

Wachten op ~~zorg~~

politieke aandacht

Transitie van wachtlijsten in de zorg naar de wachtlijstproblematiek van de zorg

Jochum Beetsma

Wachten op ~~zorg~~

politieke aandacht

Transitie van wachtlijsten in de zorg naar de wachtlijstproblematiek van de zorg

Masterscriptie Bestuur en Beleid

Jochum Beetsma

3276074

Begeleider: Paul 't Hart

Utrecht, 12-01-2014



Universiteit Utrecht



Hij is af. Paul, bedankt!

Samenvatting

De Nederlandse zorgsector kent al vanaf de jaren tachtig wachtlijsten. Mensen die voor niet acute zorg in aanmerking komen moeten wachten tot zij aan de beurt zijn en hun behandeling begint. Vlak voor de millenniumwisseling genieten deze wachtlijsten ineens veel politieke en publieke aandacht terwijl er in de omvang van die wachtlijsten geen grote veranderingen plaats hebben gevonden (SCP, 2001). Zo'n vier jaar later is het onderwerp weer van de politieke agenda verdwenen en ook hiervoor lijkt geen directe aanleiding in de omvang van de problematiek: de wachtlijsten zijn nog altijd omvangrijk. Dit onderzoek tracht inzicht te verkrijgen in hoe de politieke aandacht voor het de wachtlijsten in de zorgsector zich verhouden met de omvang van die lijsten.

Het onderzoek wordt langs twee lijnen uitgevoerd. Enerzijds wordt de ontwikkeling van de wachtlijsten in de Nederlandse zorgsector in de afgelopen twintig jaar in kaart gebracht. Hierin is de rol en de omvang van de wachtlijsten alsook de manier waarop ze zijn georganiseerd meegenomen. Anderzijds wordt een beeld geschetst van de ontwikkeling in politieke aandacht voor die wachtlijsten gedurende de afgelopen twintig jaar. Aandacht voor de wachtlijstproblematiek wordt op drie verschillende, maar gerelateerde agenda's onderzocht: de media-agenda door middel van het inventariseren van relevante krantenartikelen; de parlementaire agenda door een inventarisatie van parlementaire documenten met betrekking tot het onderwerp; en de beleidsagenda met behulp van een inhoudsanalyse van de miljoenennota's van 1993 tot 2013.

De resultaten van het onderzoek naar de rol en omvang van de wachtlijsten geven een warrig beeld. De registratie van de wachtlijsten is op zoveel verschillende manieren en door zoveel verschillende instanties uitgevoerd dat er geen harde conclusies mogelijk zijn over de ontwikkeling van de wachtlijsten. De conclusie van de NRC over de wachtlijstgegevens in 1999 geldt nog steeds: *'Het is een oerwoud'* (9-12-1999). De resultaten van het onderzoek naar de politieke aandacht voor de wachtlijstproblematiek levert daarentegen een zeer eenduidig beeld op: de drie agenda's vertonen allemaal een sterke piek in aandacht tussen 1999 en 2003. Zowel de opkomst als aftocht van de wachtlijsten als onderwerp van het publieke en politieke debat verloopt snel.

De issue-attention cyclus theorie van Downs (1972) en de Punctuated Equilibrium Theory (PET) van Baumgartner & Jones (1993) helpen de onderzoeksresultaten te duiden. Beide theorieën bieden inzicht in de relatie tussen de wachtlijsten en de politieke aandacht voor wachtlijstproblematiek. Zowel Downs als PET verwachten dat de problematiek al lange tijd bestaat voordat de politieke aandacht erop wordt gevestigd en dat die aandacht maar van korte duur is. Downs' issue-attention cyclus sluit naadloos aan op de empirische gegevens en stelt dat de ontwikkeling van politieke en publieke aandacht vrijwel losstaat van de feitelijke problemen. De oorzaak van de plotselinge aandachtspiek is een verhoogd verwachtingspatroon van burgers over het presteren van de overheid en de zorgsector. Het wegebben van diezelfde aandachtspiek wordt niet veroorzaakt omdat het probleem opgelost is of lijkt. In tegenstelling: het is de realisatie van de kosten om de wachtlijsten weg te werken die het einde van de verhoogde politieke aandacht inluidt. Tijdens de periode van verhoogde aandacht zijn er wel degelijk stappen ondernomen om de wachtlijsten weg te werken. De maatregelen hebben, grotendeels pas na het wegebben van de aandacht hun effect op de wachtlijstproblematiek: de wachtlijsten en wachttijden lijken af te nemen. Dit levert een paradoxaal beeld op van de relatie tussen de wachtlijsten in de zorgsector en de politieke aandacht die ze genieten. De ontwikkeling van de politieke aandacht beweegt vrijwel onafhankelijk van de omvang van de wachtlijsten terwijl de wachtlijsten zelf – op lange termijn – wel degelijk door de verhoogde politieke aandacht worden beïnvloed.

Inhoudsopgave

1 Wachtlijsten en wachtlijstproblematiek in de zorg	8
1.1 Aandacht voor wachtlijsten: een verhaal apart	8
1.2 Hoofdvraag van het onderzoek	9
1.3 Relevantie van de aandacht voor het wachten op zorg	9
1.4 Leeswijzer	10
2 Wachten op zorg: een korte geschiedenis	11
2.1 Wachtlijsten na de oorlog	11
2.2 Recente geschiedenis: drie momentopnamen	14
2.2.1 Wachtlijsten in de Gezondheidszorg anno 1995	14
2.2.2 Wachtlijsten in de gezondheidszorg anno 2004	16
2.2.3 Wachtlijsten in de gezondheidszorg anno 2013	20
2.3 Overzicht van de momentopnamen en wachtlijstgegevens	23
3 Denken over politieke aandachtsverdeling	27
3.1 Inleiding	27
3.2 Downs: de “issue-attention” cyclus	27
3.3 Punctuated Equilibrium Theory	31
3.4 Verschillen tussen de theorieën	34
4 Wachtlijsten als politieke zorg (1993-2012)	36
4.1 Media-aandacht	36
4.2 Parlementaire aandacht	40
4.3 Media- en parlementaire aandacht vergeleken	45
4.4 Beleidsprioritering	48
4.4.1 Methode van onderzoek	48
4.4.2 Resultaten ‘hoofdlijnen’	56
4.4.3 Resultaten prioriteiten binnen zorgbeleid	58
5 Analyse: aandachtscyclus of onderbroken evenwicht?	61
5.1 Een aandachtscyclus?	61
5.2 Een onderbroken evenwicht?	67
5.3 Vergelijking inzichten issue-attention cyclus en PET	74
6 Conclusie & Discussie	77
6.1 Ontwikkeling in wachtlijsten	77
6.2 Ontwikkeling in politieke aandacht voor wachtlijsten	80
6.3 Beantwoording van de hoofdvraag	82

6.4 Discussie en aanbevelingen voor vervolgonderzoek	85
<i>Literatuurlijst & Bronnen</i>	<i>88</i>
<i>Bijlagen</i>	<i>95</i>
Bijlage 1: Gegevens wachtlijsten in de zorg	95
Bijlage 2: Gegevens wachttijden in de zorg	96
Bijlage 3: Overzicht aantal parlementaire documenten per categorie	97
Bijlage 4: Verantwoording voor codering	99
Bijlage 5: Overzicht van relevante paragrafen miljoenennota's	104
Bijlage 6: Correlatie berekening	105

1 Wachtlijsten en wachtlijstproblematiek in de zorg

Minister Borst (VWS) stelt in 2001 dat de wachtlijstproblematiek in de zorgsector *'een verhaal apart is'*¹. Ze lijkt de wanhoop nabij, nu blijkt dat een miljardeninvestering de wachtlijsten in de zorg amper heeft doen teruglopen (Kenis, 2001). Het aanpakken van de wachtlijsten in de zorg lijkt anno 2001 een nieuwe episode te worden in een lange traditie van 'onvermogen van de overheid'. Maar het feit dat de overheid niet in staat is om een omvangrijk sociaal probleem in een aantal jaar op te lossen is nauwelijks opmerkelijk (Pressman & Wildavsky, 1984). Eerder is het opvallend dat de wachtlijsten in de zorg juist rond de millenniumwisseling als zo'n groot probleem worden gezien dat kosten noch moeite gespaard worden om ze weg te werken. Waarom op dat moment? Een mogelijke verklaring kan liggen in de recente opkomst van het probleem, maar wachtlijsten in de zorg bestaan dan al minstens tien jaar (SCP, 2002). De wachtlijstproblematiek verdwijnt een aantal jaren later van de politieke agenda. Het moment dat het issue van de agenda verdwijnt is al even opmerkelijk als haar opkomst enige jaren eerder. In 2005 stelt het SCP: *'de aandacht van beleidsmakers voor de wachtlijsten lijkt afgenomen. [...] Blijkbaar vindt men de wachtlijsten tot een aanvaardbaar niveau gedaald'* terwijl in hetzelfde rapport duidelijk wordt dat de wachtlijsten voor curatieve zorg qua omvang 6% zijn geslonken ten opzichte van 2001 (p. 146)². De wachtlijsten bestaan in 2005 nog altijd, desondanks verdwijnt het onderwerp dan van de politieke agenda (Volkskrant, 17-11-05). Hoe kan dit? Als niet de omvang van de wachtlijsten de politieke aandacht voor het onderwerp bepaalt, welke factoren bepalen dan de aandacht voor de problematiek en hoe verhouden die zich tot de werkelijke situatie in de samenleving? De afgelopen jaren is het relatief rustig rondom de wachtlijsten in de zorg maar meer recent is het onderwerp weer opgedoken in media en landelijke politiek (Trouw, 29-09-2013; NRC, 12-10-2013; vragenuurtje, 1-10-2013). Tegelijkertijd wordt in 2012 voor het eerst sinds de millenniumwisseling weer macrobudgettering ingezet om de zorgkosten binnen de perken te houden. Is dit aanleiding voor nieuwe wachtlijsten of een golf van politieke aandacht voor de wachtlijstproblematiek?

1.1 Aandacht voor wachtlijsten: een verhaal apart

Uit bovenstaande wordt duidelijk dat niet zozeer de wachtlijsten zelf als wel de ontwikkeling van de politieke aandacht voor het onderwerp een verhaal apart is. De politieke aandacht voor het fenomeen lijkt vrijwel los te staan van het bestaan of verdwijnen van de feitelijke wachtlijsten. Als dat echt het geval is roept dat de vraag op hoe de ontwikkeling in politieke aandacht dan kan worden verklaard. Tegelijkertijd kweekt het een bezorgde nieuwsgierigheid naar de ontwikkeling van de feitelijke wachtlijsten of wachttijden nu en in de toekomst. Het onderwerp staat anno 2013 weliswaar hoger op de politieke agenda dan voorgaande jaren, vergeleken met de aandacht tijdens voor de eeuwwisseling lijkt dit in het niets te vallen. De geringe politieke aandacht voor het onderwerp hoeft, zo blijkt uit het bovenstaande, niet per se te betekenen dat er niet op zorg wordt gewacht. Sterker nog, door demografische en technologische ontwikkelingen is de vraag naar zorg de afgelopen tien jaar verder gegroeid en dit zal in het komende decennia niet anders zijn (SER, 2012: 16). Aangezien wachtlijsten een gevolg zijn van discrepantie tussen de vraag naar zorg en het aanbod aan zorg, werkt een groeiende vraag wachtlijsten in de hand (Vissers, 2000; geciteerd in Kenis, 2001). Gecombineerd met budgettering in de zorg lijken alle ingrediënten voor wachtlijsten weer aanwezig in de zorgsector (Volkskrant, 14-11-2011). Met een mogelijke terugkeer van wachtlijsten in de zorgsector is het des te belangrijker om een

¹ Interview in 'Den Haag Vandaag' op Nederland 3 op 7 juni 2001.

² Van 147.700 mensen in 2000 tot 139.200 mensen in 2003.

beter begrip te krijgen van de ondoorzichtige relatie tussen de problematiek en de politieke aandacht die het thema krijgt. Dit onderzoek poogt dan ook meer te leren over de relatie tussen de feitelijke wachtlijsten en de politieke aandacht voor de wachtlijstproblematiek.

1.2 Hoofdvraag van het onderzoek

Het ogenschijnlijke gebrek aan een verband tussen de lengte van de wachtlijsten en de politieke aandacht voor het fenomeen is aanleiding voor een onderzoek langs twee lijnen. Allereerst wordt onderzocht hoe de wachtlijsten en wachttijden zelf in de afgelopen 20 jaar zijn ontwikkeld. Dit leidt tot de volgende vraag:

Hoe kan de ontwikkeling van de wachtlijsten in de zorg in de afgelopen 20 jaar worden begrepen?

Ten tweede wordt gekeken hoe de politieke aandacht voor het onderwerp ‘wachtlijsten in de zorg’ zich de afgelopen 20 jaar heeft ontwikkeld. De vraag die daarin centraal staat is:

Hoe kan de ontwikkeling van de politieke aandacht voor wachtlijsten in de zorg in de afgelopen 20 jaar worden begrepen?

Met het in kaart brengen van beide ontwikkelingen is het vervolgens mogelijk om die bevindingen naast elkaar te leggen en zo de hoofdvraag van dit onderzoek te beantwoorden:

Hoe kan de relatie tussen de ontwikkeling van de wachtlijsten en de ontwikkeling van de politieke aandacht voor die wachtlijsten worden begrepen?

1.3 Relevantie van de aandacht voor het wachten op zorg

Beantwoording van de hoofdvraag is relevant, en wel om drie redenen. Allereerst biedt het onderzoek inzicht in de empirische materie. Een onderzoek naar de wachtlijsten in de zorg en de politieke aandacht daarvoor kan een bijdrage leveren aan het debat over de organisatie van de zorgsector. Hoewel wachtlijsten op dit moment niet een zeer prominente rol hebben in het debat, is het onzeker of dit in de toekomst zo blijft³. Meer begrip voor de relatie tussen de dynamiek van het wachten op zorg en de politieke aandacht ervoor kan wellicht het probleem in de toekomst helpen voorkomen.

Ten tweede kan dit onderzoek op een meer algemeen niveau inzicht bieden in de relatie tussen problemen in de Nederlandse samenleving en de aandacht die al dan niet voor die problematiek bestaat. Het verwijt dat de politiek haar ogen sluit voor prangende maatschappelijke vraagstukken heeft in de afgelopen decennia afbreuk gedaan aan het vertrouwen in de politiek. Meer inzicht in de dynamiek tussen samenleving en politiek kan een bijdrage leveren aan het herstel van dat vertrouwen.

Ten derde kan dit onderzoek een bijdrage leveren aan het wetenschappelijke debat over besluitvorming en *agenda-setting* in de politiek. Binnen het huidige onderzoek naar agenda-setting in politieke systemen ligt de nadruk op het gebruik van een *aggregate method*, waarbij begrotingsgegevens van alle ministeries met elkaar worden vergeleken (Baumgartner et al., 2006; Jones & Baumgartner, 2012). Dat brengt beperkingen met zich mee: ‘One limitation of the aggregate method is that it underemphasises

³ Getuigen hiervan zijn het onderzoek van het CPB naar de rol die wachtlijsten kunnen spelen in het beheersen van de zorgkosten(2012) en de ingezette volumebeheersing in het Hoofdlijnenakkoord 2014-2017.

the specific characteristics of individual policy punctuations' (John & Bevan, 2010: 3). De case 'wachlijsten in de zorg' onderzoekt juist een piek in de politieke aandacht voor een onderwerp in al haar facetten. Deze meer kwalitatieve benadering kan inzichten uit de kwantitatieve onderzoeken aanvullen (Jones & Baumgartner, 2012: 13). Dit onderzoek poogt dus een bijdrage te leveren aan: 1) het maatschappelijke debat over wachlijsten in de Nederlandse zorgsector; 2) het inzicht in de relatie tussen maatschappelijke problemen en de politieke aandacht voor die problemen; en 3) het wetenschappelijke inzicht in beleidsvorming en agenda-setting door toepassing van de daar ontwikkelde theorieën op een specifieke case.

1.4 Leeswijzer

Om bovenstaande vragen op een logische wijze te beantwoorden, is de rest van dit onderzoeksverslag opgebouwd in vijf hoofdstukken. In hoofdstuk twee wordt ingegaan op de eerste subvraag: de ontwikkeling van de wachlijsten in de zorgsector. Hier wordt inzicht gegeven in de geschiedenis van de wachlijsten, de feitelijke omvang van de wachlijsten en de vorm die het wachten op zorg aanneemt. Hoofdstuk drie geeft een overzicht van de relevante literatuur over de ontwikkeling van politieke aandacht voor onderwerpen. Zowel de verdeling van aandacht tussen onderwerpen – agenda setting – als verdeling van aandacht en prioriteiten binnen een onderwerp worden hier behandeld. Het vierde hoofdstuk besteedt aandacht aan de onderzoeksresultaten over de politieke aandacht voor de wachlijstproblematiek. Hier wordt gekeken hoe het onderwerp zich op drie aparte, maar onderling afhankelijke agenda's heeft ontwikkeld: de media-agenda, de parlementaire agenda en de regeringsagenda. Voorafgaand de resultaten wordt per agenda de methodiek uiteengezet. Met behulp van een kwantitatieve analyse van krantenartikelen en parlementaire documenten wordt de aandacht voor het onderwerp in grote lijnen duidelijk. Met behulp van een inhoudsanalyse van miljoenennota's wordt een meer gedetailleerd beeld geschetst van de dynamiek die de aandacht voor wachlijsten heeft bepaald. In hoofdstuk vijf worden de bevindingen van het voorgaande hoofdstuk aan de theorieën uit de literatuur gekoppeld. Met deze analyse wordt duidelijk hoe de ontwikkeling van de politieke aandacht voor de wachlijsten in de zorg kan worden begrepen. In het afsluitende hoofdstuk wordt de hoofdvraag beantwoord door de voorgaande bevindingen naast elkaar te leggen. Naast dat in de conclusie de bevindingen op een rij worden gezet, wordt stilgestaan bij de impact van de uitkomsten op de literatuur en het huidige debat over de organisatie van de zorgsector en worden een aantal suggesties voor toekomstig onderzoek gedaan.

2 Wachten op zorg: een korte geschiedenis

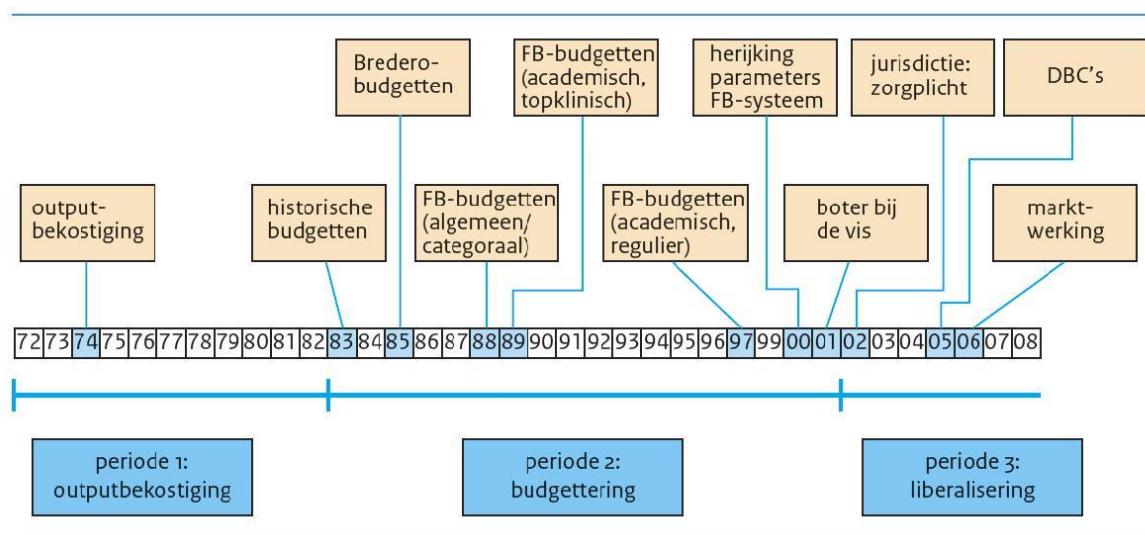
In dit deel wordt uiteengezet op welke manier de gezondheidszorg in Nederland te kampen heeft gehad met wachtlijsten. Gedurende de twintigste eeuw is de overheid zich meer en meer gaan bemoeien met de beschikbaarheid, de kwaliteit en de organisatie van zorg. Allereerst zal een beknopt overzicht van de wachtlijsten in de gezondheidszorg vanaf de Tweede Wereldoorlog tot begin jaren negentig worden gegeven om zo de context te schetsen waarbinnen de meer recente ontwikkelingen hebben plaatsgevonden. Vervolgens zal op drie punten – 1995, 2004 en 2013 – een meer uitgebreide beschrijving worden gegeven van de mate waarin wachtlijsten een rol spelen in het zorgstelsel en hoe zij zijn georganiseerd. Tot slot wordt een overzicht geschetst van de verschillen en overeenkomsten tussen de drie momentopnamen en zullen de wachtlijst- en wachttijdgegevens die beschikbaar zijn op een rijtje worden gezet.

2.1 Wachtlijsten na de oorlog

Vanaf de Tweede Wereldoorlog heeft de overheid zich op verschillende manieren, maar doorgaans steeds sterker, bemoeit met de gezondheidszorg. In de overheidsbemoeienis staan de bekostiging, de verzekering en de organisatie van de gezondheidszorg centraal.

Invoering ziekenfonds en wederopbouw

De Duitse regering voert in 1941 de Ziekenfondswet in, waardoor deelname aan een ziekenfonds voor een groot deel van de bevolking verplicht wordt. Werknemers met een inkomen onder een bepaalde grens moeten in het ziekenfonds deelnemen. Hierdoor stijgt het percentage van de bevolking dat in het ziekenfonds zit van 40% naar 70% (Juffermans, 1982: 149). Bij invoering wordt ook de verpleging in een ziekenhuis opgenomen in het pakket. Nu meer mensen verzekerd zijn, groeit de vraag naar zorg na de Tweede Wereldoorlog exponentieel; mensen kunnen het nu, via het ziekenfonds, betalen om naar de dokter te gaan. Omdat de capaciteit van artsen en ziekenhuizen niet evenredig meegroeit ontstaat er een spanning tussen vraag en aanbod. Hierdoor kan niet iedereen de zorg krijgen waar hij of zij recht op heeft (SCP, 1998: 298). Met name in de ziekenhuizen is er sprake van een tekort, mede door een verschuiving in de epidemiologie. Waar eerst voornamelijk acute infectieziekten de vraag naar zorg veroorzaakten, verschijnen steeds meer chronische ziekten en aandoeningen die sterk met de levensstijl van de patiënt samenhangen. De toename van kanker en hart- en vaatziekten zijn hier een goed voorbeeld van (SCP, 1998). Deze 'nieuwe' ziekten zijn lastiger te diagnosticeren en te behandelen. De apparatuur en het aantal specialisten dat daarvoor nodig is zorgen in de jaren zestig voor een gigantische stijging in de kosten voor de gezondheidszorg (van Montfort et al., 1979; SCP, 1998). Een samenloop van de toenemende vraag door de Ziekenfondswet, de beperkte capaciteit door de wederopbouw na de oorlog en ontwikkelingen in het ziektebeeld zorgen in de jaren '50 voor het eerst voor wachtlijsten in de zorg. De wachtlijsten blijven tot in de zeventiger jaren bestaan maar zij waren geen onderwerp van discussie. In de jaren '70 stegen de kosten namelijk zo snel, dat alle aandacht uitging naar het in bedwang houden van de financiën.



Figuur 2.1: globaal overzicht van organisatie van de gezondheidszorg 1972-2008 uit Blank & Eggink 2011

Globaal kunnen in de organisatie van de gezondheidszorg vanaf de jaren zeventig drie fasen worden onderscheiden (zie figuur 2.1). Een periode van 'outputbesteding' in de zeventiger jaren, een periode van budgettering in de jaren tachtig en negentig en vanaf de eeuwwisseling een periode van liberalisering die tot op de dag van vandaag loopt. Naar zal blijken heeft de manier waarop de zorg op macroniveau is georganiseerd grote invloed op wachtlijsten en de kosten van de gezondheidszorg. We gaan kort in op de eerste twee fasen.

Overheidssturing op output gezondheidszorg

Tot 1970 bezat de overheid vrijwel geen sturingsmechanismen op de ontwikkeling van de zorgsector. Dit leidt tot een volumestijging van 5,5% en een kostenstijging van 13% per jaar (Tweede Kamer, 1973/1974: 18). Daarom stelt de overheid begin jaren zeventig wetten op om meer sturing te krijgen op het volume en de kosten van ziekenhuisopnamen. In 1971 wordt de Wet Ziekenhuisvoorzieningen aangenomen, waarbij een overheidsorgaan – het College Bouw – toeziet op het uitbreiden van de capaciteit door nieuwbouw of verbouw van ziekenhuizen (SCP, 1998). Op deze manier kan de politiek bepalen hoeveel bedden, operatiezalen en dergelijke een bepaald ziekenhuis mag gebruiken. Zo wordt ernaar gestreefd de volumestijging aan banden te leggen. Tegelijkertijd worden afspraken gemaakt over de tarieven die zorgverleners mogen hanteren, het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven ziet hierop toe. Ziekenhuizen worden betaald naar de omvang van hun productie, welke bestaat uit het aantal verpleegdagen, het aantal en type operaties en het aantal laboratoriumonderzoeken (Blank & Eggink, 2011). De berekening van de output verloopt per afdeling, waardoor het niet mogelijk is om met budgetten te schuiven. Dit zorgt voor rigiditeit en een omvangrijke regelgeving. Tegelijkertijd bezit de outputbesteding een "open-einde karakter: het volume van de productie stond niet ter discussie" (Blank & Eggink, 2011: 19). Alle verleende zorg wordt vergoed. Het lukt dan ook niet goed om de kosten in de zorg aan banden te leggen: ze verdubbelen tussen 1975 en 1985.

Budgettering in de zorg

In 1983 wordt voor een groot aantal ziekenhuizen de budgettering ingevoerd. In plaats van de kosten te vergoeden krijgen ziekenhuizen een budget toegewezen waarmee zijn hun productie moeten leveren (Montfort, 1992). De invoering van de budgettering verloopt gefaseerd: aanvankelijk berusten de

budgetten voor het overgrote deel op de kosten van de jaren ervoor. Gaandeweg wordt steeds meer gekeken naar drie componenten waaruit de zogeheten 'Bredero-systematiek' bestond (Blank & Eggink, 2011: 20):

- De capaciteit; bepaald door het aantal bedden en specialisten
- De productie; afhankelijk van het aantal opnamen, dagopnamen, eerste polibezoeken en verpleegdagen
- Locatie; afhankelijk van de erkende capaciteit en vraag in de omgeving van de instelling

Daarnaast wordt de Wet tarieven gezondheidszorg geleidelijk uitgebreid tot een zeer gedetailleerd overzicht van prijsvoorschriften. Hoewel de overheid door middel van deze wetten meer grip krijgt op de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg, levert de regelgeving ook veel bureaucratie en complexiteit op. De gedetailleerde tarifiering medio jaren tachtig doorkruisen veelal het dagelijks functioneren van de zorginstellingen. En ook de Wet Ziekenhuisvoorzieningen kent onbedoelde neveneffecten: "Het stuurvermogen, het vermogen effectief en gericht invloed aan te wenden om de eigen voorkeuren te realiseren, de realisatiemacht, nam voor bijna alle spelers af, maar de capaciteit om te belemmeren en te verhinderen groeide" (Baakman 1990: 216). De overheid is voor het uitvoeren van de herstructurering van de gezondheidszorg afhankelijk van de sector zelf, welke zich verzetten tegen de overheidsbemoeienis en regelzucht (van der Grinten, 1997). De onderlinge afhankelijkheid, tegenstrijdige belangen en de groeiende capaciteit om elkaar tegen te werken leidt ertoe dat "de poging tot ingrijpende herstructurering van de sector mislukt" (SCP, 1998: 327). De groeiende kosten van de zorgsector kunnen mondjesmaat aan banden worden gelegd door de productie te beperken. Het logische gevolg is dat er weer spanning ontstaat tussen vraag en aanbod: wachtlijsten.

Wederom worden de groeiende wachtlijsten niet als voornaamste probleem gezien. Men wil meer koppeling tussen ziekenhuisfuncties en het budget, wat leidt tot de invoering van de functiegerichte budgettering in 1988. Hierdoor verdwijnt de historische component volledig uit de budgetten. De zorgverzekeraars krijgen een rol in het bepalen van de productie van een ziekenhuis: zij maken afspraken over onder andere het aantal opnamen en verpleegdagen. De totale kosten van de zorg – het macrobudget – wordt vastgesteld in het Budgettair Kader Zorg (BKZ) dat onder het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport valt. Het BKZ wordt uit de zorgpremies betaald en vastgesteld door het kabinet. Hierdoor is de overheid voor het eerst in staat om de kosten van de zorg effectief te beperken (SCP, 2002: 281). De beteugeling van de uitgaven aan de gezondheidszorg is logischerwijs niet zonder gevolgen voor het productievolume. In de praktijk heeft dit twee gevolgen. Allereerst loopt de productie (het zorgaanbod) niet in de pas met de stijgende vraag naar zorg. Het aantal plaatsen voor medisch specialisten wordt bevroren en onder druk van bezuinigingen wordt het BKZ krap afgesteld (Blank & Eggink: 2011). Dit leidt ertoe dat de wachtlijsten in 1989 al ongeveer op hetzelfde niveau waren als in 2001: ongeveer 160.000 mensen. (SCP, 2002: 283) Om aan druk tussen de budgettering en de oplopende vraag te ontsnappen maken veel ziekenhuizen gebruik van de 'fusiebonus'. De functiegerichte budgettering gunt een hogere vergoeding per opname voor grote ziekenhuizen. De beredenering is dat grotere ziekenhuizen meer intensieve, specialistische zorg kunnen bieden en dus duurdere patiënten aantrekken. In praktijk leidt de regeling tot een sterke toename in het aantal fusies: het aantal ziekenhuizen neemt in tien jaar met bijna één derde af.

2.2 Recente geschiedenis: drie momentopnamen

De meer recente ontwikkelingen in de (curatieve) zorgsector worden in deze paragraaf beschreven. Dit wordt gedaan door drie meetpunten – 1995, 2004 en 2013 – met elkaar te vergelijken. Voor elk van deze jaren wordt bij de volgende vragen stilgestaan:

- Zijn er wachtlijsten in de gezondheidszorg?
- Hoe en op welk niveau zijn deze wachtlijsten georganiseerd?
- In welke mate wordt dit als een probleem gezien?
- Welke oorzaken worden aangedragen voor het bestaan van de wachtlijsten?

2.2.1 Wachtlijsten in de Gezondheidszorg anno 1995

Schaarste in de zorg: wachtlijsten als oplossing?

Door de budgettering wordt het aanbod van zorg sinds 1988 effectief aan banden gelegd. De vraag naar zorg blijft, gestuwd door een aantal exogene oorzaken, ongestoord groeien. De schaarste die ontstaat aan de aanbodkant kan niet, zoals bij een gewone markt, worden opgelost door hogere kosten of het uitbreiden van de capaciteit. De prijzen liggen immers vast en ook het volume wordt door de overheid bepaald ten einde de zorgkosten in de hand te houden. Anderzijds is de vraag naar zorg moeilijk te verminderen, zeker op korte termijn. De wetgeving in Nederland geeft de burgers recht op zorg. Het resultaat van de spanning tussen aanbod en vraag in de zorgsector is het ontstaan van wachtlijsten (SCP, 1998). Een wachtlijst is een *'overzicht van cliënten die in het bezit zijn van een geldig indicatiebesluit, maar bij wie de geïndiceerde zorg nog niet (volledig) van start is gegaan'* (NIZW, 2000). Zorginstellingen zoals ziekenhuizen merken al enige jaren het effect van de kosten- en volumebeheersing: de spanning tussen vraag en aanbod neemt steeds verder toe. Artsen en specialisten moeten steeds vaker kiezen tussen patiënten die allemaal in aanmerking komen voor een behandeling. De beperkte capaciteit voor operaties wordt voor een groot deel bezet door spoedgevallen en mensen met ernstige klachten. Mensen met aandoeningen die als niet-acuut worden beoordeeld belanden daarop op zo'n wachtlijst. Zij hebben nog steeds recht op zorg, maar moeten wachten tot ze aan de beurt zijn. De wachtlijsten lijken dus het gevolg van 1) beperking van het aanbod van zorg door volume- en kostenbeheersing; 2) de toenemende vraag naar zorg door exogene ontwikkelingen; en 3) het gegeven dat iedereen in Nederland recht heeft op zorg. Iedereen heeft recht op zorg zodat er niet voor kan worden gekozen om mensen gewoonweg niet te behandelen. Maar omdat niet iedereen behandeld kan worden komen mensen die bij de afweging van een specialist aan het kortste eind trekken op een lijst te staan. Zij dienen te wachten tot ze aan de beurt zijn. Zo is de wachtlijst een oplossing voor de spanning tussen aanbod, vraag en het recht op zorg. Iedereen houdt het recht op zorg, alleen op een later tijdstip. Er gaan enkele geluiden op dat de wachttijden te lang zouden zijn (Nivel, 1994). Tegelijkertijd wordt het nut en de noodzaak van wachtlijsten, ten behoeve van kostenbeheersing en efficiëntie, benadrukt (NRC handelsblad, 14-04-1994).

Organisatie van het wachten

In 1995 zijn er voor vrijwel alle electieve behandelingen in vrijwel alle ziekenhuizen wachttijden. De lengte van de wachttijd en wachtlijst verschilt sterk per behandeling en ziekenhuis. Zo kennen de specialismen plastische chirurgie, oogheelkunde en orthopedie exceptioneel lange wachttijden (SCP, 2002). Maar betrouwbare informatie over de wachttijden is niet beschikbaar, zo concludeert ook de

minister van VWS: *“Cijfers over wachtlijsten hebben een beperkte informatieve waarde. Hoewel een groot aantal cijfers en feiten over wachtlijsten bestaat, constateer ik dat de beschikbare gegevens in veel gevallen onvolledig en onbetrouwbaar zijn”* (Kamerstuk 25170-1: 4). Onderlinge vergelijking is dus amper mogelijk en van het doorsturen van patiënten is al helemaal geen sprake. Patiënten willen meestal ook helemaal niet doorverwezen worden, zij willen behandeld worden in het ziekenhuis dat zij kennen, door de arts die zij kennen (Volkskrant, 20-05-2000). Als een patiënt door de huisarts wordt doorverwezen naar een ziekenhuis wordt er amper gekeken naar wachttijden. Men komt gewoon bij het ziekenhuis in de buurt uit en komt daar op een lijst te staan. Zo kan gesteld worden dat er sprake is van een wachtlijstprobleem op instellingsniveau. Als de patiënten beter over de verschillende instellingen verdeeld zouden worden kan de wachttijd aanzienlijk teruglopen. Tegelijkertijd zijn de wachtlijsten een integraal onderdeel van de curatieve gezondheidszorg geworden. Zo stelt de regering dat wachtlijsten *“ertoe bijdragen dat de beschikbare capaciteit bij normale fricties tussen vraag en aanbod eerlijk, effectief en efficiënt wordt aangewend* (Kamerstuk 25170-1: 4). Ook helpen de lijsten de kosten te beperken doordat de schaarste artsen en specialisten dwingt tot het maken van keuzes. Ten derde zorgen wachtlijsten ervoor dat de zorgverlening beter te plannen is, wat leidt tot een hogere efficiëntie (Kamerstuk 25170-1). Patiënten die op een wachtlijst staan dienen rustig af te wachten, tot zij gebeld worden om een behandeling in te plannen. Hoe lang dat duurt is veelal onduidelijk, zowel voor de arts als de patiënt.

Wachtlijsten als gegeven, kiezen als probleem.

Het debat over wachtlijsten richt zich in 1995 meer op de vraag hoe deze gevuld dienen te worden en niet zozeer op de vraag of wachtlijsten wel moeten bestaan. De oplopende wachttijd leidt tot de vraag op basis van welke factoren mensen aanspraak kunnen maken op zorg. In 1992 heeft de commissie-Dunning het debat over prioritering van patiënten in de zorg al aangezwengeld. Moet er enkel op basis van de medische indicatoren (ernst of stadium van de aandoening) worden geselecteerd, of spelen ook andere factoren mee (Commissie-Dunning, 1992)? Er zijn verschillende groepen die voor het laatste pleiten. Zo draagt bijvoorbeeld de Raad van Centrale Ondernemingen (RCO) aan om werknemers voorrang te geven, ten einde het ziekteverzuim in te perken (RCO, 1994). Dergelijke *wachtlijst-omzeilende-initiatieven* brengen een verhitte discussie op gang over gelijkheid en toegankelijkheid in de zorg, die nog een aantal jaren voort zal duren (Kamerstuk 25170). Tegelijkertijd rijst de vraag in hoeverre artsen in staat zijn een professionele afstand te bewaren als collega's, vrienden of familie op een lange wachtlijst dreigen te belanden (Rigter, 1986; Bol, 2001; Borst-Eilers & Musschenga 1994).

Oorzaken van de wachtlijsten

De wachtlijsten worden anno 1995 nog niet direct gezien als een gevolg van de budgettering. Dit blijkt enerzijds uit de vaststelling van het BKZ in het regeerakkoord. Daarin is vastgelegd dat het BKZ jaarlijks met 1,3% zal worden verruimd omdat *“de sector van jaar op jaar, rekening houdend met de demografische ontwikkeling, verzekerd moet zijn van voldoende ruimte voor volumegroei”* (Regeerakkoord 1994: bijlage Volksgezondheid). Er wordt hier dus vanuit gegaan dat er geen problematische spanning is tussen vraag en aanbod. Anderzijds rapporteert de Minister van VWS in 1996 over de oorzaken van de wachtlijsten het volgende (Kamerstuk 25170-1: 5):

Factoren aan aanbodzijde	Factoren aan vraagzijde
Nieuwe Medisch-technische mogelijkheden	Veranderende aard en samenstelling van bevolking
Verruiming van de indicatiestelling	Voorkeuren van patiënten voor een bepaalde hulpverlener of instelling
Mate van samenwerking tussen en binnen instellingen	Mondigheid van patiënten
De mate waarin capaciteit efficiënt wordt benut	
Samenwerking tussen eerste en tweede lijn en de bedrijfsartsen	
Werkstijl van zorgverleners	

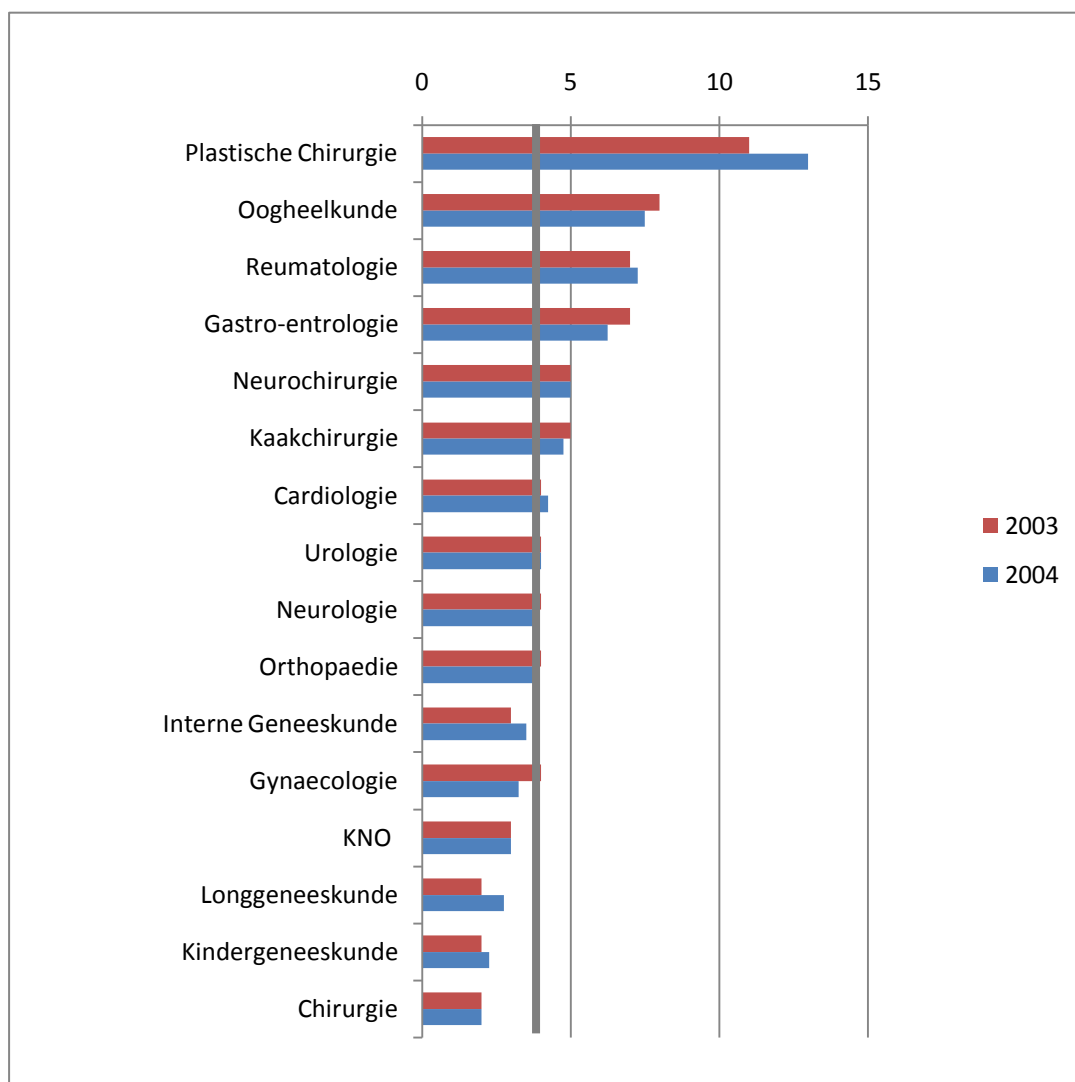
Tabel 2.1: overzicht van oorzaken van de wachtlijsten. Bron: Kamerstuk 25170-1: 5

De wachtlijsten worden niet direct aan de kostenbeheersing gerelateerd. Sterker nog, het kabinet stelt dat als gevolg van de demografische ontwikkeling en de ontwikkelingen in de medische technologie *'kostenbeheersing echter een noodzakelijk onderdeel van het beleid blijft'* (Regeerakkoord 1994: bijlage volksgezondheid). Daarnaast leiden de jarenlange budgetoverschrijdingen die de zorgsector kent, ertoe dat de overheid inzet op *"een strak programma van volumebeheersing en kostenbeperking waarmee in 1995 zal worden gestart"* (Regeerakkoord 1994: Volksgezondheid). Met andere woorden: kostenbeheersing in de zorg houdt prioriteit. Het wegwerken van de wachtlijsten wordt in 1996 voor het eerst besproken en dan nog niet gerelateerd aan de volume- en kostenbeheersing.

2.2.2 Wachtlijsten in de gezondheidszorg anno 2004

Wachtlijsten als persistent probleem

Vanaf 1999 is het wegwerken van de wachtlijsten en het verminderen van wachttijden in de zorg een *hot topic*. Ondanks al de aandacht die vanuit de overheid en de zorgsector aan het *probleem* wachtlijsten is gegund, zijn er nog altijd wachtlijsten. Voor de curatieve zorg geldt dat er in januari 2004 126.700 mensen wachten op een poliklinische behandeling of dagbehandeling, tegenover de 147.000 in 2000 (SCP, 2005). De gemiddelde wachttijd is teruggelopen vanaf 2000, al voldoet nog altijd meer dan de helft van de specialismen niet aan de vastgestelde Treeknormen (Prismant, 2004a). In figuur 2.2 is weergegeven wat de gemiddelde wachttijd is van de verscheidene specialismen. Daarbij is gekeken naar de verwachte gemiddelde wachttijd voor een eerste bezoek aan de polikliniek. De Treeknorm daarvoor is vier weken. In 2004 zitten 8 van de 16 specialismen boven of op de vastgestelde norm van vier weken. Dat houdt in dat voor de helft van de specialismen de gemiddelde wachttijd onaanvaardbaar lang is (Prismant, 2004a). Het gemiddelde van alle specialismen is met 3,7 weken net onder de maximaal toegestane wachttijd. Er zijn nog altijd grote verschillen in wachttijden per specialisme en ziekenhuis. De toename in productie is dus niet in staat het probleem van de wachtlijsten en wachttijden in de zorg helemaal weg te werken (Kenis, 2001). De conclusie dat meer middelen niet per se leidt tot kortere wachttijden werd al in 2001 getrokken: *'op basis van de beschikbare data [is] geen algemeen verband te vinden tussen het aantal wachtenden per regio en afzonderlijke factoren zoals beschikbare capaciteit, het beschikbare budget of het aantal onvervulde vacatures in de regio'* (Taskforce aanpak wachtlijsten 2001, 2000).



Figuur 2.2: overzicht van gemiddelde wachttijd voor 1^e bezoek polikliniek 2003 en 2004.

Het registreren van wachttijden

Door de politieke aandacht voor wachtlijsten in de zorg wordt er sinds 1998 getracht de wachttijden en wachtlijsten systematisch te registreren. Dit was zelfs één van de opdrachten voor het platform aanpak wachtlijsten curatieve zorg (Kamerstuk 25170-12; 25170-19). Hiermee wil men meer inzicht krijgen in hoe de wachtlijsten zijn georganiseerd. De rationale hierachter is dat de overheid door middel van een goede registratie en informatievoorziening beter in staat zal zijn de problematiek op te lossen. De aandacht voor registratie heeft een tweeledig effect. Enerzijds zijn er meer gegevens beschikbaar en is onderlinge vergelijking tussen specialismen en ziekenhuizen mogelijk. Anderzijds wordt getracht de wachtlijsten 'op te schonen' (SCP, 2002:283). Hierdoor wil men een meer reëel beeld krijgen van de problematiek. Allereerst wordt hierin het onderscheid tussen wachtenden binnen de Treeknormen en wachtenden buiten de Treeknormen gemaakt. Vervolgens wordt gekeken in hoeverre de mensen die onaanvaardbaar lang wachten ook echt problematisch zijn. Zo zijn er een boel mensen op meerdere wachtlijsten (bij meerdere ziekenhuizen bijvoorbeeld) ingeschreven, om hun kans op behandeling te vergroten. Deze dubbelwachtenden worden voortaan maar één keer geteld. Ook gebeurt het dat personen op een wachtlijst inmiddels overleden zijn, ook zij worden niet meer meegeteld.

Een derde groep wachtenden die niet als problematisch worden aangeduid zijn de mensen die *vrijwillig* wachten op zorg, bijvoorbeeld doordat ze door persoonlijke omstandigheden nog niet geopereerd willen worden. Dat kan bijvoorbeeld door vakantie, werk of gezinssituatie komen. Ook kan het voorkomen dat een patiënt alleen door de voorkeursarts wil worden behandeld en daarop wacht. Al deze mensen wachten volgens de nieuwe telling niet problematisch. Al deze dubbelwachtenden, overleden wachtenden of vrijwillig wachtenden worden niet mee geteld, waardoor de wachtlijsten en wachtlijsten ogenschijnlijk korter worden. De verhoogde aandacht voor het registreren van wachten en het opschonen van de wachtlijsten zorgt ervoor dat het moeilijk is om gegevens over de jaren '90 en de jaren '00 te vergelijken. Desalniettemin wordt geconstateerd dat wachtlijsten in 2002 nagenoeg op hetzelfde niveau zaten als in 1989, de wachttijden zouden iets zijn teruggelopen (SCP, 2002: 283). Het effect dat de opschoning heeft op de wachtlijsten en wachttijden laat zich alleen maar raden. Het SCP concludeert: *“Het aantal wachtenden is in vroegere lijsten mogelijk overschat. Dat zou betekenen dat de ontwikkeling bij de medische dienstverlening in dit opzicht minder gunstig is dan de vergelijking suggereert.”* (SCP, 2002: 283).

Treeknormen: hoe lang mag je wachten?

Om meer grip te krijgen op de wachtlijstproblematiek en wachttijden, zijn deze opgesplitst. Er wordt gesproken over een 'planmatig deel' en een 'problematisch deel'. In 1999 stelt de sector (verzekeraars, aanbieders, specialisten) maximale wachttijden vast voor verschillende soorten van zorg. Deze zogeheten Treeknormen stellen, voor de curatieve zorg, de volgende maximale wachttijden:

Omschrijving	Maximaal aanvaardbare wachttijd
Toegangstijd voor polikliniek	4 weken
Wachttijd voor diagnostiek en indicatiestelling	4 weken
Wachttijd tot de feitelijke behandeling (dagopname)	6 weken
Wachttijd tot de feitelijke behandeling (kliniek)	7 weken

Institutionalisering van wachtlijsten

Door vaststelling van de Treeknormen wordt wachten op zorg verder geïnstitutionaliseerd. In de jaren '90 waren wachtlijsten onomstreden een aspect van de Nederlandse gezondheidszorg. Echter, er was nergens besloten dat er wachtlijsten moesten komen of dat wachten op zorg acceptabel was. Het bestaan van wachtlijsten was lange tijd een non-issue: wachtlijsten waren een gegeven, het gevolg van noodzakelijke kostenbeheersing. Met het vaststellen van onaanvaardbare wachttijden – en dus ook aanvaardbare wachttijden – zijn wachtlijsten en wachttijden een erkend onderdeel van de Nederlandse gezondheidszorg geworden. Een *aanvaardbare* tijd wachten op zorg hoort erbij en wordt in sommige gevallen zelfs als wenselijk gezien. Het zorgt ervoor dat artsen kritisch kijken of een patiënt een behandeling echt nodig heeft en geeft ook de patiënt zelf bedenktijd (Volkskrant, 28 september 2012; Nza, 2012).

Wachtlijsten als grootste probleem binnen de gezondheidszorg

Vanaf 1999 hebben wachtlijsten in de curatieve zorg furore gemaakt als maatschappelijk probleem en politiek issue. In het regeerakkoord 2002 worden wachtlijsten genoemd als één van de *“schijnbaar onoplosbare vraagstukken”* die de regering aan moet pakken (Regeerakkoord, 2002: 2). Ook door

expertorganisaties worden wachtlijsten als een probleem gezien. Zo stelt het RIVM: *“Eén van de knelpunten die zich helder aftekenen bij een evaluatie van de cure de afgelopen periode, is de toegankelijkheid van de zorg, ofwel de wachttijden.”* (RIVM, 2001: 5). Naast deze schijnbare consensus over de onwenselijkheid van de wachttijden heeft ook de jurisprudentie invloed op de problematisering van de wachtlijsten. Een gerechtelijke uitspraak in het najaar van 1999 stelt dat mensen die voor zorg geïndiceerd zijn ook binnen een redelijke termijn recht hebben op die zorg (SCP, 2001: 116). Met andere woorden: de kostenbeheersing die de Nederlandse staat nastreeft is ondergeschikt aan het recht op zorg van de burger. Rondom de millenniumwisseling wordt een te strak budgettair kader wel als oorzaak van de wachtlijsten gezien, in tegenstelling tot 1995/1996 (SCP, 2002: 275). Er is van 1994 tot 2002 dan ook 8,3 miljard euro uitgegeven aan volumemiddelen in de zorg, bovenop de normale stijging van BKZ (Kamerstuk 28852-3). Naast de wachtlijsten zelf wordt ook het gebrekkig oplossen van de wachtlijsten geproblematiseerd. Dit leidt in 2002 al tot een motie voor een parlementair onderzoek naar de besteding van de extra *zorgmiljarden* (Kamerstuk 28600-16). Een onderzoek van het RIVM stelt: *“Helaas moeten wij constateren dat alle maatregelen ter verbetering die tot nu toe zijn genomen, vrijwel onmiddellijk weer voor een groot deel geabsorbeerd worden door de groeiende vraag, onder meer als gevolg van de vergrijzing en de toenemende technische mogelijkheden.”* (RIVM, 2001: 5). De rechtlijnige constatering dat de budgettering tot wachtlijsten leidt en dus extra geld tot het verminderen van wachtlijsten wordt in het parlementaire onderzoek teniet gedaan. Zo stelt de Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven (TCOZ): *“De Kamer werkte met een te lineair begrip van de relatie tussen geld en wachtlijstbestrijding”* (Kamerstuk 28852-3: 36). Tegelijkertijd was zowel de regering als de kamer *“zich onvoldoende bewust geweest van de complexiteit van de zorg.”* (Kamerstuk 28852-3: 36). Gesteld kan worden dat anno 2004 de wachtlijsten nog steeds als problematisch worden gezien en dat ook de oplossing van het probleem problematisch verloopt.

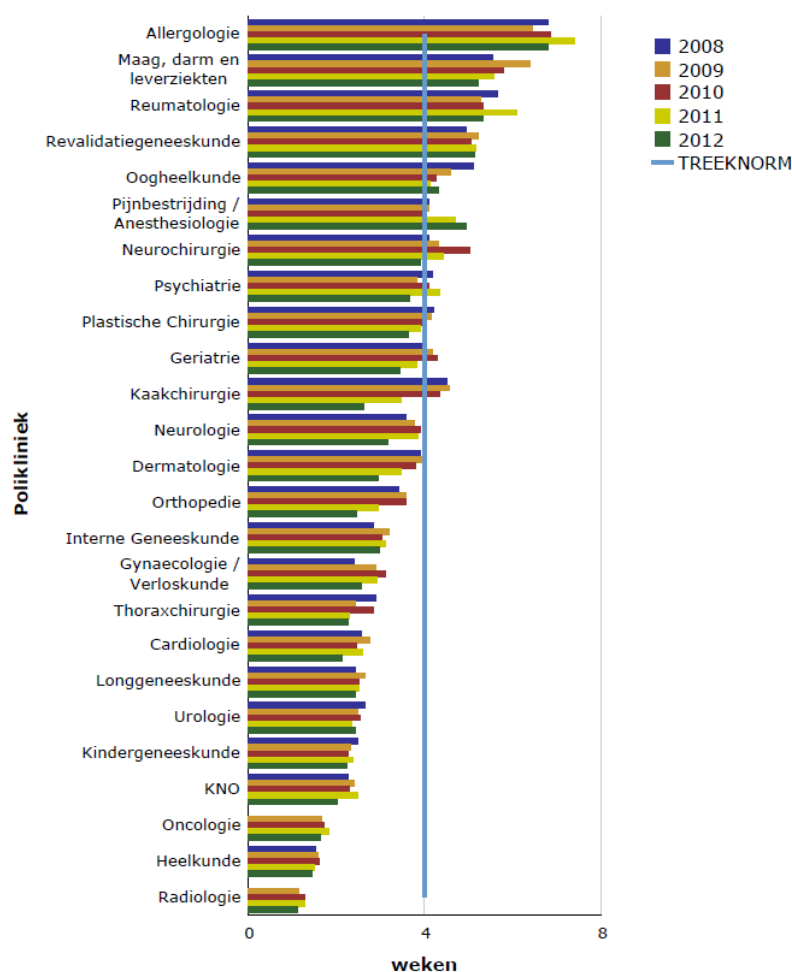
Kostenbeheersing als oorzaak van de wachtlijsten

Zoals hierboven beschreven is de probleemduiding van wachtlijsten aan verandering onderhevig. Een aantal exogene factoren worden door de jaren heen stabiel geduid als oorzaken van het wachtlijstprobleem. Voornamelijk de demografische ontwikkeling en medisch-technische vooruitgang komen vaak terug, maar ook de mondigheid en emancipatie van de burger duikt telkens weer op (SCP, 2003; RIVM, 2004). Deze oorzaken spelen zich uitsluitend aan de *vraagkant* van de zorg af en veroorzaken an sich geen wachtlijsten. Vanaf 1999 wordt de overheidsbudgettering en overheidsbemoeienis steeds vaker aangedragen als oorzaak van de te lange wachttijden (SCP, 2002: 275). Met de nieuwe ‘boter-bij-de-vis’ regeling is de budgettering in 2000 losgelaten en stijgen de kosten voor de zorg snel. Het budgettair kader zorg stijgt tussen 2001 en 2004 met ongeveer 7,5% per jaar (RIVM, 2004: 138). De kosten voor de curatieve zorg stegen weliswaar iets minder fors, maar ook daar is de stijging van 6% per jaar aanzienlijk (RIVM, 2004: 138). Het volume stijgt begin jaren 2000 nog sneller: bijna 9% per jaar tegenover nog geen 3% per jaar in de periode 1994-2000. In de miljoenennota 2004 wordt dan ook geconstateerd dat door het gedeeltelijk loslaten van de functionele budgetten (geen kostenbeheersing, wel aanbodsturing) de ‘prikkel ontbreken waarmee de zorguitgaven onder controle blijven’ (Ministerie van Financiën, 2004: 61). Als oplossing hiervoor wordt marktwerking onder randvoorwaarden en een vraaggestuurd systeem geopperd. Dat zal de efficiëntie en effectiviteit moeten verbeteren, waardoor zowel de wachtlijsten kunnen worden weggewerkt als de kosten kunnen worden beheerst.

2.2.3 Wachtlijsten in de gezondheidszorg anno 2013

Marktwerking en een beperkte wachttijd

In 2013 heeft de marktwerking al zeven jaar haar intrede gedaan en lijkt de belofte dat zij de wachtlijsten zou opheffen deels ingelost. Er bestaan nog altijd wachttijden, maar de meeste van hen bevinden zich onder de Treeknorm (zie figuur 2.3). Uit het overzicht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) valt op te maken dat: 1) er voor alle specialismen een gemiddelde wachttijd geldt; 2) in 2012 voor zes van de 25 specialismen de gemiddelde wachttijd boven de Treeknorm valt; 3) de gemiddelde wachttijd over het algemeen een dalende trend laat zien sinds 2008. Er is dus nog steeds sprake van wachtlijsten in de zorg. Het aantal problematische wachtlijsten – die de Treeknormen overschrijden – is sinds 2004 wel teruggelopen, toen bijna de helft van de specialismen de Treeknormen niet haalden (Prismant, 2004). In sommige gevallen kunnen wachttijden nog altijd gigantisch oplopen. Bijvoorbeeld bij de specialismen pijnbestrijding, oogheelkunde, reumatologie en revalidatiegeneeskunde kan de wachttijd oplopen tot meer dan 20 weken in ziekenhuizen (NOS journaal, 29-9-2013). Ook van specialismen die gemiddeld onder de Treeknorm noteren lopen de wachttijden zo uiteen dat een (groot) deel van de ziekenhuizen niet aan de Treeknorm voldoet. Dit is bijvoorbeeld bij Neurochirurgie het geval, waar 1/3^e van de ziekenhuizen boven de Treeknorm zit en plastische chirurgie waar een kwart van de ziekenhuizen boven de Treeknorm zit (SP, 2012).



Bron: MDS; MediQuest vanaf 2008

Figuur 2.3: Gemiddelde wachttijd per poortspecialisme

Wachttijden als concurrentieaspect

Wachttijden en wachtlijsten zijn ook in het nieuwe zorgsysteem een geïnstitutionaliseerd begrip. De Treeknormen zijn nog altijd de leidraad als aanvaardbare wachttijd, maar wachttijden hebben een tweede functie gekregen. Ze zijn een aspect geworden waarop marktpartijen zich kunnen onderscheiden van de concurrentie. Dit speelt op alle drie de *markten* in de gezondheidszorg. Allereerst kunnen zorgaanbieders zich richting de zorgverzekeraars onderscheiden zodat ze meer zorgvolume kunnen vastleggen. Ten tweede kunnen de zorgaanbieders zich richting de consument onderscheiden door korte wachttijden: een korte wachttijd kan aantrekkelijk zijn voor de consument/patiënt. Tegenstrijdig genoeg kan een korte wachttijd bij een zorginstelling ook als negatief worden gezien door de consument: hij kan het interpreteren als indicator voor slechte kwaliteit van zorg (Kenis, 2001). Als laatste biedt de wachttijd een concurrentieaspect voor de verzekeraars richting de consument. De verzekeraar kan door korte wachttijden te garanderen zich onderscheiden van concurrenten. De term *wachttijdbemiddeling* heeft sinds 2006 dan ook intrede gedaan in de zorgsector. Bij wachttijdbemiddeling zorgt de zorgverzekeraar voor haar cliënten voor alternatieven als een wachttijd bij de primaire zorgaanbieder (te) lang is (NZa, 2013). Deze bemiddeling zou soelaas moeten bieden voor het feit dat er grote verschillen bestaan in wachttijden. Zoals hierboven al aangegeven zegt gemiddelde wachttijd niet altijd iets over hoe lang daadwerkelijk gewacht wordt. De gemiddelde wachttijd is slechts accuraat als de vraag goed over de verschillende zorgaanbieders wordt verdeeld, bijvoorbeeld door wachttijdbemiddeling. De bemiddeling lijkt een mooie oplossing hiervoor maar slechts 3% van de zorgconsument maakt gebruik van een dergelijke bemiddeling (NZa, 2013: 69). Oplossingen als wachtlijstbemiddeling en het inzetten van Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's) verdelen de vraag niet evenredig en dus blijft er sprake van een wachttijdprobleem op instellingsniveau (NOS journaal, 29-9-2013). Het is echter onduidelijk hoeveel mensen onaanvaardbaar lang wachten op een behandeling.

Wachtlijsten nog een probleem of juist een oplossing?

Wachttijden voor de zorg bestaan dus nog altijd, al zijn ze teruggedrongen sinds de *wachtlijstcrisis*. Over het algemeen worden de wachttijden of de wachtlijsten niet meer als probleem gezien en voor zover dat wel het geval is betreft het een probleem op instellingsniveau. Zo geeft de Minister van VWS in een debat over wachtlijsten aan dat 'er aanbod genoeg is' (vragenuurtje 1 oktober 2013). Zij ziet geen structureel probleem maar incidentele overschrijding van de Treeknormen. Ook een medewerker van de NVZ beaamt dit: "*Wel kan gesteld worden dat de wachttijd voor toegang tot (poli)klinische zorg ook op dit moment door de branche niet als probleem wordt ervaren.*" (Mail 19 september). In sommige gevallen wordt zelfs gesteld dat 'het taboe op wachtlijsten in de zorg wankelt' (Volkskrant 28-09-2012). Zo gaat het CPB kijken of het weer invoeren van wachtlijsten een rol kan spelen bij het indammen van de kostenstijging in de zorg (Medisch Contact, 28-09-2012).

Oorzaken van wachtlijsten in 2013

Als verklaring voor de problematische wachttijden die nog ontstaan wordt zowel de vergrijzing als de technologische vooruitgang aangeduid. Bijvoorbeeld bij de Reumatologie zijn veel meer behandelmogelijkheden dan vijf jaar eerder, maar er zijn niet genoeg artsen beschikbaar: dus ontstaan er wachtlijsten. Tegelijkertijd geeft de Orde van Medisch Specialisten aan dat er keuzes worden gemaakt tussen aandoening waarbij het meer of minder aanvaardbaar is om te wachten op zorg. Zij

suggereren dan ook om per aandoening opnieuw te bekijken hoe onacceptabel wachtlijsten zijn⁴. Een tweede verklaring voor de te hoge wachttijden is dat sommige ziekenhuizen hun zaken niet goed op orde hebben en dat de zorgconsument haar weg naar alternatieve zorgaanbieders nog niet altijd weet te vinden (vragenuurtje 1 oktober 2013).

Opnieuw een aanzet tot macrokostenbeheersing

In het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015 spreken de overheid (VWS), zorgaanbieders (NFU, NVZ, ZKN) en zorgverzekeraars (ZN) af hoe de verantwoordelijkheden liggen in het beheersen van de kostenontwikkeling voor de ziekenhuiszorg (VWS, 2011). De gezamenlijke ambitie is om de *“uitgavengroei in ziekenhuizen en de ZBC’s die de laatste jaren op nominaal 6 á 7% per jaar lag terug te brengen naar een significant lager niveau.”* (VWS, 2011:2). Daarbij wordt een structurele uitgavengroei van 2,5% exclusief loon en prijsbijstelling geambieerd. Het gaat hier uitsluitend om een inspanningsverplichting en niet om een resultaatverplichting. Dat vloeit voort uit het feit dat *“deze afspraken de partijen niet kunnen vrijwaren van de wettelijke zorgplicht”* (VWS, 2011: 3). De zorgverzekeraars streven naar een gemiddelde uitgavengroei van 2,5% per jaar, exclusief loon- en prijsbijstelling. De zorgaanbieders zetten zich in om de zorg binnen de Treeknormen te blijven leveren waarmee wordt voorkomen dat wachtlijsten ontstaan of zullen oplopen. Als er overschrijdingen van het budget plaatsvinden worden deze *“in beginsel niet meer vergoed, tenzij uit hoofde van de wettelijke zorgplicht aanvullende contractering noodzakelijk is gebleken”* (VWS, 2011: 7). Er worden voor de curatieve zorg dus opnieuw afspraken over volumebeheersing gemaakt, met als onderscheid dat de wettelijke zorgplicht vooralsnog voorrang krijgt boven de beheersing van de macrokosten. De volume- en kostenbeheersing medio jaren '80 is vrijwel unaniem genoemd als oorzaak van de wachtlijsten en oplopende wachttijden in de jaren '90 en begin jaren '00 (SCP, 2001; SCP, 2002; SCP, 2012; RIVM, 2001; Kamerstuk 27488-1; Fortuijn, 2001). En ook nu worden wachtlijsten voorspeld als gevolg van de budgettering (Volkskrant 28-09-2012).

⁴ <http://nos.nl/audio/556859-opnieuw-bekijken-voor-aandoeningen-hoe-onacceptabel-wachtlijsten-zijn.html>

2.3 Overzicht van de momentopnamen en wachtlijstgegevens

De afgelopen twintig jaar is er een grote verschuiving geweest in de rol die wachtlijsten in de zorg spelen. Deze verschuiving heeft plaatsgevonden in de feitelijke lengte van de lijsten, hoe ze worden gepercipieerd en de aandacht die ze vanuit de politiek krijgen. In onderstaand overzicht is bondig samengevat welke rol (de aandacht voor) de wachtlijsten na de oorlog en op de drie momentopnamen hadden.

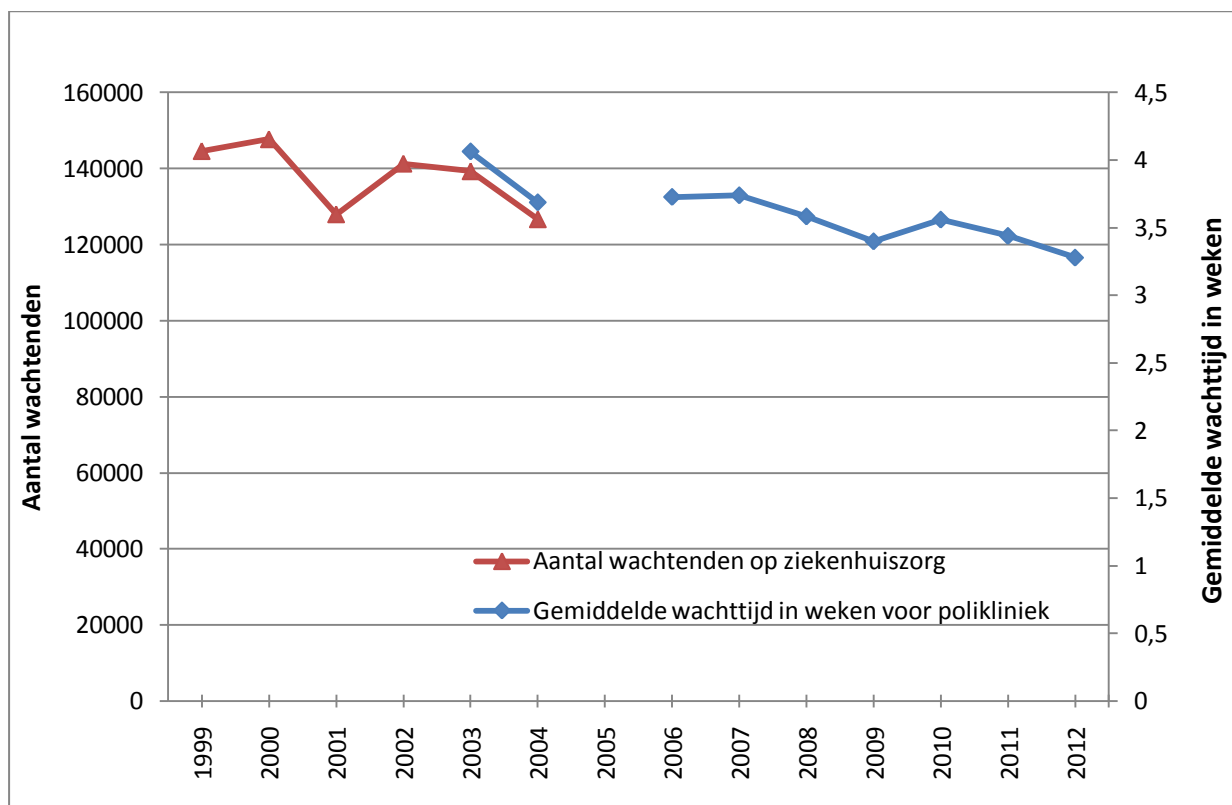
	Naoorlogs	1995	2004	2013
Cijfers	Geen gegevens bekend	Weinig gegevens bekend. Volgens SCP en RvZ 'omvangrijk'	126.000 wachtenden in cure-sector. De helft van de specialisten boven de Treeknorm	Zes van de 25 specialismen boven de treeknorm
Probleemstelling	Explosieve groei vraag	Overschrijding BKZ; kiezen tussen patiënten	Wachttijden zijn onacceptabel lang; zorguitgaven stijgen explosief	Zorgkosten blijven stijgen; marktwerking beperkt mogelijkheid op kostenbeheersing
Oorzaken	Invoering ziekenfonds; Personeelstekort; Wederopbouw	Demografische verandering; Epidemiologische verandering	Budgettering overheid; overheidssturing in de zorg	Recht op zorg leidt tot grotere vraag
Beleid	Investeren in vergroten capaciteit	Handhaving budgetten; prestatieprikkels in zorg; mogelijke bedrijfspolis voor werknemers	Aansturen op marktwerking in de zorg; kostenbeheersing met zorgplicht	Herinvoering van macrobudgetten; verhogen eigen risico; preventie

Tabel 2.2: Overzicht van de rol van wachtlijsten in de gezondheidszorg.

De wachtlijsten worden vanaf 1998 in meer of mindere mate en telkens op verschillende wijze in kaart gebracht. Allereerst door de opgerichte Taskforce wachtlijstproblematiek en later door onder andere het onderzoeksbureau Prismant. Na invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 is de NZa verantwoordelijk geworden voor het verzamelen en publiceren van wachttijden in ziekenhuizen. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) is verantwoordelijk voor de wachtlijstregistratie in de verzorging en verpleging. Het RIVM zegt over de wachtlijstregistratie het volgende: *'Door veranderingen in wetgeving, registratiemethodiek, definities, manieren van samenvoegen en presentatie van wachtlijstgegevens is het nauwelijks mogelijk om op basis van gepubliceerde gegevens over de afgelopen jaren een goede trendanalyse te maken.'* (2004: 101). De door het RIVM genoemde problemen zijn ook in dit onderzoek ondervonden. Zoals gezegd: *'Het is een oerwoud'* (NRC Handelsblad, 9-12-1999). Uit de wirwar van rapportages, verslagen en cijfers is het hooguit mogelijk een beeld te schetsen van de ontwikkeling in wachten op zorg. Dat beeld ziet er als volgt uit.

Curatieve zorg

De wachtlijsten voor de curatieve zorg zijn vanaf 1999 tot en met 2004 geregistreerd. Vanaf 2003 is men ook de gemiddelde wachttijd (in weken) voor veel specialismen gaan bijhouden. Deze registratie loopt – met een korte onderbreking in 2005 – nog altijd. Figuur 2.4 geeft een overzicht van die gegevens. Voor een volledig overzicht van de verzamelde gegevens, zie bijlage 1 en 2.



Figuur 2.4: Wachtlijsten en wachttijden ziekenhuiszorg. Bronnen: SCP, 2001; SCP, 2003; SCP, 2005; RIVM, 2004; NZa, 2007; NZa, 2008; NZa, 2009; NZa, 2010; NZa, 2012; NZa, 2013.

Het aantal wachtenden is voor het eerst in 1999 geïnventariseerd en bedroeg toen 144.600 mensen. Na korte stijging is de wachtlijst teruggelopen tot 126.700 mensen in 2004: een daling van 12% over 5 jaar. Het is onduidelijk wat deze daling heeft veroorzaakt. Loslaten van de budgettering – het boter-bij-de-vis-beleid van minister Borst – heeft hier zeker aan bijgedragen, maar ook het ‘opschonen’ van de wachtlijsten heeft ze verkort. In 2003 heeft men voor het eerst de gemiddelde wachttijd per specialisme gemeten. De gemiddelde wachttijd van de 16 specialismen die werden geregistreerd bedroeg 4,06 weken. Deze was dus net hoger dan de Treeknorm van 4 weken. Uiteraard waren er ook toen grote verschillen tussen de verschillende specialismen, met als uitersten revalidatiegeneeskunde (14 weken) en reumatologie (1 week). In 2012 is bij 25 specialismen de gemiddelde wachttijd bijgehouden. De gemiddelde wachttijd van deze 25 specialismen is 3,28 weken. Een daling van 19% over de negen jaar. De gemiddelde wachttijd laat een dalende trend zien over de hele linie en is al sinds 2004 onder de Treeknorm. Desalniettemin zijn er nog altijd een aantal specialismen dat gemiddeld boven de Treeknorm zit. In 2012 waren dit er nog zes – 24% van het totaal – ten opzichte van de acht in 2011 – 32% van het totaal (NZa, 2012). In 2004 was dit ongeveer 50% (Prismant, 2004b).

De wachtlijsten en wachttijden in de curatieve zorg lijken de afgelopen 15 jaar te zijn gedaald. Gemiddeld genomen wordt er al bijna tien jaar onder de Treeknorm behandeld. Het is niet te

achterhalen in hoeverre dit voor 2003 het geval was. Duidelijk wordt ook dat er nog altijd mensen onacceptabel lang op zorg wachten (langer dan de Treeknorm). Los van de specialismen die landelijk een lange wachttijd hebben kunnen de wachttijden voor andere specialismen ook hoog oplopen. De wachttijden variëren sterk per ziekenhuis, regio en per kwartaal (RIVM, 2004; SCP, 2005). In sommige gevallen loopt dit op meer dan 20 weken voor bijvoorbeeld pijnbestrijding, reumatologie en revalidatiegeneeskunde (NOS, 29-9-2013). De NZa is verantwoordelijk voor de wachttijdregistratie, maar verzamelt uitsluitend landelijke cijfers. Niemand weet hoe groot de spreiding is tussen de verschillende ziekenhuizen. Zo kan het voorkomen dat bij het specialisme Neurologie (gemiddelde wachttijd: 3 weken) patiënt in een aantal ziekenhuizen langer wachten dan de toegestane norm. Met andere woorden: in 1998 wist niemand hoeveel mensen precies op curatieve zorg wachtten en in 2012 weet niemand hoeveel mensen precies op curatieve zorg wachten.

Care sector

Binnen de care sector wordt over het algemeen onderscheid gemaakt tussen drie verschillende wachtlijsten. De mensen die wachten op verpleging of verzorging (zowel intra- als extramuraal), de mensen die wachten op gehandicaptenzorg (zowel verstandelijk als lichamelijk) en de mensen die wachten op geestelijke gezondheidszorg. Ook in de care sector zijn de wachtlijsten fragmentarisch geregistreerd. Van voor 2000 zijn geen betrouwbare, nationale gegevens bekend en ook na 2009 zijn er geen gegevens van het aantal wachtenden meer. Vanaf dat moment is men overgegaan op het registreren van wachttijden. De verschillende hervormingen in de AWBZ en de organisatie van de care sector zorgen ervoor dat deze registratie op zoveel verschillende manieren is aangepakt dat vergelijking onmogelijk is. Ter illustratie: op verzoek van de kamer beloofde staatssecretaris Veldhuijzen van Zanten-Hyllner van VWS op 7 juni 2012 om voor Prinsjesdag betrouwbare gegevens aan de kamer te leveren. Later dat jaar (3 oktober) geeft ze aan dat ze die toezegging niet waar kan maken omdat *'het College voor Zorgverzekeringen tot de conclusie is gekomen dat de aangeleverde gegevens onvolkomenheden bevatten en derhalve nog niet betrouwbaar genoeg zijn.'* (Kamerstuk 30597-268). Een half jaar later komen alsnog wachtlijstgegevens. Het betreft dan een lijst van *'cliënten die als «actief wachtend» zijn aangemerkt, nog geen zorg krijgen en langer dan de Treeknorm wachten op zorg.'* (Kamerstuk 30597-374). Die cijfers zijn niet of nauwelijks te vergelijken met voorgaande cijfers over wachtenden in de AWBZ. Om die reden zijn die gegevens buiten het onderzoek gelaten. De beschikbare gegevens leveren een volgend beeld op:

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Verpleging en verzorging		101.677	87.276	74.382	54.244		52.036
Gehandicaptenzorg		14.200	12.500	17.500	17.497	17.602	15.360
Geestelijke gezondheidszorg				77.000		66.300	70.400

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Verpleging en verzorging		93.864					
Gehandicaptenzorg		17.271					
Geestelijke gezondheidszorg	73.600	78.200	92.200	98.600			

Tabel 1.3: overzicht van het aantal wachtenden in de care sector. Bronnen: SCP, 2001; SCP, 2003; SCP, 2005, SCP 2007; SCP 2009; CVZ, 2007; Prismant, 2004)

In 2000 zijn voor het eerst gegevens over de wachtlijsten in de verpleging en verzorging en de gehandicaptenzorg bekend. Voor de verzorging en verpleegzorg wachten dan 101.677 mensen. De laatste (vergelijkbare) gegevens dateren uit 2007: op dat moment wachten 93.864 mensen op zorg. Een daling van 8% over zeven jaar. In de tussentijd zijn de wachtlijsten wel sterk geslonken en weer toegenomen. De gehandicaptenzorg laat over de beschikbare data een stijging van 18% zien, van 14.200 mensen in 2000 tot 17.271 mensen in 2007. Daar tussenin is het aantal wachtenden nog hoger geweest. De registratie van de geestelijke gezondheidszorg komt later op gang. In 2002 wachten 77.000 mensen op zorg. Het aantal wachtenden stijgt met 22% naar 98.600 mensen in 2009. Het is onduidelijk hoe de gemiddelde wachttijd zich heeft ontwikkeld. Het SCP geeft in een aantal rapporten aan dat de wachttijd voor de verpleging en de verzorging teruglopen tot 2005 (SCP, 2005; SCP, 2007). De gehandicapten zorg kent, volgens diezelfde rapporten steeds langere wachttijden tot in 2004. De meer recente resultaten zijn, zoals eerder aangegeven niet of nauwelijks te vergelijken, onderling of met deze gegevens.

Geconcludeerd kan worden dat er binnen Nederland weinig bekend is over (de ontwikkeling in) wachtlijsten en wachttijden in de care sector. Een aantal organisaties geven aan dat de wachttijden zijn gedaald maar ook zij stellen centraal dat vergelijkingen over tijd en tussen sectoren lastig zijn (SCP, 2009; RIVM, 2008).

3 Denken over politieke aandachtsverdeling

3.1 Inleiding

De tweede subvraag in dit onderzoek gaat over de aandacht die het onderwerp ‘wachtlijsten in de zorg’ over de periode 1993-2013 heeft gekregen. Vanuit de literatuur zijn er verschillende invalshoeken die de ontwikkeling van politieke, publieke of media-aandacht voor bepaalde onderwerpen proberen te verklaren. In dit deel zullen twee verschillende theorieën worden behandeld die elk pogen een antwoord te geven op bovenstaande vragen. Eén van de bekendste, klassieke theorieën op dit gebied is geformuleerd door Anthony Downs. Zijn issue-attention cyclus theorie onderscheidt verschillende fasen die sociale thema’s doorlopen. In deze theorie staan de volgende vragen centraal:

- Welke factoren zorgen ervoor dat een onderwerp op de agenda komt?
- Waarom komt een onderwerp juist op dat moment op de agenda?
- Wat bepaald of een onderwerp dat op de agenda komt ook wordt omgezet in beleid?
- Hoe komt het dat een onderwerp vrijwel altijd maar een beperkte tijd op de agenda blijven?

De belangrijkste ‘moderne’ theorie is afkomstig van Frank Baumgartner en Bryan Jones. Hun Punctuated Equilibrium theorie verklaart twee verschijnsels in het politieke systeem: lange periodes van stabiliteit en korte onderbrekingen met radicale beleidsveranderingen. De theorie stelt dat *bounded rationality* en *institutional friction* ervoor zorgen dat een onderwerp na een lange periode van rust en stabiliteit ineens op de agenda kan komen te staan, waardoor beleidsverandering plaats kan vinden. De vragen die daarin centraal staan zijn:

- Hoe vindt beleidsverandering plaats?
- Waarom bevindt een beleidsterrein zich lange tijd in evenwicht om vervolgens radicaal te veranderen?
- Wat veroorzaakt zowel het evenwicht als de radicale beleidsveranderingen?

3.2 Downs: de “issue-attention” cyclus

Een sociaal probleem staat doorgaans maar kort in de spotlights van de publieke opinie, zo stelt Downs⁵. De spanningsboog van de samenleving is beperkt: ondanks dat de problematiek blijft bestaan neemt de aandacht ervoor na geringe tijd af (Downs, 1972). De oorzaak hiervoor ligt in het feit dat de onderwerpen een zogeheten *issue-attention cycle* doorlopen: een cyclus waarin het onderwerp sterk opkomt en een tijdje in de publieke aandacht staat om vervolgens weer van het podium te verdwijnen⁶. Downs onderscheidt vijf fasen in de issue-attention cyclus, die qua tijdsduur kunnen verschillen, maar elkaar vrijwel altijd opvolgen (1972: 39-40):

⁵ De vraag wanneer iets een sociaal probleem is. Blumer constateert dat hier geen objectieve maat voor is, in plaats daarvan stelt hij dat ‘a social problem exists primarily in terms of how it is defined and conceived in society.’ (1971, p. 300)

⁶ Downs geeft nergens een concrete indicatie van hoe lang die cyclus ongeveer duurt. Maar over de case die hij in het artikel behandelt – aandacht voor het milieu – zegt hij het volgende: “In the past few years, there has been a remarkably widespread upsurge of interest in the quality of our environment” (1972: 38). Daaruit valt op te maken dat het over een periode van een aantal jaren gaat, aangezien het onderwerp zich, volgens hem, in de derde of vierde fase bevindt.

1. De preproblematische fase

Hoewel er al wel een ongewenst sociaal fenomeen bestaat, heeft het grote publiek hier nog geen aandacht voor. Sommige expertgroepen kunnen het al wel hebben gesignaleerd. De daadwerkelijke problemen kunnen in deze 'pre-probleem fase' veel groter zijn dan op het moment dat de publieke opinie het probleem *ontdekt*. Ook Hilgartner & Bosk (1988: 58) stellen: 'if a situation becomes defined as a social problem, it does not necessarily mean that objective conditions have worsened'.

2. De gealarmeerde ontdekking fase

Het onderwerp komt plotseling op de publieke agenda, burgers krijgen aandacht voor het probleem en haar negatieve gevolgen. Een dramatisch voorval – een ramp, aanslag of rellen – kan de aanleiding zijn voor de *ontdekking* van het probleem. Vrijwel direct na de ontdekking en de publieke onvrede over het euvel ontstaat een 'euforisch enthousiasme' over de mate waarin de samenleving in staat is het probleem op te lossen. Dit optimisme komt voort uit het idee dat de meeste problemen door externe factoren worden veroorzaakt. De oorzaak van het probleem wordt niet in de interne structuur van de samenleving gezocht, waardoor het idee ontstaat dat 'every obstacle can be eliminated and every problem solved *without any fundamental reordering of society itself*' (Downs, 1972: 39).

3. Realisatie van de hoge kosten van verandering

In de derde fase wordt langzaam duidelijk voor iedereen dat het oplossen van het probleem gigantische kosten met zich meebrengt. Het daadwerkelijk oplossen van de problematiek kost vaak ontzettend veel geld. Daarnaast vergt het veelal een opoffering van grote groepen in de samenleving: een deel van het probleem is het resultaat van maatschappelijke regelingen of indelingen waar veel mensen belang bij hebben. Het publiek wordt zich hier langzaam van bewust. Hoewel technologische vooruitgang in sommige gevallen soelaas biedt, door het probleem op te lossen zonder veel interne verandering of financiële middelen, is ze van weinig waarde voor de meest prangende (sociale) problemen. Er bestaat een trade-off tussen het initiële probleem en andere waarden, voorkeuren of privileges die centraal staan bij (grote delen van) de samenleving. De gewaarwording van het bestaan van zo'n trade-off is een essentieel deel van de derde fase. Het is niet precies duidelijk in hoeverre en in welke fase een beleidsverandering plaatsvindt in het model van Downs (Peters & Hogwood, 1985). Het lijkt aannemelijk dat mensen zich bewust worden van de kosten van verandering als er daadwerkelijk iets veranderd, maar Downs geeft daar geen uitsluitsel over. De vraag of beleidsverandering plaatsvindt tijdens de hoogtijdagen van het onderwerp is wel essentieel. Als een verandering in het beleid plaatsvindt, 'the initial surge of interest will have become institutionalized into programs and agencies that will not automatically self-destruct when costs become apparent or interest declines.' (Peters & Hogwood, 1985: 239). De organisaties blijven doorwerken en worden lang niet altijd stopgezet of opgeheven, zo wijst hun onderzoek uit.

4. Geleidelijke afname van publieke interesse

De derde fase lijkt schijnbaar naadloos over te gaan in de vierde fase: een gestage afname van de mate waarin het publiek aandacht heeft voor het probleem. Met de gewaarwording dat het oplossen van het probleem ingewikkeld is en hoge kosten met zich meebrengt ontstaan, bij het publiek, drie reacties op de problematiek. Sommige mensen raken ontmoedigd, zij geloven niet meer in een oplossing en haken af. Sommige mensen voelen zich bedreigd door het probleem of de mogelijke oplossing, ook zij keren zich af van het onderwerp. Weer anderen raken verveeld door het onderwerp omdat het al enige tijd in de aandacht is geweest is 'de nieuwigheid eraf'. Het merendeel van de mensen ervaart een combinatie

van de drie reacties. Als een gevolg daarvan neemt de aandacht voor het onderwerp af. Tegelijkertijd is er alweer een ander (sociaal) probleem dat de tweede fase van de issue-attention cycle ingaat. Het nieuwere – en dus interessantere – probleem eist veel aandacht op, waardoor de interesse in de huidige problematiek nog sneller afkalft.

5. De postproblematische fase

In deze laatste fase is het probleem afgegleden van het middelpunt van publieke aandacht naar een grijs gebied; 'a twilight realm of lesser attention or spasmodic recurrences of interest' (Downs, 1972: 40). Hoewel de aandacht voor het onderwerp sterk is afgenomen is de perceptie van het probleem niet hetzelfde als die in de preproblematische fase. Dit komt onder andere doordat tijdens de fase van hoge publieke aandacht nieuwe instituties, nieuw beleid of nieuwe regelgeving zijn ontstaan om het probleem aan te pakken. Als de aandacht van het publiek is verdwenen, blijven deze vrijwel altijd bestaan. Sterker nog: vaak hebben zij ook nog impact op het daadwerkelijke probleem. De problemen die zich in deze fase bevinden, ontvangen sporadisch aandacht. Sommige aspecten van het probleem kunnen aansluiting vinden bij andere problemen die in zich in eerdere fases van de issue-attention cycle bevinden. Als gevolg krijgen problemen in deze fase meestal meer aandacht dan de onderwerpen die zich in de preproblematische fase bevinden.

Criteria voor de issue-attention cyclus

Doorlopen alle grote sociale problemen dan deze cyclus? Downs beschrijft drie eigenschappen die de problemen die de cyclus doormaken delen. De wachtlijstproblematiek zal, volgens Downs, de issue-attention cyclus doorlopen als het aan die drie eigenschappen voldoet. Zo mag het onderwerp maar voor een beperkte groep grote nadelige gevolgen hebben. In het geval van de wachtlijsten in de gezondheidszorg hebben de mensen die daadwerkelijk op zo'n lijst staan veruit het meeste last van het probleem. Voor mensen die niet op een ingreep, opname of verzorging wachten kan het idee dat er wachtlijsten ontstaan misschien verontrustend zijn. Maar zelf ondervinden zij op het moment niet direct nadelige gevolgen. De groep wachtenden is moeilijk te schatten, maar op het hoogtepunt wachten zo'n 300.000 mensen op zorg, in de cure en care sector samen (Kenis, 2001). Het is aangetoond dat maar een deel van deze wachtenden ook daadwerkelijk hinder ondervindt van het wachten (Prismant, 2004). Het is daarom ook aannemelijk dat de groep die serieuze nadelige gevolgen ondervond onder of rond de 15% norm van Downs ligt. De problematiek voldoet dus aan deze voorwaarde. Het probleem – de wachtlijsten – moet (ten dele) worden veroorzaakt door de interne ordening van de samenleving (Downs, 1972). Hoewel de oorzaken van de wachtlijsten omstreden zijn, heerst er een breed gedeelde opvatting dat de budgettering in de jaren '80 en '90 één van de oorzaken was (Kenis, 2001; SCP, 1998; VWS, 2001). De prioriteit van de overheid lag niet voor niets bij het beheersen van de kosten: de kosten voor sociale zekerheid en zorg drukten zwaar op de belasting- en premiebetaler. Een serieuze investering in de gezondheidszorg om de wachtlijsten weg te werken gaat onvermijdelijk doorberekend worden naar de burger: hetzij in premies, hetzij in belastingen. Met andere woorden: de manier waarop de gezondheidszorg is gebudgetteerd levert een voordeel op voor de mensen die niet op de wachtlijsten staan maar wel meebetalen aan de zorg. De enige mogelijkheid om de wachtlijsten in te perken zonder een significante stijging van de kosten zou liggen in het remmen van de zorgvraag door bijvoorbeeld preventie. Maar mensen betalen nog liever dan dat ze hun gedrag moeten aanpassen of verworvenheden op moeten geven (Downs, 1972). De wachtlijstproblematiek bezit weinig intrinsieke nieuwswaarde. Het levert geen dramatische beelden of verhalen op over rampen, rellen, slachtoffers of andere zichtbare uitingen. Statistieken en cijfers over gemiddelde wachttijden is de munitie waarmee

geschoten wordt, en zij bieden geen hoge entertainmentwaarde. Zo kan worden gesteld dat de problematiek ook aan deze derde voorwaarde van Downs voldoet.

Oorzaken van problematisering en staying power

De publieke aandacht voor een onderwerp verandert veelal sneller dan het onderwerp zelf. De situatie en haar negatieve eigenschappen bestaan al enige tijd voordat ze wordt geproblematiseerd. De daadwerkelijke verslechtering van een situatie bepaalt voor een deel de mate waarin het onderwerp aandacht ontvangt. Maar de objectieve ontwikkeling is niet de enige of belangrijkste factor: 'In my opinion, rising dissatisfaction with the "system" [...] does not result primarily from poorer performance by that system. Rather, it stems from a rapid escalation of our aspirations as to what the system's performance ought to be.' (Downs, 1972: 45). Een verbeterende levensstandaard zorgt ervoor dat de samenleving steeds nieuwe, voorheen onbelangrijk geachte, situaties problematiseert: de samenleving lijkt als collectief de *behoeftepiramide van Maslow* te beklimmen.

De cyclus verloopt niet voor elk probleem in eenzelfde tempo: er zijn verschillende factoren die bepalen hoe lang een onderwerp het publiek blijft bezighouden. Zo heeft een probleem dat zichtbaar is voor het merendeel van de samenleving meer *staying power*. Ook het gemak waarmee een probleem door de media in het nieuws kan worden gebracht heeft invloed op de aandachtsspanne van het publiek. Naast deze factoren, die vooral bepalen in hoeverre het directe probleem onder de aandacht blijft, spelen ook factoren mee die invloed hebben op de waarschijnlijkheid dat een oplossing voor het probleem wordt gevonden. De mate waarin een onderwerp *politiek neutraal* is bepaalt voor een deel hoe gretig politici zijn om aan een oplossing te werken. Ook helpt het als de oorzaak van het probleem op een specifieke groep kan worden afgeschoven: 'society can then aim its outrage at a small, alien group without having to face up to the need to alter its own behavior. (Downs, 1972: 47). De afwikkeling van de kosten is een andere factor die hierin bepalend is. De politieke prijs die volksvertegenwoordigers en bestuurders betalen als ze het probleem aanpakken zijn vele malen hoger wanneer de kosten voor het oplossen van het probleem bij de overheid – en dus bij de belastingbetaler – liggen. Een politicus die belastingen verhoogt wordt niet herkozen. Aangezien de politieke en publieke agenda elkaar beïnvloeden bepaald de mate waarin politici op een onderwerp duiken ook gedeeltelijk de publieke aandachtsspanne. Als laatste speelt de bureaucratisering en institutionalisering van de oplossing een rol. Het ontstaan van nieuwe instanties om de problemen aan te pakken levert nieuwe belangen, informatie en dynamieken op, die kunnen helpen om het probleem in de aandacht te houden. Het moge duidelijk zijn dat een afname in publieke en politieke aandacht voor een probleem niet per se betekent dat het probleem verholpen is. Downs geeft hier in elk geval geen enkele aanwijzing voor en Hilgartner & Bosk geven aan dat 'if a problem disappears from public discourse, it does not necessarily imply that the situation has improved' (1988: 58).

Wachtlijstproblematiek in de issue-attention cyclus

In de karakterisering van Downs valt de wachtlijstproblematiek in de categorie sociale problemen die de volledige issue-attention cyclus zal doorlopen. Dat betekent dat zijn theorie relevant lijkt voor de problematiek en er dus verwachtingen kunnen worden opgesteld over de aandachtsontwikkeling voor de wachtlijsten. Op basis van de issue-attention cyclus kan worden verwacht dat de aandacht voor de wachtlijstproblematiek de volgende kenmerken bezit:

- Het probleem bestaat al geruime tijd (in vrijwel dezelfde mate) voordat het 'ontdekt' wordt.

- Het onderwerp wordt als probleem gezien door de hogere verwachtingen die mensen van het systeem hebben (expectations). Dat is meer de oorzaak dan de verslechtering van de feitelijke situatie.
- De aandacht gaat gepaard met een optimisme over het probleemoplossend vermogen van de overheid, hetgeen een voortvarende aanpak tot gevolg heeft.
- Het onderwerp blijft hooguit enkele jaren hoog op de publieke agenda.
- Niet zozeer het feit dat het probleem wordt opgelost, als wel de realisatie dat die oplossing hoge kosten met zich meebrengt, zorgt ervoor dat het publiek en de politiek minder aandacht krijgen voor het onderwerp.
- Het onderwerp raakt in de vergetelheid, maar de instituties die in haar hoogtijdagen zijn opgericht bestaan nog wel degelijk.
- De opgerichte regelingen en organisaties proberen het probleem op te lossen en het onderwerp komt soms ineens weer hoog op de agenda voor hele korte tijd.
- De gemiddelde aandacht voor het onderwerp is in de periode na de piek hoger dan in de periode ervoor.

3.3 Punctuated Equilibrium Theory

De Punctuated Equilibrium Theory (PET) is een poging om twee ogenschijnlijk tegenstrijdige waarnemingen binnen overheidsbeleid te verenigen in één theoretisch frame. True, Jones & Baumgartner observeren dat 'political processes are generally characterized by stability and incrementalism, but occasionally they produce large-scale departures from the past' (In Sabatier, 2007: 155). Om beide observaties te verklaren, wijst PET op twee aspecten die belangrijke beperkingen opleggen aan besluitvormers: *bounded rationality* en institutionele frictie.

Bounded rationality

Dit zorgt ervoor dat actoren door hun cognitieve capaciteiten worden beperkt bij het verwerken van informatie en het maken van keuzes. 'In particular, decision makers are prisoners to their limited attention spans, and the key governor of the allocation of attention: emotion (Jones & Baumgartner, 2012: 3). Er komt oneindig veel informatie op politici en bestuurders af terwijl zij maar een zeer beperkte hoeveelheid kunnen verwerken. Dit zorgt ervoor dat de vraag *wat* aandacht krijgt en *wat niet* belangrijker is dan wat er vervolgens met het gekozen onderwerp wordt gedaan (Jones & Baumgartner, 2012). Mensen kunnen zich maar op één of enkele onderwerpen concentreren, waardoor het onmogelijk is om de constante stroom van veranderende, onzekere en ambigue informatie bij te benen. Voor besluitvorming betekent dit, dat '*although reality may be complex, changing, and multifaceted, we cannot smoothly integrate competing concerns and perspectives. We focus usually on one primary aspect of the choice situation at a time* (in Sabatier, 2007: 164). Dus niet alleen beperkt *bounded rationality* de mens in de aandacht die het kan hebben voor alle veranderende onderwerpen, ook binnen één onderwerp dwingt het de actor om op één kant van het verhaal te focussen. De overvloed aan soms contrasterende signalen kunnen ertoe leiden dat veranderingen in die signalen (bijvoorbeeld het ontstaan van een probleem) lange tijd onopgemerkt blijven: men ziet door de bomen het bos niet meer.

Institutionele frictie

Politieke instituties bieden weerstand aan verandering. Om beleid hetzelfde te laten hoeft niks ondernomen te worden. Maar om iets te veranderen moeten conceptplannen worden ontworpen, het onderwerp op de agenda worden gebracht, draagvlak worden gecreëerd, plan worden uitgewerkt en moet het omgezet worden in daadwerkelijke wet- of regelgeving. In de meeste gevallen leidt een aanzet tot verandering tot een negatief feedbackproces: 'in which change in one direction stimulates counteracting change' (Baumgartner & Jones, 2002). In sommige gevallen, leidt een combinatie aan interne en externe factoren tot een positief feedbackproces – 'in which change begets change' – en kan een kleine oorzaak grote gevolgen hebben (Jones & Baumgartner, 2012: 3). De complexiteit van de dynamieken in een politiek systeem maken het moeilijk te voorspellen wanneer een negatief en wanneer een positief feedbackproces op zal treden.

Bovenstaande beperkingen zorgen ervoor dat een bepaald beleidsterrein lange tijd stabiel is aangezien subtiele veranderingen in de werkelijkheid niet worden opgevangen. De prikkels voor verandering worden geremd door een negatief feedbackproces. In zo'n fase van *evenwicht* vindt er geen of hooguit incrementele verandering van het beleid plaats (Jones & Baumgartner, 2012). Een onderwerp bevindt zich dan in een politiek subsysteem – een ministerie met daaromheen allerlei andere instituties – en is geïsoleerd van macropolitieke aandacht. Baumgartner & Jones stellen dat de actoren in zo'n subsysteem baat hebben bij het handhaven van de status quo, wat verandering nog onwaarschijnlijker maakt. Dit betekent niet dat beleidsvorming in een permanente impasse verkeert: de druk voor verandering kan een tijd worden weerstaan, maar als de druk hoog genoeg is kan dat leiden tot een grote, onverwachte verandering in aandacht en beleid. Op zo'n moment verplaatst het onderwerp van het subsysteem naar het macropolitieke systeem – het parlement en het kabinet.

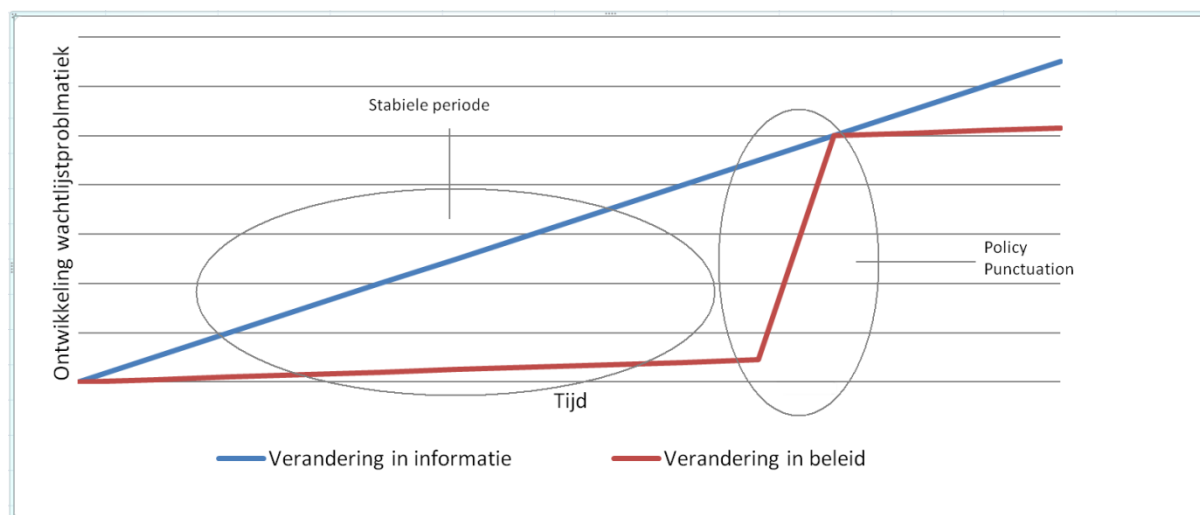
Frictie binnen een beleidsterrein: definiëring van het onderwerp

De definiëring van een onderwerp heeft een belangrijke rol in haar (in)stabiliteit op de politieke agenda. Jones stelt, met *bounded rationality* als uitgangspunt, dat een onderwerp of een beleidsterrein vaak maar op één manier wordt gepercipieerd, terwijl het in werkelijkheid veelzijdig en complex is (Jones 1994). De definitie van een onderwerp is meestal stabiel: er heerst consensus over hoe het beleidsterrein moet worden geïnterpreteerd. Bounded rationality en institutionele frictie zorgen ervoor dat een politiek systeem niet in staat is om naadloos aan te sluiten bij de ontwikkelingen binnen een beleidsveld. De veranderingen worden in een vroeg stadium simpelweg niet waargenomen, genegeerd of goedgepraat. Pas als er zoveel aanwijzingen zijn dat een bepaald perspectief onhoudbaar is, wordt het beeld bijgesteld. Dit gegeven resulteert in 1) een onderreactie op verandering zolang dit niet een bepaald *kookpunt* bereikt; en 2) een overreactie op verandering zodra het *kookpunt* (threshold) is bereikt. Deze non-lineaire aandachtsverschuiving binnen één bepaald beleidsterrein zorgt voor een plotselinge herdefiniëring van een onderwerp (Jones, 1994). Op zo'n moment wordt het onderwerp ontvankelijk voor radicale beleidsverandering.

Frictie tussen beleidsterreinen: agenda-setting

Tegelijkertijd wordt het beleidsterrein vaak op een dergelijk moment verplaatst naar het macropolitieke systeem. Jones stelt: 'when a policy shifts to the macro political institutions, it generally does so in an environment of changing issue definitions and heightened attentiveness by the media and broader publics' (1994: 185). In het macropolitieke systeem wordt het onderwerp onderhevig aan een positief feedbackproces, waarin kleine aanleidingen of oorzaken grote gevolgen voor beleid kunnen hebben.

True, Jones & Baumgartner trekken de vergelijking met aardverschuivingen: *'If we drop grains of sand slowly and constantly on a small pile of sand in a laboratory, the result is not small changes in the sandpile, but landslides* (2012: 160). Zo'n aardverschuiving is, wat zij noemen een *policy punctuation*. Dezelfde processen die lange tijd de verandering tegenhouden faciliteren vanaf een bepaald kookpunt de radicale veranderingen die de perioden van stabiliteit onderbreken (Jones, Baumgartner & True, 1997). Het veranderingsproces van overheidsbeleid levert dan grofweg het beeld op dat is weergegeven in figuur 3.1.



Figuur 3.1: Beleidsverandering volgens Punctuated Equilibrium

PET als een theorie van informatieverwerking

Vanaf het opstellen van de PET heeft zij een transitie doorgemaakt van een theorie over de dynamiek tussen politieke sub- en macrosystemen naar een theorie over informatieverwerking in organisaties (True, Jones & Baumgartner, 2007: 177). In de latere, meer algemene variant van PET – *the general punctuation thesis* – wordt de theorie als volgt samengevat: *'the general punctuation thesis specifies an interaction between the flow of information into a policymaking system and the resistance, or friction, to adjustment that is built into the system* (Jones & Baumgartner, 2012: 8). De twee oorzaken van frictie zijn vergelijkbaar met de beperkende factoren die in eerdere jaren centraal stonden: *bounded rationality* en institutionele frictie. Centraal staat nu het feit dat besluitvorming kosten met zich meebrengt voor de betrokken actoren. De cognitieve kosten (het besteden van aandacht en energie aan een onderwerp) leiden tot cognitieve frictie en de institutionele kosten (energie die het kost om de status quo te veranderen) leiden tot institutionele frictie. Deze frictie wordt gezien als *'a retarding force that interferes with the smooth adjustment of a political system to changing information signals from the policymaking environment.'* (Jones & Baumgartner, 2012: 8).

Wat is een policy punctuation?

Een policy punctuation is een radicale verschuiving van het gevoerde beleid om het weer aan te laten sluiten bij de informatie die over het beleidsterrein binnenkomt (Jones & Baumgartner, 2012). Zoveel is duidelijk. Binnen de PET blijft verder veel onduidelijk over deze policy punctuations. Hoe lang duren ze? Wat is een 'radicale verschuiving'? Hoe vaak komen ze voor? Hoewel er geen directe antwoorden worden gegeven op deze vragen is wel één en ander op te maken uit de literatuur die over PET is verschenen. Allereerst de methoden die Baumgartner & Jones zelf gebruiken: zij meten veranderingen

in de begroting van jaar op jaar (Jones et al., 2009). Zij gebruiken daarbij een percentuele verandering ten opzichte van het voorgaande jaar als maat. Dit betekent dat alleen een grote verandering van jaar op jaar wordt gezien als een policy punctuation. Een punctuation moet dus in één jaar plaats vinden (Jones et al., 2009). Wanneer is iets een policy punctuation? Policy punctuations worden vrijwel altijd gemeten als percentuele verandering van jaar op jaar, maar wanneer is iets dan een *radicale verandering*? John en Bevan (2010: 9) hanteren een ondergrens van 200% meer aandacht in een jaar ten opzichte het jaar ervoor. 'The choice to use 200 per cent at the cut-off is motivated by the definition of a punctuation, as a large change in attention should at the minimum be twice the size as the previous level of attention for it to be considered a punctuation' (John & Bevan, 2010: 9). In een toepassing van PET op de agendavorming van de Europese Raad worden veranderingen van -30% tot -80% aangeduid als zijnde 'medium changes' (Alexandrova et al., 2012: 78). Aangezien het hier om negatieve verandering gaat is -100% het maximum: als een onderwerp compleet verdwijnt dan is de aandacht voor het onderwerp met -100% veranderd. Het is onduidelijk welke maten Alexandrova et al. hanteren voor toenames in aandacht en wanneer iets dan tot een policy punctuation wordt gerekend. De definiëring van John & Bevan zal worden toegepast op de data over aandachtsontwikkeling. Het is echter te voorbarig om enkel op basis van die indicator vast te stellen of er een policy punctuation plaats heeft gevonden.

Verwachtingen van PET over aandacht voor wachtlijsten

De Punctuated Equilibrium theorie heeft een aantal verwachtingen over de ontwikkeling van aandacht en beleidsverandering in politieke systemen. Daarom kan, met behulp van deze theorie, een aantal kenmerken van de aandacht voor de wachtlijstproblematiek worden geformuleerd:

- Het beleidsterrein zorg is lange tijd stabiel geweest (issue monopoly). Het feitelijke werkveld – de 'realiteit' – heeft veranderingen doorgemaakt waar het politieke systeem zich niet aan aanpast.
- De aandacht voor het beleidsterrein is plotseling, lijkt uit het niets te komen.
- De aandacht is het gevolg van a) een hele sterke verandering in *informatie* of b) een langzaam opgebouwde verandering in informatie dat een *tipping point* bereikt.
- Tijdens de verhoogde aandacht (de punctuation) wordt getracht het beleid van de overheid weer in lijn te brengen met de informatie over de realiteit.
- De aandacht voor het beleidsterrein gaat gepaard met conflicterende definiëringen over de zorgsector en haar prioriteiten.
- Een verschuiving in issue definition/policy image is radicaal in plaats van geleidelijk.
- Door de institutionele frictie vertonen de throughput en output later een *punctuation* dan de input, zoals media, Kamervragen et cetera.
- Na de korte periode van hevige verandering ontstaat weer een periode van rust en stabiliteit binnen de zorgsector.

3.4 Verschillen tussen de theorieën

Nu beide theorieën, en hun verwachtingen, uiteen zijn gezet staan we kort stil bij de verschillen tussen PET en de issue-attention cyclus. Waar Downs zich meer richt op publieke aandacht (waar politieke aandacht uiteraard mee verbonden is) gaan Baumgartner & Jones in op de aandacht voor een onderwerp binnen de verschillende onderdelen van de overheid (parlement, kabinet, et cetera). Zij stellen politieke aandacht centraal. Hieraan gelieerd is een tweede manier waarin de theorieën verschillen. Binnen PET staat beleidsverandering centraal, terwijl daadwerkelijke verandering in beleid

bij de issue-attention cycle slechts een marginale rol spelen. Volgens Downs zal, los van het feit of er verandering in beleid plaatsvindt, de publieke en politieke aandacht na enige tijd afnemen. Baumgartner & Jones poneren daarentegen dat door een sterke beleidsverandering dat beleid weer in lijn is met de politiek gepercipieerde realiteit waardoor de aandacht voor het onderwerp afneemt. De rol die een thema inneemt na een policy punctuation is dan ook niet wezenlijk anders dan ervoor. Daartegenover stelt Downs dat, doordat een thema de cyclus is doorlopen, deze na de aandachtspiek een fundamenteel andere relatie heeft met politiek en publiek. Dit is een duidelijk verschil tussen beide theorieën. Tot slot beargumenteren PET en de issue-attention cycle op een andere manier de aftocht van een thema van de politieke en publieke agenda. Baumgartner & Jones stellen dat een onderwerp van de agenda verdwijnt omdat het overheidsbeleid weer in lijn is gebracht met de realiteit. Binnen de issue-attention cycle echter, is de realisatie van de kosten om een oplossing te realiseren de primaire oorzaak voor het afnemen van de aandacht. Niet het vermogen maar het onvermogen om het probleem op te lossen is de aanleiding voor de verminderde aandacht.

4 Wachlijsten als politieke zorg (1993-2012)

In dit deel wordt bekeken hoe wachtlijsten in de gezondheidszorg zich als maatschappelijk en politiek fenomeen heeft ontwikkeld tussen 1993 en 2012. Daarbij wordt gekeken naar verschillende agenda's. Rogers en Dearing (1988) onderscheiden drie verschillende agenda's: de publieke agenda (publieke opinie), de media-agenda (tv, kranten) en de beleidsagenda (politici, bestuurders). Dit onderzoek brengt de aandachtontwikkeling op drie manieren in kaart:

1. De aandacht voor het fenomeen 'wachtlijsten in de gezondheidszorg' op de media-agenda. Dit wordt door middel van een kwantitatieve analyse inzichtelijk gemaakt.
2. De aandacht voor het fenomeen 'wachtlijsten in de gezondheidszorg' op de parlementaire agenda. Dit wordt door middel van een kwantitatieve analyse inzichtelijk gemaakt.
3. De aandacht die de regering aan het fenomeen 'wachtlijsten in de gezondheidszorg' besteedt. Hiervoor wordt de inhoud van de miljoenennota's van 1993-2012 aan een inhoudsanalyse onderworpen.

Voor de media-agenda en de parlementaire agenda zal een kwantitatief beeld worden gegeven van de aandacht voor het onderwerp. De aandacht die de regering aan het onderwerp wachtlijsten besteedt wordt onderzocht door een inhoudsanalyse van de miljoenennota's van 1993-2012. De publieke agenda wordt niet onderzocht aangezien er geen betrouwbare bronnen zijn die dit de afgelopen 20 jaar bij hebben gehouden.

4.1 Media-aandacht

Methode van onderzoek

De aandacht die de media besteedt aan wachtlijsten of wachttijden wordt in kaart gebracht door een aantal landelijke dagbladen te onderzoeken. Landelijke dagbladen zijn een gebruikelijke graadmeter voor de media-agenda (Kosicki, 1993; McCombs & Shaw, 1993; SCP 2002; Breeman, Timmermans & van Dalfsen, 2011). In navolging van het onderzoek van Breeman & Timmermans (2008; 2009; 2011) is gebruik gemaakt van de krantendatabase LexisNexis. In deze database zijn onder andere alle landelijke kranten digitaal beschikbaar. In de database kan voor artikelen worden gezocht. Uiteindelijk is ervoor gekozen de volgende landelijke dagbladen in het onderzoek mee te nemen:

- NRC Handelsblad
- Trouw
- Algemeen Dagblad
- Het Parool
- De Volkskrant
- Het Financieel Dagblad

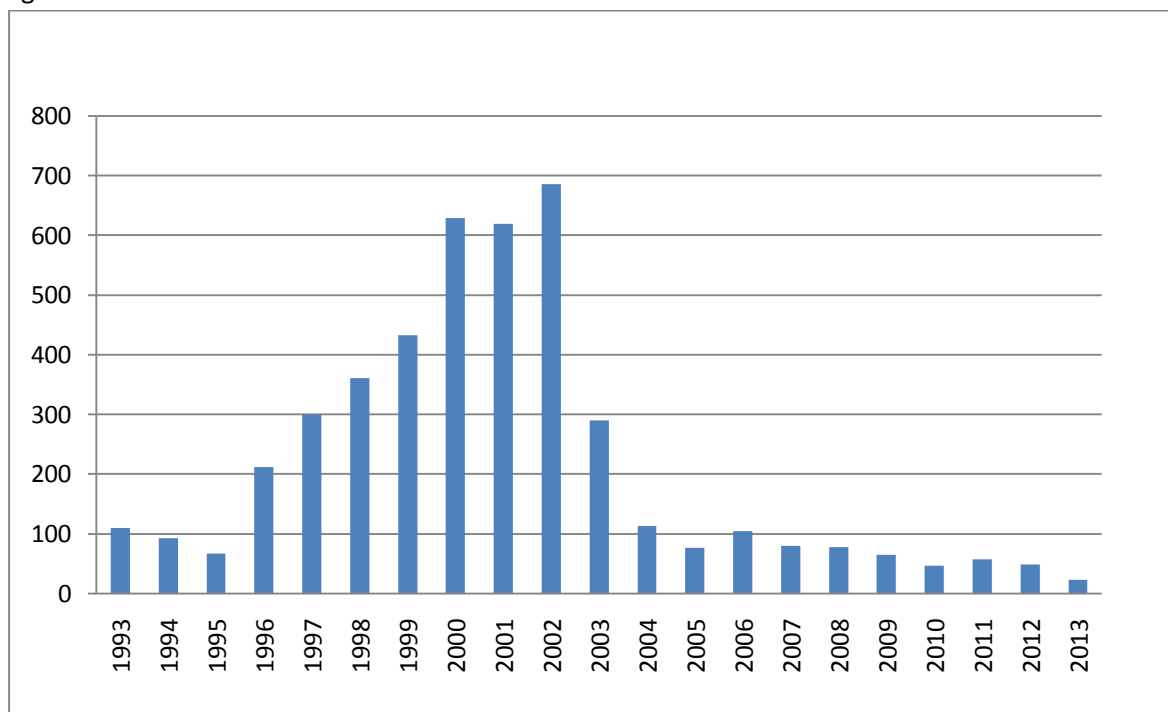
Deze selectie is om een aantal redenen gemaakt. Zo zijn deze dagbladen voor de totale onderzoeksperiode beschikbaar binnen LexisNexis⁷. Dit om mogelijke vervuiling van kranten die gedurende de onderzoeksperiode beschikbaar zijn geworden, zoals de Telegraaf (vanaf 1999) of de gratis dagbladen (Spits, Metro, vanaf 2007) te voorkomen. Zo wordt gegarandeerd dat de bevindingen

⁷ Alleen het Financieel Dagblad en De Volkskrant zijn respectievelijk vanaf januari 1994 en 1995 opgenomen in de database van Lexisnexus.

vergelijkbaar zijn (Breeman, Timmermans & van Dalen, 2011). Verder geven deze dagbladen een redelijk beeld van het politieke spectrum, met als uitersten aan de linkerkant De Volkskrant en aan de liberale kant het Financieel Dagblad en het NRC Handelsblad (Domevscek, 2006). Artikelen binnen de gehele krant worden gebruikt in plaats van de zoekopdracht te beperken tot een bepaald katern. De redenen hiervoor zijn: 1) de katernen van de dagbladen zijn verschillend ingedeeld, dus is het niet mogelijk om één katern te definiëren; 2) de katernen van de kranten verschillen over de jaren heen; 3) artikelen over wachtlijsten kunnen zich in meerdere katernen bevinden zoals de voorpagina, binnen- en buitenland. Uit eerder onderzoek is gebleken dat de aandacht die een krant aan een onderwerp schenkt binnen een bepaald katern of binnen de totale krant vergelijkbaar is (Breeman, Timmermans & van Dalen, 2011: 41). Ten behoeve van de betrouwbaarheid van het onderzoek zijn meerdere combinaties van zoektermen gebruikt. Ook is om die reden geopteerd voor het hanteren van de Boleaanse zoekmethode, waarin zeer nauwkeurig kan worden gezocht binnen de krantendatabase. Uit eerder onderzoek is gebleken dat de Boleaanse zoekmethode betrouwbare resultaten geeft (Breeman & Timmermans, 2008: 35). Het totaal aantal krantenartikelen per jaar is voor deze kranten over de onderzoeksperiode vrijwel gelijk gebleven (Breeman, Timmermans & van Dalen, 2011).

Resultaten

Allereerst is bekeken hoeveel artikelen in de bovenstaande kranten zowel de term ‘wachtlijsten’ als de term ‘gezondheidszorg’ bevatten. Er is geopteerd voor de term gezondheidszorg omdat ‘zorg’ te algemeen is en meerdere betekenissen heeft⁸. In totaal zijn er binnen de zes geselecteerde dagbladen in de onderzoeksperiode 4493 artikelen verschenen waarin de termen ‘wachtlijsten’ en ‘gezondheidszorg’ beide voorkwamen. De verdeling van deze artikelen over de periode 1993-2013 is weergegeven in figuur 4.1.

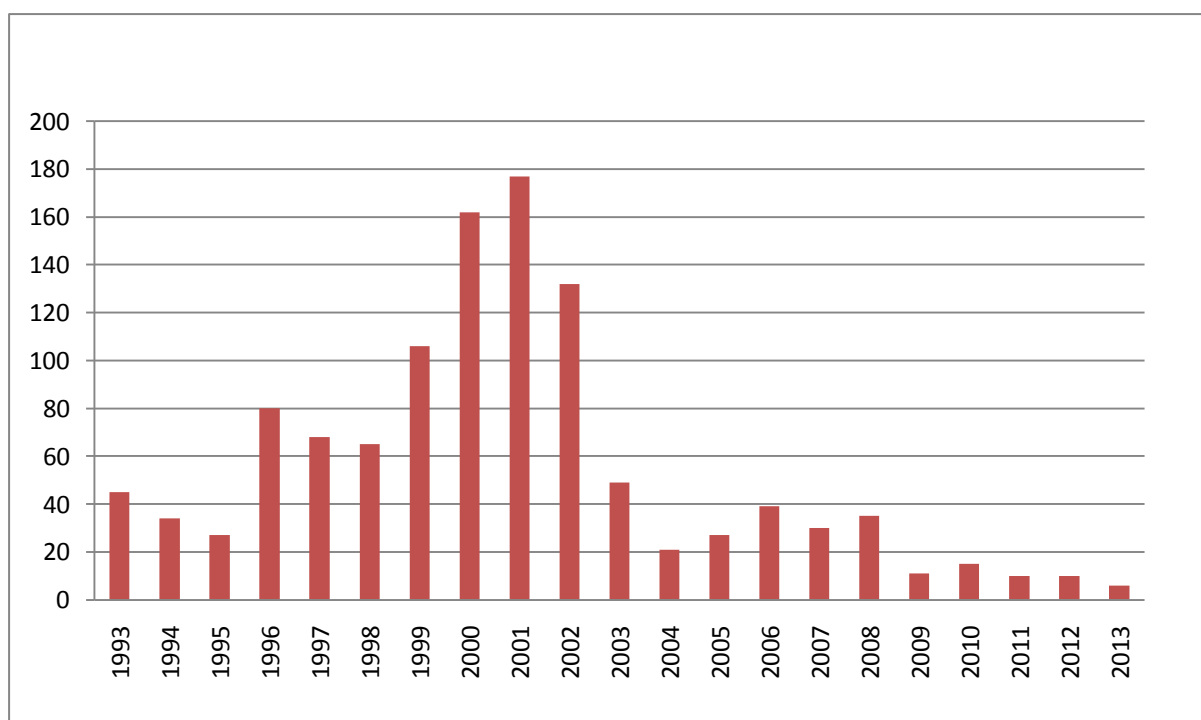


Figuur 4.1: Aantal krantenartikelen over wachtlijsten in de gezondheidszorg per jaar voor de periode 1993-2013.

⁸ Zo zouden bijvoorbeeld alle artikelen waarin ‘ik zorg voor’ of ‘het is een grote zorg’ op deze zoekterm aanslaan, terwijl het artikel helemaal niet over de gezondheidszorg hoeft te gaan.

Uit figuur 4.1 wordt duidelijk dat er richting de millenniumwisseling en kort daarna een verhoogde aandacht was voor het fenomeen wachtlijsten in de gezondheidszorg. Vanaf 1995 is er een sterke toename in het aantal artikelen dat aan het onderwerp gewijd is, met als hoogtepunt 2002. In dat jaren waren vervroegde Tweede Kamerverkiezingen door de val van Paars II. In die verkiezingsstrijd waren de wachtlijsten en wachttijden in de zorg één van de belangrijkste onderwerpen (TNS NIPO, 2002; Volkskrant, 6-9-2002). Tezamen zijn in de jaren 2000, 2001 en 2002 meer dan 43% van de artikelen over wachtlijsten in de gezondheidszorg geschreven. Na 2002 zakt de aandacht voor het onderwerp in de kranten in één jaar van 686 naar 290. Vanaf 2003 blijft de aandacht voor het onderwerp bescheiden. Er zijn in de tien jaar van 2003 t/m 2013 slechts 983 artikelen (22% van het totaal) geschreven. Daarmee lijkt de aandacht voor de wachtlijsten in de behandelde kranten tot op, of zelfs onder, het niveau van 1995 te zijn beland.

Een mogelijke verklaring voor de snelle afname in aandacht voor het onderwerp kan liggen in het feit dat de term wachtlijsten is vervangen voor een andere term. In het geval van wachtlijsten in de gezondheidszorg zouden wachttijden als substituut kunnen gaan dienen. Zo gebruiken verschillende expertorganisaties vanaf 2002 de gemiddelde wachttijd als maatstaf voor het probleem in plaats van de lengte van de wachtlijst an sich (Prismant 2004; NZa 2006, 2007, 2010). Om te controleren of dit substitutie-effect de scherpe daling vanaf 2002 verklaart is eenzelfde analyse van de krantendatabank LexisNexis gedraaid met de zoektermen 'wachttijden' en 'gezondheidszorg'. Uit deze analyse komt naar voren dat over de periode 1993-2013 de behandelde kranten 1149 artikelen hebben geschreven waar zowel het woord 'wachttijden' als het woord 'gezondheidszorg' in voorkwam. Figuur 4.2 laat zien hoe de artikelen over deze twintig jaren zijn verdeeld.

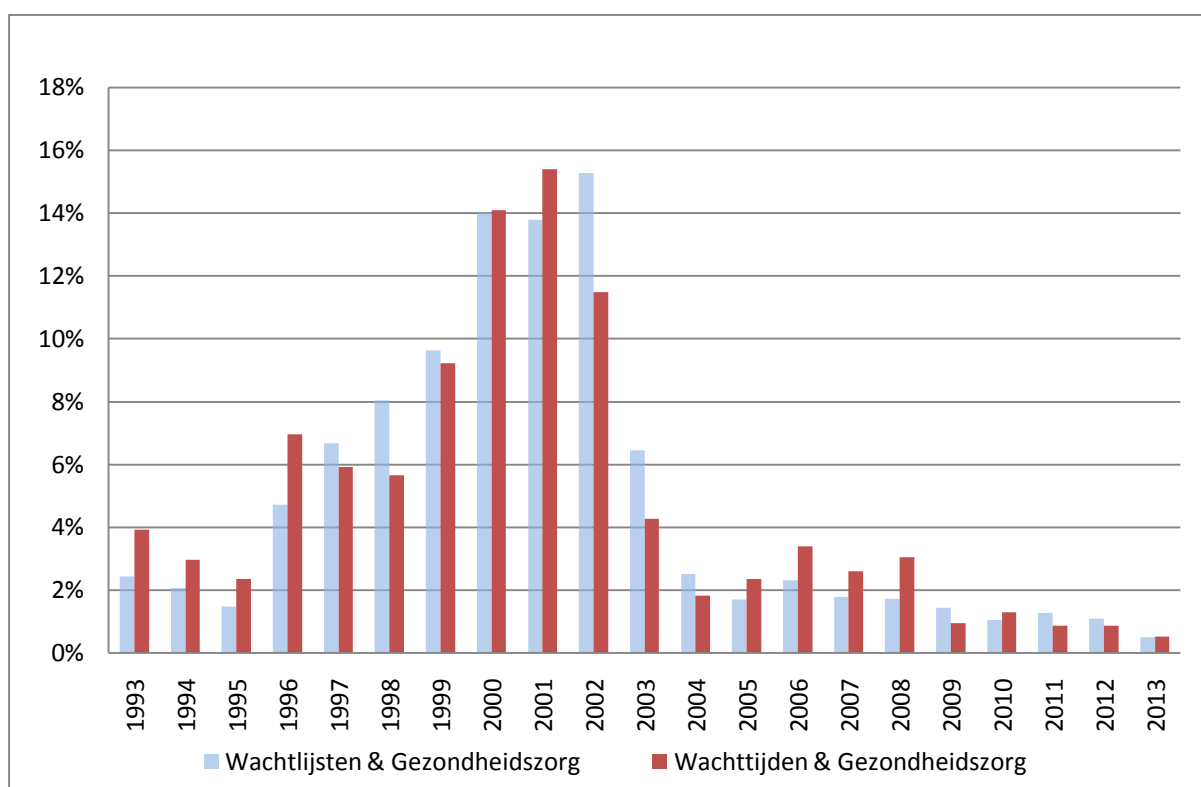


Figuur 4.2: Aantal krantenartikelen over wachttijden in de gezondheidszorg per jaar voor de periode 1993-2013.

Het eerste dat opvalt, is dat er vier keer minder artikelen zijn geschreven over wachttijden in de gezondheidszorg dan over wachtlijsten in de gezondheidszorg. Wat betreft de verdeling zijn de volgende dingen op te merken:

- Vanaf 1995 is er een trendmatige stijging in het aantal artikelen over wachttijden in de gezondheidszorg.
- In de jaren 2000, 2001 en 2002 worden per jaar de meeste artikelen over het onderwerp geschreven; respectievelijk 162, 177 en 132.
- Tezamen worden in deze drie jaren 41% van de artikelen over wachttijden in de gezondheidszorg geschreven.
- In 2003 neemt het aantal artikelen scherp af
- Vanaf 2002 worden er relatief weinig artikelen over wachttijden in de zorg geschreven: 253 (22% van het geheel).

Om te kunnen concluderen of er een substitutie-effect heeft plaatsgevonden van de term 'wachtl ijsten' naar de term 'wachttijden' zijn de resultaten van beide zoekcombinaties in figuur 4.3 opgenomen.



Figuur 4.3: Percentuele aandachtsverdeling voor wachtl ijsten en wachttijden in de gezondheidszorg.

Het is duidelijk dat de verdeling van de artikelen vrijwel gelijk is voor de twee zoekcombinaties. De correlatie tussen beide reeksen is 0,95 en daarmee significant ($P < 0,01$)⁹ (zie bijlage 6). De grootste verschillen zijn in de jaren 1996 (2,2%), 1998 (2,4%), 2002 (3,8%) en 2003 (2,2%). Daaruit valt op te maken dat de behandelde kranten in 2002 en 2003 meer bleven schrijven over wachtl ijsten in de gezondheidszorg dan wachttijden in de gezondheidszorg. Uit bovenstaande figuur wordt duidelijk dat er geen substitutie-effect heeft plaatsgevonden.

Conclusie

⁹ Correlatie geeft de samenhang tussen twee meetgegevens aan; bij 1 is sprake van een volledige samenhang. De correlatie is significant bij $P = 0,01$

De media-aandacht voor wachtlijsten in de gezondheidszorg is in kaart gebracht door een analyse van het aantal krantenartikelen dat zes landelijke dagbladen over het onderwerp hebben geschreven. Uit de resultaten kan het volgende beeld worden geschetst.

Tot 1996 was er relatief weinig aandacht voor wachtlijsten of wachttijden in de gezondheidszorg. Vanaf 1996 steeg deze aandacht sterk tot een piek in de jaren 2000, 2001 en 2002. In deze laatste drie jaren werd bijna de helft van de artikelen over wachtlijsten en wachttijden in de zorg geschreven. Vanaf 2002 daalde de media-aandacht voor het onderwerp snel zodat dit zich in 2004 al weer op het niveau van voor 1996 bevond. Sinds 2003 lijkt er geen substantiële media-aandacht meer voor het onderwerp te zijn. Er heeft, voor de media-agenda, door de jaren heen geen substitutie-effect plaatsgevonden van de term 'wachtlijsten' naar de term 'wachttijden'.

4.2 Parlementaire aandacht

We kijken nu naar de ontwikkeling van de aandacht die de Tweede Kamer voor wachtlijsten in de gezondheidszorg heeft besteed. Dit wordt gedaan door de parlementaire database op de websites *statengeneraaldigitaal.nl* en *officielebekendmakingen.nl* methodisch te bevragen. Op de website van *statengeneraaldigitaal.nl* staan alle parlementaire documenten tot 1995 digitaal opgeslagen, op *officielebekendmakingen.nl* staan de documenten vanaf 1995. Het bevragen van deze database is een beproefde methode voor het in kaart brengen van de parlementaire aandacht voor een onderwerp (Breeman & Timmermans, 2008; Breeman, Timmermans & van Dalssen, 2011).

Methode van onderzoek

Voor het bevragen van de parlementaire database worden eenzelfde zoekmethode gehanteerd als bij het bevragen van de krantendatabase. Per jaar wordt gekeken hoeveel parlementaire documenten een bepaalde zoekcombinatie oplevert, waardoor een beeld kan worden geschetst van de mate waarin het parlement zich bezighoudt met het onderwerp. De zoektermen zijn hetzelfde als die zijn gebruikt bij de krantendatabase, zodat de resultaten optimaal vergelijkbaar zijn. Allereerst is gezocht op parlementaire documenten die zowel de term 'wachtlijsten' als de term 'gezondheidszorg' bevatten. Vervolgens zijn alle documenten in kaart gebracht waar zowel de term 'wachttijden' als de term 'gezondheidszorg' in voorkomen. Zo kan ook voor de politieke aandacht worden gekeken of er eventueel van een substitutie-effect sprake is. Op de site *officielebekendmakingen.nl* wordt onderscheid gemaakt tussen de volgende parlementaire documenten¹⁰:

- Agenda's
- Handelingen
- Kamerstukken
- Kamervragen met antwoorden
- Kamervragen zonder antwoorden
- Niet-dossierstukken
- Bijbehorende Bijlagen

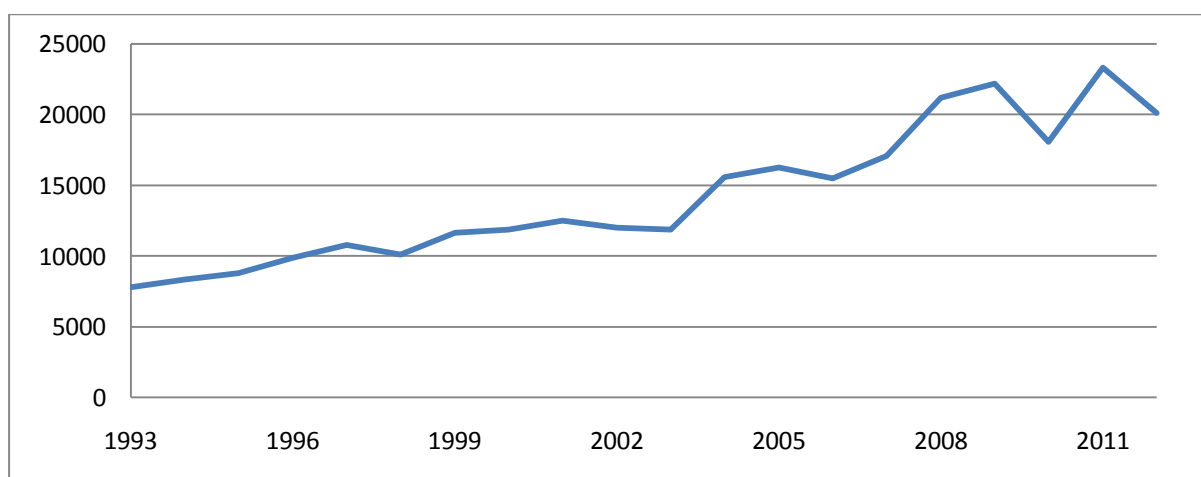
¹⁰ Op de site *statengeneraaldigitaal.nl* wordt enkel onderscheid gemaakt tussen handelingen (kamerverslagen), kamerstukken en Kamervragen. De categorie 'overig' zoals in dit onderzoek gehanteerd is niet op te vragen. Gezien de geringe omvang van deze groep bedreigt dit de kwaliteit van het onderzoek niet.

Voor dit onderzoek zullen de ‘bijbehorende bijlagen’ niet worden bevraagd, omdat deze pas vanaf 2003 digitaal beschikbaar werden. De bijlagen zijn vanaf dat jaar zo talrijk (30.000 tot 2013) dat ze de resultaten onbetrouwbaar zouden maken. De overige parlementaire documenten worden in de volgende categorieën opgedeeld:

Categorie	Bevat
Handelingen	De handelingen zijn Kamerverslagen van stemmingen en debatten.
Kamerstukken	Dit bevat alle officiële correspondentie tussen kamer en kabinet
Kamervragen	Hier worden zowel de Kamervragen met antwoord als de Kamervragen zonder antwoord ondergebracht
Overig	Hier vallen de agenda's en niet-dossierstukken onder

Tabel 4.1: Overzicht van indeling parlementaire documenten

Er is voor gekozen de agenda's en niet-dossierstukken te bundelen omdat ze zo weinig voorkomen dat ze tezamen nog geen 1% van alle parlementaire documenten bevatten¹¹. De Kamervragen vertegenwoordigen samen een wat grotere groep en snijden, in vergelijking met andere parlementaire documenten vaak andere thema's aan (Breeman, Timmermans & van Dalfts, 2011: 38). Bij Kamervragen gaat het meestal om snel te dramatiseren onderwerpen naar aanleiding van een incident dat uitgebreid in de media is beschreven (Ibid). De kamerstukken en handelingen vormen elk een aparte categorie aangezien zij zeer omvangrijk zijn. Voor elk van bovenstaande categorieën is per jaar uitgelezen hoeveel documenten een bepaalde zoekcombinatie oplevert. Een compleet overzicht van het aantal documenten per categorie, per jaar is te vinden in bijlage 3. Voor de analyse van de resultaten is het belangrijk dat het aantal hits voor een zoekcombinatie wordt gewogen tegen het totaal aan parlementaire documenten. De reden hiervoor is dat het aantal parlementaire documenten, ook zonder bijlagen, over de jaren heen erg is gestegen, zie figuur 4.4.

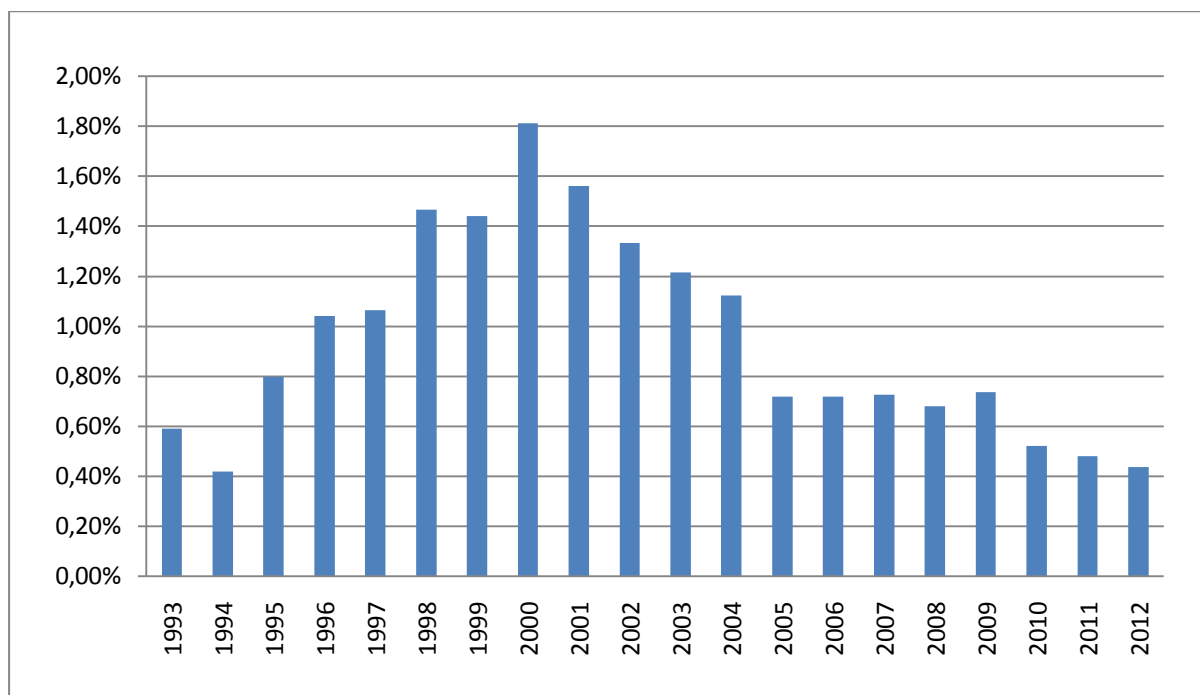


Figuur 4.4: Totaal aantal parlementaire documenten per jaar (excl. bijlagen).

¹¹ Slechts 2.938 van de 300.661 documenten van 1993 t/m 2012.

Resultaten

De bevraging van de parlementaire database met de zoekcombinatie 'wachtlijsten' en 'gezondheidszorg' levert in totaal 2537 documenten op die beide woorden bevatten. Dat is 0,9% van de totale hoeveelheid documenten. Figuur 4.5 geeft weer hoe de resultaten over de periode 1993-2013 zijn verdeeld.



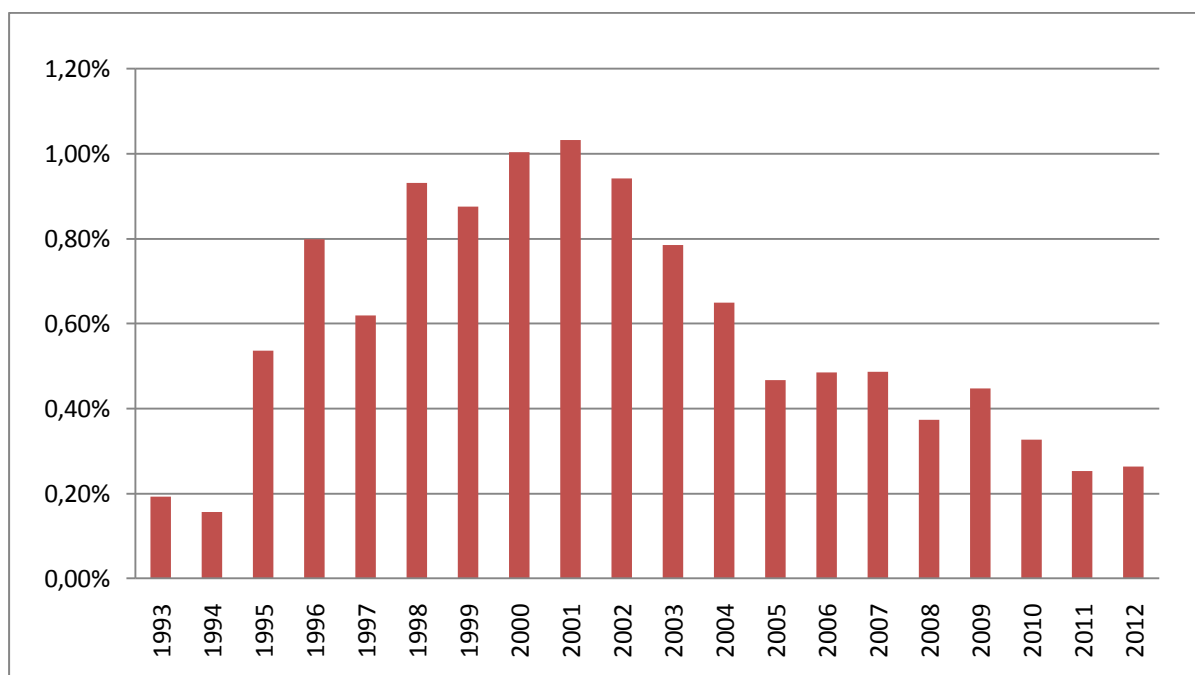
Figuur 4.5: Percentage parlementaire documenten per jaar over de periode 1993-2012.

Binnen de verdeling vallen een aantal dingen op. Allereerst valt op dat er rond de eeuwwisseling een duidelijke piek in het percentage zit. In het jaar 2000 gaat ruim 1,8% van alle parlementaire stukken over wachtlijsten in de zorg, meer dan dubbel het gemiddelde. Ook de jaren rondom de millenniumwisseling laten flink hogere percentages zien dan gemiddeld: afgerond 1,5% in 1998; 1,4% in 1999; 1,6% in 2001 en 1,3% in 2002. Met inachtneming van de stijging van het totaal aantal parlementaire documenten, is ruim 40% van alle parlementaire stukken over wachtlijsten in de gezondheidszorg verschenen tussen 1998 en 2002¹². Ook is er tot 2000 een duidelijk stijgende trend te onderscheiden. Met uitzondering van een terugval in 1994 groeit de politieke aandacht voor wachtlijsten in de zorg gestaag. Bovendien is er sinds 2000 steeds minder aandacht voor wachtlijsten in de gezondheidszorg. Het begint met scherpe daling in de jaren tot 2005, waarna de aandacht relatief stabiel blijft tot en met 2009, om vervolgens weer verder af te nemen.

Naast de zoekcombinatie 'wachtlijsten' en 'gezondheidszorg' is in de parlementaire database ook gezocht naar documenten die over wachttijden in de gezondheidszorg gaan. Zo kan worden vergeleken hoeveel aandacht naar dit onderwerp is gegaan. Tegelijkertijd kan worden gecontroleerd of een substitutie-effect de resultaten beïnvloedt. In de parlementaire database zijn van 1993 tot en met 2012 1555 documenten gevonden die wachttijden in de gezondheidszorg behandelen. Daaruit blijkt dat deze

¹² Dit kan als volgt worden berekend: alle percentages van de periode 1993-2012 worden bij elkaar opgeteld. Het aandeel dat de 1998, 1999, 2000, 2001 en 2002 daar tezamen in hebben is 40%.

zoekcombinatie significant minder aandacht krijgt als de wachtlijsten in de zorg¹³. Gemiddeld gaat 0,55% van de parlementaire documenten over het onderwerp. De verdeling van de politieke aandacht voor de wachttijden over de jaren is weergegeven in figuur 4.6.



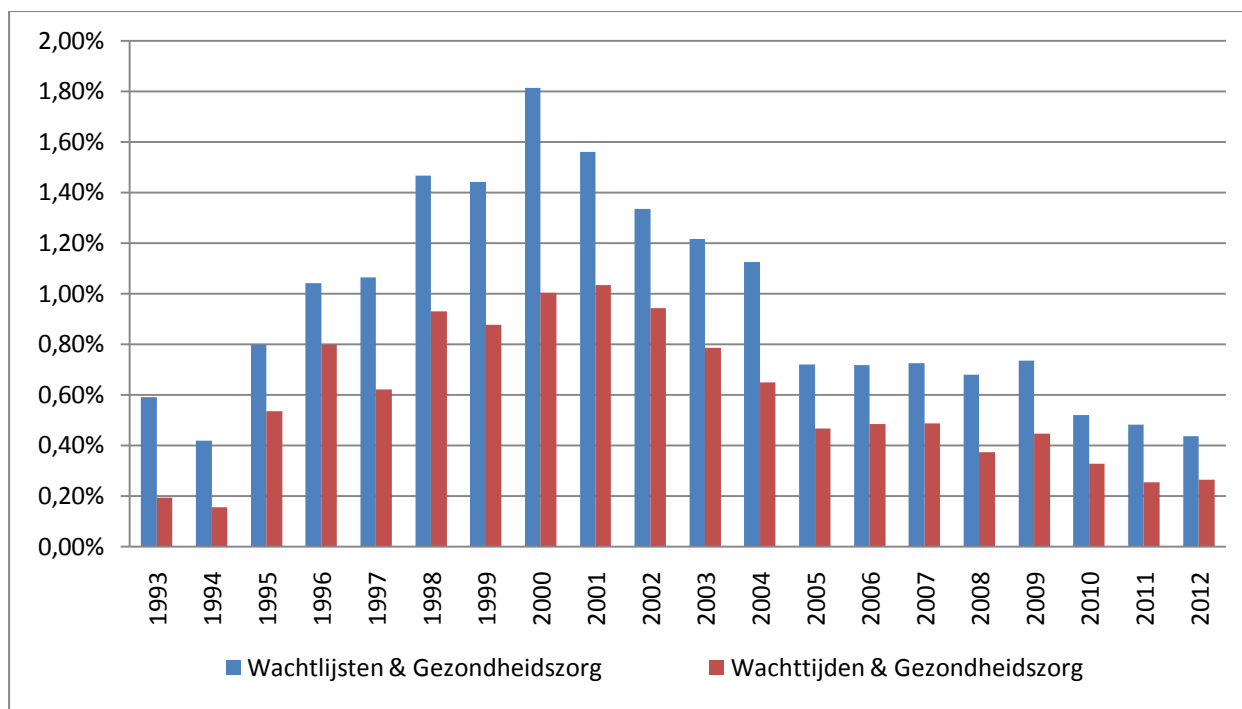
Figuur 4.6: Percentage parlementaire documenten per jaar over de periode 1993-2012.

Deze verdeling laat eveneens een piek zien in het aantal parlementaire documenten rond de millenniumwisseling, maar ditmaal wordt in 2001 het hoogste percentage gehaald (ruim 1%). Ook de jaren daaromheen laten ontegenzeggelijk hogere percentages zien dan het gemiddelde. In de jaren 1998 tot en met 2002 zijn meer dan 40% van alle stukken over het onderwerp uitgekomen, als de stijging van het totaal aantal documenten wordt meegewogen¹⁴. Vanaf 1994 is een stijgende trend te herkennen, met uitzondering van 1997. Na 2001 zet echter een dalende trend in die weliswaar wat afvlakt vanaf 2005 maar in 2009 weer stevig daalt tot in 2012.

In figuur 4.7 zijn de resultaten van beide zoekcombinaties te zien. Zo kan worden geconcludeerd of een substitutie-effect van de term 'wachtlijsten' naar de term 'wachttijden' heeft plaatsgevonden.

¹³ Er zijn ongeveer anderhalf keer meer documenten over wachtlijsten in de gezondheidszorg dan over wachttijden in de gezondheidszorg.

¹⁴ Dit kan als volgt worden berekend: alle percentages van de periode 1993-2012 worden bij elkaar opgeteld. Het aandeel dat de 1998, 1999, 2000, 2001 en 2002 daar tezamen in hebben is meer dan 41%.



Figuur 4.7: Percentage parlementaire documenten per jaar over de periode 1993-2012.

Afgezien van het feit dat er meer parlementaire stukken over wachtlijsten gaan dan over wachttijden laten de twee reeksen een vrijwel identieke verdeling over de jaren zien. De correlatie tussen beide is eveneens significant ($P < 0,01$) en heeft zelfs een nog hogere correlatie dan bij de krantenartikelen: 0,96¹⁵. Vanaf 1994 is een duidelijke stijging tot 2000/2001, waarna de aandacht voor beide onderwerpen eerst snel en later meer geleidelijk afneemt. Het enige verschil tussen de twee zoekcombinaties is midden jaren negentig. De eerste twee jaren zijn er verhoudingsgewijs veel meer stukken over wachtlijsten dan over wachttijden. In de twee jaren daarna slaat dat om en zijn er relatief veel stukken die over wachttijden gaan. Vanaf 1997 lopen de twee onderwerpen gelijke tred. Er kan worden gesteld dat er vrijwel geen substitutie-effect is opgetreden tussen de term 'wachtlijsten' en de term 'wachttijden'.

Conclusie

De parlementaire aandacht voor de wachtlijsten in de zorg zijn in kaart gebracht door een analyse van het aantal parlementaire documenten dat door de jaren heen over het onderwerp is verschenen. Uit de resultaten kan het volgende beeld worden geschetst.

In 1993 en 1994 was er relatief weinig politieke aandacht voor wachtlijsten in de zorg. Vanaf die tijd begon de aandacht behoorlijk te groeien, met als hoogtepunt de jaren 2000 en 2001. Deze piek was zodanig, dat de vijf jaren van 1998 tot en met 2002 goed waren voor ongeveer 40% van de parlementaire documenten over het onderwerp. Vanaf het jaar 2000 daalde de politieke aandacht voor het onderwerp behoorlijk, zodat het zich in 2005 weer rond het niveau van voor 1995 bevond. Gedurende vijf jaar bleef de politieke aandacht stabiel om in 2009 nog verder te dalen. Er lijkt binnen de politieke agenda geen substitutie-effect te hebben plaatsgevonden.

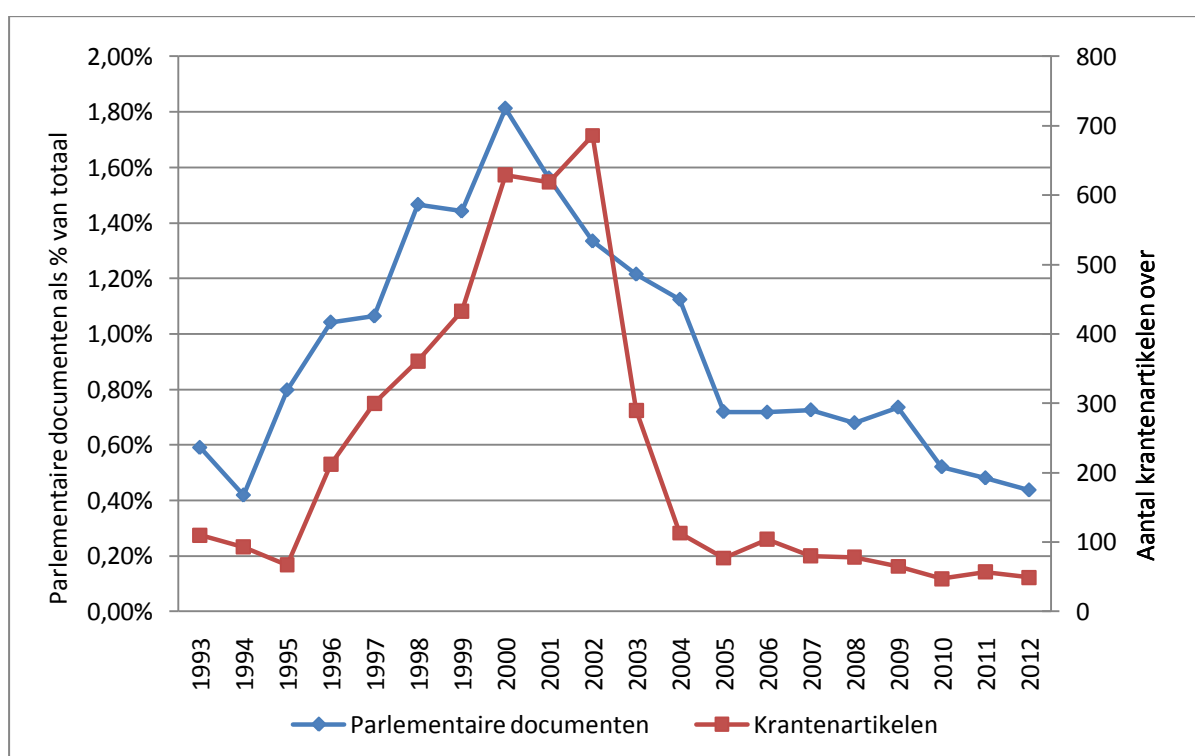
¹⁵ Correlatie geeft de samenhang tussen twee meetgegevens aan; bij 1 is sprake van een volledige samenhang. [De correlatie is significant bij \$P=0.01\$](#)

4.3 Media- en parlementaire aandacht vergeleken

Nu duidelijk is hoe het onderwerp wachtlijsten zich op de politieke en media-agenda heeft ontwikkeld, kunnen we zien hoe deze agenda's zich tot elkaar verhouden. In de literatuur zijn uiteenlopende theorieën over hoe de politieke en media-agenda elkaar beïnvloeden (Graber, 1997; Meyer, 2002). De vergelijking tussen media-aandacht en politieke aandacht geeft inzicht in die relatie: wie beïnvloedt wie? Wie pikt als eerste het onderwerp op? Wie volgt? Voor de zoekcombinatie wachtlijsten & gezondheidszorg alsook de zoekcombinatie wachttijden & gezondheidszorg kunnen de agenda's worden vergeleken.

Wachtlijsten in de gezondheidszorg

In figuur 4.8 is de relatieve politieke aandacht en het aantal krantenartikelen over de wachtlijsten in de zorg te zien.

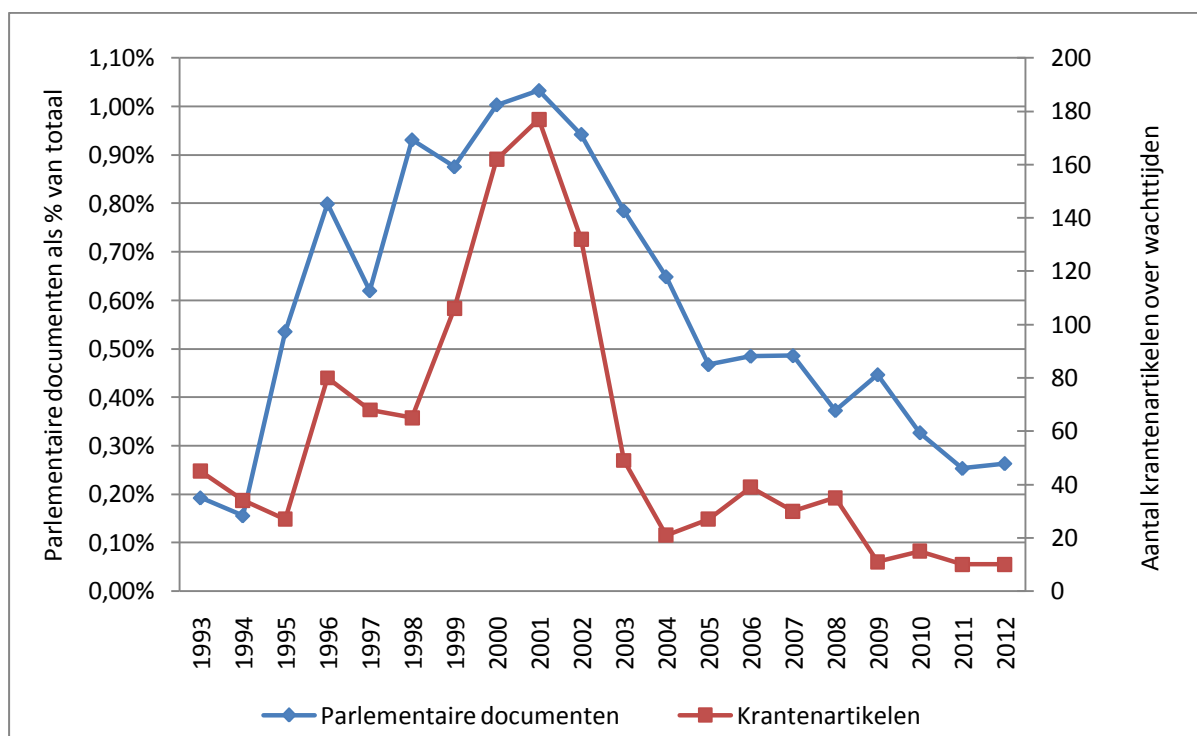


Figuur 4.8: Vergelijking aandacht op politieke en media-agenda voor wachtlijsten voor periode 1993-2012.

Op basis van de gegevens uit bovenstaande figuur kan worden geconcludeerd dat de twee agenda's weliswaar een sterk vergelijkbare ontwikkeling kennen maar niet precies parallel lopen. De correlatie tussen de media-agenda en de politieke agenda voor deze zoekcombinatie is 0,88. De piek in aandacht op de agenda's vindt plaats tussen 2000 en 2002. Daarbij valt op dat het verschil in het aantal krantenartikelen over de verschillende jaren veel groter is dan het verschil in de parlementaire documenten. De stijging van de aandacht voor het onderwerp lijkt voor beide agenda's evenredig, al loopt de stijging van de politieke agenda een jaar voor (zowel begin stijging als piek). De daling die vanaf ongeveer 2000-2002 inzet is voor de media-agenda een stuk steiler dan voor de politieke agenda.

Wachttijden in de gezondheidszorg

Voor de zoekcombinatie wachttijden & gezondheidszorg zijn de twee agenda's vergeleken. Het resultaat staat in figuur 4.9.



Figuur 4.9: Vergelijking aandacht op politieke en media-agenda voor wachttijden voor periode 1993-2012.

De vergelijking van de politieke en media-agenda leidt voor het onderwerp wachttijden tot vrijwel dezelfde conclusies als bij het onderwerp wachtlijsten:

- De agenda's tonen een overeenkomst qua trend maar lopen niet precies parallel. De correlatie tussen beide agenda's is 0,81. Dat is weliswaar lager dan op de andere zoekcombinatie maar nog altijd relatief hoog¹⁶ en significant ($P < 0,01$).
- Beide agenda's hebben de meeste aandacht voor het onderwerp tussen 2000 en 2002, met een duidelijke piek in 2001.
- De verschillen in krantenartikelen zijn, vergeleken over de jaren een stuk groter dan de verschillen voor de parlementaire documenten.
- De mate van aandacht stijgt eerder op de politieke dan op de media-agenda.
- Na de piek in aandacht daalt de media-aandacht ontzettend snel, de politieke aandacht daalt langzamer.

Het grootste verschil tussen de aandacht voor wachtlijsten en de aandacht voor wachttijden is dat die laatste een stagnatie in de groei laat zien van 1996 tot en met 1998. Merkwaardig genoeg vind die stagnatie voor de aandacht voor wachttijden in de gezondheidszorg zowel plaats op de politieke als media-agenda.

¹⁶ Breeman, Timmermans & Dalfsen spraken in hun onderzoek al bij 0,77 van een hoge correlatie (2011: 40).

Conclusie

Bovenstaande vergelijking van de politieke aandacht en media-aandacht voor de wachtlijsten en wachttijden in de gezondheidszorg toont veel overeenkomsten tussen zowel de agenda's als tussen de twee zoekcombinaties. Op basis van deze gegevens kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

- Zowel de politieke als de media-aandacht voor de wachttijden en wachtlijsten bereikt haar hoogtepunt tussen 2000 en 2002.
- De politieke aandacht stijgt eerder dan de media-aandacht. Dit kan er op duiden dat de media-agenda zich minstens zo erg laat leiden door de politieke agenda als andersom (Hallin & Mancini, 2004).
- De media-agenda laat veel grotere verschillen in aandacht voor het onderwerp zien dan de politieke agenda.
- Met name de snelle daling van media-aandacht na de piek (2001-2002) contrasteert met de meer geleidelijke afname van politieke aandacht. Dit sluit aan bij het feit dat de media een korte 'aandachtsspanne' bezit (Downs, 1972; Hall, 2010).
- De politiek lijkt dan ook (iets) minder ontvankelijk voor de 'waan van de dag' dan de media.

In de volgende paragraaf wordt de stap gemaakt van media en parlementaire aandacht naar overheidsaandacht oftewel: de beleidsagenda.

4.4 Beleidsprioritering

De overheidsaandacht voor wachtlijsten in de zorgsector is in kaart gebracht met behulp van een inhoudsanalyse. Paragraaf 3.3 beschrijft hoe een verschuivende opvatting over een beleidsterrein vaak ruimte geeft voor radicale beleidsverandering en leidt tot verhoogde aandacht van de macropolitieke en de samenleving. In deze paragraaf is daarom gekeken naar de wisselwerking tussen een conflicterende opvatting binnen het beleidsterrein zorg en de macropolitieke aandacht die er voor het beleidsterrein is. Dit leidt tot de volgende vragen binnen deze paragraaf:

1. a. In welke mate besteedt de regering door de jaren heen aandacht aan de zorgsector?
b. In welke mate besteedt de regering door de jaren heen aandacht aan wachtlijsten?
2. Welke beleidsdoelen worden binnen de zorg door de jaren heen nagestreefd?

4.4.1 Methode van onderzoek

Voor beantwoording van bovenstaande vragen biedt een inhoudsanalyse van overheidsdocumenten uitkomst. Een aantal voordelen van deze methode zijn (Bryman, 2012): 1) goed voor longitudinaal onderzoek; 2) makkelijk toegankelijk; en 3) goed controleerbaar/reproduceerbaar. Inhoudsanalyse van een bron kan zowel inductief als deductief. Bij deductief onderzoek worden er vooraf verschillende categorieën opgesteld (Elo & Kyngas, 2008). In dit onderzoek is gekozen voor een deductieve inhoudsanalyse. Hiervoor zijn allereerst de categorieën – beleidsdoelen in de zorgsector – vastgesteld. Vervolgens zijn de categorieën uitgewerkt, zodat ze bruikbaar zijn voor een inhoudsanalyse. Als laatste is gekeken welke overheidsdocumenten zich lenen voor een longitudinale inhoudsanalyse.

Vaststellen beleidsdoelen binnen gezondheidszorg

Door de jaren heen zijn de beleidsdoelen van de Nederlandse gezondheidszorg als volgt geformuleerd:

Instantie	Beleidsdoelen in de gezondheidszorgsector
NZa 2012	“De drie publieke belangen in de zorg: Transparante informatie, toegankelijkheid en betaalbaarheid.” (www.nza.nl)
Overheid 2004	Stelt: <i>“Het kabinet streeft naar een kwalitatief goede, toegankelijke, doelmatige en betaalbare gezondheidszorg.”</i> (Miljoenennota 2004:61)
SCP 2012	Stelt dat “het overheidsbeleid zich richt op toegankelijke, kwalitatief goede zorg die ook betaalbaar is.” (SCP 2012: 88)
SER 2012	Hanteert de thema’s ‘kwaliteit’, ‘toegankelijkheid’ en ‘betaalbaarheid’ in haar adviesrapport aan de minister (SER 2012)
SER 1998	Hanteert de <i>“basisdoelstellingen van de gezondheidszorg, te weten kwaliteit, toegankelijkheid, beschikbaarheid, bereikbaarheid en kostenbeheersing.”</i> (SER 1998: 8) ¹⁷
RIVM 2010	Stelt: <i>“We willen een zorgsysteem van hoge kwaliteit, een goede toegankelijkheid, dat doelmatig is en ook in de toekomst betaalbaar blijft.”</i> (RIVM 2010: 3)
RIVM 2001	Stelt dat <i>“de hoofddoelstelling van het curatieve zorgbeleid het streven is om transmuraal en integraal geleverde, doelmatige, kwalitatief verantwoorde en</i>

¹⁷ En verderop in het rapport: De raad wijst erop dat het volksgezondheidsbeleid dient te zijn gericht op het waarborgen van meerdere doelstellingen, zoals de kwaliteit, de functionele beschikbaarheid en bereikbaarheid in geografische zin, de toegankelijkheid in financiële zin en een verantwoorde kostenontwikkeling in het licht van de overige sociaal-economische beleidsdoelstellingen. (pag 10-11).

	<i>toegankelijke zorg te leveren</i> " (RIVM 2001: 1)
RvZ 1998	Concludeert: " <i>De overheid draagt de eindverantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg</i> " (RvZ 1998: 3)
OECD 2003	Hanteert de volgende <i>policy goals</i> : <ul style="list-style-type: none"> ▪ ensuring access to needed health-care services (toegankelijkheid) ▪ improving the quality of health care and its outcomes (kwaliteit) ▪ allocating an "appropriate" level of public sector and economy-wide resources to health care (Macro-efficiency/ betaalbaarheid) ▪ ensuring that services are provided in a cost-efficient and cost-effective manner (Micro-efficiency/doelmatigheid) (OECD, 2003)

Tabel 4.2: Beleidsdoelen in de gezondheidszorg door de jaren heen.

Uit bovenstaande lijst zijn voor de zorgsector de volgende beleidsprioriteiten gedistilleerd:

- Kwaliteit van de zorg (Hoe goed is de geleverde zorg?)
- Toegankelijkheid van de zorg (Heeft iedereen toegang tot de zorg?)
- Betaalbaarheid van de zorg (Is de zorgsector door de samenleving te betalen?)

Doelmatigheid en efficiëntie wordt in sommige rapporten gezien als 'uitgangspunt' voor de gezondheidszorg (RIVM 2001). Doelmatigheid of efficiëntie is echter geen 'beleidsdoel' an sich. Efficiëntie wordt vrijwel altijd aangedragen als middel om tot een meer optimale verdeling tussen de beleidsdoelen 'kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid' te komen. Zo is doelmatig en efficiënt werken in de jaren 90 aangedragen als oplossing voor de wachtlijsten (problematische toegankelijkheid) zonder dat het BZK in het gevaar kwam (betaalbaarheid op macro-economisch niveau). Nu de laatste jaren de toegankelijkheid niet meer als probleem wordt gezien maar de betaalbaarheid, wordt efficiëntie aangedragen om de zorg in de toekomst betaalbaar te houden zonder in te leveren op kwaliteit of toegankelijkheid (SCP, 2012).

Opstellen woordenwolk per hoofdthema

Voor een deductieve inhoudsanalyse is het noodzakelijk om min of meer afgebakende categorieën te definiëren (Bryman, 2012). De categorieën 'kwaliteit', 'toegankelijkheid' en 'betaalbaarheid' zijn weliswaar redelijk afgebakend, maar zonder verdere toelichting kunnen er makkelijk onduidelikheden ontstaan. Daarom wordt voor elk van de beleidsdoelen een *woordenwolk* uitgewerkt. Deze woordenwolk geeft weer welke synoniemen of subthema's binnen de beleidsthema's vallen. Daarnaast is het onwaarschijnlijk dat de exacte woorden *toegankelijkheid*, *kwaliteit*, en *betaalbaarheid* vaak worden genoemd. Een miljoenennota spreekt immers niet alleen over beleidsdoelen, maar ook over problemen, ontwikkelingen, beleidsalternatieven en maatregelen. Dat betekent niet dat al deze onderdelen niet binnen een categorie vallen. In tegendeel: problemen, ontwikkelingen en oplossingen zijn vrijwel altijd gelieerd aan een beleidsdoel. Als wordt gesteld dat de zorg problematisch duur wordt voor de samenleving, is duidelijk dat het beleidsdoel 'betaalbaarheid' in het gedrang komt. De kosten van de zorg zeggen in eerste instantie weinig over kwaliteit of toegankelijkheid. Ook beleidsoplossingen zijn vrijwel altijd gericht op één van de beleidsdoelen. Zo is het wegwerken van wachtlijsten in de gezondheidszorg een beleidsdoel dat ten goede komt aan de toegankelijkheid van zorg. Het doel voegt niet direct iets toe aan de kwaliteit van de zorg en gaat waarschijnlijk zelfs ten koste van de betaalbaarheid. Voor een verdere uitwerking van de beleidsdoelen wordt allereerst een korte toelichting gegeven op de drie doelen. Vervolgens wordt per doel aangegeven welke subcategorieën, synoniemen, probleemstellingen en maatregelen daar onder worden geschaard.

Kwaliteit

Kwaliteit van zorg gaat, vanzelfsprekend, over hoe goed de geleverde zorg is. De kwaliteit gaat niet alleen over het geleverde zorgproduct, maar kan ook over het zorgproces gaan. Begrippen die hierin centraal staan zijn: effectiviteit, veiligheid en vraaggerichtheid (RIVM 2010: 21; Veillard, et al., 2005). Voor de indicatie of de kwaliteit van zorg goed is tellen resultaten, zoals het percentage van de operaties dat succesvol wordt uitgevoerd of hoeveel patiënten overlijden op een bepaalde afdeling. Daarnaast is ook de tevredenheid van de patiënt (klantervaring) belangrijk. Verder kan de kwaliteit van zorg worden onderverdeeld in de kwaliteit van de medische voorzieningen en de kwaliteit van het medisch personeel. De overheid kan de kwaliteit van de zorg verder pogen te verbeteren door het zichtbaar en meetbaar maken van de kwaliteit, het vergroten van de invloed van patiënten en cliënten en het veiliger maken van de zorg (RIVM, 2010).

Toegankelijkheid

Toegankelijkheid van zorg heeft meerdere betekenissen. Zo kan er gesproken worden over geografische toegankelijkheid – ‘bereikbaarheid’ (SER, 1998) – of over financiële toegankelijkheid: kan een patiënt de behandeling betalen. Een derde vorm van toegankelijkheid ligt in het temporele aspect: heeft de burger binnen een aanvaardbare termijn toegang tot zorg? Hier vallen de wachtlijsten en wachttijden in de zorg onder. In iets bredere zin wordt dat ook wel ‘beschikbaarheid’ genoemd (SER, 1998). Daarvoor is het bijvoorbeeld belangrijk dat er voldoende capaciteit is om aan de zorgvraag tegemoet te komen – denk aan bedden, operatiekamers, verplegend personeel. De NZa beschrijft toegankelijkheid als volgt: *“zorg moet toegankelijk zijn. Dat wil zeggen dat mensen binnen redelijke reisafstand, binnen een redelijke tijd en onder redelijke voorwaarden toegang hebben tot de juiste zorg”* (website NZa).

Met oog op de onderzoeksvragen die centraal staan binnen deze scriptie wordt bij het beleidsdoel ‘toegankelijkheid’ speciaal gekeken naar de wachtlijsten en wachttijden. Omdat de wachttijden en wachtlijsten de toegang tot zorg beperken, wordt de wachtlijstproblematiek en haar aanpak gezien als een subcategorie binnen toegankelijkheid. Bij de codering is dan ook onderscheid gemaakt tussen de aandacht voor wachtlijsten en de overige aandacht voor toegankelijkheid.

Betaalbaarheid

In een grotendeels collectief gefinancierd zorgstelsel heeft ‘betaalbaarheid’ een macro-economische betekenis: kan de samenleving de kosten van de gezondheidszorg dragen (OECD, 2003)? De verzekeringsplicht leidt ertoe dat de kosten van de zorg over de maatschappij worden verdeeld: de zorgkosten worden via belastingen of zorgpremies verhaald op burgers. De NZa stelt over het beleidsdoel betaalbaarheid: *“De zorg moet betaalbaar blijven. De premie voor de basisverzekering moet betaalbaar blijven en we moeten de collectieve kosten in de hand houden.”* (website NZa). Een veelgebruikte term voor deze macro-economische benadering is ‘kostenbeheersing’ of ‘kostenbeperking’ (SER, 1998). Een tweede betekenis van de ‘betaalbaarheid’ van zorg is micro-economisch: is de zorg betaalbaar voor de individuele patiënt. In deze benadering leidt een negatief oordeel tot een beperking in toegang tot de zorg – financiële toegankelijkheid. De sterke collectivisering van de zorgsector in Nederland leidt ertoe dat deze vorm van ‘betaalbaarheid’ of ‘toegankelijkheid’ geen rol van betekenis speelt (RIVM, 2010: 98-106).

Nu duidelijk is wat precies onder de drie beleidsdoelen wordt verstaan kan voor de verschillende thema's een woordenlijst worden opgezet.

Doel	Kwaliteit	Toegankelijkheid	Betaalbaarheid
<i>Synoniemen</i>	Goede/betere zorg		Houdbaarheid collectieve uitgaven zorg
<i>Subcategorieën</i>	Kwaliteit medisch personeel	Bereikbaarheid	Betaalbaarheid korte termijn
	Kwaliteit medische voorzieningen	Beschikbaarheid	Betaalbaarheid lange termijn
	Veiligheid	Financiële toegankelijkheid	
	Patiëntgerichtheid	Temporele toegankelijkheid ¹⁸	
	Effectiviteit		
<i>Problemen</i>	'Medische missers'	Tekort zorgaanbod	Onbetaalbare zorg
	Ongekwalificeerd personeel	Wachttijsten/ wachttijden	Onbeheersbare kostenstijging
	Verouderde apparatuur	Onbereikbare zorg	Overschrijding Macro- budget
	Hoge sterftcijfers	Tekort aan personeel	Onhoudbare collectieve uitgaven
	Foutieve diagnoses of behandelingen	Behandeling is niet beschikbaar / niet vergoed.	
	Onvoldoende aandacht voor patiëntbelang		
	Tekort aan personeel ¹⁹		
<i>Maatregelen</i>	Kwaliteitsverbetering	Wachttijdreductie/ wachttijstreductie	Kostenbeheersing/ Taakstellingen zorgsector
	Patiëntbelang centraal stellen	Wachttijstregistratie	Handhaving BZK
	Metten van kwaliteit	Wegwerken personeelstekorten	Bezuinigingen
	Wegwerken personeelstekorten	Vergroten zorgaanbod/ vergroten capaciteit	Volumebeperking
	'Meer handen aan het bed'	Verruimen zorgpakket	Bevriezen van lonen
	'Zorg op maat'		Ombuigingen zorg
			Verhoging eigen risico
			Verhogen kostenbewustzijn

Tabel 4.3: Woordenlijst per beleidsthema in de zorg.

¹⁸ Over dit aspect gaat de wachttijstproblematiek.

¹⁹ Een tekort aan personeel kan zowel een probleem in de kwaliteit als in de toegankelijkheid vormen. Als deze term wordt gevonden zal op basis van de context moeten worden bepaald tot welke categorie het probleem op dat moment wordt geschaard.

De dataset is van dergelijke omvang dat er gekozen is om te coderen op het niveau van zinnen. Bij andere onderzoeken naar aandacht voor beleidsthema's is dit coderingsniveau ook aangehouden (Breeman et al., 2009). De beleidsdoelen zijn geoperationaliseerd op het niveau van subcategorieën, problemen en maatregelen waardoor elke zin die een doel, probleem of maatregel in de zorgsector beschrijft kan worden gecategoriseerd. Dit is een voordeel ten opzicht van een methode waarin enkel woorden worden geteld, aangezien niet in elke zin het doel of één van de woorden die daaronder valt wordt genoemd. Dat betekent niet altijd dat de zin niet gecodeerd kan en moet worden. Bijvoorbeeld:

Brontekst	Miljoenennota 2001 Paragraaf 3.2 (p. 61)
Tekst	<i>Daarnaast wordt voor de verlaging van de werkdruk van verloskundigen de normpraktijk fors verlaagd en wordt de opleidingscapaciteit uitgebreid. Dat laatste geldt ook voor huisartsen.</i>
Werkwijze	In de eerste zin is het duidelijk dat, omwille van een lagere werkdruk de opleidingscapaciteit voor verloskundigen omhoog gaat. In de tweede zin is het overduidelijk dat dit ook voor huisartsen het geval is, maar dat kan alleen geconcludeerd worden door de koppeling tussen de zinnen. Op basis van een methode van woorden tellen zou de zin 'Dat laatste geldt ook voor huisartsen.' niet kunnen worden gecodeerd.

Uiteraard zijn er binnen de paragrafen over zorg ook zinnen die geen doel, probleem of maatregel beschrijven. Een veelvoorkomende vorm hier in een miljoenennota is een objectieve beschrijving van de financiële ontwikkelingen. In navolging van eerder, soortgelijk onderzoek zal onderscheid worden gemaakt tussen zinnen waarin daadwerkelijk een beleidsdoel, probleem of maatregel wordt aangeduid en zinnen waarin dat niet het geval is (Breeman et al., 2009). De zinnen die geen directe functie hebben worden gecodeerd in de categorie 'Overig'.

In geval van twijfel over de codering van een probleem of maatregel is gecodeerd met behulp van de toelichting van de minister – of staatssecretaris – tijdens de Algemene Beschouwingen (zie bijlage 4 voor een aantal voorbeelden hiervan). Als ook dat geen duidelijkheid biedt over de doelstelling van een bepaalde maatregel zal de zin als 'Overig' gecodeerd. Als in één zin meerdere beleidsdoelen worden genoemd wordt de zin, indien mogelijk, opgedeeld. Bijvoorbeeld:

Brontekst	Miljoenennota 2005 Paragraaf 2.3 (p.47)
Tekst	<i>Zo vindt de stelselherziening van de zorg niet alleen plaats om een <u>beter</u> kwaliteit van de zorgvoorzieningen te bereiken, maar ook om de <u>betaalbaarheid</u> van de collectief gefinancierde zorguitgaven te garanderen.</i>
Werkwijze	Met de invoering van een nieuw zorgstelsel worden twee beleidsdoelen nagestreefd, zo stelt deze zin. Deze zijn 'kwaliteit' en 'betaalbaarheid'. De zin kan keurig opgeknipt worden.
Codering onder 'kwaliteit'	<i>Zo vindt de stelselherziening van de zorg niet alleen plaats om een <u>beter</u> kwaliteit van de zorgvoorzieningen te bereiken,</i>
Codering onder 'betaalbaarheid'	<i>maar ook om de <u>betaalbaarheid</u> van de collectief gefinancierde zorguitgaven te garanderen.</i>

Als het opdelen van zinnen geen soelaas biedt, of een vertekend beeld geeft van het belang dat aan verschillende doelen wordt gehecht, wordt de zin voor alle betreffende categorieën gecodeerd. In dat geval kan één zin dus onder meer categorieën vallen. Bijvoorbeeld:

Brontekst	Miljoenennota 2004 3.5 (P.61)
Tekst	<i>Het kabinet streeft naar een kwalitatief goede, toegankelijke, doelmatige en betaalbare gezondheidszorg</i>
Interpretatie	Het kabinet stelt duidelijk alle drie de doelen na te streven. Het is niet mogelijk om de zin op te knippen, aangezien dit zou resulteren in een vertekend beeld over het belang dat de regering aan kwaliteit hecht. Als na elke komma zou worden geknipt resulteert dat in 7 woorden over kwaliteit, 1 woord over toegankelijkheid en 4 woorden over betaalbaarheid. Uit de zin valt niet op te maken in welke mate het kabinet hecht aan de verschillende doelen. Daarom wordt de volledige zin voor alle doelen gecodeerd.
Codering onder 'kwaliteit'	<i>Het kabinet streeft naar een kwalitatief goede, toegankelijke, doelmatige en betaalbare gezondheidszorg</i>
Codering onder 'toegankelijk – rest'	<i>Het kabinet streeft naar een kwalitatief goede, toegankelijke, doelmatige en betaalbare gezondheidszorg</i>
Codering onder 'betaalbaarheid'	<i>Het kabinet streeft naar een kwalitatief goede, toegankelijke, doelmatige en betaalbare gezondheidszorg</i>

Bron voor de inhoudsanalyse: Miljoenennota's

De miljoenennota's vormen een vast terugkerende rapportage over het gevoerde beleid en een vooruitblik op het komende jaar. De miljoenennota wordt elk jaar gepresenteerd en zij voldoet aan een vaste vorm (in tegenstelling tot bijvoorbeeld Regeerakkoorden). Dit zorgt ervoor dat miljoenennota's goed over een langere periode te vergelijken zijn. Het tekstgedeelte van de miljoenennota's van 1993 tot en met 2013 volgen een vrijwel identieke structuur.

1. Voorwoord van maximaal 1 pagina.
2. Inhoudsopgave
3. Hoofdpijnen van het (financieel-economisch) beleid
In dit deel worden de hoofdpijnen van het beleid toegelicht. De omvang van dit hoofdstuk kan per Miljoenennota wat verschillen. Meestal zo rond de 5 pagina's.
4. Een nadere toelichting op de verschillende beleidsterreinen. Dit hoofdstuk verschilt van omvang en samenstelling door de jaren heen.
5. Een overzicht van de uitgaven en ontwikkelingen (meer in cijfers)
6. Bijlagen bij de Miljoenennota

Zoals aangegeven is de doelstelling van deze inhoudsanalyse tweeledig: 1) vaststellen in welke mate de regering door de jaren heen aandacht besteedt aan de zorgsector en wachtlijsten; en 2) achterhalen welke beleidsdoelen binnen de zorg door de jaren heen worden nagestreefd. Elk van de twee doelstellingen zal apart worden onderzocht. Voor de eerste doelstelling vindt een analyse van de hoofdpijnen van het beleid plaats.

Analyse van de hoofdpijnen van het beleid

Gezien het feit dat dit hoofdstuk gedurende vrijwel de gehele periode eenzelfde vorm en functie heeft behouden kan de mate waarin zorg op de regeringsagenda staat uit dit deel worden gedestilleerd²⁰. In

²⁰ Miljoenennota 2012 en Miljoenennota 2013 wijken als enige van de ze structuur af. Door de crisis was het eerste hoofdstuk gewijd aan respectievelijk een internationale component en de impact van de crisis. Voor 2012 is het

totaal bestaat de dataset (hoofdpijnen van alle nota's samen) uit 63.245 woorden. In deze stukken tekst is gekeken of en hoe de zorgsector aan bod komt. Als de zorgsector aan bod komt is nagegaan hoeveel aandacht er aan het onderwerp is besteed. Een eenvoudige berekening van het aantal woorden dat over de zorgsector gaat, afgezet tegen het totaal van het hoofdstuk 'hoofdpijnen', geeft het relatieve gewicht van het beleidsterrein weer. Voor het specifieke onderwerp 'wachtlijsten' wordt hetzelfde gedaan. Met behulp van het softwareprogramma MAXQDA, dat speciaal voor inhoudsanalyse is ontwikkeld, zijn de stukken uit de miljoenennota's gecodeerd. Bij het coderen is het van belang om na te gaan of een zin of alinea daadwerkelijk over de zorgsector gaat. Enkel de benoeming van het woord *zorg* is niet voldoende. Ter illustratie een voorbeeld:

In de Miljoenennota 2008 (p. 8) staat onder het kopje *'Een innovatieve, concurrerende en ondernemende economie'* de zin *'Hiermee beoogt het kabinet dat kennis en innovatief ondernemerschap beter worden benut voor maatschappelijke vraagstukken, zoals de noodzaak om nieuwe zorgconcepten te ontwikkelen.'* De aandacht voor innovatie en ondernemerschap staat hier centraal, niet de zorgsector. Een dergelijke zin wordt dan ook niet gecodeerd als gaande over de zorg. Een criterium is dat een zin primair over de zorgsector of ontwikkelingen daarin gaat.

Na codering van alle relevante stukken over de zorg is per jaar berekend hoeveel woorden binnen het hoofdstuk 'Hoofdpijnen van het beleid' aan de zorg in het algemeen en specifiek aan wachtlijsten zijn gewijd.

Analyse van de toelichting op begroting voor de zorg

Om vervolgens de beleidsprioriteiten binnen het (gezondheids)zorgbeleid in kaart te brengen is eerst geïnventariseerd welke paragrafen van de miljoenennota over de zorgsector gaan. Hiervoor is het volgende stappenplan gebruikt:

1. Inventariseren van de pagina's waar *zorg* wordt genoemd met behulp van het trefwoordenregister. Daarin zijn ook de mogelijke woordvarianties meegenomen, zoals: zorgsector, gezondheidszorg, zorgaanbod, zorgverzekering, jeugdzorg, zorgkosten, et cetera.²¹ De bijlagen bij de Miljoenennota's worden, ten einde de omvang van de analyse werkbaar te houden, niet meegenomen. Daarnaast verschillen de bijlagen door de jaren heen erg qua omvang en vorm²².
2. De pagina of paragraafverwijzingen die met behulp van het trefwoordenregister zijn geïnventariseerd worden langsgelopen om te verifiëren of de desbetreffende paragraaf daadwerkelijk over zorg gaat (zie het voorbeeld hierboven). In de meer recente jaren zijn alle pagina's waar het woord *zorg* genoemd wordt in het trefwoordenregister opgenomen.
3. Ter controle zijn de miljoenennota's doorzocht op de term 'zorg'. Eventueel gemiste paragrafen over zorg zouden hierdoor alsnog kunnen worden geïnventariseerd. In enkele eerdere

hoofdstuk 1.3 'De prioriteiten in Nederland' (pag 24-39) gebruikt. Voor 2013 zijn paragrafen 2.1 *'Inleiding en algemeen beeld'* en 2.2 *'Wat is het beleid voor het komende jaar'* gebruikt. Deze stukken hebben 3526 en 2272 woorden, waar het gemiddelde 3012 is.

²¹ In de miljoenennota's 1993, 1994 en 1995 wordt volksgezondheid los genoemd van 'zorg' in het trefwoordenregister. Daarom zijn de verwijzingen voor volksgezondheid in deze MN's ook gecheckt op relevantie.

²² Van 55 pagina's in 2012 tot bijna 300 pagina's in 1993.

miljoenennota's bleek het trefwoordenregister inderdaad niet waterdicht²³. Gelukkig kan worden geconstateerd dat vanaf 1999 het trefwoordenregister accuraat is voor wat betreft de zorg.

Via bovenstaand stappenplan zijn voor alle miljoenennota's de relevante paragrafen geïnventariseerd. De teksten die per miljoenennota zijn geselecteerd staan genoteerd in bijlage 5. Alle tekst uit de relevante paragrafen is met behulp van gespecialiseerde analysesoftware gecodeerd. Daarbij zijn de volgende codeercategorieën aangehouden:

- **Kwaliteit:** voor alle zinnen die betrekking hebben op dit beleidsdoel.
- **Betaalbaarheid:** voor alle zinnen die betrekking hebben op dit beleidsdoel.
- **Toegankelijkheid – wachtlijsten:** voor alle zinnen die betrekking hebben op wachtlijstproblematiek, wachttijden, wachtlijstregistratie of het wegwerken van wachtlijsten.
- **Toegankelijkheid – rest:** voor alle zinnen die betrekking hebben op toegankelijkheid maar niet specifiek over wachtlijsten gaan.
- **Overig:** voor alle zinnen die geen beleidsdoelen, problemen of maatregelen bevatten. Of voor zinnen die, na raadpleging van de mondelinge toelichting niet kunnen worden toegewezen.

Vervolgens is voor alle miljoenennota's gekeken hoeveel woorden aan een bepaald beleidsdoel zijn gewijd. De dataset bestaat uit 22.142 woorden die allemaal zijn toegewezen aan één van de vijf hierboven genoemde categorieën.

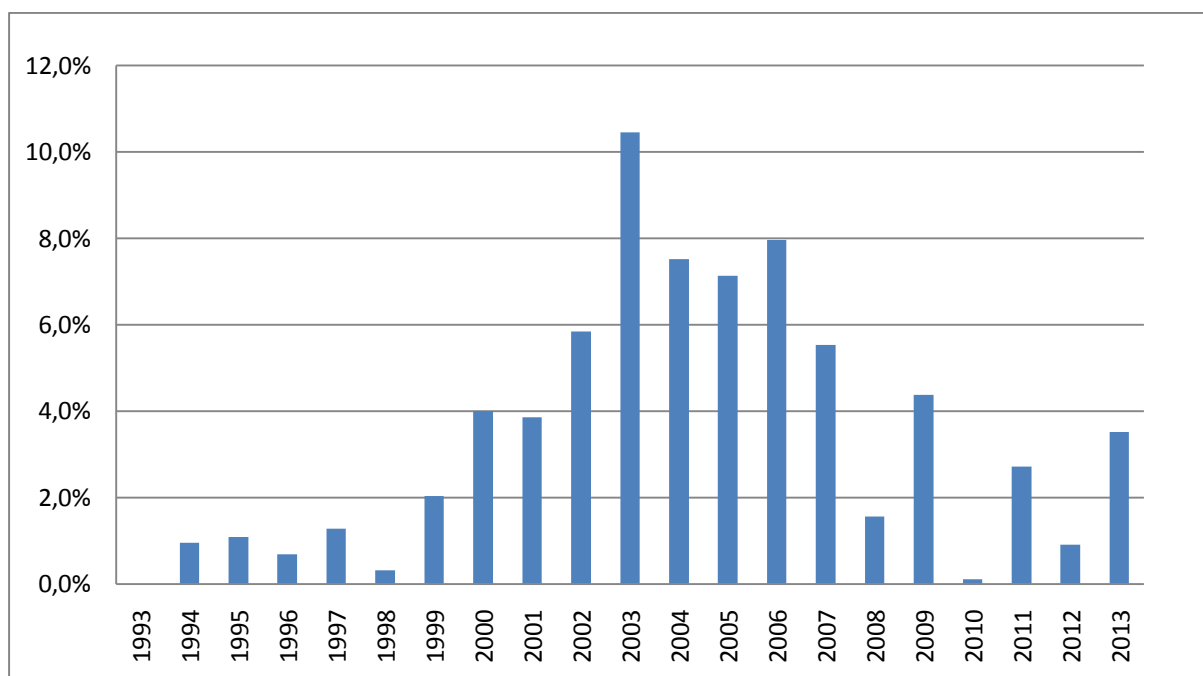
Het nieuwe zorgstelsel

Vanaf de miljoenennota 2001 wordt er gesproken over (het overwegen van) het invoeren van een nieuw zorgstelsel. De aandacht voor dit stelsel loopt tot en met de miljoenennota 2006 op. In de miljoenennota's is geen eenduidig verband tussen de stelselwijziging en één van de drie beleidsdoelen. In veel gevallen wordt de stelselwijziging in verband gebracht met verbetering op alle vlakken. Soms gaat het specifiek over de spanning tussen vraag en aanbod: 'Deze hervorming heeft tot doel het zorgstelsel op lange termijn veilig te stellen door toegankelijkheid, solidariteit en betaalbaarheid beter met elkaar in evenwicht te brengen' (Miljoenennota 2004: 60). Omdat de beoogde beleidsdoelen van de stelselwijziging vaag blijven en wisselen is ervoor gekozen om de stelselwijziging als geheel niet onder één doel te scharen. In plaats daarvan zijn onderdelen van het stelsel die door de regering worden benadrukt apart gecodeerd. Als een bepaald aspect van de stelselwijziging in verband wordt gebracht met kwaliteit, toegankelijkheid of betaalbaarheid, dan wordt dat aspect gecodeerd onder dat doel. De overige zinnen over de stelselwijziging worden als 'overig' gecodeerd.

²³ Verklaring hiervoor is dat de eerdere trefwoordenregisters met paragraafnummers i.p.v. paginanummers werkten. Hierdoor waren deze registers soms vrij summier.

4.4.2 Resultaten 'hoofdpijnen'

De aandacht die de overheid in de miljoenennota aan de zorgsector schenkt is gemiddeld 3,5%. Dit komt redelijk overeen met bevindingen in ander onderzoek. Breeman et al. constateren dat het onderwerp 'health' in troonredes 3.1% van alle aandacht krijgt (2009)²⁴. De aandacht die de regering jaarlijks aan de zorg besteedt fluctueert ontzettend (zie figuur 4.10).

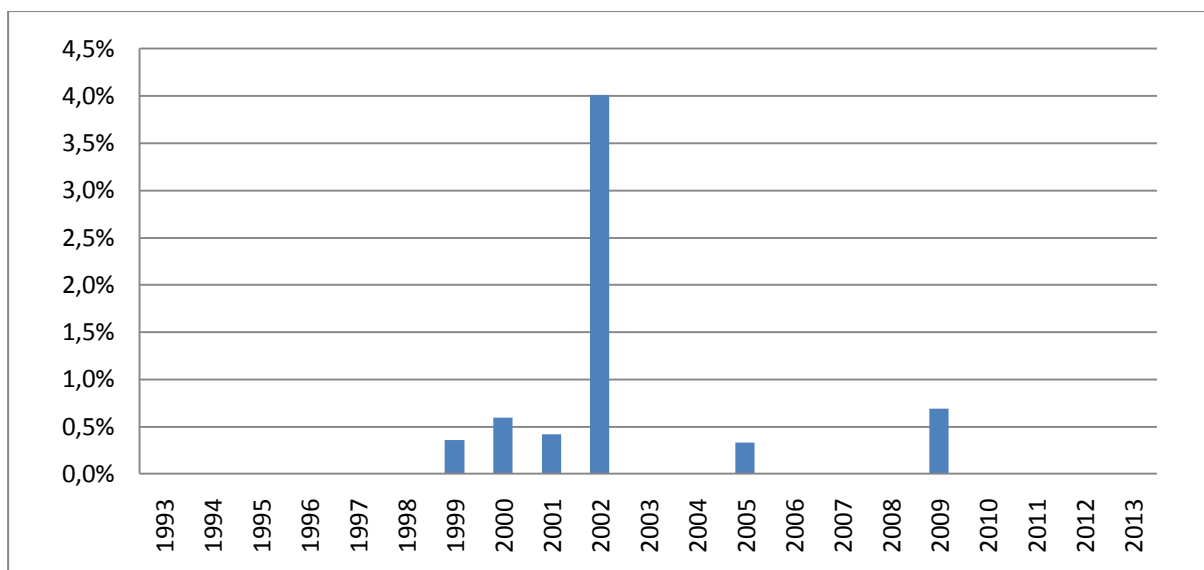


Figuur 4.10: Aandacht voor zorgbeleid in miljoenennota als percentage van totaal.

De sterke toename van aandacht voor de zorgsector vanaf 2000 is ook terug te zien bij Breeman et al. (2009: 10). In de miljoenennota van 2003 wordt met meer dan 10% veruit het meeste aandacht aan de zorgsector gegeven. Meer dan 45% van alle aandacht voor de zorgsector wordt besteed in de miljoenennota's 2003-2006. De wachtlijstproblematiek, snel stijgende zorgkosten door het loslaten van budgettering en invoering van het nieuwe zorgstelsel speelden allemaal in die periode.

Aan het onderwerp *wachtlijsten in de zorg* is beduidend minder aandacht besteed dan aan de zorg als geheel: ongeveer 0,3% van het totaal. Dit is weinig verrassend aangezien het een zeer specifiek onderwerp betreft. De aandacht is over de verschillende jaren zeer ongelijk verdeeld: in 15 van de 21 miljoenennota's wordt het onderwerp überhaupt niet genoemd in de hoofdpijnen (figuur 4.11). In de miljoenennota's 1999, 2000 en 2001 was er een geringe mate van aandacht voor het onderwerp, maar in 2002 nam de aandacht gigantisch toe. In dat jaar ging 4% van de woorden in het hoofdstuk 'hoofdpijnen van het beleid' specifiek over wachtlijsten in de zorg. Vervolgens bleef het punt twee jaar weg uit het hoofdstuk. In 2005 werd kort stilgestaan bij de successen die waren geboekt op het punt van de wachtlijsten en in 2009 werd er uitsluitend gesproken over wachtlijsten in de *jeugdzorg*.

²⁴ Zij onderzoeken de periode 1945-2007 en constateren dat de aandacht voor het onderwerp in de tweede helft is toegenomen (p. 10). Het gemiddelde zal bij hen voor de periode 1993-2007 eerder richting 3.5% gaan dan de 3.1%.



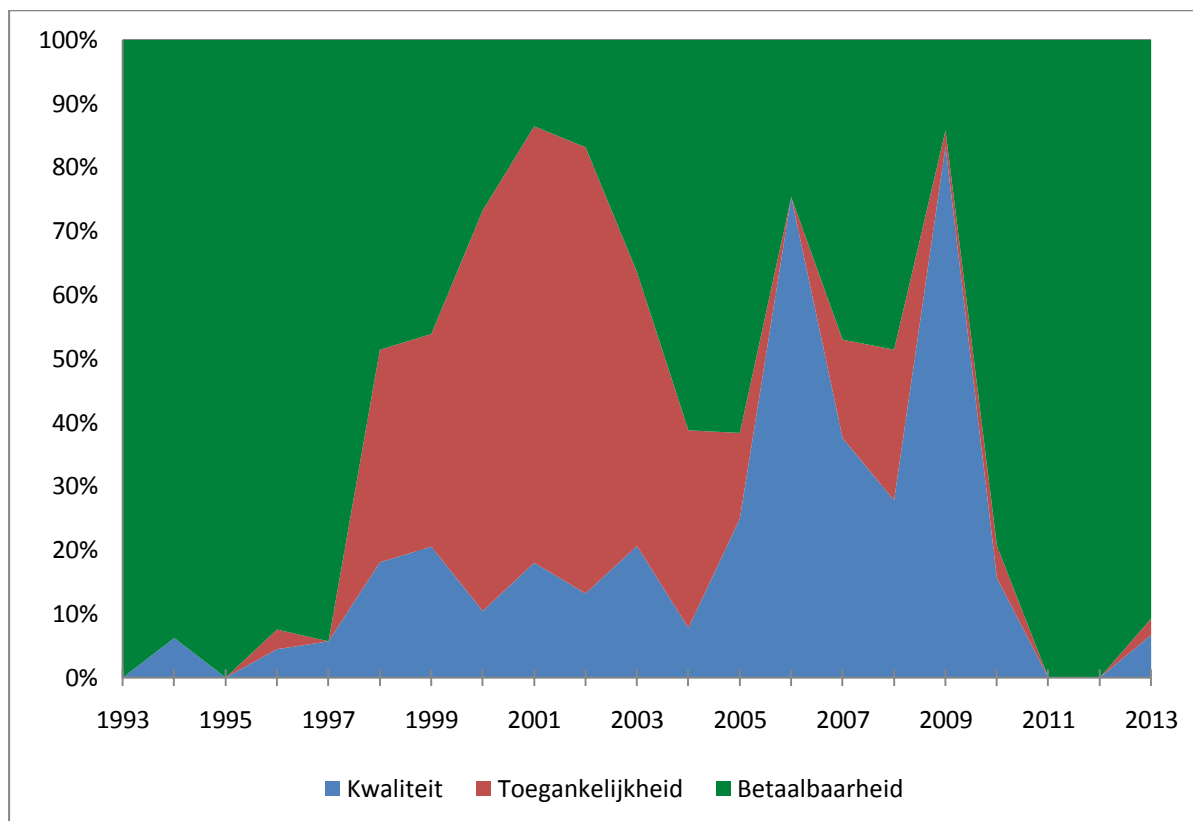
Figuur 4.11: Aandacht voor wachtlijsten in miljoenennota als percentage van totaal.

Conclusie

Gemiddeld besteedt de miljoenennota 3,5% van haar aandacht aan zorg. De variatie over de jaren heen is groot – van 0% tot 10,5% – en er is een duidelijke piek in de nota's van 2002 tot en met 2006. De wachtlijsten in de zorg komen in de hoofdlijnen van het beleid nauwelijks aanbod. Slechts in zes van de 21 miljoenennota's wordt het onderwerp in de hoofdlijnen besproken en de miljoenennota 2002 besteedt er veruit de meeste aandacht aan.

4.4.3 Resultaten prioriteiten binnen zorgbeleid

Over de gehele periode wordt er in 45% van de stukken die over zorg gaan een doel, probleem of maatregel besproken. Van de zinnen die zijn gecodeerd gaat 52% over betaalbaarheid, 28% over toegankelijkheid en 20% over kwaliteit. Als deze verdeling wordt gecorrigeerd voor de fluctuatie in omvang van de stukken over zorg, wordt het aandeel van betaalbaarheid nog groter: 62% versus 19% voor kwaliteit en 19% voor toegankelijkheid²⁵. De aandacht voor de verschillende beleidsdoelen binnen de zorg verschilt echter sterk door de jaren heen (figuur 4.12).



Figuur 4.12: Beleidsprioriteiten binnen het zorgbeleid 1993-2013.

Begin en midden jaren negentig is er vrijwel uitsluitend aandacht voor de betaalbaarheid van de zorg. De nadruk ligt hier op de kostenbeheersing en aanpakken van overschrijdingen die vrijwel jaarlijks plaatsvinden. Vanaf de miljoenennota 1997 komt daar drastisch verandering in: kwaliteit maar met name toegankelijkheid van de zorg staan centraal in het zorgbeleid. In de jaren daarna zet deze trend verder door, zodat meer dan 60% van de aandacht in de nota's 2000, 2001 en 2002 uitgaat naar toegankelijkheid. Na het hoogtepunt van aandacht voor dit beleidsdoel in 2002 (70%) lijken de prioriteiten weer snel te verschuiven. Betaalbaarheid wordt meer centraal gesteld door de steile ontwikkeling van de kosten in de voorgaande jaren. Ook kwaliteit wordt meer centraal gesteld, met keuzevrijheid voor de cliënt en patiëntgerichte zorg als speerpunten. In de afgelopen tien jaar lijkt toegankelijkheid – met uitzondering van 2008 – vrijwel compleet van de beleidsagenda van de regering te zijn verdwenen. Met de intrede van de financiële en budgettaire crisis neemt ook de aandacht voor

²⁵ Deze laatste verdeling geeft beter de belangenverdeling weer dan de voorgaande. Dit komt omdat de jaren waarin toegankelijkheid centraal stond, er relatief veel over zorg wordt geschreven. Zo krijgen de zinnen die daarin over toegankelijkheid staan een te zware weging als ze worden vergeleken met het absolute aantal zinnen dat in andere jaren over beleid ging.

kwaliteit vanaf 2009 hard af. In de laatste jaren staat betaalbaarheid van de zorg weer net zo centraal in het overheidsbeleid als midden jaren '90. In tabel 4.4 is voor elk jaar te zien wat het primaire beleidsdoel was en hoeveel aandacht dit doel kreeg.

1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
100%	94%	100%	92%	94%	49%	46%	63%	68%	70%	43%
2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
61%	62%	75%	47%	49%	83%	79%	100%	100%	91%	

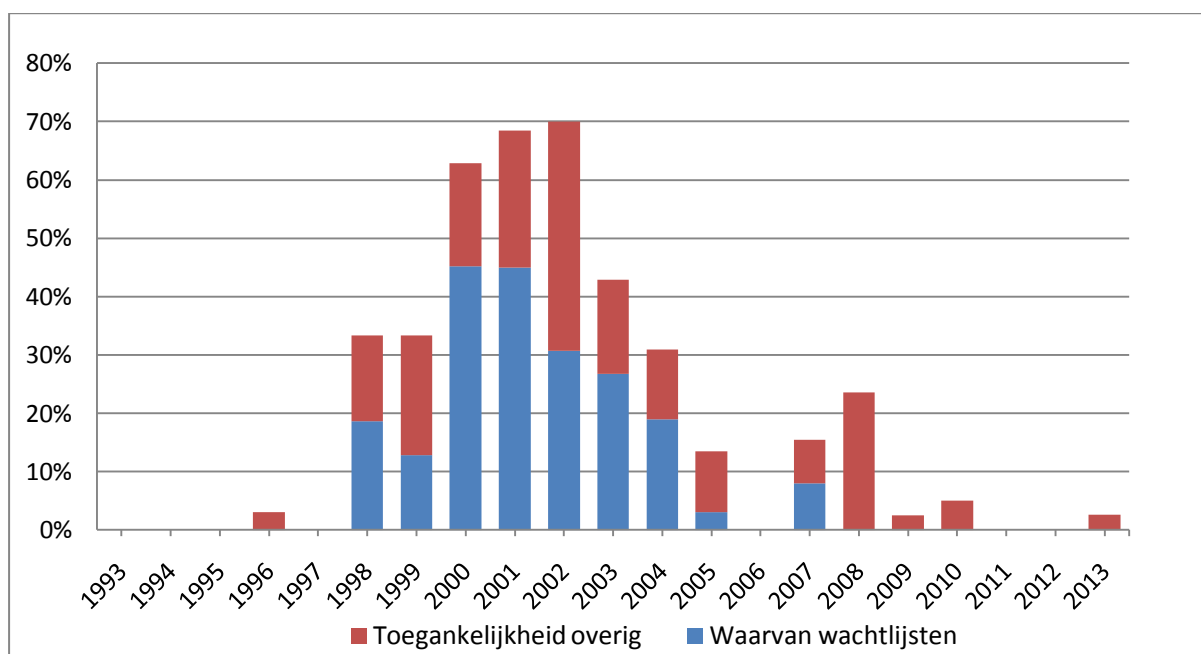
= betaalbaarheid = toegankelijkheid = kwaliteit

Tabel 4.4: primair beleidsdoel per jaar en aandeel van dat beleidsdoel.

Betaalbaarheid is veruit de meeste jaren (15 van de 21) het primaire beleidsdoel. De duidelijkste onderbreking van deze trend is de vier jaren dat toegankelijkheid de centrale plek in het overheidsbeleid inneemt. De twee maal dat kwaliteit centraal staat binnen het beleid zijn niet eenduidig te verklaren. In 2006 was veel aandacht voor de waarborging van kwaliteit in het nieuwe zorgstelsel. De miljoenennota 2006 wordt natuurlijk in september 2005 aangeboden en een aantal maanden later zou de nieuwe Zorgverzekeringswet in werking treden. In 2009 wordt zeer veel aandacht besteed aan het centraal stellen van het 'patiëntbelang' en het inzichtelijk maken van de kwaliteit voor de cliënten.

Opkomst en ondergang van toegankelijke zorg als beleidsprioriteit

Zoals hierboven beschreven is toegankelijkheid slechts een beperkte periode het voornaamste doel in het overheidsbeleid in de zorg geweest. In figuur 4.13 is goed te zien hoe de aandacht voor dit beleidsdoel zich heeft ontwikkeld. De zes nota's tussen 1998 en 2003 zijn daarin goed voor meer dan driekwart van de totale aandacht voor het onderwerp²⁶.



Figuur 4.13: Ontwikkeling van de aandacht voor 'Toegankelijkheid' in de zorg als % van totale aandacht.

²⁶ Van de aandacht voor het onderwerp is 77% gecentreerd in de miljoenennota's 1998, 1999, 2000, 2001, 2002 en 2003.

Uit deze grafiek is op te maken dat de wachtlijstproblematiek zeer centraal stond binnen het beleidsdoel toegankelijkheid. Iets meer dan de helft (52%) van de aandacht voor toegankelijke zorg is specifiek gewijd aan wachtlijsten en wachttijden. Dit feit, gecombineerd met de constatering dat het onderwerp wachtlijsten in het merendeel van de jaren een substantieel deel uitmaakte van de totale aandacht leidt tot de conclusie dat wachtlijsten in de zorg het centrale subthema binnen het beleidsdoel toegankelijkheid zijn.

Conclusie

Het primaire beleidsdoel binnen de zorgsector is betaalbaarheid²⁷. Zowel het gewogen gemiddeld (62% van de totale aandacht) als het feit dat het doel in bijna driekwart van de jaren de prioriteit was, wijzen uit dat dit de belangrijkste doelstelling is. Vanaf 1998 kwam toegankelijkheid meer centraal te staan, en dit doel domineerde een aantal jaren de agenda voordat het weer plaats maakte voor betaalbaarheid. Kwaliteit staat het minst centraal, zo lijkt het. Er is vanaf 2005 tot 2009 wel een duidelijke toename te zien in de aandacht die het onderwerp krijgt. De aandacht voor toegankelijkheid in de zorg gaat voor iets meer dan de helft uit naar de wachtlijsten.

²⁷ Hierbij moet opgemerkt worden dat de aard van de bron impact kan hebben op de mate waarin de doelen worden besproken. Aangezien niet de algemene financiële verslaglegging, maar alleen de problemen en beleidsintenties zijn gecodeerd lijkt dit niet aannemelijk.

5 Analyse: aandachtscyclus of onderbroken evenwicht?

De politieke aandacht voor wachtlijsten in de zorg is in het vorige hoofdstuk op drie manieren in kaart gebracht. De ontwikkelingen die in het resultatenhoofdstuk zijn geschetst zullen in dit hoofdstuk worden geanalyseerd aan de hand van de theorieën die in het theoretisch kader aan bod zijn gekomen. De aanpak voor die analyse is als volgt. Allereerst wordt per theorie gekeken in hoeverre de verwachtingen van die theorie overeenkomen met de empirisch resultaten. Met de toepassing van Downs' *issue-attention cycle* en later de *punctuated equilibrium theory* van Baumgartner en Jones wordt duidelijk in hoeverre zij de ontwikkeling van politieke aandacht voor de wachtlijsten in de zorg kunnen verklaren. Vervolgens worden de verklaringen van de twee theorieën over elkaar gelegd, zodat duidelijk wordt waar de theorieën elkaar ondersteunen, aanvullen of tegenspreken.

5.1 Een aandachtscyclus?

Downs onderscheidt in zijn theorie vijf fases die een sociaal probleem door zal maken, mits dat aan zijn drie karakteristieken voldoet. De analyse begint dan ook met een beschrijving van de wachtlijstproblematiek in die vijf fases. Vervolgens worden de hypothesen van Downs getoetst op de case.

De preproblematische fase

In de preproblematische fase van een onderwerp mag er dan geen grote bezorgdheid ontstaan, het probleem is er wel degelijk (Downs: 1972). De wachtlijsten bestonden dan ook al lange tijd voordat het grote publiek het als probleem ging ervaren. De meeste wachtlijsten groeiden vanaf het moment toen de budgettering effectief werd ingevoerd: 1985 (SCP, 2012). Sommige wachtlijsten bestonden zelfs daarvoor al doordat een onverwachte groei in vraag of nieuwe technologische mogelijkheden niet direct konden worden gefaciliteerd. Binnen de expertcommunity waren de problemen wel degelijk bekend. Zo werd in de gemeente Amsterdam door zorgaanbieders en ziekenfondsen al vroeg in de jaren '90 een registratie van wachttijden opgezet om de vraag en het aanbod beter op elkaar aan te kunnen laten sluiten. Tegelijkertijd wijst een Nivel-onderzoek in 1993 op het bestaan van wachtlijsten in de care sector: wat binnen de vaste commissie voor de Volksgezondheid ophef veroorzaakt (Vaste commissie voor de Volksgezondheid, 1993). Het is onduidelijk of het feitelijke probleem in deze periode groter is dan ten tijde van de 'ontdekking' van het probleem. Simpelweg omdat er geen gegevens zijn. Op basis van een aantal uitspraken kan wel worden vastgesteld dat de problematiek in dezelfde orde van grote was als in de jaren 1998-2003. Allereerst stelt het SCP vast dat de wachtlijsten in 2001 (dus nadat er al miljarden zijn geïnvesteerd om ze weg te werken) ongeveer dezelfde omvang hebben als in 1989 (2002: 283). Voor de caresector wordt gesteld dat het aantal wachtende op bijvoorbeeld thuiszorg in 1998 hetzelfde is als vijf jaar eerder. Harde cijfers over die periode ontbreken.

De gealarmeerde ontdekking fase

In 1996 krijgt de samenleving de wachtlijstproblematiek in het vizier. In dat jaar laat de media-aandacht een stijging van meer dan 200% zien ten opzichte van het jaar ervoor. Opmerkelijk genoeg was de parlementaire aandacht al een jaar eerder op het onderwerp gevestigd (daar is in 1995 een toename van 175% te zien). Het kabinet onderneemt in 1996 ook de eerste stappen om het probleem kordaat aan te pakken. Zo stelt het eenmalig 50 miljoen gulden beschikbaar, waarmee '*de huidige achterstanden naar aanvaardbare niveaus worden terug gebracht door tijdelijk de capaciteit uit te breiden*' (Kamerstuk 25170-1: 3). Met de oprichting van de 'Wachtlijstbrigade' moet in 1997 meer inzicht komen in de

wachlijsten. Als gevolg van de poging tot het opzetten van uniforme registratie, wachtlijstonderzoek en de rapportages van de brigade wordt duidelijk dat men slechts 'the tip of the iceberg' in het vizier had. De wachtlijsten blijken langer dan vooraf gedacht en de investering van 50 miljoen gulden is een druppel op een gloeiende plaat. De aandacht in de media en het parlement voor het onderwerp blijft met bijna 30% per jaar groeien en het onderwerp begint door te dringen tot de regeringsagenda. In de miljoenennota van 1998 is het vergroten van de toegankelijkheid voor het eerste een serieuze prioriteit binnen het zorgbeleid (met 30% van de totale aandacht). Er is een groot vertrouwen in de aanpak van de wachtlijsten. Zo wordt door Zorgverzekeraars Nederland gesteld dat 'de wachtlijsten in 2003 al tot een aanvaardbaar niveau zullen zijn teruggebracht' (AD, 26-10-2000). Tot 2001 blijft de aandacht voor het onderwerp op alle drie de agenda's toenemen. De bereidheid tot aanpak van de problemen is bij alle partijen hoog. In 1998 komt de sector met een plan voor de structurele aanpak van wachttijden in de zorg en in 2000 presenteert het ministerie van VWS haar actieplan – Zorg Verzekerd – waarin nogmaals extra geld beschikbaar wordt gesteld voor capaciteitsgroei. In 2001 komt daar nog eens 2,1 miljard gulden overheen: bij de regering staat het vergroten van de toegankelijkheid in de zorg duidelijk centraal.

Realisatie van de hoge kosten van verandering

Ondertussen geven de wachtlijsten geen krimp (zie pagina 24). Langzamerhand begint het besef door te dringen dat de wachtlijsten niet met een paar miljoen, of zelfs een paar miljard zijn weg te poetsen. De stabiliteit van de wachtlijsten staat in schril contrast met de gigantische groei die de zorguitgaven doormaken. In vier jaar tijd stijgen de totale uitgaven aan de zorgsector van 40,6 miljard in 1998 naar 58,6 miljard in 2002, een groei van bijna 45%. Met de geleidelijke gewaarwording dat het probleem niet op te lossen valt zonder enorme financiële offers, kalft de aandacht voor het onderwerp af (Downs, 1972). Minister Borst stelt '*dat ondanks de inzet van extra wachtlijstmiddelen en het gevoerde wachtlijstbeleid, alle gemotiveerde voorstellen van veldpartijen en vele hoopvolle initiatieven en convenanten ten spijt, de productie weliswaar toenam, maar dat tegelijkertijd de wachtlijsten en wachttijden niet lijken af te nemen*' (Kamerstuk 25170-27). De Tweede Kamer is zodanig teleurgesteld in de behaalde resultaten dat het in 2002 een onderzoek in laat stellen om te kijken 'wat er met de zorgmiljarden is gebeurd' (Kamerstuk 28600-69). Tegelijkertijd wordt in kranten een meer genuanceerd en complex beeld van de problemen geschetst, waarin ook de sector zelf niet vrijuit gaat (SCP, 2002: 275).

Afname van publieke interesse

2002 lijkt een omslagpunt in de perceptie van de wachtlijstproblematiek. Vanaf dat jaar neemt de interesse in het onderwerp af. Op de media-agenda is de aandacht voor wachtlijsten in de zorg in een vrije val geraakt: in 2003 is er nog maar een derde van de aandacht van het jaar ervoor. Hoewel ook bij de politiek een duidelijke daling in aandacht inzet, is deze veel minder scherp. De parlementaire aandacht halveert in drie jaar tijd. In het regeringsbeleid is toegankelijkheid in 2003 nog het primaire beleidsdoel, maar de daling ten opzichte van 2002 (30% minder aandacht) liegt er niet om. Twee jaar later is de aandacht nagenoeg verdwenen (10%). Downs geeft aan dat ten tijde van deze fase vaak een nieuw opgekomen onderwerp de aandacht opeist, waardoor de wachtlijsten nog meer in verdrinking zouden komen. Voor de gehele publieke en politieke agenda is dat niet te zeggen. Binnen het beleidsterrein zorg komt de nadruk van de overheid weer sterk op de betaalbaarheid te liggen.

De postproblematische fase

Vanaf 2003 lijkt de rol van wachtlijsten als prangend sociaal probleem te zijn uitgespeeld. De media-aandacht en parlementaire aandacht voor het onderwerp komen niet meer in de buurt van het niveau van 1999-2002. Ook de aandacht voor wachtlijsten en toegankelijkheid bij het overheidsbeleid blijft laag. De aandacht in deze periode vertoont wel meer uitschieters dan in de periode voor de wachtlijstcrisis. De registratie van wachttijden en wachtlijsten vindt in de jaren erna nog altijd plaats, al moet de Kamer daar wel op aandringen (Volkskrant, 18-11-2005). De registratie maakt het mogelijk om *problematische* wachtlijsten sneller op te merken. Daar wordt, door de media en het parlement dan ook gebruik van gemaakt (Volkskrant, 29-09-2013; Trouw, 21-6-2008). Naast dat de registratie doorloopt, neemt vanaf 2004 de omvang van de wachtlijsten en de gemiddelde wachttijd verder af (Prismant, 2004; NZA, 2007-2012). De ingestelde instituties, regelingen en beleid werpen dus, nadat de publieke en politieke aandacht vermindert, nog steeds hun vruchten af (Downs, 1972). De aandacht in het parlement voor de wachtlijstproblematiek blijft langzaam aflopen. De laatste jaren is dit op of onder het niveau van voor de ‘ontdekking’ van het probleem. De aandacht in de media is vrij snel (in 2004) weer op of onder het niveau van voor de problematisering en blijft verder aflopen.

De hypothesen getoetst

In bovenstaand stuk is de wachtlijstproblematiek in de vijf fases van de issue-attention cycle beschreven. Daaruit kan worden opgemaakt dat de problematiek grosso modo in het model past. Om meer specifiek te toetsen in hoeverre Downs’ model de ontwikkeling van de publieke en politieke aandacht voor het onderwerp verklaart, worden de opgestelde verwachtingen/hypothesen uit het tweede hoofdstuk aan de empirie getoetst.

- Het probleem bestaat al geruime tijd (in vrijwel dezelfde mate) voordat het ‘ontdekt’ wordt. Uit bovenstaande analyse wordt duidelijk dat in de jaren voor de ‘ontdekking’ de wachtlijsten in de zorg ook al bestonden en eenzelfde omvang kenden. Op dat moment was er zeer geringe aandacht voor binnen de parlementaire en media-agenda. Binnen het regeringsbeleid werd het evenwel nog niet genoemd.
- Het onderwerp wordt als probleem gezien door de hogere verwachtingen die mensen van het systeem hebben (expectations). Dat is meer de oorzaak dan de verslechtering van de feitelijke situatie.

Het feit dat de wachtlijsten vanaf 1996 als een probleem werden gezien heeft uiteraard te maken met de omvang van de wachtlijsten: ze werden elk jaar een beetje langer. Echter, het is zeer de vraag of alleen deze jaarlijkse groei er voor heeft gezorgd dat de wachtlijsten in de zorg ineens werden gezien als ‘onaanvaardbare wachtlijsten in de zorg’ (Kamerstuk 25170-1; Financieel Dagblad, 16-09-1998). De normen die zijn opgesteld voor aanvaardbare wachttijden – de Treeknormen – zijn ook in de jaren daarvoor ruim overschreden. De wachttijd die patiënten zelf aanvaardbaar vinden is, zo blijkt uit onderzoek niet of nauwelijks veranderd (Friele et al., 2001; SCP, 2002). Wel heeft er een verschuiving plaatsgevonden in het belang dat aan kostenbeheersing wordt toegekend. Met het verbeteren van de economische uitgangspositie (sterke economische groei) en welvaart wordt het bestaan van wachtlijsten, omwille van kostenbeheersing minder geaccepteerd (SER, 2000: 51; VWS, 2001: 15). *‘In een periode van toenemende welvaart als de huidige, valt het voor burgers en zorginstellingen steeds moeilijker in te zien waarom zulke spanningen optreden. De overheid zal vermoedelijk dan ook onder steeds sterkere druk komen te staan van burgers en instellingen die vinden dat inhoudelijke*

overwegingen en de prijs die burgers voor de zorg over hebben, voorrang moeten krijgen op de financiële overheidsdoelen.' (SCP, 1998: 335). Een andere, duidelijke aanwijzing dat het verwachtingspatroon is veranderd is te vinden in de rechtspraak. In 1999 beslist de rechter in meerdere zaken dat mensen die voor zorg zijn geïndiceerd ook binnen redelijke termijn recht hebben op die zorg (SCP, 2001). Ook de jurisprudentie geeft aan dat het recht op zorg van het individu belangrijker is dan de macrobudgettering van de overheid. Begin jaren '90 was dit nog niet het geval (NRC, 9-12-1999).

Er worden dus hogere eisen gesteld aan het zorgstelsel. Dit is, naast de verslechtering van de toegang tot zorg, een belangrijke oorzaak van de problematisering van de wachtlijsten in de zorg. Welke van de twee oorzaken een grotere bijdrage levert is niet te zeggen.

- De aandacht gaat gepaard met een optimisme, wat een voortvarende aanpak tot gevolg heeft.

In de periode van 1996 tot 2001 is er inderdaad vertrouwen in een voortvarende oplossing voor de problemen. In 1996 wordt verwacht dat de huidige wachtlijsten weg kunnen worden gewerkt met een eenmalige investering van 50 miljoen gulden (Kamerstuk 25170-1). In de jaren erna wordt een veelvoud van dat bedrag geïnvesteerd. Bij aanvang van Paars II belooft Minister Borst van VWS de wachtlijsten in die kabinetsperiode weg te werken (Trouw, 05-06-1999). Als in 2000 het 'boter-bij-de-vis' beleid wordt ingezet verzekerd Wiegel, voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland dat de wachtlijsten binnen drie jaar op een aanvaardbaar niveau zitten (AD, 26-10-2000). Bij de opkomst van de problematiek is er dus aantoonbaar vertrouwen in de maakbaarheid van een oplossing voor de wachtlijsten.

- Het onderwerp blijft hooguit enkele jaren hoog op de publieke agenda.

Uit de inventarisatie van de publieke en politieke aandacht voor de wachtlijsten wordt duidelijk dat er gedurende een periode van vijf jaar veel aandacht voor de problematiek is. De media-aandacht, welke het dichtst bij de 'publieke agenda' staat heeft een duidelijke piek tussen 1997 en 2002, waarna de aandacht vrijwel direct verdwijnt. In het parlement is ook rond die periode een duidelijke piek, al is de opkomst en afname van de aandacht minder stijl dan op de media-agenda. Toegankelijkheid in de zorg is slechts vier jaar het primaire beleidsdoel van de regering. De wachtlijsten in de zorg staan dus maar enkele jaren hoog op de publieke en politieke agenda.

- Niet zozeer het feit dat het probleem wordt opgelost, als wel de realisatie dat die oplossing hoge kosten met zich meebrengt, zorgt ervoor dat mensen minder aandacht krijgen voor het onderwerp. De afname van de aandacht zet vanaf 2002 op alle agenda's een sterk dalende trend in. In 2003 is een afname van een kwart voor de parlementaire aandacht, een derde voor het regeringsbeleid, en zelfs tweederde voor de media-aandacht zichtbaar. Voor de jaren 1999, 2000, 2001, 2002 en 2003 ziet de ontwikkeling en wachtlijsten en kosten er als volgt uit:

	1999	2000	2001	2002	2003	Totaal verschil
Wachtlijsten curatieve zorg	Geen gegevens	147.700	160.000	144.000	139.200	- 8.500
Stijging/Daling	-	-	+ 8,3%	- 10%	- 3,3%	- 5,8%
Uitgaven zorg per jaar (in miljard euro)	€43,7	€46,9	€52,5	€58,6	€63,2	+ €19,4
Stijging/Daling t.o.v. jaar ervoor	+ 7,5%	+ 7,2%	+ 11,9%	+ 11,7%	+ 7,8%	+ 44,4%

Tabel 5.1: vergelijking kostenstijging en het aantal mensen op de wachtlijst voor curatieve zorg. (Bronnen: CBS Statline: SCP, 2001; SCP, 2002; SCP, 2003, SCP, 2005)

Op basis van bovenstaande gegevens is het aannemelijk dat eerder de gigantische toename in kosten de aanleiding was voor een verminderde interesse in de reductie van de wachtlijsten dan de geringe afname in de omvang van die wachtlijsten en wachttijden. Er zijn drie constatering die de aannemelijkheid van bovenstaande stelling vergroten:

1. De zorgkosten stegen in de periode 1994-1998 met 4.8%. Dat betekent dat de zorgkosten dus twee keer zo hard stegen in de periode die hierboven staat weergegeven.
2. De economische groei viel in 2002 en 2003 stil: respectievelijk 0,1% en 0,3%. Ten opzichte van een gemiddelde groei van 3,5% in de jaren daarvoor zorgt dat voor een aanzienlijke druk op de overheidsfinanciën. Tegenvallende macro-economische cijfers zorgen vaker voor een teruglopende belangstelling in andere beleidsdoelen (Breeman & Timmermans, 2008: 77).
3. Het regeringsbeleid van de overheid binnen de zorgsector was vanaf 2003 weer hoofdzakelijk gericht op de betaalbaarheid van de zorg. Dit was voor de jaren 2004 en 2005 dan ook het primaire beleidsdoel.

Op basis van de beschikbare data is niet met zekerheid te zeggen of het inderdaad de oplopende kosten waren in plaats van een afname van de problemen die ervoor hebben gezorgd dat de aandacht voor het onderwerp vanaf 2002 terugliep. Daarvoor zijn bijvoorbeeld diepte-interviews met betrokken actoren nodig om hun overwegingen te doorgronden. Op basis van bovenstaande gegevens lijkt het echter zeer aannemelijk dat de oplopende kosten de voornaamste reden waren om het onderwerp te laten varen.

- Het onderwerp raakt in de vergetelheid, maar de instituties die in de hoogtijdagen van de politisering ervan zijn opgericht bestaan nog wel degelijk.

In de periode dat de wachtlijsten in de zorg hoog op de publieke en politieke agenda stonden zijn er verschillende instituties en regelingen ontworpen die nog altijd bestaan. Een goed voorbeeld hiervan zijn de Treeknormen die eind 1999 zijn overeengekomen door zorgsector. Vandaag de dag gelden diezelfde normen nog altijd als uitgangspunt voor het onderscheid tussen aanvaardbare en onaanvaardbare wachtlijsten. Ook de wachtlijstregistratie is, na het teruglopen van de publieke en politieke aandacht blijven bestaan. Hoewel de vorm van de registratie veelal is veranderd worden in de curatief electieve zorg, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en ouderenzorg nog altijd gegevens bijgehouden over wachttijden/wachtlijsten. Het 'boter-bij-de-vis' beleid van toenmalig minister Borst is, zij het in een andere vorm, lange tijd doorgezet. Pas vanaf 2012 zijn er weer afspraken over de maximale productie die ziekenhuizen mogen draaien (VWS, 2011). De overlegplatforms en Taskforces die tussen 1998 en 2001 zijn ingesteld hebben geen doorgang gevonden. Zij zijn destijds ook als 'tijdelijk' ingesteld (Kamerstukken 25170-12 en 25170-19).

Een belangrijk deel van de regelingen en beleid dat tussen 1998 en 2002 is ingezet is, nadat het onderwerp van de publieke en politieke agenda verdween, doorgezet. Een deel daarvan is nog altijd van kracht.

- De opgerichte regelingen en organisaties proberen het probleem op te lossen en het onderwerp komt soms ineens weer hoog op de agenda voor hele korte tijd.

Hoewel er geen organisaties zijn opgericht om specifiek dit probleem aan te pakken hebben de beleidsmaatregelen en het loslaten van de budgettering wel degelijk effect gehad op de wachtlijsten. Vanaf 2004 is er een onmiskenbaar dalende trend te zien (Prismant, 2004; NZa, 2006; NZa, 2012). Waar in 2004 nog meer dan de helft van de specialisten een gemiddelde wachttijd had die boven de

Treknorm lag, is dit in 2012 nog bij zes van de 25 specialismen het geval (Prismant, 2004b; NZa, 2013). Hoewel de wachtlijsten en wachttijden die de norm overschrijden soms wel degelijk in het nieuws komen en er ook Kamervragen over worden gesteld (Volkskrant, 18-11-2005; Trouw, 21-6-2008; Volkskrant, 29-09-2013), zijn echte pieken in aandacht voor het onderwerp niet in de beschikbare data terug te vinden. De enige uitschieter die terug te zien is, is de aandacht voor wachtlijsten in de jeugdzorg in 2008 en 2009. Dit onderwerp wordt in de Miljoenennota 2009 zelfs in de hoofdlijnen van het beleid besproken (Miljoenennota 2009).

Vanaf 2004 zijn de wachttijden en wachtlijsten aanzienlijk teruggelopen. Het loslaten van de budgettering heeft daar ontegenzeggelijk aan bijgedragen (SCP, 2012: 90-93). De wachtlijstregistratie is blijven bestaan, waardoor eventuele overschrijdingen makkelijker op te merken zijn door media en de Tweede Kamer. Het onderwerp is niet meer hoog op de politieke agenda terecht gekomen.

- De gemiddelde aandacht voor het onderwerp is in de periode na de piek hoger dan in de periode ervoor.

De gemiddelde aandacht in de periode voor en na de piek is weergegeven in tabel 5.2:

Agenda		Voor (1993-1995)	Na (2004-2012)
Media-agenda	Voor 'wachtlijsten'	90 artikelen per jaar	74 artikelen per jaar
	Voor 'wachttijden'	35 artikelen per jaar	22 artikelen per jaar
Parlementaire agenda	Voor 'wachtlijsten'	0,6% van totaal per jaar	0,7% van totaal per jaar
	Voor 'wachttijden'	0,3% van totaal per jaar	0,4% van totaal per jaar
Beleidsagenda zorg	Aandacht toegankelijkheid	0% van totaal per jaar	1,2% van totaal per jaar

Tabel 5.2: Aandacht voor wachtlijsten voor en na de politisering van het onderwerp.

Hieruit valt op te maken dat de gemiddelde aandacht die de media voor het onderwerp heeft in de periode na de piek lager ligt dan in de periode ervoor. Voor zowel de parlementaire agenda als de beleidsagenda binnen de zorg is gemiddelde aandacht na de piek hoger dan ervoor. De toename is zeer gering, dus van een duidelijk hoger gemiddelde is amper sprake. Kanttekening hierbij is dat de periode voor de piek maar uit drie jaar bestaat. Het is dus maar de vraag of deze drie jaar representatief zijn voor de tien jaar voorafgaand aan de piek. Echte conclusies zijn voor deze hypothese dan ook niet mogelijk.

De gemiddelde aandacht voor het onderwerp ligt in de periode na de piek lager bij de media-agenda en hoger bij de politieke agenda dan de periode voor de piek. Op basis van de beschikbare gegevens is het niet mogelijk om de hypothese te ondersteunen of te falsificeren.

Conclusie

De wachtlijstproblematiek is een sociaal probleem dat volgens Downs de *issue-attention* cyclus zal doorlopen (Downs, 1972: 41-42). In het eerste deel van deze analyse blijkt dat verschillende fasen van de cyclus inderdaad goed herkenbaar zijn binnen de wachtlijstproblematiek. De opkomst van de aandacht, enthousiaste aanpak, de teleurstelling en het afkalven van de publieke aandacht voor het issue is daarin sterk terug te zien. Het model van Downs is dus waardevol in het begrijpen van de politieke aandacht voor het onderwerp. In hoofdstuk twee zijn meerdere verwachtingen/ hypothesen opgesteld die de issue-attention cycle heeft ten aanzien van sociale problemen. Het tweede deel van deze analyse heeft deze verwachtingen getoetst aan de wachtlijstproblematiek. Het overgrote deel van de hypothesen wordt ondersteund door de empirische gegevens, al kan niet voor elk van de onderdelen

een sluitend antwoord worden gegeven. In sommige gevallen kan op basis van de beschikbare gegevens niet met zekerheid worden gezegd of een bepaalde verwachting klopt of niet.

5.2 Een onderbroken evenwicht?

De Punctuated Equilibrium Theory formuleert duidelijke verwachtingen over de manier waarop beleidsverandering plaatsvindt. Een deel van de verwachtingen gaat over de aandachtsontwikkeling die de politiek voor een beleidsterrein heeft, een ander deel over hoe de beleidsverandering heeft plaatsgevonden. Wij toetsen hier de relevantie van de verwachtingen aan de wachtlijstproblematiek. Zo kan worden vastgesteld in hoeverre de PET de politieke aandacht voor de wachtlijsten kan helpen begrijpen.

- Het beleidsterrein zorg is lange tijd stabiel geweest (issue monopoly). Het feitelijke werkveld – de ‘realiteit’ – heeft veranderingen doorgemaakt waar het politieke systeem zich niet aan heeft aangepast.


Op basis van de beschikbare gegevens kan niet met zekerheid worden gezegd of het beleid voor de zorgsector lange tijd stabiel is geweest. De beschikbare data, wijst hier echter wel op. In de jaren voorafgaand aan de aandachtspiek (1993-1996) staat het regeringsbeleid voor de zorgsector volledig in het teken van betaalbaarheid. Andere rapporten wijzen uit dat dit hiervoor ook het geval was. Zo stelt het SCP in 1998: ‘meer dan op inhoudelijke vraagstukken is de inspanning van de overheid de laatste 25 jaar gericht geweest op kostenbeheersing van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.’ (325). Ook de RvZ wijst op de prioriteit die kostenbeheersing sinds de jaren tachtig heeft gekregen en de verdrukking voor andere doelstellingen in het beleid die dat teweeg heeft gebracht (1998: 3-4). Er is getracht om, door middel van marktwerking, de kostenbeheersing los te laten. Deze pogingen – met het ‘plan-Simons’ als topstuk – zijn nooit verder gekomen dan de tekentafel. Het regeringsbeleid was dan wel gericht op kostenbeheersing, in de zorgsector zelf werden de gevolgen daarvan steeds duidelijker. De constatering dat ‘vraag en aanbod uit de pas liepen’ wordt vanaf 1998 dan ook veelvuldig gemaakt (RvZ, 1998; SCP, 1998; SER, 1998). De wachtlijsten zijn er al in 1989 en groeien gestaag (SCP, 2002). Het regeringsbeleid speelt daar niet op in, maar blijft de nadruk op kostenbeheersing leggen (zie aandachtsverdeling regeringsbeleid zorg).

Het beleid op de zorgsector is lange tijd stabiel gefocust geweest op kostenbeheersing. De groei van wachtlijsten in het zorgveld leidde daarin tot 1997 niet tot wijzigingen in het overheidsbeleid.

- De aandacht voor de wachtlijstproblematiek is plotseling, lijkt uit het niets te komen.

De aandacht voor wachtlijsten in de zorg schiet vanaf 1996 omhoog. In tabel 5.3 is de toename van aandacht ten opzichte van het jaar ervoor voor de verschillende agenda’s weergegeven. De toename in aandacht op de verschillende agenda’s is stijl. Opmerkelijk daarbij is dat eerst de parlementaire agenda (1995), dan de media-agenda (1996) en dan de regeringsagenda (1997) een *punctuation* in aandacht vertoont. In twee jaar tijd verdubbelt de aandacht voor het onderwerp op zowel de parlementaire als media-agenda. In vergelijkbare onderzoeken wordt dit aangeduid als ‘snel’ en een *punctuation* (Baumgartner et al., 2006; Walgrave & Varone, 2008). Een verschil met de resultaten in andere onderzoeken is dat de aandacht hier voor alle agenda’s door blijft groeien tot 2001.

Agenda		1995	1996	1997	1998	1999	2000
Media-agenda	Wachtlijsten	- 28%	216%	41%	20%	20	45%
	Wachttijden	- 20%	196%	- 15%	- 4%	63%	52%
Parlementaire agenda	Wachtlijsten	90%	30%	2%	38%	- 1%	25%
	Wachttijden	244%	49%	- 22%	50%	- 6%	15%
Beleidsagenda	Wachtlijsten	0%	0%	200% ²⁸	- 31%	253%	- 0,4%

 = een 'policy punctuation volgens de 200%-norm'²⁹

Tabel 5.3: toename in aandacht voor wachtlijstproblematiek in percentage t.o.v. het jaar ervoor.

De aandacht voor het onderwerp is snel gegroeid. Het verdubbelde op zowel de parlementaire als media-agenda in twee jaar.

- De aandacht is het gevolg van a) een hele sterke verandering in *informatie* of b) een langzaam opgebouwde verandering in informatie dat een *tipping point* bereikt³⁰.

Bij de wachtlijstproblematiek lijkt niet zozeer sprake van een plotselinge sterke verandering in informatie als wel een langzaam opgebouwde verandering dat een kookpunt bereikt. Meer dan een decennium heeft de budgettering en aanbodsturing in de zorg ervoor gezorgd dat de wachtlijsten groeiden en de werkdruk in de sector toenam (RvZ, 1998: SCP, 2012). Niets wijst op een sterkere verslechtering eind jaren '90 van de toegankelijkheid dan de jaren ervoor.

De aandacht voor de wachtlijstproblematiek is het gevolg van een langzaam opgebouwde verandering die een kookpunt bereikt.

- Tijdens de verhoogde aandacht (de punctuation) wordt getracht het beleid van de overheid weer in lijn te brengen met de informatie over de realiteit.

Dit is op basis van de beschikbare gegevens niet met zekerheid te zeggen. Hiervoor zouden diepte-interviews met betrokken actoren nodig zijn. De wel beschikbare gegevens wijzen niettemin sterk in de richting dat dit inderdaad het geval was:

- De wachtlijsten zijn, in feite een 'problematische toegankelijkheid'. Het beleidsdoel toegankelijkheid komt tijdens de verhoogde aandacht steeds centraal te staan binnen het overheidsbeleid. Vanaf 2000 is het zelfs het primaire beleidsdoel. Wachtlijstreductie wordt een centraal element van de regeringsagenda.
- Wachtlijsten worden vrij snel in verband gebracht met de beperkte volumegroei en budgettering. De volumegroei wordt al in 1998 verruimd van 1,3 naar 2,3% (Regeerakkoord 1998). De budgettering wordt in 2000 effectief losgelaten met het 'boter-bij-de-vis' beleid. Hiermee wordt getracht de spanning tussen vraag en aanbod die in de jaren ervoor is ontstaan te verminderen.

²⁸ In feite is dit oneindig, aangezien het onderwerp toegankelijkheid hiervoor helemaal niet op de beleidsagenda stond. Elke aandacht die dan aan het onderwerp wordt besteed is een oneindig keer meer dan het voorgaande jaar. In dit geval ging de aandacht van 0% naar 18%.

²⁹ Dit is de norm die John & Bevan aanhielden voor een verandering om van een 'policy punctuation' te kunnen spreken. Toename in aandacht van minstens 200% ten opzichte van aandacht het jaar ervoor.

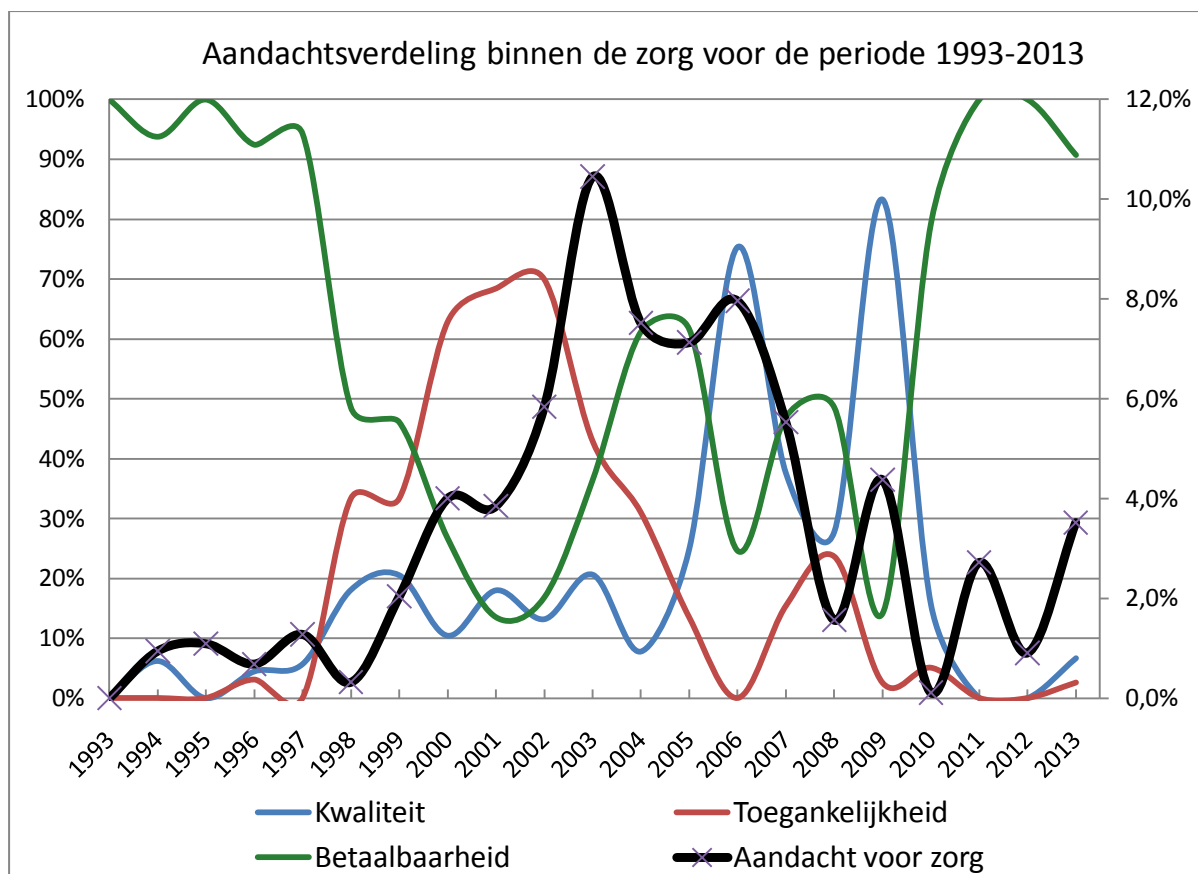
³⁰ Een voorbeeld van een punctuation als gevolg van een plotselinge verandering is te zien in het onderzoek van Walgrave & Varone (2008) waarin de zaak-Dutroux aanleiding is voor een policy punctuation.

- In de jaren na de verhoogde aandacht voor het onderwerp stijgen de uitgaven aanzienlijk sneller dan in de jaren ervoor. Dit is het resultaat van het beleid om de toegankelijkheid te verbeteren.

Het is daarom aannemelijk dat de overheid in de periode van verhoogde aandacht het zorgbeleid in lijn probeert te brengen met de politiek-maatschappelijk gepercipieerde realiteit.

- De aandacht voor het beleidsterrein gaat gepaard met conflicterende definiëringen over de zorgsector en haar prioriteiten.

De hoofdlijnen uit de miljoenennota's geven goed aan hoe hoog een onderwerp op de politieke agenda staat ten opzichte van andere onderwerpen. In figuur 5.1 is de aandacht voor de zorgsector per jaar (zwarte lijn) en de interne aandachtsverdeling binnen de zorg weergegeven. De stijging van aandacht voor de zorg vanaf 1998 loopt een jaar achter op de opkomst van de aandacht voor toegankelijkheid. Als de aandacht voor toegankelijkheid weer afneemt en plaatsmaakt voor betaalbaarheid groeit de aandacht voor de zorgsector verder door. Met name in 2003 is er bijzonder veel aandacht voor de zorgsector. Tot 2007 blijft die aandacht vrij hoog (5,5%). Daarna loopt de aandacht gemiddeld genomen terug, maar vertoont die nog wel pieken. Er lijkt in de periode 1993- 2008 wel degelijk een verband tussen de mate waarin een verschuiving in de prioriteiten in de zorg plaatsvindt en de mate waarin het zorgbeleid op de regeringsagenda staat. In de jaren dat betaalbaarheid nog onbetwist centraal staat is er vrijwel geen aandacht voor de zorg. Met de verschuiving naar toegankelijkheid als primair beleidsdoel groeit ook de aandacht voor de sector. Als in 2004 de prioriteit weer verschuift naar betaalbaarheid lijkt de aandacht alleen maar verder door te groeien. In 2006 is kwaliteit het primaire beleidsdoel en ook deze verschuiving lijkt weer een verhoogde aandacht met zich mee te brengen. Vanaf 2007 neemt de aandacht af, terwijl er nog altijd verschuivingen plaatsvinden in de prioriteiten. De kwaliteitsimpuls in 2009 brengt dan ook weer een verhoogd aandachtsniveau voor de zorgsector met zich mee. Vanaf 2010 staat betaalbaarheid weer centraal in de zorg en krijgt de sector minder aandacht dan in de periode ervoor. Deze laatste verschuiving in *policy image* lijkt echter geen verhoogde aandacht met zich mee te brengen. Een mogelijke verklaring hiervoor is de financiële en budgettaire crisis die vanaf 2008 haar intrede doet in Europa. Macro-economische veranderingen staan erom bekend dat zij de aandacht voor andere beleidsterreinen verdrukken (Breeman & Timmermans, 2008). De sterke opkomst van betaalbaarheid als centraal beleidsdoel in de laatste jaren kan door de crisis zijn beïnvloed. De herziening van het zorgstelsel is uiteraard ook een oorzaak voor verhoogde aandacht voor het beleidsterrein zorg.

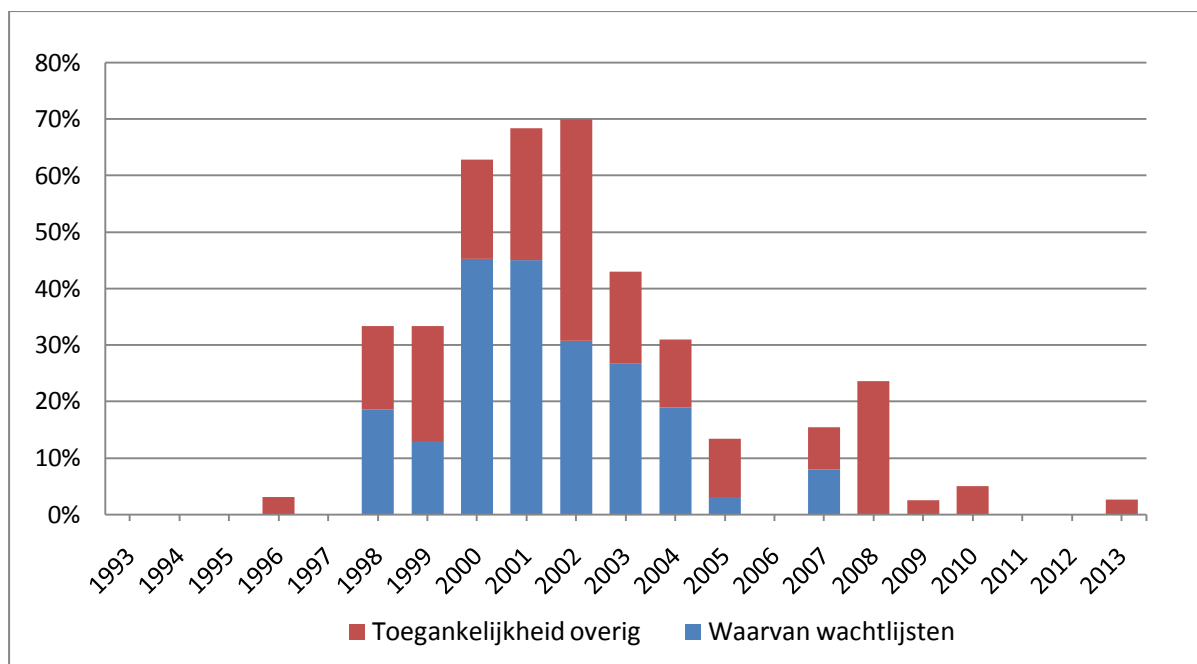


Figuur 5.1: Aandacht voor zorgsector en beleidsprioriteiten binnen zorgbeleid 1993-2013.

De toename van aandacht voor de zorgsector lijkt in verband te staan met een verschuivende definitie van het beleidsterrein. Niet elke verschuiving in prioriteiten leidt echter tot een sterk verhoogde aandacht. Hoewel er vanaf 2008 nog steeds een verschuiving in prioriteiten plaatsvindt, levert dat geen verhoogde aandacht op. Dit kan komen door de financiële en economische crisis (Breeman & Timmermans, 2008).

- Een verschuiving in issue definition/policy image is radicaal i.p.v. geleidelijk.

Binnen PET wordt niet eenduidig aangegeven wanneer een verandering 'radicaal' is. Daarom is het niet mogelijk om hier definitief uitsluitsel over te geven. De beleidsprioriteiten binnen de zorg lijken vrij heftig te verschuiven. Een onderwerp wat niet of nauwelijks op de agenda stond kan in een jaar het primaire beleidsdoel zijn geworden. De opkomst van toegankelijkheid als prioriteit ging iets geleidelijker: het onderwerp ging in drie jaar van 0% aandacht naar 63% aandacht (figuur 5.2). De verschuiving in 1998 is een policy punctuation volgens de 200%-norm van John & Bevan.



Figuur 5.2: Ontwikkeling van de aandacht voor 'toegankelijkheid' in de zorg als percentage van totale aandacht

Binnen de zorg zijn de veranderingen in prioriteiten vrij hevig. Het is onduidelijk of deze verschuivingen binnen PET als 'radicaal' zijn te definiëren.

- Door de institutionele frictie vertonen de throughput en output (regeringsbeleid) later een *punctuation* dan de input, zoals media-aandacht en Kamervragen.

De aandacht voor wachtlijsten in de media, in Kamervragen en in het regeringsbeleid zijn in tabel 5.4 te zien. Hieruit wordt duidelijk dat met name de media-aandacht eerder op het onderwerp is gevestigd dan de aandacht binnen het regeringsbeleid. Kamervragen zitten daar wat tussenin.

Agenda		1995	1996	1997	1998	1999	2000
Media-agenda krantenartikelen	Wachtlijsten	67	212	300	361	433	629
	Wachttijden	27	80	68	65	106	162
Kamervragen	Wachtlijsten	4	6	7	13	24	10
	Wachttijden	1	6	5	10	12	2
Beleidsagenda (%)	Wachtlijsten binnen zorgbeleid	0%	0%	18,6%	12,8%	45,2%	45,0%

 = een 'punctuation' volgens de 200%-norm

Tabel 5.4: toename in aandacht voor wachtlijstproblematiek in percentage t.o.v. het jaar ervoor.

De aandacht in de kranten voor het ontwerp steeg duidelijk eerder dan de aandacht die de regering voor het onderwerp had. De Kamervragen kwamen iets later dan de media-aandacht op gang. Bovenstaande hypothese wordt ondersteund door de data.

- Na de korte periode van hevige verandering ontstaat weer een periode van rust en stabiliteit binnen de zorgsector.

Binnen de Punctuated Equilibrium Theory wordt verondersteld dat een beleidsterrein na een *punctuation* weer verplaatst naar het politieke subsysteem. Dit zorgt ervoor dat a) het onderwerp grotendeels van de macro-politieke agenda verdwijnt en b) er een stabiel *policy image* ontstaat

waarmee duidelijk wordt wat de prioriteiten in de zorg zijn. De periode van verhoogde aandacht voor de zorgsector als geheel is vrij lang: van +/- 2000 tot en met 2007. Pas met de invoering van de Zorverzekeringwet nam de aandacht af. Voor het onderwerp 'wachtlijsten' in de zorg is er na de periode van verhoogde aandacht en invoering van een aantal maatregelen om de wachtlijsten weg te werken relatieve rust³¹. De empirische data geeft een dubbel beeld ten opzichte van deze hypothese van PET. Hier zijn meerdere, mogelijke verklaringen voor:

1. De gehele periode van verhoogde aandacht voor de zorgsector is een 'policy punctuation'. Het is onduidelijk hoe lang een dergelijke punctuation duurt. In ander onderzoek is duidelijk geworden dat de verhoogde aandacht bij bestuurlijke organen tot een aantal jaar na de punctuation blijft bestaan (Walgrave & Varone, 2008). De wetgeving die voortkomt uit zo'n punctuation wordt jaren later pas ingevoerd (door de institutionele frictie). Ook bij de stelselwijziging is dit het geval: deze treedt in 2006 in werking, als de aandacht voor de zorgsector alweer langzaam afneemt.
2. In de periode 1998-2006 vinden twee punctuations plaats. Allereerst de explosieve toename in aandacht voor wachtlijsten. Dit resulteert in het bijstellen van budgetten en loslaten van de budgettering. Het policy image is dan weliswaar een aantal jaren stabiel (vergroten toegankelijkheid), maar door de explosieve groei in kosten en tegenvallende economische cijfers vindt in 2002-2003 een tweede punctuation plaats. De aandacht verschuift weer naar betaalbaarheid. Omdat betaalbaarheid jarenlang het primaire beleidsdoel is en deze ernstig in het geding komt, kan worden beargumenteerd dat de druk voor verandering in de jaren 1999-2002 heel hard opliep en zo weer een verschuiving veroorzaakte.
3. Een derde verklaring kan zijn dat de interne verschuivingen binnen de zorgsector (betaalbaarheid → toegankelijkheid → betaalbaarheid) een verschuiving in opvatting over de gehele zorgsector teweeg hebben gebracht (overheidsregulering in de zorg werkt → overheidsregulering in de zorg werkt niet). Met de opkomst van de wachtlijsten kwam toegankelijkheid op de beleidsagenda van de politiek. De overheidsregulering in de zorg bleek niet in staat dit nieuwe beleidsdoel te handhaven in combinatie met betaalbaarheid: de kosten stegen explosief. Dit leidt tot een verschuiving in de opvatting over wenselijkheid van overheidsregulering in de zorg. De aandacht voor een herziening van het zorgstelsel stijgt dan ook explosief (figuur 5.3).

³¹ Zoals het bijstellen van de structurele groei voor de zorgsector, de wachtlijstregistratie en het 'boter-bij-de-vis' beleid.



Figuur 5.3: Aandacht voor herziening zorgstelsel in percentage van totale aandacht.

In figuur 5.3 is te zien welk percentage van de totale teksten over de zorgsector is gewijd aan de stelselherziening. De groei in aandacht is explosief: van 2% in 2000 tot 46% in 2002. PET omschrijft het feit dat soms meerdere ‘problemen’ nodig zijn om verandering te forceren als het ‘cascade-effect’ (Breeman, Timmermans & Dalfsen, 2011). Walgrave & Varone (2008) geven hier een duidelijk voorbeeld van: de arrestatie van Dutroux leidde weliswaar tot veel ophef, het zette geen fundamentele beleidsverandering in beweging. Dutroux’s ontsnapping in 1998 leidde opnieuw tot veel ophef, maar zette ook een beleidsproces in werking wat in 2000 tot de unificatie van het Belgische politiestelsel zou leiden. Eenzelfde proces zou binnen de zorgsector kunnen spelen:

- Wachtlijstproblematiek leidt tot verschuiving in beleidsprioriteiten zorg → te strakke budgettering is het probleem.
- Loslaten budgettering zorgt voor explosieve stijging kosten en matige terugloop wachtlijsten → overheidsregulering in zorg is het probleem.

In tabel 5.5 is een de beschrijving van de problemen in de zorgsector van meerdere jaren opgenomen. Hieruit komt een snel verschuivende probleemdefiniëring naar voren.

Miljoenennota	Beschrijving probleem en beleid
1999	Het beleid van de regering is erop gericht om te investeren in een kwalitatief goed en toereikend aanbod van zorg. In totaal loopt de beleidsintensivering in het collectief gefinancierde deel van de zorgsector op tot 2,2 miljard in 2002.
2001	Door voortgaande welvaartsgroei en individualisering zal de omvang en de diversiteit van de vraag naar gezondheidszorg toenemen. Dit vraagt om een meer vraaggestuurde inrichting van het zorgstelsel en een nadrukkelijker waarborging van de inbreng van de burger
2003	Het Nederlandse zorgstelsel, dat sterk gereguleerd wordt door de overheid, heeft lange tijd goed gewerkt en doet dat op zich nog steeds. Het is echter niet altijd even goed in staat in te spelen op de wijzigende omstandigheden. Het systeem van aanbodregulering is niet voldoende flexibel om optimaal tegemoet te kunnen komen aan de vraag, waarvan de heterogeniteit voortdurend toeneemt. Daarom slaat het kabinet nu een pad in op weg naar een systeem van vraagsturing.
2004	In het verleden is het aanbod van zorg lange tijd aan banden gelegd. In combinatie met een toenemende vraag naar zorg heeft dit geleid tot wachtlijsten en een

	<p>maatschappelijke druk hieraan iets te doen. Eind 2000 zijn de strakke financiële regels losgelaten. Dit heeft geleid tot een forse groei van het zorgaanbod, inhaal- en extra vraag naar zorg en geleidelijk kortere wachtlijsten en wachttijden.</p> <p>De keerzijde van de forse productiegroei in de gezondheidszorg is een forse groei van de zorg uitgaven. Het kabinet kiest voor het ingrijpend hervormen van het Nederlandse zorgstelsel. Deze hervorming heeft tot doel het zorgstelsel op lange termijn veilig te stellen door toegankelijkheid, solidariteit en betaalbaarheid beter met elkaar in evenwicht te brengen.</p>
--	--

Tabel 5.5: illustratie van de probleemverschuiving in de tekst van de miljoenennota's.

Conclusie

De verwachtingen van PET over de ontwikkeling van aandacht voor de wachtlijstproblematiek worden grotendeels bevestigd door de empirische gegevens. Het wordt duidelijk dat de plotselinge opkomst van aandacht voor het probleem het gevolg is van een langzaam opbouwend probleem in het veld waar lange tijd niet op is gereageerd door de overheid. De verhoogde aandacht in de media en het parlement resulteerde, met enige vertraging, in een verschuiving van prioriteiten binnen het overheidsbeleid. Dit bracht ook een verhoogde aandacht voor de zorgsector als geheel met zich mee. Nadat de aandacht voor wachtlijsten was afgenomen bleef de zorgsector als geheel hoog op de agenda staan. Als gevolg van de explosieve groei in zorguitgaven worden de prioriteiten weer bijgesteld naar betaalbaarheid van de zorgsector: een tweede punctuation zo u wilt. De aandacht voor wachtlijsten loopt langzaam terug op de parlementaire agenda. Uit de kranten en regeringsagenda verdwijnt het onderwerp vrijwel direct. Punctuated Equilibrium Theory verschaft de volgende inzichten in de ontwikkeling van politieke aandacht voor de wachtlijstproblematiek:

- Als gevolg van cognitieve en institutionele frictie (negatieve feedback) is de wachtlijstproblematiek lange tijd buiten beeld van het politieke systeem gebleven. Het beleidsdoel 'betaalbaarheid' blijft lange tijd centraal staan ondanks het bestaan van wachtlijsten in de gezondheidszorg.
- Als gevolg van positieve feedback is de aandacht voor het probleem plotseling geëxplodeerd. Eerst via kanalen met een lage institutionele frictie (media, Kamervragen) en later in kanalen met meer institutionele frictie (Regeringsagenda, wetgeving).
- De verhoogde aandacht voor de zorgsector gaat gepaard met conflicterende/verschuivende *issue definitions* in de zorgsector. Niet elke verschuiving in prioriteiten leidt tot verhoogde aandacht (bijv. door macro-economische ontwikkelingen, zie Breeman & Timmermans, 2008).
- De punctuation in aandacht voor wachtlijsten wordt gevolgd door een periode van stabiliteit in die aandacht: er is vrijwel geen aandacht.

5.3 Vergelijking inzichten issue-attention cyclus en PET

Uit bovenstaande analyses wordt duidelijk dat zowel Downs' issue-attention cyclus als PET handvaten bieden om de ontwikkeling in politieke en maatschappelijke aandacht voor wachtlijsten te begrijpen. Na de beide theorieën apart te hebben getoetst aan de casuïstiek kunnen zij, en hun bevindingen, nu met elkaar worden vergeleken. Hierbij wordt stilgestaan bij de overeenkomsten tussen de theorieën, de plekken waar de theorieën elkaar aanvullen en de punten waarop de theorieën verschillen.

Overeenkomsten

Eén van de sterkste overeenkomsten tussen beide theorieën is hun voorspelling dat de problematiek al bestaat voordat de politieke en maatschappelijke aandacht er op wordt gevestigd. Bij de

wachtlijstproblematiek is dit inderdaad het geval. Het duurt kennelijk een tijd voordat een dergelijk maatschappelijk fenomeen wordt opgemerkt of problematiseerd. Vervolgens groeit de aandacht voor het thema, in vergelijking met het daadwerkelijke probleem, onevenredig snel. Zowel PET als Downs' issue-attention cyclus verwachten en verklaren deze onevenredig snelle stijging. Echter, ze dragen verschillende redenen aan om de stijging te verklaren (zie hoofdstuk drie). Wat betreft de duur van de aandacht voor het onderwerp zitten Baumgartner & Jones en Downs op één lijn: deze is kort. De aandachtspiek is van korte duur en de afname van aandacht is even snel (zo niet sneller) dan haar opkomst.

Aanvullingen

Naast de overeenkomsten vullen de beide theorieën elkaar op meerdere punten aan. Zoals gezegd wordt de oorzaak van de relatief snelle opkomst in aandacht binnen PET verklaard door een opgebouwde druk voor verandering. De politiek gepercipieerde realiteit verandert langzaam en verandering is op een gegeven moment onhoudbaar. Tegenover de verandering in 'feiten' zet Downs in zijn issue-attention cyclus een verandering van verwachtingen als grootste oorzaak voor maatschappelijke en politieke aandacht. Beide verklaringen vinden onderbouwing in de empirie. De wachtlijsten groeiden gestaag gedurende de jaren '90, dus de druk voor verandering van het zorgbeleid nam toe (zie hoofdstuk twee). Tegelijkertijd schrijven veel expertorganisaties over toegenomen verwachtingen van burgers als oorzaak van de problematisering van de wachtlijsten in de zorg (SCP, 1998; SER, 1998; RvZ, 1998). De twee verklaringen sluiten elkaar niet uit en het kan goed zijn dat ze elkaar in deze casus hebben versterkt: de wachtlijsten worden langer en de burgers stellen hogere eisen aan de gezondheidszorg.

In zijn issue-attention cyclus zegt Downs weinig over daadwerkelijke beleids- of institutionele verandering binnen een aandachtspiek. Downs wijst alleen op het belang van de duur van de piek. Deze moet lang genoeg aanhouden om beleidsverandering teweeg te brengen: Volgens Downs kost dit kennelijk dus tijd, al geeft hij nergens aan waarom. PET geeft wel aan waarom dit tijd kost: institutionele frictie. Deze institutionele frictie is binnen de wachtlijstproblematiek goed terug te zien. Media-aandacht en snel inzetbare politieke aandacht (Kamervragen et cetera) laten duidelijk eerder een stijging zien dan aandacht van overheidsbeleid voor de problemen (zie hoofdstuk vier). Deze resultaten komen overeen met ander onderzoek: Walgrave & Varone (2009) en Breeman & Timmermans (2008). Hierin vult PET duidelijk de issue-attention cyclus van Downs aan.

Verschillen

Hoewel zowel PET als de issue-attention cyclus verwachten dat de aandacht voor een onderwerp binnen geringe tijd weer wegzakt, is hun beargumentering hiervoor tegenovergesteld. Baumgartner & Jones verklaren de afname van aandacht doordat het overheidsbeleid tijdens de *policy punctuation* weer in lijn wordt gebracht met de politiek gepercipieerde werkelijkheid. Op het moment dat deze weer op één lijn zitten is het probleem adequaat aangepakt en neemt de aandacht af. Zij stellen dus dat een gevoel dat het thema opgelost wordt de oorzaak is van het wegzakken van de aandacht. Downs stelt dat niet zozeer de oplossing van het probleem (wegwerken wachtlijsten) als wel de realisatie van de kosten om de oplossing te realiseren het onderwerp van de agenda doet verdwijnen (1972). Binnen de wachtlijstproblematiek krijgt de verklaring van Downs meer voet aan de grond. Hoewel de overheid getracht heeft het beleid bij te stellen (meer geld, loslaten budgettering) is de aandacht voor wachtlijsten goddeels verdwenen voordat er een sterke indicatie was dat het beleid effectief was: in

2003 neemt de aandacht sterk af en waren de wachtlijsten in de gezondheidszorg met slechts 6% geslonken. Het is dan ook discutabel dat de politieke aandacht voor wachtlijsten verdween omdat het gevoel heerste dat het punt adequaat werd aangepakt. Het is binnen PET onduidelijk in hoeverre de effectiviteit van het gewijzigde beleid (worden de gepercipieerde problemen ook daadwerkelijk opgelost?) moet zijn bewezen voordat het onderwerp terugglijdt in het subsysteem. De verklaring van Downs wordt, in deze case, meer gesteund door de empirische gegevens. Echte conclusies zijn niet mogelijk, aangezien daar kwalitatieve data over de perceptie van sleutelfiguren voor nodig is.

Een hieraan gerelateerd verschil tussen de twee theorieën is hun verklaring voor de verschuiving in prioriteiten binnen het overheidsbeleid. Ten tijde van de aandachtspiek voor de zorg binnen het overheidsbeleid (1999-2005) zijn er twee verschuivingen in prioriteiten. Allereerst van betaalbaarheid naar toegankelijkheid in 1999 en vervolgens van toegankelijkheid naar betaalbaarheid in 2003. Binnen PET kunnen deze twee verschuivingen als aparte policy punctuations worden verklaard. De vraag is dan of het aannemelijk is dat er binnen vier jaar voldoende druk is opgebouwd om een punctuation te veroorzaken en betaalbaarheid weer centraal te stellen binnen het overheidsbeleid. Downs' issue-attention cyclus verklaart deze twee verschuivingen meer elegant: de realisatie van de kosten zorgt niet alleen voor het wegzakken van het enthousiasme om het probleem aan te pakken maar zorgt voor meer nadruk op de betaalbaarheid van de zorg. De dubbele omslag in prioriteiten tijdens deze periode wordt dan ook op meer natuurlijke wijze verklaard door Downs.

Een derde verschil tussen de PET en de issue-attention cyclus is de verwachting over aandacht voor het thema voor en na de aandachtspiek (policy punctuation). Baumgartner & Jones stellen dat het onderwerp terugzakt naar een politiek subsysteem en weer in evenwicht komt. De aandacht voor het onderwerp in media en politiek is dan ook niet anders dan voor de piek. Downs geeft aan dat *'the issue now has a different relation to public attention than that which prevailed in the "pre-problem" stage.'* (1972: 40). Er is meer aandacht voor het onderwerp en deze is grilliger doordat programma's, beleid en instituties zijn ingesteld die het onderwerp actueel houden. De beschikbare data geeft een dubbel beeld. De media-aandacht is na de piek gemiddeld lager dan voor de piek. De politieke aandacht (parlementaire documenten, overheidsbeleid) ligt na de piek hoger dan voor de piek. Hierin is het opvallend dat de politieke aandacht veel langzamer afneemt dan de media-aandacht. De ingestelde wachtlijstregistratie biedt een handvat voor politici (zie SP, 2012) en media (zie Trouw, 27-9-2013) om het onderwerp opnieuw op de agenda te zetten. De recente aandacht voor oplopende wachtlijsten is mede te danken aan de nog altijd doorlopende registratie van die wachtlijsten. Die registratie heeft de relatie tussen problematiek en politieke aandacht fundamenteel veranderd: er zijn veel meer en veel hardere gegevens beschikbaar. Op dat punt wordt Downs zijn theorie gesteund. Echter, enige terughoudendheid is hier geboden. Omdat de aandachtspiek voorin de beschreven 20 jaar ligt, is de meetperiode voor de piek relatief klein (drie jaar) ten opzichte van die erna (negen jaar). Dit gaat uiteraard ten koste van de vergelijkbaarheid van de data op dit punt. Er kan dus niet met zekerheid worden gezegd welke van de theorieën meer wordt gesteund door de beschikbare gegevens.

6 Conclusie & Discussie

Dit conclusiehoofdstuk behandelt de twee subvragen binnen deze scriptie om vervolgens een antwoord op de hoofdvraag te formuleren. Een discussie over de bevindingen en een vooruitblik op mogelijk vervolgonderzoek sluiten het hoofdstuk af.

6.1 Ontwikkeling in wachtlijsten

Een eerste doel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht op de feitelijke ontwikkeling van (de omvang van) de wachtlijsten en wachttijden in de zorg. De subvraag die centraal staat binnen deze lijn van het onderzoek is:

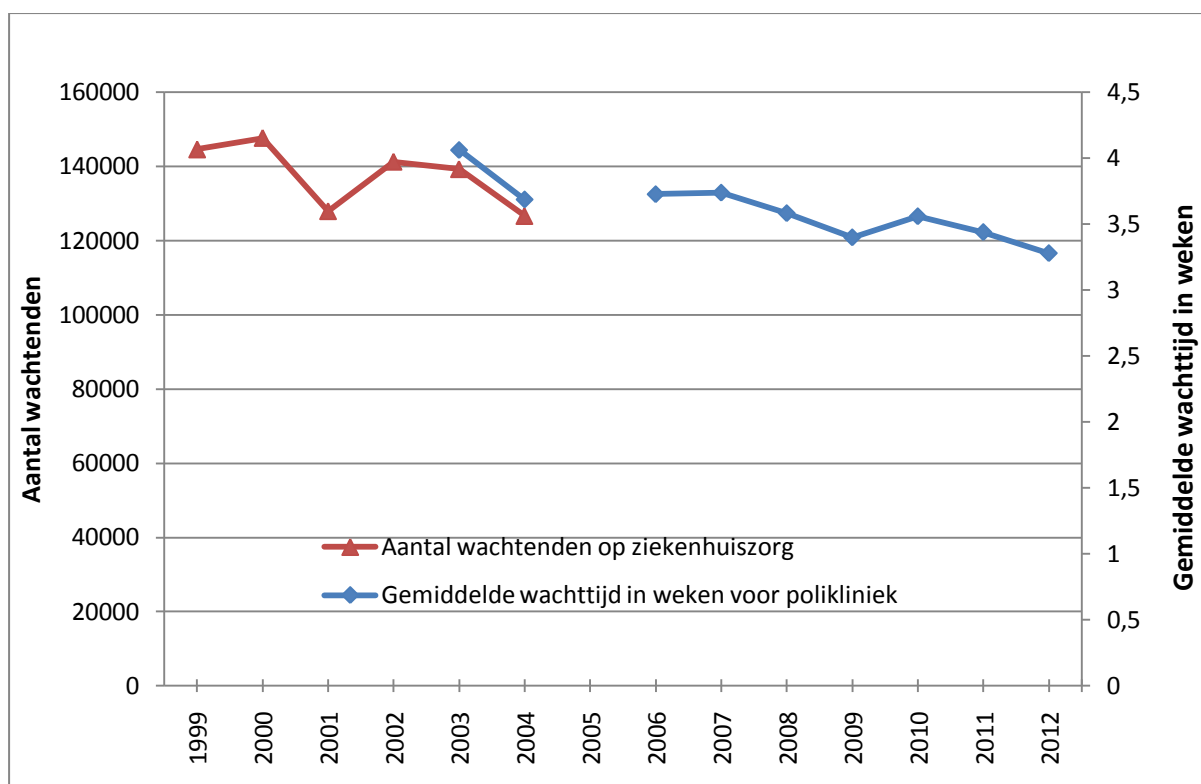
Hoe kan de ontwikkeling van de wachtlijsten in de zorg in de afgelopen 20 jaar worden begrepen?

Wachten op zorg

Wachtenden in de zorg zijn er, in verschillende vormen en maten, al sinds de Tweede Wereldoorlog. In de jaren '60 was een duidelijk 'capaciteitsgebrek' bij ziekenhuizen waardoor mensen lang op zorg moesten wachten (SCP, 1998). Vanaf medio jaren '80 ontstaan, onder andere door effectieve budgettering van het zorgaanbod en de zorgkosten, voor het eerst *wachtlijsten*. Zo'n wachtlijst biedt een oplossing voor de spanning tussen vraag en aanbod die ontstaat door: 1) beperking van het aanbod van zorg door volume- en kostenbeheersing; en 2) de toenemende vraag naar zorg door exogene ontwikkelingen zoals vergrijzing en technologische vooruitgang. Omdat iedereen in Nederland recht heeft op zorg, zijn zorgaanbieders en de staat verplicht om alle geïndiceerde mensen een behandeling aan te bieden. Pas in 2000 worden de wachtlijsten een officieel onderdeel van de gezondheidszorg als in het 'Treek-overleg' wordt vastgesteld wat onacceptabele – en dus ook wat acceptabele – wachttijden zijn (Zorgverzekeraars Nederland, 2000). De acceptabele wachtlijsten, ook wel planningswachtlijsten genoemd, zijn wenselijk om behandelingen zo efficiënt mogelijk in te plannen. Het begrip wachtlijsten wordt binnen de sector en expertorganisaties langzaam vervangen door wachttijden. Het aantal mensen op de wachtlijst zegt immers heel weinig over hoe lang er gewacht moet worden en dat wachten is uiteindelijk waar mensen last van hebben. Slechts als er een onacceptabele wachttijd is wordt nog over een problematische wachtlijst gesproken. De wachtlijsten worden opgeschoond en aangepast.

De omvang van de wachtlijsten

Het opschonen van de wachtlijsten, en het vergroten van de capaciteit vanaf 2000, zorgen ervoor dat het aantal wachtenden afneemt. Tot 2004 is dit te zien aan de omvang van de wachtlijsten (zie figuur 6.1).



Figuur 6.1: Wachtlijsten en wachttijden ziekenhuiszorg³²

Tot op heden neemt de gemiddelde wachttijd voor een ziekenhuisopname af. Ook het aantal behandelingen waarvoor onacceptabel lang moet worden gewacht loopt terug (NZa, 2012). Nog altijd zijn er mensen die op zorg wachten. Een onbekend aantal wacht langer dan de Treeknormen. Bij zes van de vijftientig poortspecialismen is de gemiddelde wachttijd te lang, hier wachten mensen dus standaard langer dan de Treeknorm. Daarnaast variëren de wachttijden sterk per ziekenhuis. Voor sommige specialismen kan de wachttijd oplopen tot meer dan twintig weken in bepaalde ziekenhuizen terwijl het gemiddelde onder de Treeknorm ligt. Hoeveel mensen langer wachten dan de Treeknormen is onduidelijk: niemand houdt deze gegevens bij.

Rol van de wachtlijsten

De rol van wachtlijsten binnen de gezondheidszorg is over de jaren heen sterk veranderd. Een overzicht van de opvattingen over de wachtlijsten in de zorg is weergegeven in tabel 6.1. Medio jaren '90 werd het gezien als een uitweg tussen de overheidsbudgettering en het recht op zorg van burgers. Vanaf 1998 wordt de wachtlijstproblematiek steeds meer gezien als hét probleem binnen de gezondheidszorg en deze urgentie neemt vanaf 2003 weer sterk af. De laatste twee jaren worden wachtlijsten soms weer als 'oplossing' aangedragen voor de torenhoge collectieve kosten die de zorgsector met zich meebrengt (Volkskrant, 2012). Anderen, zoals voormalig staatssecretaris Ab Klink, waarschuwen dat 'de wachtlijsten in de gezondheidszorg weer terug komen' (Volkskrant, 2011). Vanaf 2012 wordt er, via het Hoofdlijnenakkoord met een omzetbeperking gewerkt. Deze omzetbeperking is in feite het herinvoeren van budgettering. De gevolgen zijn al direct merkbaar. Het Academisch Medisch Centrum doet vanaf oktober 2013 geen knie- en heupoperaties meer tot de jaarwisseling: 'Daar hebben we geen budget meer voor' (Trouw, 13-10-2013).

³² Zoals eerder aangegeven zijn er voor het jaar 2005 helemaal geen cijfers bekend.

	Naoorlogs	1995	2004	2013
Cijfers	Geen gegevens bekend	Weinig gegevens bekend. Volgens SCP en RvZ 'omvangrijk'	126.000 wachtenden in cure-sector. De helft van de specialisten boven de Treeknorm	Zes van de 25 specialisten boven de Treeknorm
Probleemstelling	Explosieve groei vraag	Overschrijding BKZ; kiezen tussen patiënten	Wachttijden zijn onacceptabel lang; zorguitgaven stijgen explosief	Zorgkosten blijven stijgen; marktwerking beperkt mogelijkheid op kostenbeheersing
Oorzaken	Invoering ziekenfonds; Personeelstekort; Wederopbouw	Demografische verandering; Epidemiologische verandering;	Budgettering overheid; overheidssturing in de zorg	Recht op zorg leidt tot grotere vraag
Beleid	Investeren in vergroten capaciteit	Handhaving budgetten; prestatieprikkels in zorg; mogelijke bedrijfspolis voor werknemers	Aansturen op marktwerking in de zorg; kostenbeheersing met zorgplicht	Herinvoering van macrobudgetten; verhogen eigen risico; preventie

Tabel 6.1: Overzicht van de rol van wachtlijsten in de gezondheidszorg.

De ontwikkeling van de wachtlijsten in de afgelopen 20 jaar is niet eenvoudig te duiden. Uit het beeld dat ontstaat uit alle rapporten van de talloze instanties die zich over de jaren met het thema bezig hebben gehouden valt maar één harde conclusie te trekken: eigenlijk weet niemand hoe de wachtlijsten en wachttijden zich over de afgelopen 20 jaar hebben ontwikkeld. De cijfers die bekend zijn (en enigszins onderling te vergelijken zijn) duiden op een daling in wachttijd en in omvang van de wachtlijsten. Maar ook deze cijfers zijn niet over de gehele periode gemeten en hebben kleine veranderingen ondergaan. Het wachten op de zorg kan op die manier worden begrepen als een complex maatschappelijk fenomeen waar de overheid sinds 1998, slechts met matig succes, zicht op probeert te krijgen. De duiding die aan de wachtlijsten wordt gegeven heeft door de twintig jaar heen sterke veranderingen ondergaan: van oplossing naar probleem... naar oplossing?

6.2 Ontwikkeling in politieke aandacht voor wachtlijsten

De tweede lijn waarlangs dit onderzoek is uitgevoerd betreft de politieke aandacht voor de wachtlijstproblematiek in de afgelopen 20 jaar. Hierbij staat de volgende subvraag centraal:

Hoe kan de ontwikkeling van de politieke aandacht voor wachtlijsten in de zorg in de afgelopen 20 jaar worden begrepen?

De aandacht voor de wachtlijstproblematiek in de zorg is op drie verschillende, maar met elkaar samenhangende, agenda's in kaart gebracht.

De media-agenda

De media-aandacht voor wachtlijsten in de gezondheidszorg is in kaart gebracht door een analyse van het aantal krantenartikelen dat zes landelijke dagbladen over het onderwerp hebben geschreven. Uit de resultaten kan het volgende worden geconcludeerd. Tot 1996 was er relatief weinig aandacht voor wachtlijsten of wachttijden in de gezondheidszorg. Vanaf 1996 steeg deze aandacht sterk tot een piek in de jaren 2000, 2001 en 2002. In deze laatste drie jaren werd bijna de helft van de artikelen over wachtlijsten en wachttijden in de zorg geschreven. Vanaf 2002 daalde de media-aandacht voor het onderwerp snel zodat dit zich in 2004 al weer op het niveau van voor 1996 bevond. Sinds 2003 lijkt er geen substantiële media-aandacht meer voor het onderwerp te zijn. Er heeft, voor de media-agenda, door de jaren heen geen substitutie-effect plaatsgevonden van de term 'wachtlijsten' naar de term 'wachttijden'.

De parlementaire agenda

De parlementaire aandacht voor de wachtlijsten in de zorg zijn in kaart gebracht door een analyse van het aantal parlementaire documenten dat door de jaren heen over het onderwerp is verschenen. Uit de resultaten kan het volgende worden geconcludeerd. In 1993 en 1994 was er relatief weinig politieke aandacht voor wachtlijsten in de zorg. Vanaf die tijd begon de aandacht behoorlijk te groeien, met als hoogtepunt de jaren 2000 en 2001. Deze piek was zodanig, dat de vijf jaren van 1998 tot en met 2002 goed waren voor zo'n 40% van de parlementaire documenten over het onderwerp. Vanaf het jaar 2000 daalde de politieke aandacht voor het onderwerp behoorlijk, zodat het zich in 2005 weer rond het niveau van voor 1995 bevond. Gedurende vijf jaar bleef de politieke aandacht stabiel om in 2009 nog verder te dalen. Er lijkt binnen de politieke agenda geen substitutie-effect te hebben plaatsgevonden.

De beleidsagenda

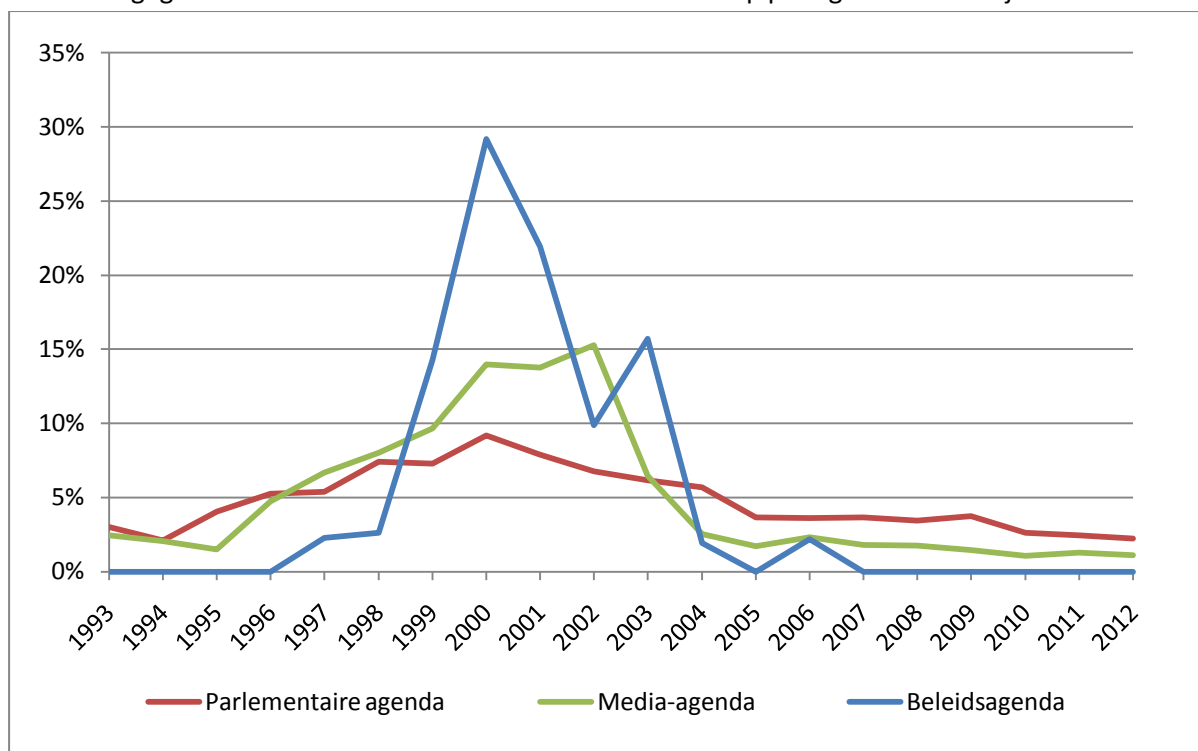
De aandacht voor wachtlijsten in de zorg op de beleidsagenda is in kaart gebracht door een inhoudsanalyse van de miljoenennota's van 1993 tot 2013. Uit de resultaten kan het volgende worden geconcludeerd. Het primaire beleidsdoel binnen de zorgsector is betaalbaarheid³³. Zowel het gewogen gemiddeld (62% van de totale aandacht) als het feit dat het doel in bijna driekwart van de jaren de prioriteit was, wijzen uit dat dit de belangrijkste doelstelling is. De toegankelijkheid van de zorg (waaronder de wachtlijsten) geniet slechts een korte periode prioriteit. Tot 1997 is er vrijwel geen aandacht voor het beleidsdoel, maar vanaf 1998 stijgt de aandacht zo snel dat toegankelijkheid in 2000

³³ Hierbij moet opgemerkt worden dat de aard van de bron impact kan hebben op de mate waarin de doelen worden besproken. Aangezien niet de algemene financiële verslaglegging, maar alleen de problemen en beleidsintenties zijn gecodeerd lijkt dit niet aannemelijk.

het primaire beleidsdoel is. De aandacht houdt aan tot 2002, waarna het beleidsdoel goeddeels van het podium verdwijnt. De wachtlijstproblematiek verdient binnen het beleidsdoel toegankelijkheid meer dan de helft van de aandacht.

De drie agenda's naast elkaar

Het beeld dat de bovenstaande conclusies opleveren is vrij eenduidig: op alle agenda's is een sterke piek in aandacht voor de wachtlijsten tussen 1999 en 2003. Figuur 6.2 geeft een overzicht van de verdeling van de politieke, bestuurlijke en media-aandacht over de onderzoeksperiode (1993-2012). In deze figuur staat weergegeven hoe de totale aandacht voor het onderwerp per agenda over de jaren is verdeeld.



Figuur 6.2: verdeling van de aandacht voor wachtlijsten op de drie agenda's.

Met name binnen de beleidsagenda is de aandacht voor de wachtlijstproblematiek zeer geconcentreerd. Maar liefst 90% van alle stukken in de miljoenennota's die over de wachtlijstproblematiek is geschreven dateert uit de jaren 1999-2003. Ook de verdeling van de media-aandacht is scheef: 40% van de krantenartikelen over het onderwerp wordt in de jaren 1999-2003 geschreven. De parlementaire aandacht voor de wachtlijsten laat een veel minder extreem beeld zien, maar tijdens de periode 1999-2003 ligt de aandacht ook op deze agenda aanzienlijk hoger dan ervoor en erna. De parlementaire en media-aandacht stijgt eerder en meer geleidelijk dan de aandacht op de beleidsagenda.

6.3 Beantwoording van de hoofdvraag

De ontwikkeling van de wachtlijsten en de politieke aandacht voor die lijsten is in de vorige paragrafen uiteengezet. Het is nu mogelijk om de hoofdvraag van dit onderzoek te beantwoorden door deze twee ontwikkelingen over elkaar heen te leggen. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt:

Hoe kan de relatie tussen de ontwikkeling van de wachtlijsten en de ontwikkeling van de politieke aandacht voor die wachtlijsten worden begrepen?

Het antwoord op bovenstaande vraag zal in twee delen worden gegeven. Eerst vanuit de twee theorieën die in het onderzoek zijn gebruikt: de issue-attention cyclus van Downs en Punctuated Equilibrium Theory. Vervolgens worden de bevindingen van beide theorieën gecombineerd om tot één antwoord op de hoofdvraag te komen.

Wachtlijstproblematiek als aandachtscyclus

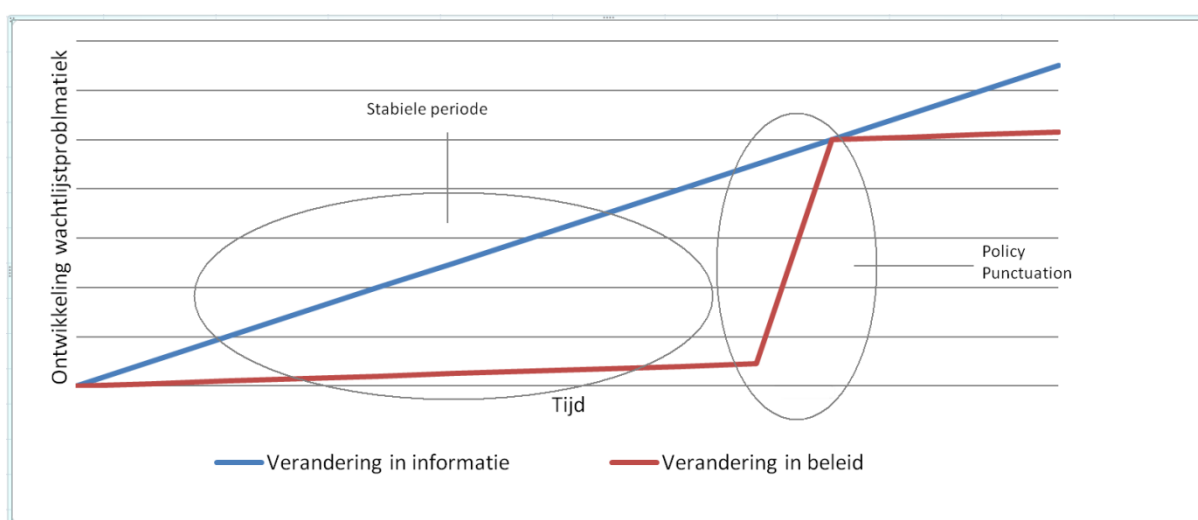
De relatie tussen (de omvang van) de wachtlijsten en de politieke aandacht voor de wachtlijstproblematiek kan zeker als een aandachtscyclus worden begrepen. De issue-attention cyclus van Downs beschrijft vijf fases die stuk voor stuk een sterke overeenkomst vertonen met de bevindingen uit hoofdstuk twee en vier. Uit meerdere rapporten blijkt dat er vanaf eind jaren '80 omvangrijke wachtlijsten waren, al weet niemand precies hoe groot (SCP, 1998; SCP, 2002; VWS, 2001). Steeds hogere verwachtingen van de overheid en de zorgsector bij de Nederlandse burgers, gevoed door economische welvaart, zorgen in combinatie met het gestaag groeien van de lijsten voor een *gealarmeerde ontdekking* (Downs, 1972). Ineens is de wachtlijstproblematiek het belangrijkste probleem in de zorg en zelfs tijdens de verkiezingen van 2002 speelt het issue een grote rol (TNS NIPO, 2002). De voortvarende aanpak van de overheid en zorgsector – investering van miljarden, oprichten van Taskforces en landelijke Platforms – strandt voordat het probleem is verholpen. De reden voor het afnemen van de aandacht voor het probleem en het enthousiasme om het op te lossen ligt in de realisatie van de kosten die gemoeid zijn bij het wegwerken van de wachtlijsten. In 2003 is het zorgbudget ten opzichte van 1999 met 20 miljard gegroeid terwijl in diezelfde periode de wachtlijsten met nog geen 6% zijn afgenomen (zie pag. 69). Gecombineerd met een stagnatie van de economie in 2002 en 2003 verschuift de aandacht weer naar het beperken van de collectieve lasten: betaalbaarheid van de zorg. In de postproblematieke fase vanaf 2003 vallen twee aspecten op. De getroffen maatregelen hebben in de jaren na de hype rondom de wachtlijsten wel degelijk effect. De instituties die zijn opgericht en de beleidsveranderingen die zijn doorgevoerd (bijv. boter-bij-de-vis regeling) blijven bestaan. Vanaf 2003 lopen de wachtlijsten en wachttijden gestaag terug, al is het probleem tot op de dag van vandaag nog niet helemaal verholpen. Nog altijd zijn er mensen die te lang op zorg wachten. Tegelijkertijd ontvangt het onderwerp sporadisch aandacht van politiek en media. De wachtlijstregistratie zorgt voor meer inzicht in de ontwikkeling van de feitelijke wachttijden en dat geeft op verschillende momenten aanleiding voor het oplaaien van het debat over wachtlijsten in de zorg.

De ontwikkeling van politieke en media-aandacht voor de problematiek lijkt vanuit Downs' theorie ver af te staan van de feitelijke omvang van de wachtlijsten. Zowel de opkomst en ondergang van het thema in de politieke arena heeft weinig te maken met de staat van de problematiek. De aandacht is een hype die na enige tijd zijn nieuwigheid verliest en als het probleem dan ook nog eens meer complex blijkt te zijn dan in eerste instantie gedacht, verdwijnt het onderwerp snel van de agenda. In het geval van de wachtlijstproblematiek heeft de piek in aandacht wel lang genoeg aangehouden om een aantal

veranderingen teweeg te brengen die op lange termijn de wachtlijsten en wachttijden hebben teruggedrongen. De relatie tussen de wachtlijsten en de politieke aandacht ervoor lijkt dan ook eenzijdig. De politieke aandacht staat goeddeels los van de omvang van de wachtlijsten, maar de omvang van de wachtlijsten wordt op de lange termijn wel degelijk beïnvloed door die politieke aandacht.

Wachtlijstproblematiek als onderbroken evenwicht

Het *equilibrium* in de zorgsector lijkt zich te vestigen rondom het beleidsdoel betaalbaarheid. De politieke aandacht voor de wachtlijsten (en, meer algemeen, toegankelijkheid) kan als onderbreking van dat evenwicht worden begrepen. De bevindingen uit hoofdstuk twee en vier steunen voor een groot deel de theorie van Baumgartner & Jones. De plotselinge, hevige aandacht voor de wachtlijstproblematiek is, in hun ogen, het gevolg van een lange periode waarin het probleem geleidelijk is ontstaan (zie figuur 6.3).



Figuur 6.3: Beleidsverandering volgens Punctuated Equilibrium

De gestaag groeiende wachtlijsten blijven door institutionele en cognitieve frictie lang buiten beeld van politici en beleidsmakers. Een gebrek aan gegevens over de omvang van het wachten op zorg draagt hier ook aan bij. Het *policy image* binnen de zorgsector is dan ook volledig gecentreerd rondom het beperken van de publieke uitgaven. In 1997 is het kookpunt bereikt. De media en het parlement (beide met een lage institutionele frictie) pikken de wachtlijstproblematiek op, maar het duurt nog zeker twee jaar voordat de beleidsagenda (met een hogere institutionele frictie) het thema overneemt. De hogere frictie binnen de beleidsagenda zorgt voor een aandachtsverdeling die grote schokken ondergaat, zoals te zien is in Figuur 6.2 (pag. 81). Na sterk verhoogde aandacht van de nationale politiek en media en een gerechtelijke uitspraak gaat het roer om binnen het zorgbeleid. De budgettering wordt na twintig jaar losgelaten: een policy punctuation. Minister Borst probeert het beleid in lijn te brengen met de politiek gepercipieerde werkelijkheid dat wachtlijsten het belangrijkste probleem zijn in de zorgsector. Tot zover sluit de case van de wachtlijstproblematiek naadloos aan op PET. Maar in tegenstelling tot wat Baumgartner & Jones poneren, blijft het na de policy punctuation onrustig rondom het zorgbeleid. Het *policy image* waarbinnen de toegankelijkheid van de zorg het primaire beleidsdoel is slijt niet in maar ruimt na drie jaar alweer het veld. De aandacht voor de wachtlijstproblematiek neemt vanaf 2002 snel af en er ontstaat opnieuw een *conflicting policy image* waarin betaalbaarheid van de zorg een centrale

rol krijgt (Jones & Baumgartner, 2012). De afname van aandacht voor de wachtlijsten in de zorg wordt binnen PET amper verklaard. Duidelijke aanwijzingen dat het beleid effectief is en dat de problemen adequaat worden aangepakt ontbreken. Sterker nog, het parlement stelt in 2002 een onderzoek in naar de teleurstellende aanpak van de wachtlijsten (Kamerstuk 28600-16). Het beleid lijkt in 2002 en 2003 nog nauwelijks effect te hebben, desalniettemin verdwijnt de wachtlijstproblematiek van de agenda. De betaalbaarheid – lange tijd het primaire beleidsdoel – is in het gedrang gekomen en neemt weer een centrale rol in binnen het zorgbeleid. Na de aandachtspiek rond de millenniumwisseling spelen de wachtlijsten in de zorg geen rol van betekenis meer op de drie agenda's.

Wachtlijstproblematiek als opmaat voor het nieuwe zorgstelsel?

Walgrave & Varone (2008) beschrijven binnen PET het 'cascade effect': soms zijn er meerdere problemen en oplaaiende discussies nodig om tot een fundamentele beleidsverandering te komen. Hun beschrijving van de Dutroux-case als aanleiding voor een policy punctuation vertoont sterke overeenkomsten met de verhoogde aandacht voor de zorgsector in de periode 2000-2005 (pag. 74). De eerste crisis – wachtlijsten in de zorg – leidt tot het loslaten van de budgettering maar de organisatie van de sector blijft gelijk. Een tweede crisis – de zorg wordt onbetaalbaar – leidt vanaf 2002 tot een fundamentele aanpassing van de zorgsector: na bijna 60 jaar wordt de Ziekenfondswet vervangen door een marktgestuurd systeem.

De relatie tussen de politieke aandacht voor wachtlijsten en de omvang van de wachtlijsten zelf wordt vanuit PET wezenlijk anders begrepen dan vanuit de theorie van Downs. Er is wel degelijk een verband tussen het bestaan van (en de omvang van) de wachtlijsten in de samenleving en de politieke aandacht die de politiek aan het fenomeen geeft. Het duurt alleen een hele tijd voordat het probleem wordt gesignaleerd, erkend en in het politieke proces doordringt. Met enige vertraging, veroorzaakt door cognitieve frictie en de institutionele weerstand van een politiek systeem, volgt de politiek wel degelijk de problemen in de maatschappij. Echter, het feit dat de politieke aandacht vanaf 2003 afneemt zonder dat er een significante verbetering in de wachtlijstproblematiek is waargenomen, past moeilijk in dit verhaal. Op de lange termijn lopen de wachtlijsten en wachttijden weliswaar terug maar het probleem is zeker niet compleet opgelost. Een policy image waarin betaalbaarheid centraal staat zorgt ervoor dat de mensen die nog altijd onacceptabel lang op zorg wachten ondergeschikt zijn aan een groter en meer urgent probleem: uit de klauwen gelopen zorgkosten.

Hoe kan de relatie tussen de ontwikkeling van de wachtlijsten en de ontwikkeling van de politieke aandacht voor die wachtlijsten worden begrepen?

In bovenstaande paragrafen is die relatie vanuit de twee gehanteerde theorieën beschreven. Zowel de Punctuated Equilibrium Theory als de issue-attention cyclus van Downs helpen de relatie tussen de wachtlijsten en de politieke aandacht begrijpen. Echter, Downs' issue-attention cyclus beschrijft de opkomst en ondergang van de wachtlijstproblematiek op de politieke agenda op een meer natuurlijke wijze dan PET. Vrijwel alle verwachtingen die Downs heeft vinden steun in de empirie³⁴. De relatie tussen de ontwikkeling van de wachtlijsten en de ontwikkeling van de politieke aandacht voor die wachtlijsten kan dan ook het beste als een proces worden begrepen waarin de wachtlijstproblematiek de verschillende fases van de aandachtscyclus doorloopt. De politieke aandacht voor het onderwerp laait op en neemt af zonder dat er veel aan het daadwerkelijke probleem veranderd. In die zin is de

³⁴ Zie pagina's 67-71.

relatie tussen problematiek en politieke aandacht vrij zwak. De opwelling in politieke en publieke aandacht voor de wachtlijsten in de zorg hebben uiteindelijk wel degelijk invloed op de omvang van die lijsten: vanaf het moment dat er een groot gevoel van urgentie heerst, nemen de wachtlijsten langzaam maar zeker af. De ontwikkeling van de wachtlijsten lijkt dan ook minder invloed te hebben op de ontwikkeling van de politieke aandacht dan andersom.

Punctuated Equilibrium Theory sluit weliswaar minder naadloos aan op deze case, zij biedt waardevolle aanvullingen op Downs' issue-attention cyclus. Waar Downs slechts opmerkt dat het tijd kost voordat een opwelling in politieke aandacht kan worden omgezet in daadwerkelijk beleid en het opzetten van instituties, gaat PET hier verder op in. De institutionele frictie die zij beschrijft vindt steun over de gehele breedte van de empirische data: het overheidsbeleid (met een hoge frictie) pikt de problematiek later op en vertoont tegelijkertijd de meest hevige verschuivingen³⁵.

6.4 Discussie en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Bovenstaande conclusies verdienen een tweeledige verkenning die in deze paragraaf plaats zal vinden. Enerzijds staan we stil bij de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek en haar conclusies. Anderzijds wordt ingegaan op de impact en reikwijdte van de conclusies van dit onderzoek op onder andere de literatuur. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek sluit dit deel af.

Overwegingen over validiteit en betrouwbaarheid

Zoals in elk onderzoek zijn ook in deze scriptie methodologische keuzes gemaakt die gevolgen hebben voor de uitkomsten die in de vorige paragrafen en hoofdstukken zijn beschreven. We gaan in op de drie meest relevante aandachtspunten met betrekking tot de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek.

Het eerste punt dat aandacht verdient is de manier waarop de data voor de media-agenda en parlementaire agenda is verzameld. In navolging van eerder onderzoek (Breeman & Timmermans, 2008; True, Jones & Baumgartner in Sabatier, 2007) is de parlementaire en media-aandacht in kaart gebracht door te kijken naar de hoeveelheid stukken die over het thema verschijnen. Met behulp van de LexisNexis database en de overheidssite officielebekendmakingen.nl is het aantal krantenartikelen en parlementaire documenten over de wachtlijstproblematiek onderzocht. Uit eerder onderzoek blijkt dat deze methode valide resultaten genereert (Breeman, Timmermans & van Dalen, 2011). Toch zijn hier op het gebied van validiteit, omwille van het tijdsbestek waarin deze scriptie is geschreven, concessies gedaan. Zo is er geen steekproef uitgevoerd in de datasets voor media-aandacht (5642 krantenartikelen) en parlementaire aandacht (4092 parlementaire documenten). Een dergelijke steekproef (van 5%) leverde bij het onderzoek van Breeman, Timmermans & van Dalen (2011) een validiteit en intercoder betrouwbaarheid van meer dan 95% op. De LexisNexis database en de overheidssite zijn op eenzelfde manier uitgevraagd als Breeman, Timmermans & van Dalen dat hebben gedaan. Desalniettemin valt niet te ontkennen dat de keuze om geen steekproef te houden, de validiteit van het onderzoek niet ten goede komt.

Een tweede punt betreft de betrouwbaarheid van de gegevens die zijn verzameld om de bestuurlijke aandacht voor de wachtlijsten in de zorg te onderzoeken. Het onderzoek is door één persoon uitgevoerd en de teksten uit de miljoenennota's zijn dan ook door één iemand gecodeerd. Idealiter

³⁵ Zie Baumgartner, Green-Pedersen & Jones (2006) en pag. 58-61.

wordt bij een inhoudsanalyse van documenten de codering door meerdere mensen gedaan. Als twee of drie mensen dezelfde teksten coderen kan worden gecontroleerd of het codeerschema volledig is aangehouden (Breeman et al., 2009). Deze intercoder reliability check is binnen dit onderzoek dus niet uitgevoerd. Ter compensatie zijn de teksten door dezelfde persoon nog een tweede keer nagelopen met het codeerschema bij de hand. Uiteraard levert dat niet dezelfde mate van betrouwbaarheid op als het coderen met meerdere personen.

Ten derde dient stil te worden gestaan bij betrouwbaarheid en validiteit van de wachtlijst- en wachttijdgegevens die in dit onderzoek zijn verzameld. Niet zozeer de manier van verzamelen als wel de kwaliteit van de data die beschikbaar was is hier een punt van aandacht. Hoewel dit een geval van 'bij gebrek aan beter' lijkt, heeft de kwaliteit van die gegevens wel invloed op de zeggingskracht en reikwijdte van de conclusies in de vorige paragrafen. Net als het SCP, het RIVM, de NZa en het CVZ kan geen feilloze trendanalyse van de wachtlijsten en wachttijden worden gemaakt. In hoeverre en wanneer de wachtlijstproblematiek is opgelost, gestagneerd of zelfs gegroeid is dan ook niet met zekerheid te zeggen.

De betrouwbaarheid in dit onderzoek is op veel manieren geborgd en de onderzoeksresultaten zullen dan ook goed reproduceerbaar zijn. Of in dit onderzoek ook echt is gemeten wat gemeten had moeten worden, kan niet met volledige zekerheid worden gezegd. De methoden voor het in kaart brengen van de parlementaire en media-aandacht en de gebrekkige gegevens over wachtlijsten in de zorgsector garanderen dat niet.

Impact en reikwijdte van het onderzoek

De resultaten en conclusies uit dit onderzoek verstrekken inzicht in de relatie tussen de ontwikkeling in wachtlijsten in de zorg en de politieke aandacht voor het fenomeen. Met behulp van dit onderzoek kan die relatie voor, tijdens en na de wachtlijstcrisis beter worden begrepen. Daarnaast kan op basis van de gebruikte theorieën een blik op de toekomst worden geworpen. Beide theorieën hebben verwachtingen over hoe de relatie tussen de problematiek en politieke aandacht zich in te toekomst zal manifesteren. Downs stelt dat de wachtlijstproblematiek zich momenteel in de postproblematistische fase bevindt, en dus *'it may sporadically recapture public interest'* (Downs, 1972: 41). Echter, de wachtlijstproblematiek zal de issue-attention cyclus niet nogmaals doorlopen, waardoor een heropleving van politieke aandacht zoals rond de millenniumwisseling uitgesloten lijkt. Baumgartner & Jones sluiten een dergelijke heropleving niet uit. Een nieuwe policy punctuation kan zomaar plaatsvinden als er een radicale verandering – of een geleidelijke verandering die over lange tijd opbouwt – in de politieke gepercipieerde realiteit is. Punctuated Equilibrium Theory geeft geen aanknopingspunten over wanneer een dergelijke punctuation plaats zal vinden en wat de uitkomsten daarvan zullen zijn. In de woorden van True, Jones & Baumgartner: *'Nonlinearity, nonnormality and interdependencies [...] mean that clear causal chains and precise predictions will work only in some cases and for some times.'* (in Sabatier, 2007). Als de macrobudgettering en groeiende zorgvraag voor langere wachttijden zorgen, behoort een nieuwe 'wachtlijstencrisis' volgens PET dus zeker tot de mogelijkheden. Op een iets hoger niveau biedt dit onderzoek inzicht in de relatie tussen overheid en maatschappelijke issues. De onderzoeksresultaten zijn weliswaar niet generaliseerbaar naar andere cases maar het is duidelijk dat de theorie van Downs na meer dan veertig jaar nog altijd relevant en actueel is.

Aanbeveling voor vervolgonderzoek

Tegelijkertijd moet worden vastgesteld dat het onderzoek qua impact en reikwijdte haar beperkingen kent. Omdat de gegevens die zijn verzameld nog redelijk kwantitatief van aard zijn kunnen op sommige vlakken slechts aannames worden gedaan. Op meerdere punten zou een procesanalyse van de aanpak van de wachtlijstproblematiek en diepte-interviews met sleutelfiguren een waardevolle aanvulling zijn. Hoe minister Borst de wachtlijstproblematiek percipieerde is nog altijd het beste te achterhalen door haar daarover te ondervragen. Vervolgonderzoek binnen dit onderwerp zal dan ook goed een kwalitatieve insteek kunnen gebruiken. Een procesanalyse van de politieke reactie op de wachtlijsten en een discoursanalyse kunnen meer inzicht verstrekken in de manier waarop het onderwerp tot de parlementaire en beleidsagenda door is gedrongen. Een inhoudsanalyse van de krantenartikelen kan een meer genuanceerd beeld schetsen van de manier waarop de wachtlijsten in de zorg worden ervaren. In dit onderzoek is geen onderscheid gemaakt tussen artikelen die de wachtlijsten problematiseren, aanprijzen of slechts beschrijven terwijl ook daarin een schat aan kennis ligt. Met andere woorden: er is nog genoeg te onderzoeken!

Literatuurlijst & Bronnen

- Alexandrova, P., Carammia, M. & Timmermans, A. (2012). Policy Punctuations and Issue Diversity on the European Council Agenda. *The Policy Studies Journal*, 40(1), 69-88.
- Algemeen Dagblad (2000, 26 oktober). *Wiegel: Wachtlijden in 2003 aanvaardbaar*. Geraadpleegd via <http://academic.lexisnexis.nl.proxy.library.uu.nl/>.
- Baakman, N. A. A. (1990). *Kritiek van het openbaar bestuur*. Amsterdam: Thesis Publishers, 1990.
- Baumgartner, F.R. & Jones, B.D. (2002). *Policy Dynamics*. Chicago: University of Chicago press.
- Baumgartner, F. R., Jones, B., Larsen-Price, H., True, J. & Wilkerson, J. (2006). *Essays on Policy Dynamics*. Ter gelegenheid van de ECPR Joint Sessions of Workshops, Nicosia, Cyprus.
- Baumgartner, F. R., Green-Pedersen, C. & Jones, D. (2006). Comparative studies of policy agendas. *Journal of European Public Policy*, 13(7), 959-974.
- Baumgartner, F. R., Breunig, C., Green-Pedersen, C., Jones, D., Mortensen, P. B., Nuytemans, M. & Walgrave, S. (2009). Punctuated Equilibrium in Comparative Perspective. *American Journal of Political Science*, 53(3), 603-620.
- Baumgartner, F. R., Jones, D. & MacLeod, M. C. (1998). Lessons from the Trenches: Ensuring Quality, Reliability, and usability in the creation of a New Data Source. *Newsletter of the Political Methodology Section of the American Political Science Association*, 8(2), 1-21.
- Van Beek, L. (2009). *Van Cijfers naar Mensen*. Utrecht: VGN.
- Blank, J. L. T. & Eggink, E. (2011). *Productiviteitstrends in de ziekenhuiszorg*. Onderzoeksrapport van het SCP. Delft: SCP.
- Blumer, H. (1971). Social Problems as Collective Behavior. *Social Problems*, 18(3), 298-306.
- Bol, P. (2001). Wachtlijsten. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 108: 338-339.
- Borst-Eilers, E. & Musschenga, A. W. (1994). Onder ons: relaties en wachtlijsten. In: *Wat zou u doen? Medisch-ethische casuïstiek met commentaren*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. 208-212.
- Breeman, G. & Timmermans, A. (2008). *Politieke aandacht voor milieubeleid*. Onderzoeksrapport in opdracht van Milieu- en Natuurplanbureau. Leiden
- Breeman, G., Timmermans, A., Lowery, D., Poppelaars, C. & Resodihardjo, S. (2008). De politieke aandachtscyclus voor openbaar bestuur en democratie. *Boom Lemma Tijdschriften*, 35(3), 172-189.
- Breeman, G., Lowery, D., Poppelaars, C. & Resodihardjo, S., Timmermans, A. & de Vries, J. (2009). Political Attention in a Coalition System: Analysing Queen's Speeches in the Netherlands 1945–2007. *Acta Politica*, 44, 1-27.

- Breeman, G., Timmermans, A. & van Dalen, F. (2011). *Politieke aandacht voor het Nederlandse veiligheidsbeleid*. Onderzoeksrapport voor het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Den Haag.
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods, 4th edition*. New York: Oxford University Press.
- College voor Zorgverzekeringen (2007). *Landelijke wachtlijstrapportage AWBZ: peildatum 1 januari 2007*. Diemen: CVZ.
- College voor Zorgverzekeringen (2013). *Wachtlijstonderzoek AWBZ*. Diemen: CVZ.
- Commissie-Dunning (1992). *Kiezen en delen*. Rapport van de commissie Keuzen in de zorg. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1992.
- Commissie-Dekker (1987). *Bereidheid tot verandering*. Advies van de Commissie structuur en financiering gezondheidszorg. Den Haag: Sdu, 1987.
- Croonen, H. (2012). CPB gaat effect wachtlijsten onderzoeken. *Medisch Contact*.
- Domevscek, E. (2006). *Politieke kleur bekennen*. Masterthesis Erasmusuniversiteit Rotterdam.
- Downs, A. (1972). Up and Down with Ecology – the Issue-Attention Cycle, *Public Interest*, 28, 38-50.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-15
- Financieele Dagblad (1998, 16 september). *Volksgezondheid, Welzijn en Sport: pijnstillers uit het ziekenfonds*. Geraadpleegd via <http://academic.lexisnexis.nl.proxy.library.uu.nl/>.
- Friele, R. D., Dane, A. & Andela, M. (2001). Wachten duurt lang. *Medisch Contact*, 14.
- Graber, D. A. (1997). *Mass Media and American Politics*. Washington: CQ Press.
- Van der Grinten (1997). T.E.D. van der Grinten. Tien jaar hervormingsbeleid. Pendelen tussen overheid, markt en middenveld. In: E. Elsinga en Y.W. van Kemenade (red.). *Van revolutie naar evolutie*. Utrecht: De Tijdstroom, 1997.
- Hall, C. M. (2010). Travel Safety, Terrorism and the Media: The Significance of the Issue-Attention Cycle. *Current Issues in Tourism*, 5(5), 458-66.
- Hallin, D. C. & Mancini, P. (2004). *Comparing Media Systems. Three models of Media and Politics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hilgartner, S. & Bosk, C. L. (1988). The rise and fall of social problems: a public arenas model. *American journal of Sociology*, 94(1), 53-78.
- John, P. & Bevan, S. (2010). What are Policy Punctuations? Large changes in the legislative agenda of the UK Government, 1911-2008. *Policy Studies Journal*, 40(1), 89-108.
- Jones, B. D. (1994). *Reconceiving Decision-Making in Democratic Politics*. Chicago: University of Chicago Press.

- Jones, B. D. & Baumgartner, F. R. (2012). From There to Here: Punctuated Equilibrium to the General Punctuation Thesis to a Theory of Government Information Processing. *The Policy Studies Journal*, 40(1), 1-19.
- Jones, B. D., Baumgartner, F. R. & True, J. L. (1997). Policy Punctuations: US Budget Authority, 1947-95. *Journal of Politics*, 60(1), 1-33.
- Jones, D., Baumgartner, F. R., Breunig, C., Wiezlen, C., Soroka, S., Foucault, M., Francois, A., Green-Pedersen, C., Koski, C., John, P., Mortensen, P. B., Varone, F. & Walgrave, S. (2009). A General Empirical Law of Public Budgets: A Comparative Analysis. *American Journal of Political Science*, 53(4), 855-873.
- Juffermans, P. (1982). *Staat en gezondheidszorg in Nederland*. Nijmegen: Socialistische uitgeverij, 1982.
- Kenis, P. (2001). "... die wachtlijsten is een verhaal apart ...". Rede bij de openbare aanvaarding van het ambt hoogleraar in de Beleids- en Organisatiewetenschappen aan de Katholieke Universiteit Brabant. Katholieke Universiteit Brabant .
- Kenis, P. (2003). Crisis in de gezondheidszorg. De wachtlijstproblematiek. *Bestuurskunde*, 12(2), 88-96.
- Kenis, P. (2006). Waiting lists in Dutch health care. An analysis from an organization theoretical perspective. *Journal of Health Organization and Management*, 20(4), 294-308.
- Kosicki, G. M (1993). Problems and Opportunities in Agenda-Setting Research. *Journal of Communication*, 43(2), 100-27
- McCombs, M. E. & Shaw, D. L. (1993). The Evolution of Agenda-Setting Research: Twenty-Five Years in the Marketplace of Ideas. *Journal of Communication*, 43(2), 58-67.
- Meyer, T (2002) *Media Democracy: How the Media Colonize Politics*. Londen: Polity.
- Ministerie van Financiën (2003). *Miljoenennota 2004*. Den Haag: Ministerie van Financiën.
- Van Montfort, A. P. W. P., Bal, J. F. & van Rijnsoever, P. W. (1979). *Basisonderzoek kostenstructuur ziekenhuizen*. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1979.
- Van Montfort, A. P. W. P. (1992). *Ziekenhuizen: medische bedrijven Handboek structuur en financiering van de gezondheidszorg*. Utrecht: NZi.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2006). *Monitor Ziekenhuiszorg 2006*. Utrecht: NZa.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2007). *Monitor Ziekenhuiszorg 2007*. Utrecht: NZa.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2008). *Monitor Ziekenhuiszorg 2008*. Utrecht: NZa.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2009). *Monitor Ziekenhuiszorg 2009*. Utrecht: NZa.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2009). *Evaluatie Wet Marktordening gezondheidszorg*. Utrecht: NZa
- Nederlandse Zorgautoriteit (2010). *Monitor Medisch Specialistische Zorg 2010 (deel 1)*. Utrecht: NZa
- Nederlandse Zorgautoriteit (2012). *Marktscan Medisch Specialistische Zorg 2011*. Utrecht: NZa.

- Nederlandse Zorgautoriteit (2013). *Marktscan Medisch Specialistische Zorg 2012*. Utrecht: NZa.
- Nivel (1994). *Ziekenhuizen laten patiënt te lang wachten*.
- NIZW (2000). *Thesaurus Zorg en welzijn 2001*. Utrecht: NIZW
- NIZW (2000). *Thesaurus zorg en welzijn 2001*. NIZW. Utrecht.
- NRC Handelsblad (1994, 14 april). *Wachlijsten gezondheidszorg nodig*. <http://academic.lexisnexis.nl.proxy.library.uu.nl/>.
- NRC Handelsblad (1999, 9 december). *Zorg afdwingen via een gerechtelijke procedure*. Geraadpleegd via www.nrc.nl.
- NRC Handelsblad (2013, 12 oktober). *Te lange wachtlijsten voor patiënten bij poliklinieken*. Geraadpleegd via www.nrc.nl
- NVZ (2011). *Zorg op doorreis: brancherapport algemene ziekenhuizen 2011*. Utrecht: NVZ.
- OECD (2003). *Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience*. Parijs: OECD.
- OECD (2013). *Waiting Time Policies in the Health Sector. What Works?* Parijs: OECD.
- Peters, B. G. & Hogwood, B. W. (1985). *The Pathology of Public Policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Princen, S. (2007). Agenda-Setting in the European Union: a theoretical exploration and agenda for research. *Journal of European Public Policy*, 14(1), 21-38.
- Princen, S. (2009). Venue shifts and policy change in EU fisheries policy. *Marine Policy*, 34, 36-41.
- Princen, S. & Rhinard, M. (2006). Crashing and creeping: agenda-setting dynamics in the European Union. *Journal of European Public Policy*, 13(7), 1115-28.
- Pressman, J. L. & Wildavsky, A. (1984). *How Great Expectations in Washington are Dashed in Oakland: Or, why Its Amazing that Federal Programs Work at All, this Being a Saga of the Economic Development Administration as Told by Two Sympathetic Observers who Seek to Build Morals on a Foundation of Ruined Hopes*. University of California Press. Berkeley, Los Angeles, London.
- Prismant (2004a). *Wachten in Nederland, het hoe en waarom*. Utrecht: Prismant.
- Prismant (2004b). *Kwartaalstatistiek Databank Wachtijden Algemene Ziekenhuizen*. Utrecht: Prismant.
- Raad voor de Volksgezondheid (1998). *Tussen markt en overheid*. Zoetermeer: RVZ.
- RCO (1994). *Het wachten beu*. Den Haag: Raad van de centrale ondernemingen, 1994.
- Regeerakkoord 1994.
- Regeerakkoord 2002.
- Rigter, H. (1986). *Wie volgt? Over selectie en wachtlijsten in de gezondheidszorg*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- RIVM (2001). *Zorgnota 2001*. Bilthoven: RIVM.
- RIVM (2004). *Zorgbalans. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in 2004*. Bilthoven: RIVM.

- RIVM (2008). *Dutch health Care Performance Report 2008*. Bilthoven: RIVM.
- RIVM (2010). *Zorgbalans. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in 2010*. Bilthoven: RIVM.
- RIVM (2011). *Definitierapport Zorgbalans 2011-2014*. Bilthoven: RIVM.
- Rogers, E.M. & Dearing, J.W. (1988). Agenda-setting research: Where has it been? Where is it going? In: Anderson, J.A. (Ed.). *Communication yearbook*, 555-594. Newbury Park: Sage.
- Sabatier, P. A. (2007). *Theories of the Policy Process*. Cambridge: Westview Press.
- Siciliani, L. & Hurst, J. (2003). Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries. Onderzoeksrapport van de OECD. Parijs: OECD.
- Simons, H. J. (1997). Terugblik op de periode 1990-1994. In: J.C. Gerritsen en C.P. van Linschoten (red.). *Gezondheidszorgbeleid*. Assen: Van Gorcum, 1997.
- Sociaal-Economische Raad (1998). *Sociale Zekerheid en gezondheidszorg*. Den Haag: SER.
- Sociaal-Economische Raad (2000). *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*. Den Haag: SER.
- Sociaal-Economische Raad (2012). *Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg: een tussentijds advies op hoofdlijnen*. Den Haag: SER.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (1998). *Sociaal en Cultureel Rapport 1998*. Den Haag: SCP.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (1999). *25 jaar sturing in de Gezondheidszorg*. Den Haag: SCP
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2001). *De sociale staat van Nederland*. Den Haag: SCP
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2002). *Sociaal en Cultureel Rapport 2002: de kwaliteit van de quataire sector*. Den Haag: SCP.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2003). *De sociale staat van Nederland*. Den Haag: SCP
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2005). *De sociale staat van Nederland*. Den Haag: SCP
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2007). *De sociale staat van Nederland*. Den Haag: SCP
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2009). *De sociale staat van Nederland*. Den Haag: SCP
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2010). *Publieke dienstverlening in perspectief*. Den Haag: SCP
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2012). *Waar voor ons belastinggeld?* Den Haag: SCP.
- Subcommissie onderzoek besluitvorming volksgezondheid (1994). Subcommissie onderzoek besluitvorming volksgezondheid. Rapport, deel I. Tweede Kamer, vergaderjaar 1993/1994 (geen officieel Kamerstuk).
- SP (2012). *Onderzoek wachtlijsten in ziekenhuizen*. Amersfoort: SP.
- Taskforce aanpak wachtlijsten (2001). *Analyse landelijke inventarisatie wachtlijstgegevens verpleging en verzorging*. Rapport. Den Haag.
- TNS NIPO/ 2 Vandaag (2002). *Verkiezingen 2002: Zorg belangrijkste Thema;*

Kabinetsbeleid Wachtlijsten volgens 77% van de Nederlanders Slecht.

Onderzoeksrapport van TNS NIPO. Amsterdam: TNS NIPO.

- Tweede Kamer (1973/1974a) Structuurnota gezondheidszorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 1973/1974, 13012, nrs. 1- 2.
- Tweede Kamer (1996). Kamerstuk 25170-1. Den Haag: Tweede Kamer.
- Tweede Kamer (2002). Kamerstuk 28600-3. Den Haag: Tweede Kamer.
- Tweede Kamer (2004). Kamerstuk 28852-3. Den Haag: Tweede Kamer.
- Trouw (1999, 5 juni). *Het is kletsboek dat de wachtlijsten slinken*. Geraadpleegd via www.trouw.nl.
- Trouw (2008, 21 juni). *Oplossing wachtlijsten zorg blijft maar uit*. Geraadpleegd via www.trouw.nl.
- Trouw (2013, 29 september). *Vooraf oudere de dupe van lange wachtlijsten*. Geraadpleegd via www.trouw.nl.
- Trouw (2013, 13 oktober). *Te lange wachtlijst bij één op de vier poliklinieken*. Geraadpleegd via www.trouw.nl.
- Vaste commissie voor de Volksgezondheid (1993). Verslag van vergadering 15 juni 1993. Den Haag.
- Veillard, j., Champagne, F., Klazinga, j., Kazandjian, v., Arah, O., A. & Guisset, A. L. (2005). A Performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *International journal for quality in Health Care*, 17 (6), 487-496
- Volkskrant (2002, 6 augustus). *Stemmers vinden de zorg het belangrijkste thema*. Geraadpleegd via www.volkskrant.nl.
- Volkskrant (2005, 17 november). *De wachtlijsten in de zorg zijn nooit weggeweest*. Geraadpleegd via <http://academic.lexisnexis.nl.proxy.library.uu.nl/>.
- Volkskrant (2005, 18 november). *Kamer wil wachtlijst-registratie*. Geraadpleegd via <http://academic.lexisnexis.nl.proxy.library.uu.nl/>.
- Volkskrant (2000, 20 mei). *Patiënt verkiest arts boven wachttijd*. Geraadpleegd via <http://academic.lexisnexis.nl.proxy.library.uu.nl/>.
- Volkskrant (2011, 14 november). *Klink: de wachtlijsten in de zorg komen weer terug*. Geraadpleegd via <http://academic.lexisnexis.nl.proxy.library.uu.nl/>.
- Volkskrant (2012, 28 september). *Wachtlijst-alarm: er is dringend behoefte aan wachtlijsten*. Geraadpleegd via <http://academic.lexisnexis.nl.proxy.library.uu.nl/>.
- Volkskrant (2013, 29 september). *Vooraf oudere de dupe van lange wachtlijsten*. Geraadpleegd via www.volkskrant.nl.
- VWS (2001). *Vraag aan bod. Hoofdlijnen van vernieuwing zorgstelsel*. Den Haag: VWS.
- VWS (2002). *Zorgnota 2002*. Den Haag: VWS.
- VWS (2011). *Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015 tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Den Haag: VWS.

- Walgrave, S. & Varone, F. (2008). Punctuated Equilibrium and Agenda-Setting: Bringing Parties Back in: Policy Change after the Dutroux Crisis in Belgium. *Governance: An International Journal of Policy, Administration and Institutions*, 21(3), 365-95.
- WVC (1990). *Werken aan zorgvernieuwing*. Rijswijk: ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- Zorgverzekeraars Nederland (2000). *Streefnormstelling wachttijden curatieve zorg*. Zeist: ZN.

Bijlagen

Bijlage 1: Gegevens wachtlijsten in de zorg

Jaartal	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Ziekenhuiszorg	144600	147700	128000	141300	139300	126700
Klinische opname		78200	65000	64100	62500	53300
Dagopname		69500	63000	77200	76800	73400

Bijlage 2: Gegevens wachttijden in de zorg

Wachttijden	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Klinische opname										
Reumatologie	1	0		7	6	6	5	6	6	6
MDL	1	1		6	6	6	6	6	6	6
Allergologie				6	5	6	6	6	6	7
oogheelkunde	8	7		5	6	5	5	4	4	4
plastische chirurgie	14	13		4	5	4	4	4	4	4
Revalidatiegeneeskunde				6	5	5	5	5	5	5
Anaesthesie					5	4	4	4	5	5
Neurochirurgie	2	3		4	4	4	4	5	4	4
Dermatologie				4	4	4	4	4	4	3
Kaakchirurgie	6	6		4	4	4	4	4	3	3
Neurologie	1	1		4	4	3	4	4	4	3
Orthopedie	9	8		3	3	3	4	4	3	3
Interne Geneeskunde	1	1		3	3	3	3	3	3	3
Geriatric				4	4	4	2	4	4	4
Psychiatrie				4	4	4	4	4	4	4
Cardiologie	1	1		3	3	3	3	3	3	2
Urologie	4	3		3	3	3	2	2	2	2
Kindergeneeskunde	2	2		2	2	2	2	2	2	2
Longgeneeskunde	1	2		2	2	2	2	2	2	2
Gynaecologie/Verloskunde	3	2		2	2	2	3	3	3	3
KNO	7	6		2	2	2	2	2	2	2
Heelkunde				2	2	2	2	2	2	1
Thorzxchirurgie						3	2	3	2	2
Oncologie							2	2	2	1
Radiologie							1	1	1	1
Chirurgie	4	3		2	2	2				
Gemiddelde wachttijd in weken	4,06	3,69		3,73	3,74	3,58	3,40	3,56	3,44	3,28

Bijlage 3: Overzicht aantal parlementaire documenten per categorie

Overzicht van het aantal parlementaire documenten per categorie voor de zoektermen 'wachtljsten' en 'gezondheidszorg'.

Jaartal	Kamervragen met of zonder antwoord	Handelingen	Kamerstukken	Overig (Agenda's en niet-dossierstukken)	Totaal
1993	1	18	27	-	46
1994	1	9	25	-	35
1995	4	24	42	0	70
1996	6	37	59	1	103
1997	7	40	66	2	115
1998	13	57	76	2	148
1999	24	45	97	2	168
2000	10	74	125	6	215
2001	14	69	112	0	195
2002	13	43	104	0	160
2003	10	40	94	0	144
2004	21	53	101	0	175
2005	10	36	71	0	117
2006	4	32	72	3	111
2007	9	47	68	0	124
2008	4	47	93	0	144
2009	13	62	87	1	163
2010	6	20	66	2	94
2011	16	16	68	12	112
2012	12	14	55	7	88
Totaal	198	783	1508	38	2527

Overzicht van het aantal parlementaire documenten per categorie voor de zoektermen 'wachttijden' en 'gezondheidszorg'.

Jaartal	Kamervragen met of zonder antwoord	Handelingen	Kamerstukken	Overig (Agenda's en niet-dossierstukken)	Totaal
1993	0	7	8	-	15
1994	0	6	7	-	13
1995	1	18	28	0	47
1996	6	18	55	0	79
1997	5	20	42	0	67
1998	10	30	52	2	94
1999	12	22	68	0	102
2000	2	32	85	0	119
2001	3	43	74	9	129
2002	5	35	71	2	113
2003	4	18	70	1	93
2004	9	24	68	0	101
2005	6	16	54	0	76
2006	0	12	62	1	75
2007	6	25	51	1	83
2008	3	8	68	0	79
2009	6	21	72	0	99
2010	8	6	42	3	59
2011	4	6	45	4	59
2012	6	3	40	4	53
Totaal	96	370	1062	27	1555

Bijlage 4: Verantwoording voor codering

Verantwoording voor codering bij geval van onduidelijkheid met behulp van de toelichting van de bewindspersonen tijdens de Algemene Beschouwingen:

Brontekst	Miljoenennota 2008 2.2 p. 18
Tekst	De hoogste prioriteit hebben imagoverbetering, minder administratieve lasten en arbeidsbesparende inzet van ICT. Verdere opties zijn een betere aansluiting van het zorgonderwijs op de arbeidsmarkt, een hogere instroom van lager opgeleiden, betere ontwikkelingsmogelijkheden voor het zittende personeel en het verhogen van de deeltijdpercentages van zorgwerkers. Samen moet dit leiden tot een stijging van de tijd die beschikbaar is voor patiëntgerichte zorg met vijftien procent.
Onduidelijkheid	Onduidelijk of de inspanningen voor extra arbeidsruimte worden ingezet om aan groeiende vraag tegemoet te komen (toegankelijkheid) of aan betere zorg (kwaliteit)
Toelichting in Algemene Beschouwing bij behandeling begroting van VWS op 15 november 2007	Bussemaker: "Dit geld wordt onder meer besteed aan vijfduizend extra mensen aan het bed. Tegen mevrouw Agema zeg ik dat die vijf- tot zesduizend extra mensen nadrukkelijk bedoeld zijn om de kwaliteit van de verpleeghuiszorg te verbeteren. Hierover heb ik de Kamer overigens al in de brief Zorg voor ouderen geïnformeerd. Het is dus geen maatregel die alleen gericht is op het oplossen van de arbeidsmarktproblemen, want deze maatregel is wel degelijk ook gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de ouderenzorg."
Conclusie	De maatregelen die worden getroffen om extra personeel aan te trekken moeten een bijdrage leveren aan zowel de kwaliteit als de toegankelijkheid. De maatregelen worden daarom voor beide categorieën gecodeerd.

2005

Brontekst	Miljoenennota 2005 3.5 (p. 72-75)
Tekst	Het kabinet heeft het afgelopen jaar een Preventienota 2004-2007 opgesteld waarin de prioriteiten en doelstellingen op dit terrein zijn uitgewerkt.
Onduidelijkheid	Onduidelijk aan welk doel de inspanningen op het gebied van preventie bij moeten dragen. (betaalbaarheid/kwaliteit)
Toelichting in Algemene Beschouwing bij behandeling begroting van VWS op 26 oktober 2004	Hoogervorst: "Terecht heeft het onderwerp gedragsverandering een belangrijke plaats in de begroting gekregen. Doel van het nieuwe stelsel van de gezondheidszorg is immers dat iedere partij in het veld zijn eigen verantwoordelijkheid scherper neemt. Voor de consument betekent dat onder andere dat deze beter moet letten op de eigen gezondheid. 30 Tot 50% van de gezondheidsklachten is terug te voeren op levensstijl: te dik zijn en roken zijn nog altijd de grote boosdoeners, naast te weinig beweging. "
Conclusie	De maatregelen die moeten bijdragen tot preventie dragen bij aan een verminderde aanspraak op de zorgvoorzieningen. Dit draagt op haar beurt weer bij aan de kostenbeheersing. De tekst wordt onder 'betaalbaarheid' gecodeerd.

2002

In de tekst over de zorgsector en 2002 zijn meerdere stukken waarvan het niet precies duidelijk is over welk beleidsdoel ze gaan:

Brontekst	Miljoenennota 2002 2.6 (p. 49-53); 3.3 (p.76-77); p. 87
Tekst	De regering heeft met name extra middelen ter beschikking gesteld voor het aanpakken van de hoge werkdruk in de zorgsector en van de problematiek van de wachtlijsten. Om dreigende tekorten bij met name het verplegend en verzorgend personeel te voorkomen, wordt dan ook veel aandacht besteed aan het arbeidsmarktbeleid. Extra

	<p>geld is vrijgemaakt voor onder andere opleidingen en passende beloningen. Ondanks de krapte op de arbeidsmarkt is het aantal werkzame personen in de zorg in de periode 1995 tot en met 2000 met meer dan 100 000 mensen toegenomen</p> <p>De arbeidsmarktknelpunten in de zorg- en welzijnssector doen zich met name voor bij het verplegend en verzorgend personeel. Personeelstekorten, hoge werkdruk, onregelmatige diensten, ziekteverzuim, eenzijdige takenpakketten en geringe doorstroommogelijkheden zijn kenmerkend</p>
Onduidelijkheid	Onduidelijk aan welk doel de inspanningen voor het verlagen van de werkdruk en op het gebied van arbeidsmarktbeleid moeten bijdragen. (toegankelijkheid/kwaliteit)
Toelichting in Algemene Beschouwing bij behandeling begroting van VWS op 4 december 2001	<p>Vliegenthart: "Uit de opgave van de zorgkantoren in het jaar 2000 kunnen wij met de nodige voorzichtigheid de conclusie trekken dat gemiddeld 60% van de werkdrukkiddelen is besteed aan het aantrekken van meer personeel. Men mocht er ook tilapparatuur of andere middelen van aanschaffen of investeren in verzuimbestrijding.</p> <p>Minister Borst (over de wachtlijstproblematiek): "Dit constaterende, maak ik duidelijk dat ziekenhuizen en verzekeraars zich de nodige inspanningen moeten getroosten bij dit probleem. Anderzijds is duidelijk dat de overheid moet inzetten op deregulering, het versterken van de opleidingen, het vergroten van de opleidingscapaciteiten en transparantie. Deze opmerkingen over de capaciteit brengen mij op het onderdeel arbeidsmarkt en capaciteitstekorten. Dat is het andere grote knelpunt naast de wachttijden. Ze hangen natuurlijk samen."</p>
Conclusie	De krapte op de arbeidsmarkt (en de te hoge werkdruk als resultaat daarvan)

	worden door de Staatssecretaris en Minister hoofdzakelijk aangeduid als een capaciteitsprobleem. Het arbeidsmarktbeleid is er dan ook voornamelijk op gericht het capaciteitsprobleem weg te werken. Daarom worden deze maatregelen onder 'toegankelijkheid' gecodeerd.
--	---

2001

In de tekst over de zorgsector en 2001 zijn meerdere stukken waarvan het niet precies duidelijk is over welk beleidsdoel ze gaan:

Brontekst	Miljoenennota 2001 3.2 (p. 59-61); 3.5C (p. 77-79)
Tekst	<p>Werkdrukvermindering kan ervoor zorgen dat de positie van de zorg als aantrekkelijke werkgever ook in tijden van arbeidsmarktkrapte wordt veiliggesteld.</p> <p>Een verandering in de organisatie van de dienstenstructuur van de huisartsenzorg levert tevens een belangrijke bijdrage aan de vermindering van de werkdruk. Voor verloskundigen wordt met het oog op het verlagen van de werkdruk de normpraktijk fors verlaagd en de opleidingscapaciteit uitgebreid. Uit hoofde van het amendement-Lambrechts/Oudkerk wordt in 2000 100 miljoen aangewend ten behoeve van een lagere werkdruk in de gehandicaptensector.</p>
Onduidelijkheid	Onduidelijk of de inspanningen voor werkdrukvermindering ten behoeve van een betere positie van de zorg op een krappe arbeidsmarkt worden ingezet om aan groeiende vraag tegemoet te komen (toegankelijkheid) of aan betere zorg (kwaliteit)
Toelichting in Algemene Beschouwing bij behandeling begroting van VWS op 30 november 2000	Borst: "als we het hebben over wachtlijsten en de daarvoor benodigde capaciteit [...] is de ontdooing van het aantal specialistenplaatsen al gerealiseerd, wat de orthopeden en oogartsen betreft zelfs al meer dan een jaar; ik meen zelfs bijna twee jaar geleden. Voor alle andere specialisten is dat nu ook een feit. Verzekeraars kunnen

	met instellingen op basis van reële behoeften afspraken maken over het aantal specialisten dat erbij moet. Het gaat om structureel geld, dus niemand hoeft zich zorgen te maken.”
Conclusie	Uit bovenstaande blijkt dat de maatregelen die worden getroffen om extra personeel aan te trekken moeten een bijdrage leveren aan de capaciteit (toegankelijkheid). Ook het verruimen van opleidingsplekken is met dat idee ingezet. De maatregelen worden daarom voor de categorie ‘toegankelijkheid’ gecodeerd.

Bijlage 5: Overzicht van relevante paragrafen miljoenennota's

Miljoenennota	Paragrafen	Pagina's
1993	3.3.8, 3.5.3, 4.2	53, 59, 65
1994	3.3.6, 4.2, 5.2	53, 57, 76
1995	2.4, 3.2	30-31, 43
1996	3.2C, 3.2D, 3.2E	42-44, 45, 47
1997	2.4, 3.2	24-25, 46-47
1998	2.7, 3.2, 3.3C	34-35, 43-44, 49
1999	3.3, 3.4, 3.7C	50, 56, 64
2000	2.4, 3.4, 4.2, 4.3C	30, 41-43, 54, 61
2001	2.2, 2.3, 3.2, 3.5C	24, 36-39, 59-61, 77-79
2002	2.6, 3.3, 3.4	49-53, 76-77, 87, 88-89
2003	2.7, 3.3, 3.6,	37-40, 58, 75-76
2004	2.4, 3.5, 4.4, 4.6	41-43, 60-64, 95, 104
2005	2.3, 3.5, 4.2C	47, 72-75, 98-100
2006	3.5, 4.2	49-50, 71-73
2007	3.5, 4.2.3	44-46, 61-62
2008	2.2, 3.2, 3.2.2	18, 45-46, 50
2009	3.5, 4.2, 4.3	61, 70-71, 82, 90-91
2010	4.2.3, 4.4.1, 4.5.1	79, 83, 93-94
2011	3.1, 3.6.1	45, 64-65, 66
2012	Box 1.9, 2.7.1	35-37, 69-70
2013	Box 1.2, 2.2, 2.5	27-30, 61, 81-82

Bijlage 6: Correlatie berekening**Correlations**

		Zoekterm:	Zoekterm	Zoekterm:	Zoekterm	Zorgsector als	Aandacht voor
Zoekterm: 'Wachtlijsten' & 'gezondheidszorg'	Pearson Correlation	1	,951**	,887**	,862**	,434*	,889**
	Sig. (1-tailed)		,000	,000	,000	,028	,000
	N	20	20	20	20	20	20
Zoekterm 'Wachttijden' & 'gezondheidszorg'	Pearson Correlation	,951**	1	,845**	,815**	,333	,854**
	Sig. (1-tailed)	,000		,000	,000	,075	,000
	N	20	20	20	20	20	20
Zoekterm: 'Wachtlijsten' & 'gezondheidszorg'	Pearson Correlation	,887**	,845**	1	,964**	,368	,856**
	Sig. (1-tailed)	,000	,000		,000	,055	,000
	N	20	20	20	20	20	20
Zoekterm 'Wachttijden' & 'gezondheidszorg'	Pearson Correlation	,862**	,815**	,964**	1	,423*	,780**
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000		,032	,000
	N	20	20	20	20	20	20
Zorgsector als geheel t.o.v. andere sectoren	Pearson Correlation	,434*	,333	,368	,423*	1	,349
	Sig. (1-tailed)	,028	,075	,055	,032		,066
	N	20	20	20	20	20	20
Aandacht voor wachtlijsten binnen stukken over zorg	Pearson Correlation	,889**	,854**	,856**	,780**	,349	1
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	,000	,066	
	N	20	20	20	20	20	20

** . Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).