794, alsook voor de belangrijkste cholera-epidemieën van de 19e eeuw.

(47) Vooral door artsen, die tijdens epidemieën met een specifieke opdracht waren belast, werd aldus regelmatig een dagboek aangelegd. Op deze wijze krijgen we echter een sterk overtrokken beeld van de graad van medicatie (cfr. Stadsarchief Oudenaarde, Modern Archief, „Ziekten").

(48) J. LEONARD, op. cit., p. 221. Regelmatig kwam het bovendien voor dat medici nog een bijberoep uitoefenden (C. BRUNEEL, op. cit., p. 177).

(49) Omrekeningen die aldus werden uitgewerkt aan de hand van aangekondigde prijzen voor overname in de „Scalpel" (1860), laten zelfs uitschijnen dat de te verwachten verdiensten vaak waren verdubbeld.

bruik maken van enkele basisgegevens, zoals die voor het einde van de 18e - begin 19e eeuw bekend zijn. Toen werd door Faipoult het gemiddelde inkomen van een medicus in het Scheldepartement (Oost-Vlaanderen) op ca. 3000 fr. geschat. Bij een medische bezetting van één medicus per 2000 inwoners, brengt ons dit derhalve tot een prestatieomzet van 1,5 fr. per patiënt⁵⁰. Indien we echter aannemen dat ongeveer de helft der interventies geen gewone consultaties zijn en dat bovendien een deel van de inkomsten uit andere bezittingen voortkomen, dan mag de graad van medicalisatie wellicht op maximaal 0,5 tussenkomsten per patiënt en per jaar geschat worden⁵¹. Een interessante aanvullende indicatie voor de situatie omstreeks 1830 vinden we terug in een literaire bron. Uit het relaas van H. de Balzac in zijn „Médecin de Campagne” valt een gemiddelde prestatie staat van 1800 à 2000 huisbezoeken per jaar af te leiden⁵². Het verhaal speelt zich af in het Oosten van het land, waar de medische bezetting tijdens der tweede derde van de eeuw ongeveer één medicus per 3000 à 3500 inwoners bedroeg⁵³. Ook hier zou derhalve tot een frekwentie van \pm 0,5-0,6 consultaties per patiënt kunnen besloten worden. Analoge benaderingen voor de late 19e - begin 20e eeuw wijzen reeds op een geleidelijke toename van de medicalisatie. Het medisch tijdschrift „Le Scalpel” van 1901-1902 laat alvast uitschijnen dat per 200 gezinnen op ca. 1.200 consultaties mag worden gerekend of ongeveer één tussenkomst per patiënt. Blijkens een ander artikel uit dezelfde jaargang wordt het gemiddelde op 0,7 - 0,8 tussenkomsten per patiënt en per jaar bepaald⁵⁴. Ook een analyse van de medische abonnementen, die tijdelijk van kracht waren omstreeks de eeuwwisseling, laat een gemiddelde van 0,8-1 consultaties per persoon en per jaar uitschijnen⁵⁵. Vanaf dit ogenblik verloopt de medicalisatie evenwel tegen een versneld tempo. In niet geringe mate werd hiertoe ook bijgedragen door het onderwijs, in die zin dat bewust werd ingespeeld op een mentaliteitswijziging inzake lichaams-hygiëne en gezondheidszorg⁵⁶. Volgens actuele cijfers mag de gemiddelde medicalisatiegraad trouwens op een vijftal raadplegingen van de huisarts per jaar worden gesteld. Nemen we gelijktijdig de prestaties van specialisten in aanmerking, dan zou het gemiddelde uiteraard nog verder moeten opgetrokken worden. Een bevestiging van de aangehaalde evolutie volgt ook uit een vergelijking van enkele fragmentarische inkomensstaten. Tegenover een gemiddeld daginkomen van 6 à 7 frank (inclu-

(50) R.A.G., Scheldepartement, nr. 1674; Stadsarchief Oudenaarde, Modern Archief, nr. 184.

(51) Door sommige geneesheren werden tot ca. 300 bevallingen per jaar gedaan, waarvoor de vergoeding het 10 à 20-voudige was van een gewone consultatie („Bulletin de la Société de Médecine de Gand”, 1838, p. 111).

(52) H. de BALZAC, „Le médecin de campagne”, Parijs, 1833. In verband met dit werk, zie ook E. LE ROY LADURIE, „Le médecin de campagne: technologie douce et folklore rural”, in „Le territoire de l'historien”, dl. II, Parijs, 1978.

(53) J. LEONARD, op. cit., pp. 86-87.

(54) „Le Scalpel”, 1901-1902, pp. 183-191.

(55) F. BAUDHUIN, „Belgique, 1900-1960. Explication économique de notre temps”, Leuven, 1961, p. 63.

(56) J. LEONARD, op. cit., pp. 57-65.

sief allerlei aanvullende opbrengsten) omstreeks 1800, staat thans immers een „geschat” netto-inkomen van ruim 2 miljoen frank^{56b}. Alle restricties in verband met de muntontwaardiging in acht genomen, mag hieruit eveneens tot een vertienvoudiging worden besloten. Gelijktijdig moet dan de bedenking gemaakt worden dat de meeste medici reeds bij het begin van de 19e eeuw geklasseerd stonden bij de topklasse van 5 à 10 % der bevolking met de hoogste fiskale aanslagvoet.

Ook op grond van deze aanduidingen blijken m.a.w. de enorme aanpassingen die zich sinds kort hebben voltrokken en/of bestendigd. Een eerste verdubbeling van de medische consumptie trad in omstreeks het einde van de 19e - begin 20e eeuw ; een verdere aanpassing van het aantal raadplegingen tot zelfs ruim het tienvoudige kenmerkt bovendien de laatste decennia. Herleid op jaarbasis zou dit sinds kort zelfs een jaarlijkse procentuele groei met meer dan 5 % laten veronderstellen. Uit onze eerste evaluaties aan de hand van de reële verdiensten per prestatie zou het groeiritme sinds het tweede derde van de 20e eeuw zelfs 7 tot 8 % hebben omvat. Tijdens het laatste kwart van de 19e eeuw en het eerste derde van de 20e eeuw, wanneer de eerste symptomen van een demokratizing waarneembaar worden, kunnen de aanpassingen daarentegen nauwelijks 1 % per jaar hebben bedragen⁵⁷.

Al deze ramingen worden ten andere evenzeer bij een makro-analyse bevestigd. Sinds het einde van het Ancien Régime mag immers een verdriedubbeling van de medische bezetting worden aangenomen. De technische vooruitgang en/of de benodigde arbeidsduur voor een gewone consultatie zal anderzijds wel nagenoeg ongewijzigd zijn gebleven. Wel mag op zijn minst worden aangenomen dat de verplaatsingsmogelijkheden drie- tot viermaal hoger liggen, zodat ook reeds bij een dergelijke vluchtige schatting tot een vermenigvuldiging van de medicalisatie met 10 tot 13 kan besloten worden⁵⁸.

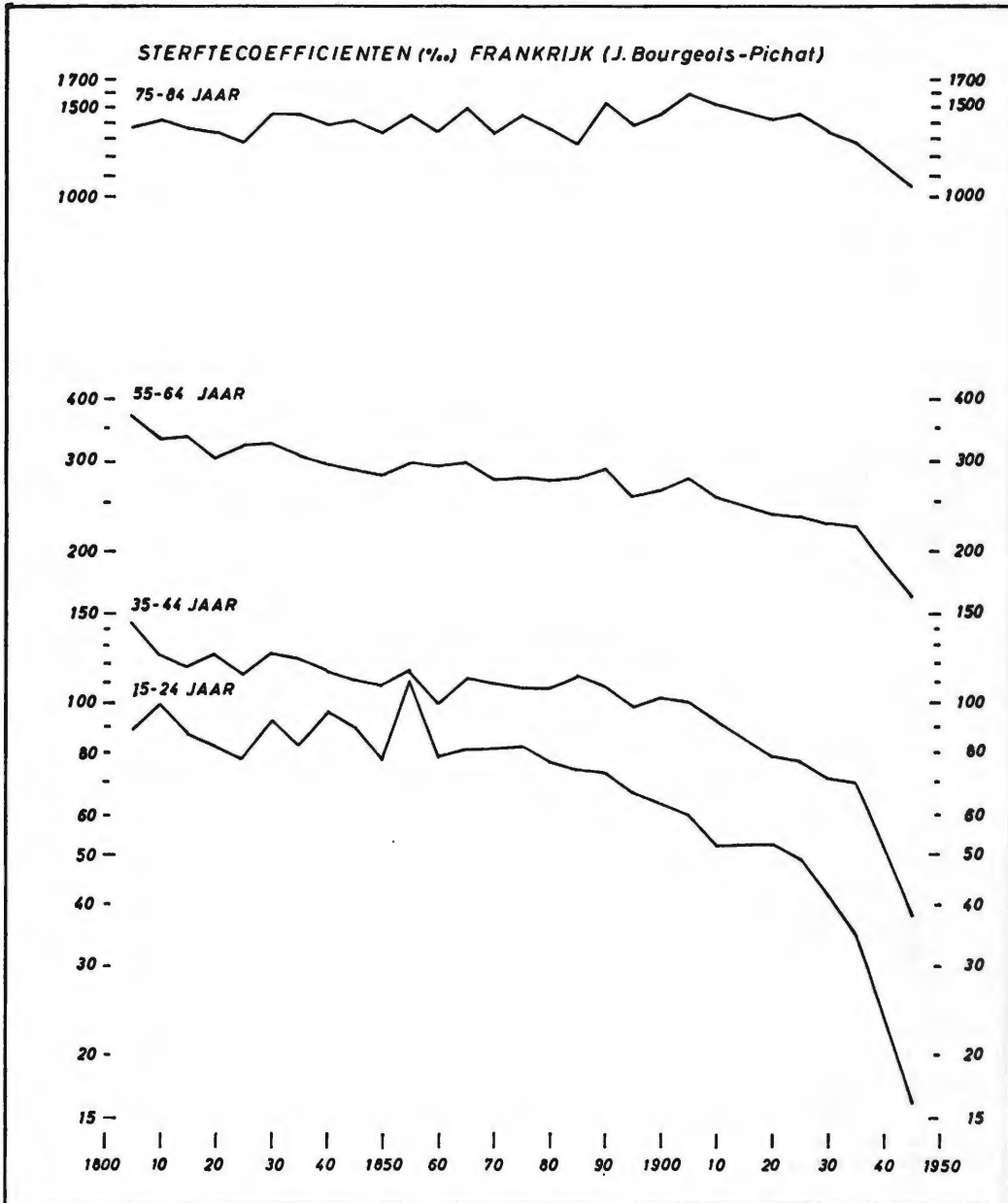
Alvorens deze ramingen m.b.t. de medische consumptie af te sluiten, willen we nog heel even terugkomen op de specifieke verzorgingssituatie van de behoeftigen en marginalen. Enkele steekproeven die voor het midden van de 19de eeuw werden uitgevoerd voor Gent en Brussel, laten namelijk uitschijnen dat de „huiszittende armen” op 2 à 4 (gratis) consultaties per persoon en per jaar konden rekenen⁵⁹. Dit zou m.a.w. een

(56b) De inkomensstaten voor het begin der 19e eeuw werden o.m. aangeduid door de prefekt van het Leiedepartement, van het Schelddepartement, van het departement Jemappes en van het departement der Twee-Nethen. Betreffende de recente gegevens, vgl. de studie van de KUL uit 1971 alsook de kostenramingen van de gezondheidszorg in verhouding tot de medische bezetting.

(57) Dit impliceert ten andere dat, net als thans in de derde wereld, ook voor de vrije beroepen lange tijd een belangrijke graad van ondertewerkstelling moet voorgekomen zijn. Zelfs in een land als Spanje worden vandaag de dag nog steeds 22 % van de medici door volledige werkloosheid bedreigd, terwijl het probleem van „sous-emploi” zich zelfs voor 45 % onder hen stelt (Y. LACOSTE, „Géographie du sous-développement”, Parijs, 1965, p. 101).

(58) J. FOURASTIE, „Le grand espoir...”, op. cit.

(59) Omgerekend aan de hand van het stedelijk „Memoriaal” voor Gent ; voor Brussel, zie „Journal de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacologie”, Brussel, 1850, pp. 26 en 214.



veelvoud hebben betekend in vergelijking met de gemiddelde waarden, die we berekenden. Anderzijds is het wel zo dat precies hun fysische handicaps vaak één van de redenen waren, waarom zij tot een bestendige staat van behoefteigheid waren vervallen.

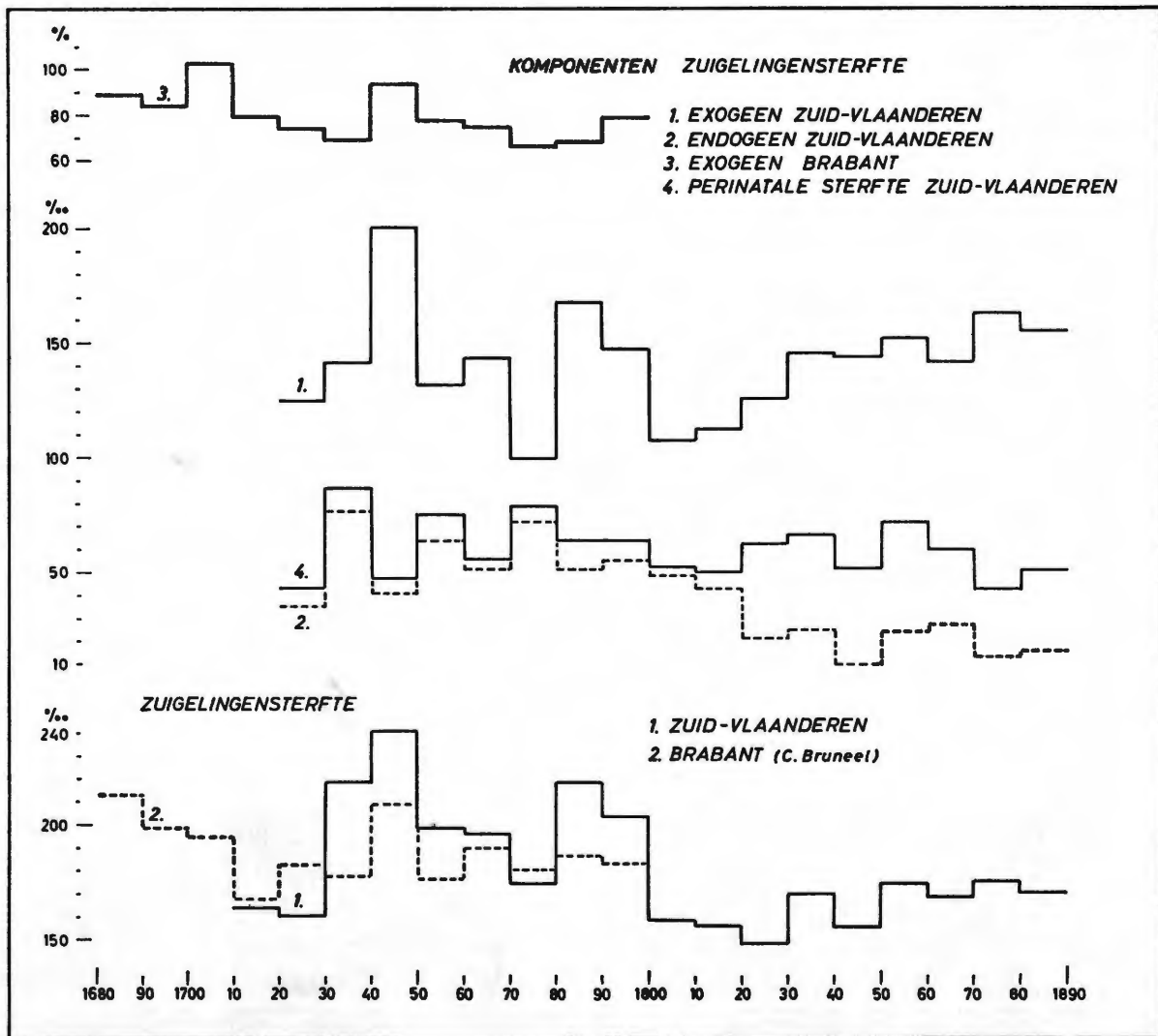
Een laatste punt uit deze bijdrage betreft tenslotte de eventuele impact van de medische verzorging. Vanaf wanneer en/of in welke mate heeft de medische consumptie een wezenlijke invloed kunnen uitoefenen op de gezondheid? In welke mate werd het sterftecijfer door de medicalisatie beïnvloed? Herhaaldelijk werden deze punten reeds in vraag gesteld en vaak werden hierop diametraal tegenover elkaar staande antwoorden gegeven. De meest recente opzoekingen stellen evenwel de reële impact van de medische sektor steeds meer in vraag⁶⁰. Ook onze eigen benaderingen, uitgewerkt aan de hand van enkele schattingen van de consumptie zelf, wijzen over het algemeen in dezelfde richting. Duidelijk komt dit tot uitdrukking bij een vergelijkend onderzoek van het sterftecijfer. Meer bepaald bij een overzicht van het sterfterisico per leeftijdsklasse valt namelijk pas een geleidelijke verbetering te noteren vanaf het derde kwart van de 19e eeuw (vgl. grafiek). Ruim een kwart tot een halve eeuw vóórdat de medische consumptie een ruimere toepassing begon te vinden, noteren we m.a.w. reeds de eerste symptomen van een verbeterde gezondheidstoestand. Het feit dat vooral voor de jong-aktieven het eerst een meldenswaardige daling van het sterfterisico voorkwam, laat er weinig twijfel over bestaan dat de verklaring eerder moet gezocht worden in zogenaamde „environmental factors”. In menig opzicht onderschrijven we dan ook het besluit dat eerder door A.S. Milward en S.B. Saul werd geformuleerd: „economic growth had a more direct effect on mortality by raising standards of nutrition, as well as through the discovery and transmission of medical knowledge...”⁶¹. Ook de contrasten in de sterfterisico's tussen stad en platteland wijzen er trouwens op dat de eigenlijke reperkussies van de medische verzorging eerder gering bleven tot en met het einde van de 19e eeuw⁶². Niettegenstaande de hogere medische bezetting bleven de meeste centra immers lange tijd ware haarden van besmetting. Alleen door inwijking vanuit het platteland had er een demografische groei plaats⁶³. Een volledige negatie van de invloed der medicalisatie lijkt echter omgekeerd ook overtrokken. Het feit alleen al dat het sterfterisico nagenoeg stabiel bleef omstreeks het begin der 19e eeuw en dit niettegenstaande de aantasting van de levensstandaard der doorsneebevolking en de slechtere huisvesting (vooral dan in de steden), wijst onder de

(60) A. SAUVY („Théorie générale de la population”, II, Parijs, 1954, p. 91) aarzde zelfs niet te stellen dat tot de 18e eeuw minstens evenveel mensen door medici gedood als gered werden.

(61) A.S. MILWARD - S.B. SAUL, „The economic development of Continental Europe, 1780-1870”, Londen, 1973, p. 133. Analoge bevindingen treffen we verder aan bij J. MATRAS, „Introduction to population. A sociological approach”, Prentice-Hall, 1977, p. 135.

(62) Cfr. P. BAIROCH, „Taille des villes, conditions de vie et développement économique”, Parijs, 1977, pp. 121-122.

(63) Een bijkomend bewijs voor de geringe impact van de medische sektor blijkt tevens uit de bijzonder laattijdige daling van de kraambdesterfte.



gegeven omstandigheden toch op een grotere doeltreffendheid van de verzorging⁶⁴. Daarbij konstateert men tevens een lichte daling van de zuigelingen- en kindersterfte van zodra de inenting tegen pokken (Jenner) ruimer bekend geraakte. Dit alles sluit niet uit dat reeds in de loop van de 19e eeuw een sterkere differentiële sterfte per sociale groep aan de orde begon te komen. De verbeterde medische opleiding en de verspreiding van bepaalde medische innovaties (o.m. vaccinatie, antisepsis, anesthesie) enerzijds, de toegenomen medische consumptie onder de topklassen anderzijds zorgden voor een verscherpte vorm van sociale ongelijkheid; „l'inégalité devant la mort" werd op dat ogenblik een reëel gegeven, dat in menig opzicht zou bijdragen tot het aanscherpen van de klassetegenstellingen⁶⁵. Deze sociale tegenstellingen inzake gezondheidszorg zullen ten andere slechts lang na de eeuwwisseling worden afgezwakt, en dit, van zodra ook de democratizing van de medische consumptie een volwaardig begrip is geworden.

Ons besluit kan kort zijn. Allereerst hebben we trachten aan te tonen dat de vraagstelling inzake historisch onderzoek, mits een maximale benutting van het beschikbare bronnenmateriaal, zelfs tot de meest specifieke onderwerpen kan worden uitgebreid. Indirekt kon tevens de sociale opgang van een type-groep binnen de tertiaire sektor belicht worden. Hierbij worden de gangbare economische processen, die slechts een matige verbetering laten voorzien bij een beperkte toename van het arbeidsrendement, volledig overhoop gehaald door de bijna grenzeloze groei van de behoeften en de consumptie. Dit brengt ons meteen in menig opzicht tot het negeren van de medische sektor als verklaringsvariabele voor het dalen van de sterfte en de volgehouden demografische expansie sinds het einde van het Ancien Régime. Alvast voor de doorsnee-bevolking bleef de graad van medicalisatie immers buitengewoon beperkt tot en met het einde van de 19e eeuw. Opvallend is ten andere de vaststelling dat de sterkste terugval van de sterftcijfers en de meest uitgesproken toename van de levensverwachting zich situeren tijdens de periode die net voorafgaat aan of samenvalt met een aanzet tot democratizing van de eerstelijnszorg. Op zijn minst roept dit dan wel bepaalde bedenkingen op t.a.v. de recente wildgroei inzake medische consumptie en de uitbouw van „zware" en onbetaalbare geneeskunde.

(64) J. LEONARD, op. cit., p. 12.

(65) A. SAUVY, op. cit., II, pp. 96-97; R. PRESSAT, „Démographie sociale", Parijs, 1971, p. 43.