



Sociaal en Cultureel Planbureau

Zorg en onbehagen in de bevolking

Een verkenning van de publieke opinie
op verzoek van de Raad voor Volksgezondheid
en Samenleving (RVS) ter voorbereiding
van zijn congres op 10 oktober 2016

Zorg en onbehagen in de bevolking

Een verkenning van de publieke opinie op verzoek van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) ter voorbereiding van zijn congres op 10 oktober 2016

Paul Dekker
Josje den Ridder
Pepijn van Houwelingen
m.m.v. Sjoerd Kooiker

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is ingesteld bij Koninklijk Besluit van 30 maart 1973.

Het Bureau heeft tot taak:

- a wetenschappelijke verkenningen te verrichten met het doel te komen tot een samenhangende beschrijving van de situatie van het sociaal en cultureel welzijn hier te lande en van de op dit gebied te verwachten ontwikkelingen;
- b bij te dragen tot een verantwoorde keuze van beleidsdoelen, benevens het aangeven van voor- en nadelen van de verschillende wegen om deze doeleinden te bereiken;
- c informatie te verwerven met betrekking tot de uitvoering van interdepartementaal beleid op het gebied van sociaal en cultureel welzijn, teneinde de evaluatie van deze uitvoering mogelijk te maken.

Het SCP verricht deze taken in het bijzonder bij problemen die het beleid van meer dan één departement raken.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is als coördinerend minister voor het sociaal en cultureel welzijn verantwoordelijk voor het door het SCP te voeren beleid. Over de hoofdzaken hiervan heeft hij/zij overleg met de minister van Algemene Zaken; van Veiligheid en Justitie; van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties; van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap; van Financiën; van Infrastructuur en Milieu; van Economische Zaken; en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2016

SCP-publicatie 2016-27

Opmaak binnenwerk: Textcetera, Den Haag

Omslagontwerp: bureau Stijlzoorg, Utrecht

ISBN 978 90 377 0807 3

NUR 740

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.repro-recht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

Sociaal en Cultureel Planbureau

Postbus 16164

2500 BD Den Haag

(070) 340 70 00

www.scp.nl

info@scp.nl

De auteurs van SCP-publicaties zijn per e-mail te benaderen via de website. Daar kunt u zich ook kosteloos abonneren op elektronische attendering bij het verschijnen van nieuwe uitgaven.

Inhoud

Zorg en onbehagen in de bevolking	4
1 Inleiding: de publieke opinie	4
2 Zorg als maatschappelijk probleem en nationale trots	4
3 Zorg als politieke prioriteit	9
4 Oordelen over de kwaliteit van de zorg	13
5 Nederland in Europees perspectief	15
6 Wie zijn bezorgd en ontevreden?	22
7 De zorg als argument voor maatschappelijk pessimisme	27
8 Slotbeschouwing: zorgen of onbehagen?	31
Literatuur	35
Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau	37

Zorg en onbehagen in de bevolking

1 Inleiding: de publieke opinie

Dit stuk gaat over de publieke opinie over de zorg en vooral over de vraag hoe we negatieve houdingen daarin moeten duiden. We zijn geïnteresseerd in het grote publiek en niet vooral in gebruikers van de zorg, maar zullen verderop wel kijken in hoeverre gebruik verschil maakt voor de oordelen.¹ We beginnen met de beschrijving van ontwikkelingen van opvattingen over de zorg in Nederland (paragraaf 2 en 3) en kijken vervolgens wat gedetailleerder naar het zorgdomein: waarover is men meer of minder tevreden binnen de zorg en hoe verhoudt de zorg zich tot andere sectoren? (paragraaf 4). Na een vergelijking van de publieke opinie met andere Europese landen (paragraaf 5) richten we ons vervolgens op ontevredenheid en zorgen. We gaan na bij welke bevolkingsgroepen de grootste ongerustheid en ontevredenheid zit (paragraaf 6) en hoe de zorg ter sprake komt als mensen beargumenteren waarom ze vinden dat het met Nederland de verkeerde kant op gaat (paragraaf 7). In de slotparagraaf (8) stellen we ons de vraag in hoeverre er sprake is van onbehagen in de publieke opinie over de zorg. We gaan dus inductief en empirisch te werk en bewaren overwegingen over onbehagen tot het einde.

We zullen voornamelijk gebruikmaken van het Continu Onderzoek Burgerperspectieven (COB). Met kwartaalenquêtes en afwisselend focusgroepgesprekken of aanvullende telefonische interviews van geënquêteerden volgen we daarin de stemming in Nederland en proberen we meer inzicht te krijgen in de aard en achtergronden van zorgen en oordelen over maatschappelijke en politieke kwesties. We maken veel gebruik van open vragen om mensen zelf aan het woord te laten. Niet alleen het COB is een bron: ook het SCP-onderzoek Kwaliteit van de Publieke Dienstverlening (KPD) uit 2010 en van Europese gegevens uit de Eurobarometer (EB), het European Social Survey (ESS) en het International Social Survey Programme (ISSP).²

2 Zorg als maatschappelijk probleem en nationale trots

Figuur 1 laat zien hoe belangrijk Nederlanders ‘gezondheidszorg en sociale zekerheid’ vinden als hun in enquêtes van de Eurobarometer wordt gevraagd uit een rij van dertien kwesties de twee belangrijkste nationale problemen te selecteren.³ Van 2008 tot en met 2013 is de economische situatie het meest aangekruiste probleem. Vanaf 2014 wordt de econo-

1 Bijna iedereen is op één of andere manier wel zorggebruiker (al is het maar vanwege incidentele contacten met huis- of tandarts) en heeft als betaler van premie voor de zorgverzekering met het zorgdomein te maken.

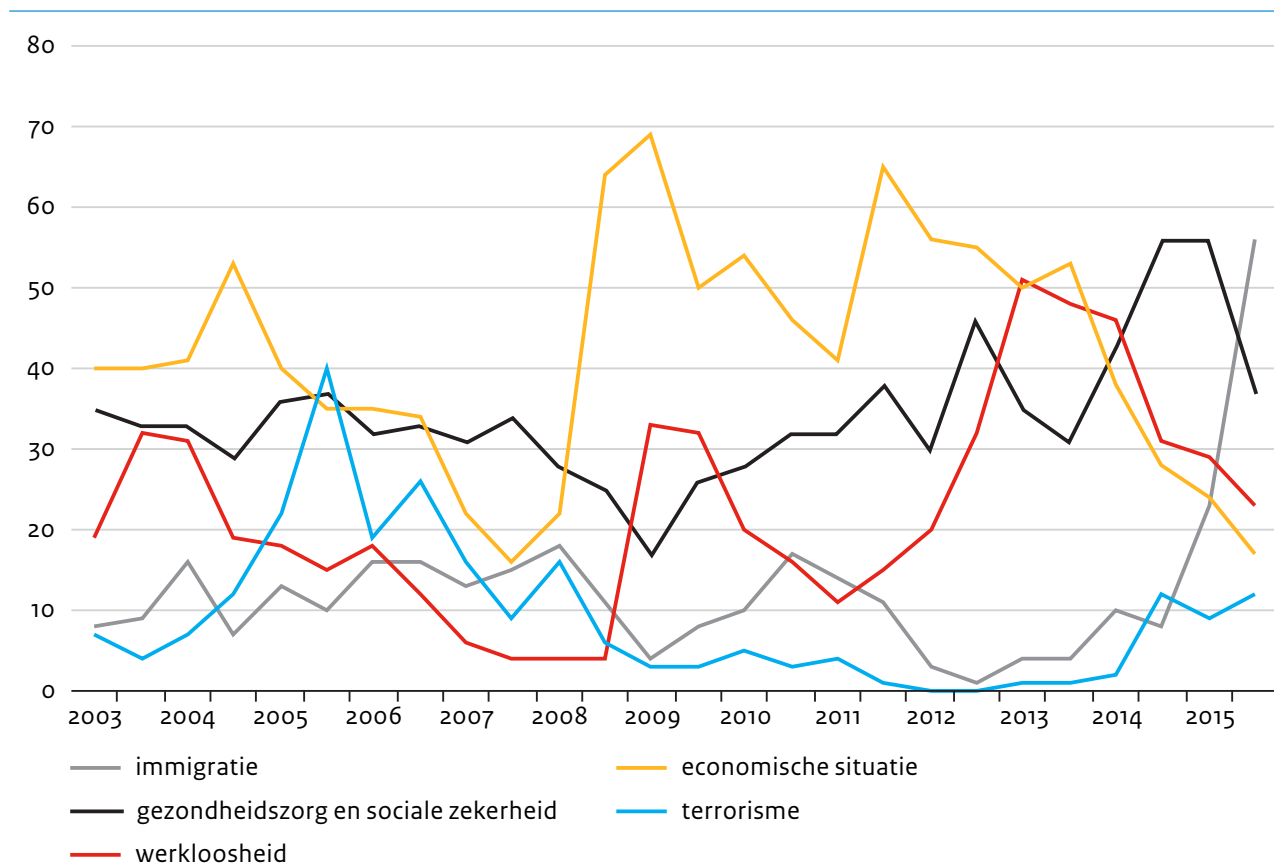
2 Waar mogelijk betreffen de gegevens de bevolking van 18 jaar en ouder en zijn de resultaten gewogen voor een betere sociaaldemografische representativiteit.

3 Voor figuur 1 zijn alleen de vijf belangrijkste onderwerpen van eind 2015 geselecteerd en terug in de tijd gevolgd.

mie minder vaak en de gezondheidszorg en sociale zekerheid vaker genoemd als maatschappelijk probleem. Vanaf 2015 komt immigratie als maatschappelijk probleem erg sterk opzetten en eind 2015 wordt dat het vaakst genoemd. Met de stijging van immigratie als maatschappelijk probleem daalt het percentage dat de zorg en sociale zekerheid als een probleem noemt bijna automatisch, men kan immers maar twee problemen aankruisen.

Figuur 1

De vijf meest genoemde problemen (eind 2015) in Nederland, bevolking van 15+, 2003-2015 (in procenten)



a Men kon uit een lijst met 13 problemen maximaal twee belangrijkste problemen aankruisen.

Bron: Eurobarometer 59-84.2

Zorg vaak spontaan genoemd als probleem

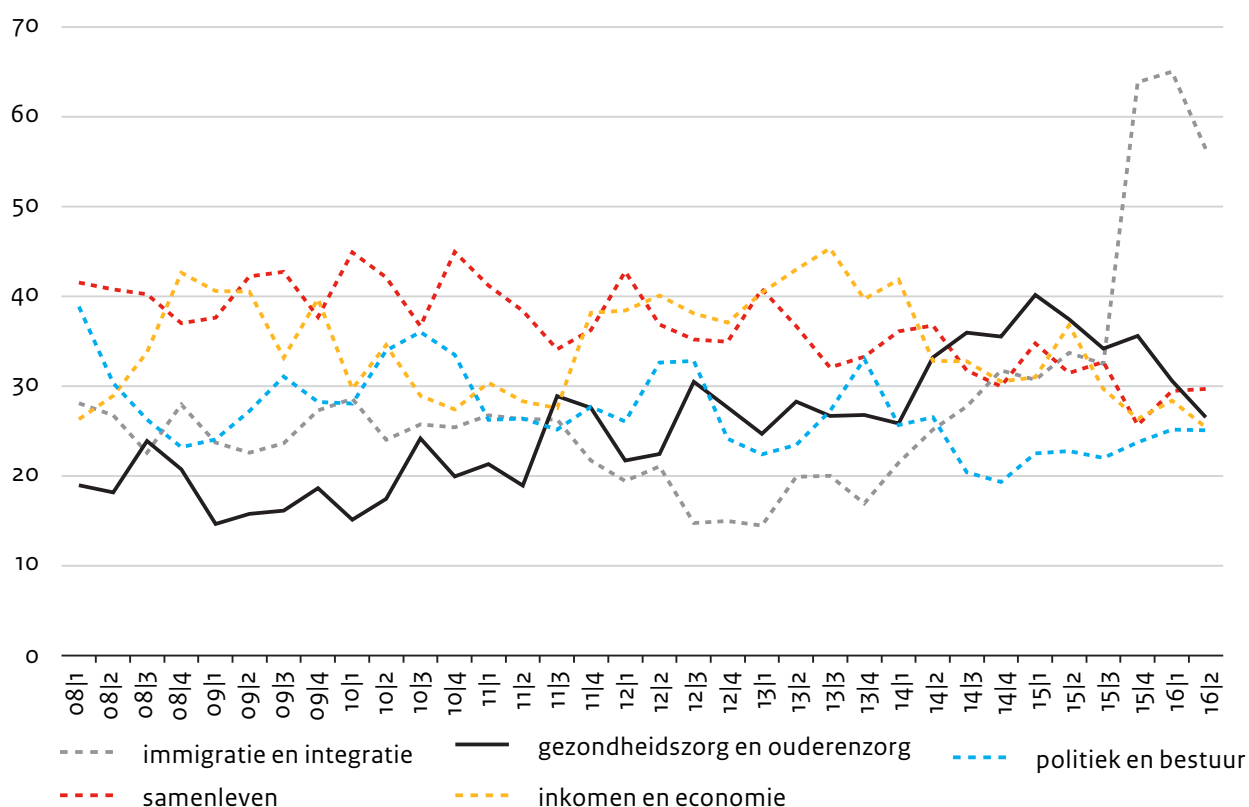
In het Continu Onderzoek Burgerperspectieven (COB) vragen we open naar de grootste maatschappelijke problemen. Mensen kunnen maximaal vijf onderwerpen noemen. Die onderwerpen delen we vervolgens in in zestien categorieën, waaronder ‘gezondheidszorg en ouderenzorg’. Die twee zijn samengenomen omdat ze sterk lijken te overlappen.⁴ We gebruiken dezelfde indeling voor vervolgvragen naar wat men goed vindt gaan en (om het kwartaal) naar wat hoog op de agenda van de regering zou moeten staan.⁵ De gezondheids- en ouderenzorg is al jaren één van de vijf meest genoemde maatschappelijke pro-

4 Zinsnede als ‘zorg en ouderen’ worden bijvoorbeeld vaak opgeschreven, respondenten denken bij ouderen vaak ook aan ‘zorg’.

blemen (figuur 2). Tussen 2008 en 2015 wordt het onderwerp – met pieken en dalen – steeds vaker genoemd. In 2014 en 2015 stond het onderwerp samen met zorgen over de manier van samenleven zelfs bovenaan de lijst met maatschappelijke problemen. Deze stijging van de ongerustheid over de zorg de afgelopen jaren heeft er vermoedelijk mee te maken dat de zorg – onder andere door de vele transities die hebben plaatsgevonden zoals de invoering van de Wmo – een veelbesproken thema in de media is en het feit dat de zorgen over de economische crisis sinds begin 2014 zijn afgenomen.

Figuur 2

De grootste problemen in het land, bevolking van 18+, 2008-2016 (in procenten)^a



a ‘Wat vindt u op dit moment de grootste problemen in ons land? Waar bent u zeer negatief of boos over of waar schaamt u zich voor als het om de Nederlandse samenleving gaat?’ Respondenten konden maximaal vijf onderwerpen noemen, die vervolgens zijn ingedeeld in zestien categorieën. Vermeld is het aandeel van de bevolking dat een of meer problemen noemt in de vijf grootste categorieën van 2016/2.

Bron: COB 2008/1-2016/2

Gedurende 2015 en 2016 drukken geleidelijk minder mensen zich zorgelijk uit over de zorg. Daarentegen stijgen de zorgen over immigratie en integratie (vooral door de Europese vluchtelingenproblematiek) gedurende dezelfde periode flink. Mogelijk drukt deze proble-

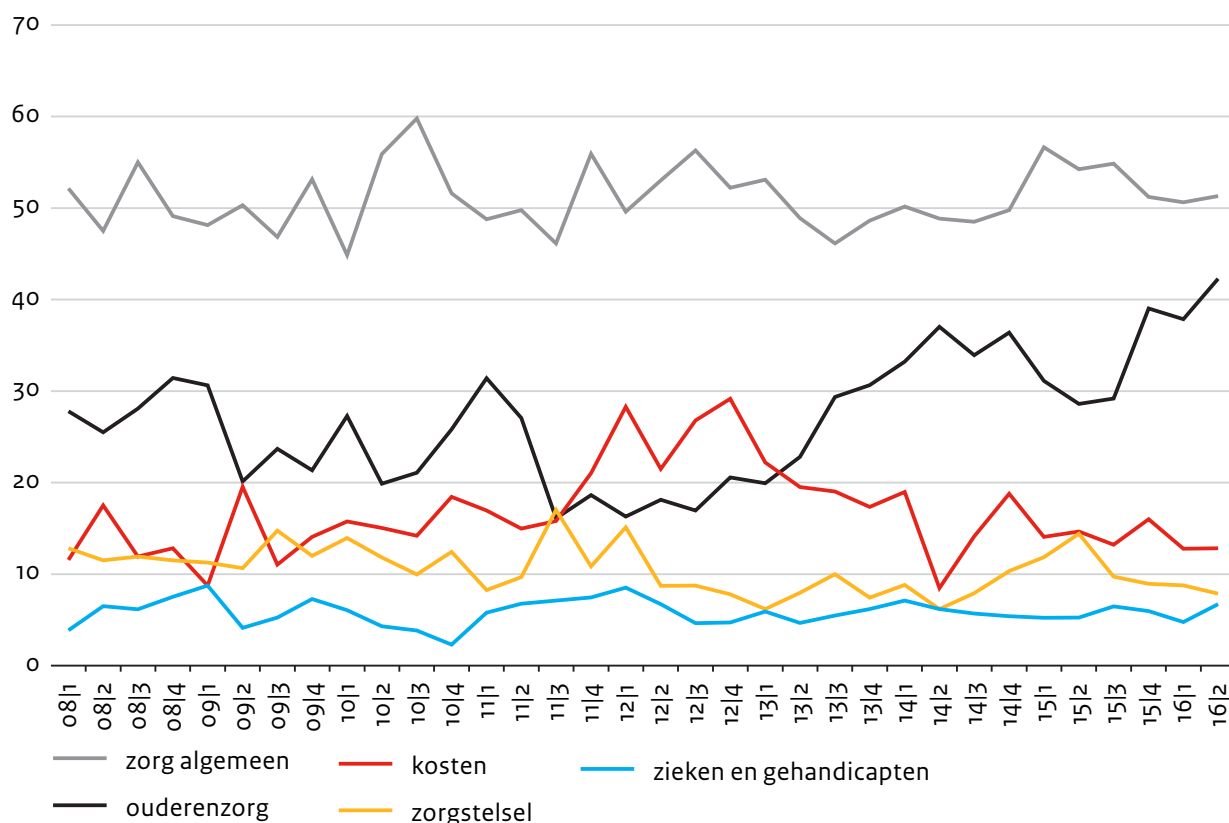
5 Zie Den Ridder et al. (2016: 10-11) voor de meest recente gegevens over alle categorieën. In onze ‘Burgerperspectieven’ corrigeren we voor de omstandigheid dat mensen verschillende aantallen onderwerpen opschrijven en is de inbreng omgekeerd evenredig aan het aantal genoemde onderwerpen. Iedereen telt zo even zwaar mee. Die standaardisering laten we hier achterwege.

matiek de ongerustheid over de zorg wat naar de achtergrond. Met andere woorden: de daling van het percentage Nederlanders dat de zorg aanwijst als een van de grootste problemen in ons land wijst er niet per se op dat de zorg als probleem minder is geworden. Het kan zo zijn dat andere grote nieuwe zorgen, zoals in dit geval de vluchtelingenproblematiek, de zorgen over de gezondheidszorg (tijdelijk?) wat naar de achtergrond drukken.

Figuur 3 geeft wat meer zicht op wat er zoal wordt genoemd in de categorie gezondheids- en ouderenzorg. Omdat we naar trefwoorden vragen, houden de meeste mensen het kort. Ze schrijven alleen 'zorg', 'gezondheidszorg' of 'ouderenzorg' op als probleem. Diegenen die concreter worden over het precieze probleem, hebben het over hoge of gestegen zorgkosten, zijn ongerust over bezuinigingen of over een verslechtering van de kwaliteit. Sommigen noemen het zorgstelsel of zorgverzekeringen als probleem. Als we de meest genoemde trefwoorden door de tijd heen bekijken, dan zien we dat vanaf 2013 de ouderenzorg vaker wordt genoemd als belangrijkste zorgprobleem. De kosten daarentegen worden de afgelopen jaren wat minder vaak als zorgprobleem vermeld.

Figuur 3

Vijf meest genoemde problemen in de categorie 'gezondheids- en ouderenzorg', bevolking van 18+, 2008-2016 (in procenten)^a



a Van de mensen die spontaan een probleem noemen in de categorie 'gezondheids- en ouderenzorg' (zie figuur 2) is hier weergegeven wat ze precies noemen.

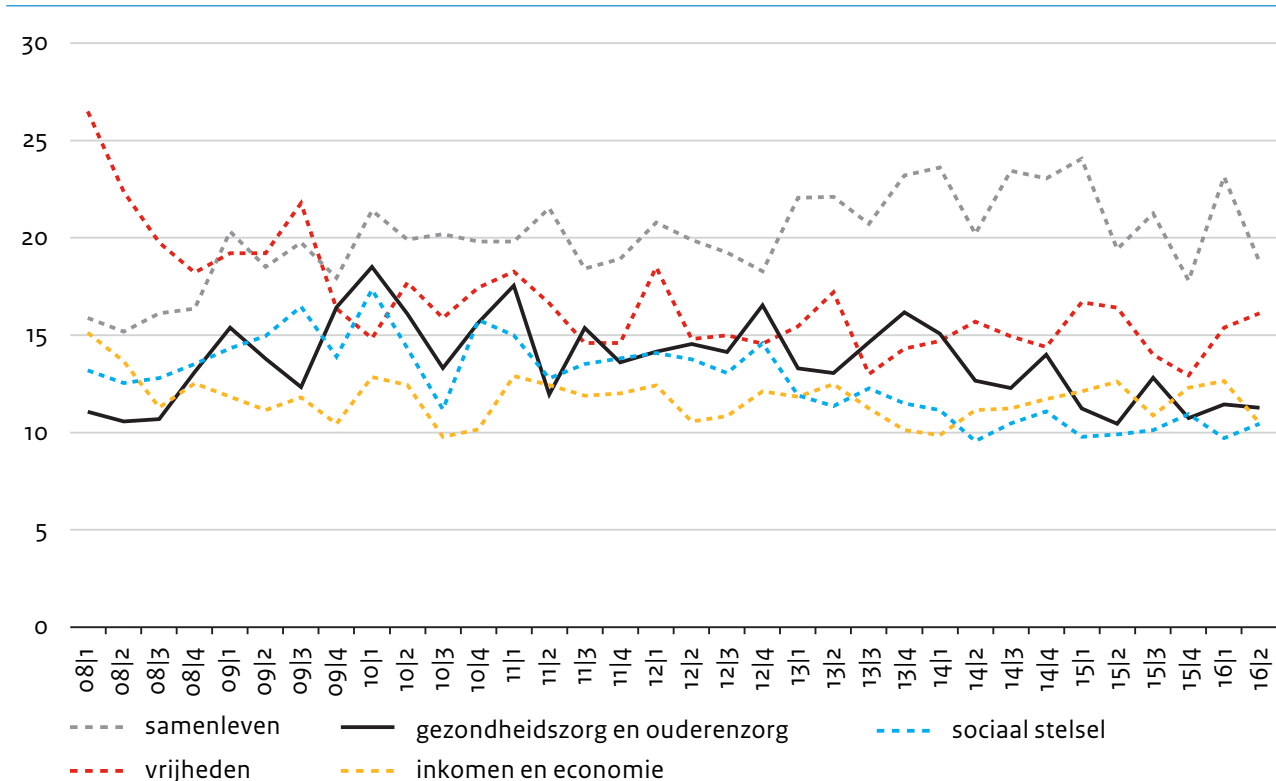
Bron: COB 2008/1-2016/2

Maar de zorg is óók een sterk punt

Gevraagd naar wat men persoonlijk goed vindt gaan of waar men trots op is in Nederland (vraag onder figuur 4), is de ouderen- en gezondheidszorg opnieuw een relatief goed gevulde categorie. In april 2016 neemt zorg in onze categorisering van zestien onderwerpen de derde plaats in als iets om trots op te zijn en dat is een lagere positie dan de tweede plaats die ze als maatschappelijk probleem heeft (figuur 2), maar toch niet zonder betekenis.

Figuur 4

Vijf meest genoemde sterke punten van Nederland, bevolking van 18+, 2008-2016 (in procenten)^a



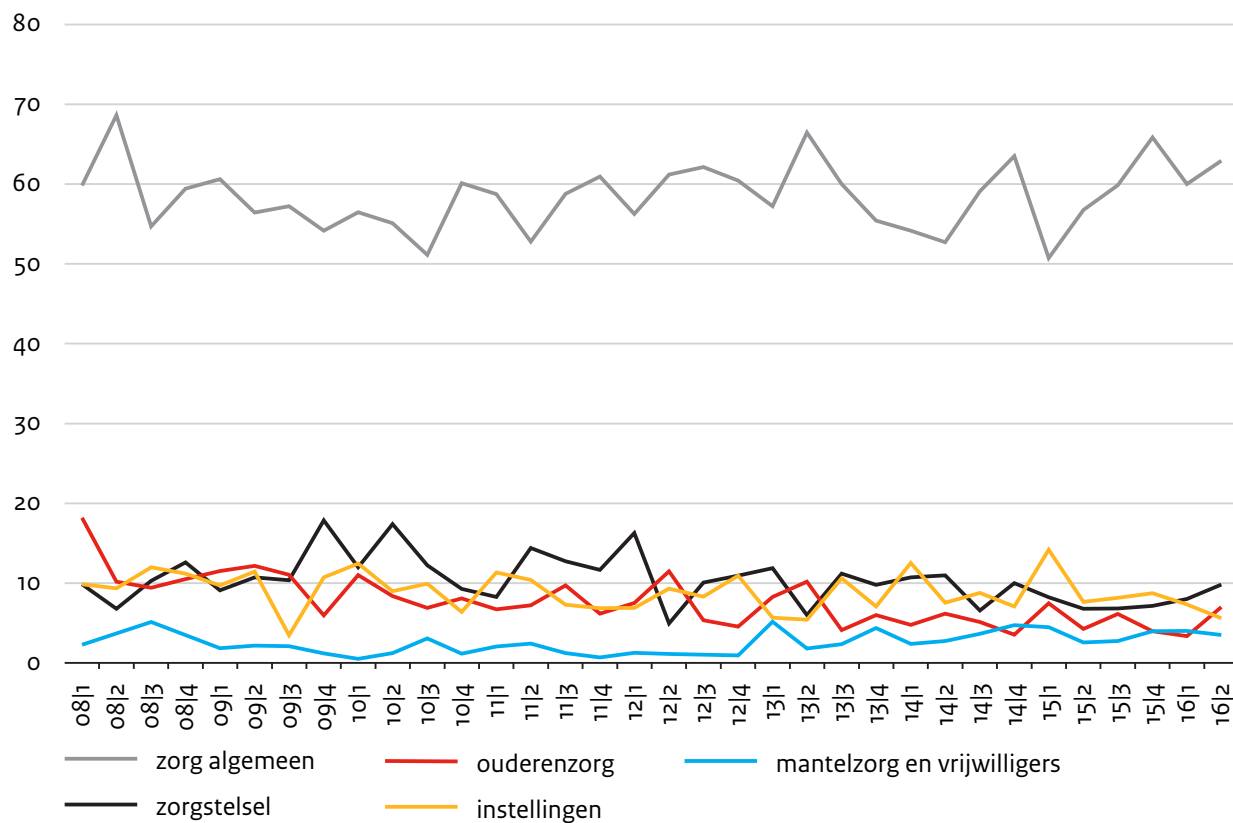
a 'En wat vindt u juist goed in ons land? Waar bent u zeer positief of blij over of trots op als het om de Nederlandse samenleving gaat?' Respondenten konden maximaal vijf onderwerpen noemen, die vervolgens zijn ingedeeld in zestien categorieën. Vermeld is het aandeel van de bevolking dat een of meer problemen noemt in de vijf grootste categorieën van 2016/2.

Bron: COB 2008/1-2016/2

De meeste mensen geven in hun open antwoorden niet heel specifiek aan op welk aspect van de zorg ze trots zijn: ze noemen 'de zorg' of 'de gezondheidszorg' in het algemeen (figuur 5). De overige categorieën worden niet of nauwelijks genoemd en zijn dus marginaal.

Figuur 5

Vijf meest genoemde punten van trots in de categorie 'gezondheids- en ouderenzorg', bevolking van 18+, 2008-2016 (in procenten)^a



a Van de mensen die spontaan een punt van trots noemen in de categorie 'gezondheids- en ouderenzorg' (zie figuur 1) is hier weergegeven wat ze precies noemen.

Bron: COB 2008/1-2016/2

3 Zorg als politieke prioriteit

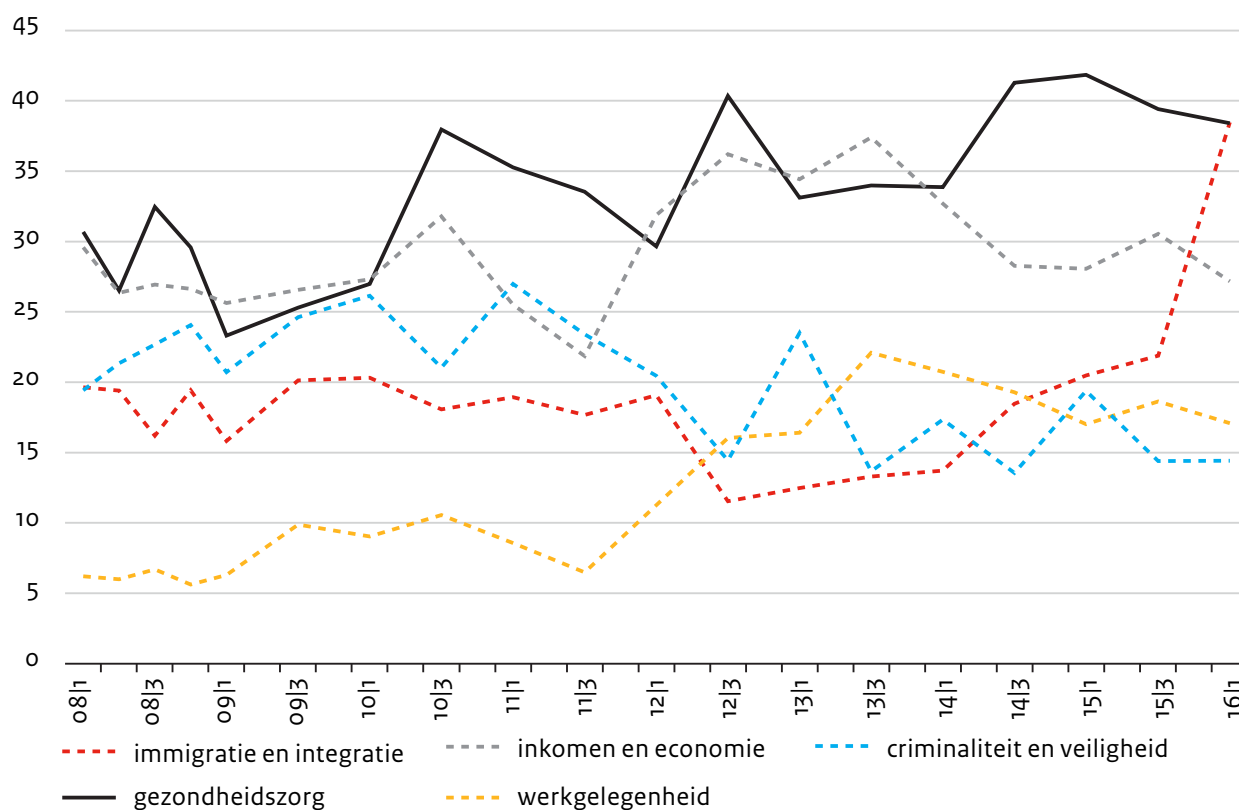
Gezondheidszorg moet hoog op de politieke agenda

Als we vragen wat er hoog op de agenda van de Nederlandse regering zou moeten staan, is zorg een veelgenoemde prioriteit.⁶ In het eerste kwartaal van 2016 staat de gezondheids- en ouderenzorg samen met immigratie en integratie bovenaan de lijst met (spontaan genoemde) agendapunten voor de regering. Op aanzienlijke afstand volgt de categorie 'inkomen en economie'. Men kijkt dus duidelijk naar de overheid als verantwoordelijke om problemen met de gezondheidszorg op te lossen. De specifieke zorgproblemen die worden genoemd (zie figuur 3), zijn vergelijkbaar met de zorgonderwerpen waaraan de regering aandacht zou moeten besteden (figuur 7). Ook hier zien we een stijging van het aandeel dat de ouderenzorg noemt.

6 In het eerste kwartaal van 2016 noemt 80% één of meer agendapunten voor de regering. Dat is een groter aandeel dan dat sterke punten naar voren brengt (62%) maar minder dan dat grootste problemen formuleert (90%).

Figuur 6

De belangrijkste agendapunten voor de regering, bevolking van 18+, 2008-2016 (in procenten)^a



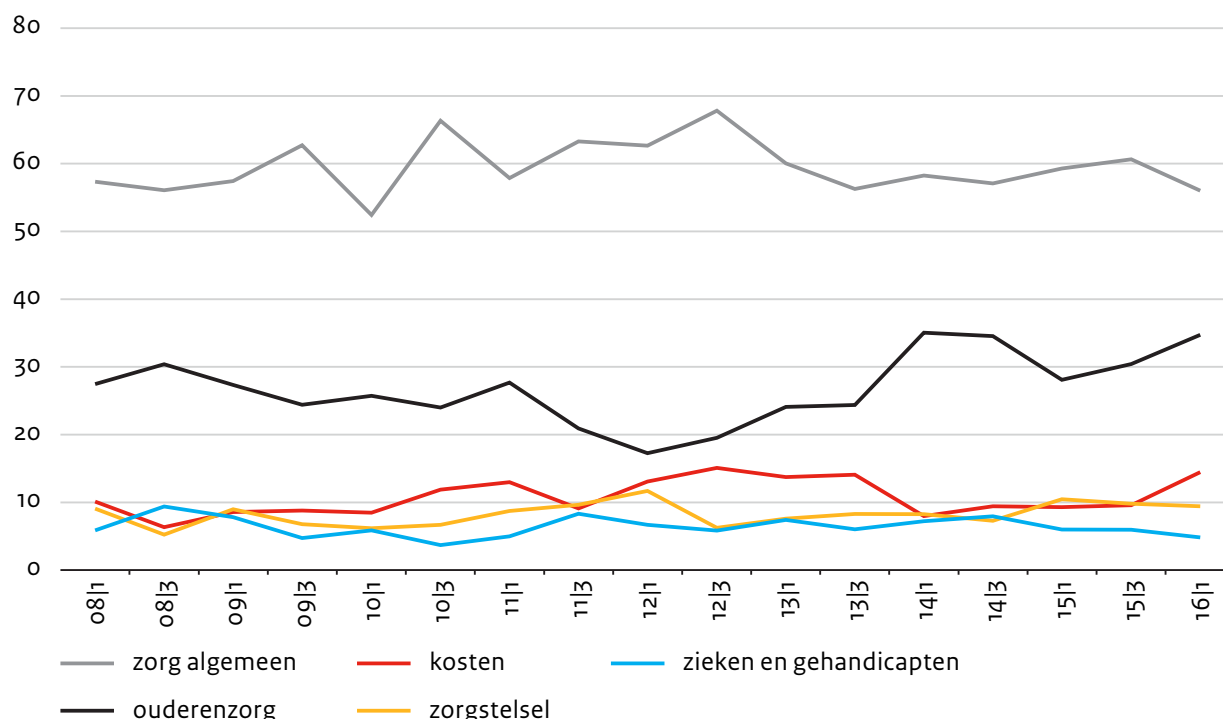
a 'Wat zou u hoog op de agenda van de Nederlandse regering willen hebben? Het kan gaan om onderwerpen die veel meer aandacht moeten krijgen of heel anders aangepakt moeten worden.' Vermeld is het aandeel van de bevolking dat een of meer agendapunten noemt in de vijf grootste categorieën van 2016/1.

Bron: COB 2008/1-2016/1

Kortom, de zorg wordt gezien als een (groot) probleem maar ook als een sterk punt en soms zelfs allebei. In het tweede kwartaal van 2016, de laatste meting waarover we beschikken, noemt 27% de zorg als een groot maatschappelijk probleem, 11% vindt de zorg een sterk punt en 3% noemt de zorg tegelijkertijd als een groot maatschappelijk probleem én een sterk punt van Nederland. Van de 31% die de zorg in het eerste kwartaal van 2016 als groot maatschappelijk probleem, vindt 76% de zorg ook een belangrijk agendapunt voor de regering.

Figuur 7

Vijf meest vaak genoemde agendapunten voor de regering in de categorie 'gezondheids- en ouderenzorg', bevolking van 18+, 2008-2016 (in procenten)^a



a Van de mensen die spontaan een agendapunt noemen in de categorie 'gezondheids- en ouderenzorg' is hier weergegeven wat ze precies noemen.

Bron: COB 2008/1-2016/1

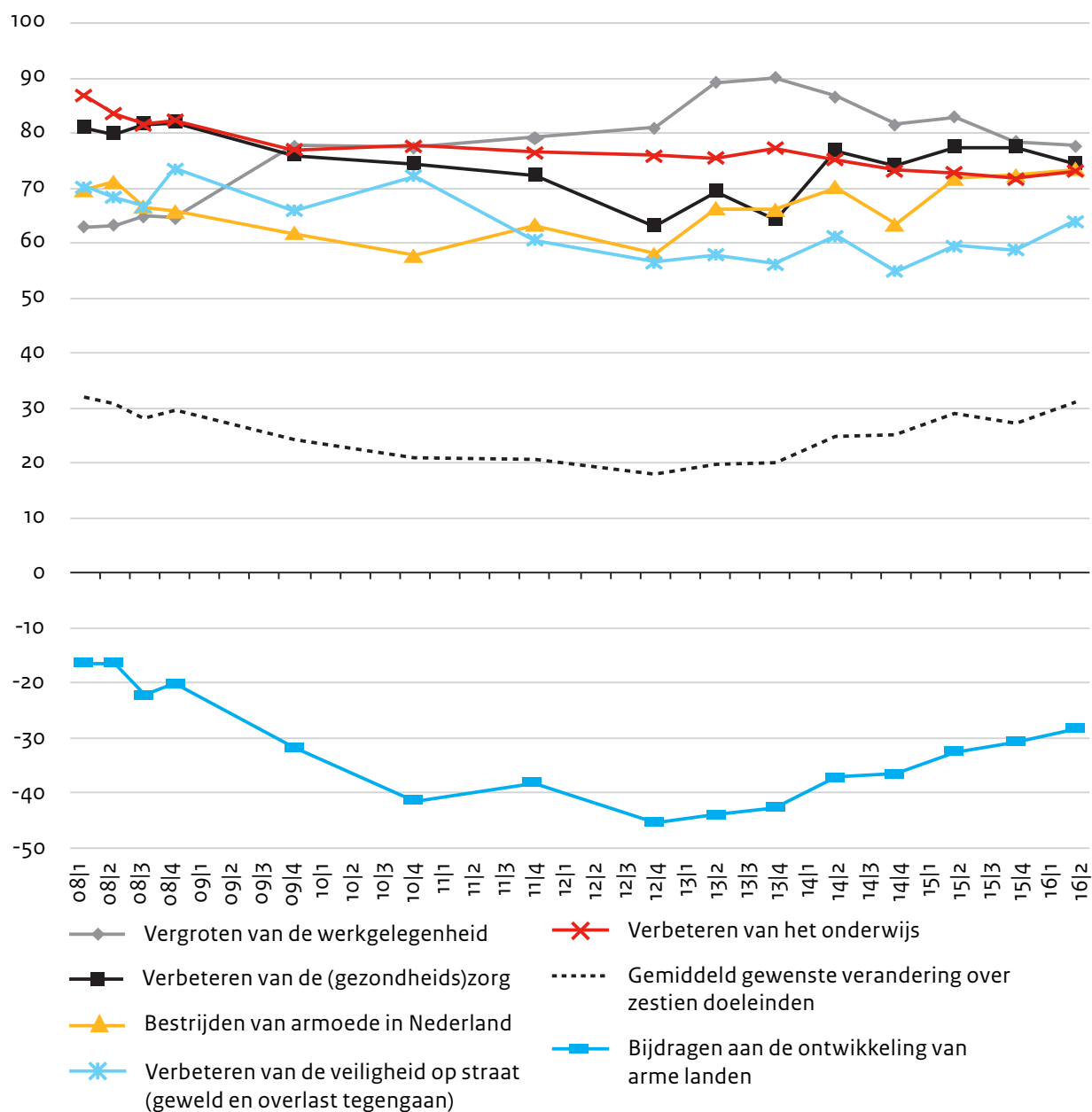
Altijd meer geld voor de zorg gewenst

Als voorlopig laatste cijfers uit het COB presenteren we in figuur 8 begrotingsvoorkeuren. Om het kwartaal leggen we zeventien beleidsdoelen (zestien bestedingsposten en 'vermindering van de staatsschuld') voor met de vraag of men daar meer of minder geld aan zou willen besteden. In figuur 8 hebben we de (in de laatste meting) vijf belangrijkste doelen voor meer besteding aangegeven en om die in perspectief te plaatsen de gemiddelde bestedingsvoorkeur en de minst populaire post.

In het tweede kwartaal van 2016 is de zorg, samen met werkgelegenheid, binnenlandse armoedebestrijding, onderwijs en veiligheid de post waar Nederlanders vooral méér geld aan willen uitgeven. 74% vindt dat de overheid meer geld moet uitgeven aan het verbeteren van de zorg, 21% wil het budget houden zoals het nu is en slechts 2% denkt dat de gezondheidszorg met minder geld toe kan.

Figuur 8

Nettosteun voor meer uitgaven aan verbetering van de zorg en zestien andere doeleinden, bevolking van 18+, 2008-2016 (gemiddelde waarden)^a



a 'In de politiek moet worden gekozen. Meer geld uitgeven aan bepaalde doeleinden betekent dat er minder geld is voor andere. Wilt u dat de landelijke politiek aan de volgende doeleinden meer of minder geld gaat besteden? Wilt u uw antwoorden in de hokjes aankruisen?' '(veel) minder' = -100, 'zoals nu' = 0 en '(veel) meer' = 100.

Bron: COB 2008/1-2016/2

De wens om meer geld uit te geven aan de zorg geeft aan dat men de zorg belangrijk vindt, maar ze is niet gestoeld op inzicht in de feitelijke uitgaven. Nederlanders blijken eigenlijk niet goed te weten hoeveel geld er wordt uitgegeven aan de zorg. Mensen schatten het bedrag dat wordt uitgegeven aan medische zorg en de zorg voor ouderen en gehandicapten te laag in. Naast de onderschatting van de overheidsuitgaven aan zorg, blijken burgers

ook de indruk te hebben dat er de afgelopen jaren al flink is bezuinigd op de medische zorg en de zorg voor ouderen en gehandicapten. We hebben hier recent geen onderzoek naar gedaan, maar in eerder verdiepend onderzoek naar begrotings- en bezuinigingsvoorkeuren in het COB (Den Ridder en Dekker 2010; Dekker et al. 2012) komt naar voren dat mensen de kosten van de zorg onderschatten, menen dat er al veel bezuinigd is en zeer optimistisch zijn over de besparingen die in de zorg mogelijk zijn door verspilling tegen te gaan. Bij dat laatste denkt men zowel aan inefficiënte processen en bijvoorbeeld het weggooien van medicijnen als aan de hoeveelheid managers en hun (riante) arbeidsvoorwaarden.

In het tweede kwartaal van 2010 (Den Ridder en Dekker 2010: 13) hebben we Nederlanders gevraagd in totaal 35 miljard euro te bezuinigen op elf begrotingsposten waarbij ook werd aangegeven hoe groot de omvang van die posten toen was. Gedwongen te bezuinigen besloten Nederlanders, percentueel gezien, het minst te bezuinigen op de gezondheidszorg: gemiddeld slechts een korting van 6% op het totaal budget (bijna een op de drie bezuinigde helemaal niet op de gezondheidszorg), terwijl de begroting voor ontwikkelingssamenwerking meer dan gehalveerd werd. In het derde kwartaal van 2012 hebben we een vergelijkbare ‘bezuinigingsvraag’ gesteld en informeerden we een deel van de respondenten vooraf over de daadwerkelijke omvang van de verschillende posten, een ander deel niet. Wat bleek? Ook als respondenten vooraf weten hoeveel geld er naar ‘zorgposten’ gaat, kostenposten dus die stelselmatig worden onderschat, bezuinigen ze weliswaar iets meer op deze posten dan wanneer deze informatie niet wordt gegeven, maar het verschil is gering, slechts een paar procentpunten. Met andere woorden, zelfs als Nederlanders geconfronteerd worden met de hoge kosten in de zorg worden grote bezuinigen niet als wenselijk beschouwd (Dekker et al. 2012: 27).

Ook in onderzoek naar maatschappelijke doeleinden scoort de zorg hoog. Zo staat ‘dat de gezondheidszorg in Nederland verbetert’ al jaren in de top vijf van de zogeheten Veldkampladder van 64 doelen. Medio 2015 staat betere zorg op plaats vier, ná minder oorlog en terrorisme in de wereld, meer verdraagzaamheid in Nederland en ‘dat de oudedagsvoorzieningen van mensen in Nederland in de toekomst goed geregeld blijven’ (waarschijnlijk toch ook vooral een zorgdoelstelling), vóór vermindering van de werkloosheid, de criminaliteit en de armoede in Nederland en vóór minder honger en meer naleving van de mensenrechten in de wereld (Den Ridder et al. 2015: 4).

4 Oordelen over de kwaliteit van de zorg

In het COB komt de zorg alleen in spontane antwoorden op open vragen naar voren. Dat leert ons veel over de saillantie van het onderwerp in de publieke opinie, maar weinig over de tevredenheid (alleen mensen die heel tevreden zijn zullen spontaan een zorgonderwerp noemen in antwoord op de vraag wat men goed vindt gaan in het land). Om meer te zeggen over de (on)tevredenheid moeten we teruggrijpen naar SCP-onderzoek over de kwaliteit van publieke dienstverlening, voor het laatst uitgevoerd in 2010.⁷ In dat

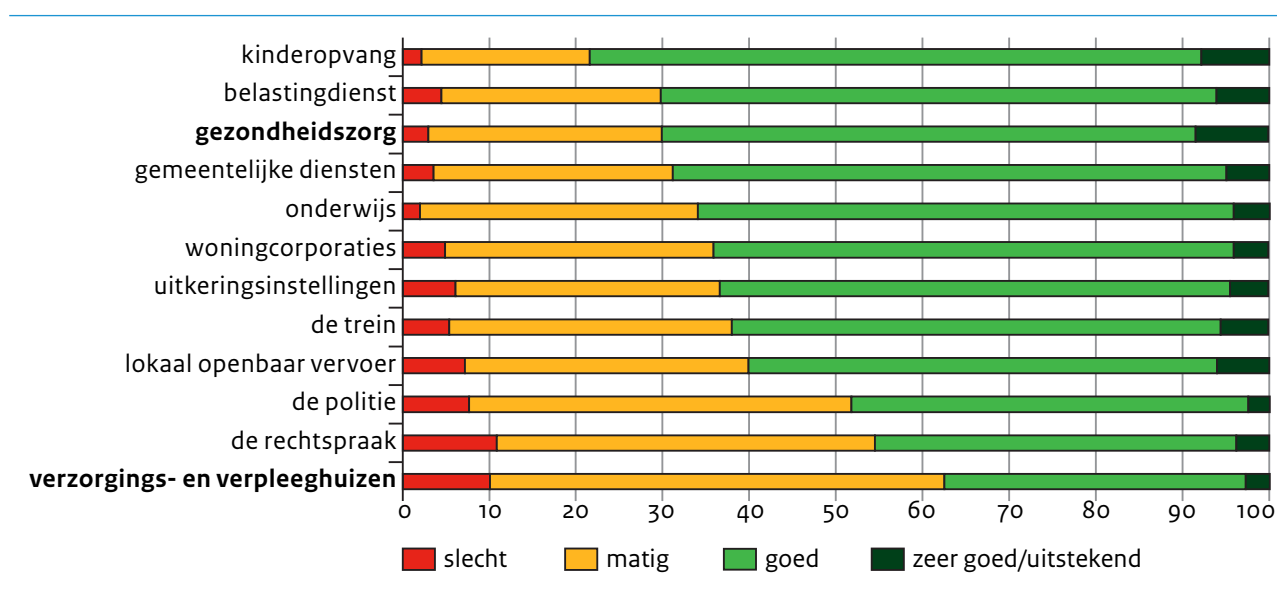
onderzoek werd burgers uitvoerig gevraagd naar hun oordelen op onderdelen en aspecten van de dienstverlening in een vijftal domeinen: zorg, onderwijs, veiligheid, uitvoerende diensten zoals burgerzaken bij gemeenten en maatschappelijke diensten zoals kinderopvang en openbaar vervoer (Eggink et al. 2013a; Eggink et al. 2013b).⁸

Positiever over medische zorg dan over de langdurige zorg

In de enquête van 2010 is gevraagd naar het ‘algemene oordeel over de prestaties’ van een aantal publieke diensten, waaronder de gezondheidszorg en de verzorgings- en verpleeghuizen. Over het algemeen zijn Nederlanders positief over de publieke dienstverlening: een meerderheid beoordeelt de prestaties in de vijf onderzochte domeinen als goed (Eggink et al. 2013a: 10). Binnen het zorgdomein is er een groot verschil tussen de beoordeling van de ‘gezondheidszorg’ en de beoordeling van ‘verpleeg- en verzorgingshuizen’: waar 70% het eerste terrein als goed beoordeelt, doet op het laatste terrein slechts 39% dat. Daarmee staan de verzorgings- en verpleeghuizen onderaan de lijst met twaalf oordelen en staat de gezondheidszorg op de derde plaats (figuur 9).

Figuur 9

Oordeel over de prestaties van twaalf publieke diensten,^a bevolking van 25+, 2010 (in procenten)



a ‘Wat is in het algemeen uw oordeel over de prestaties van de volgende publieke diensten?’

Bron: KPD 2010

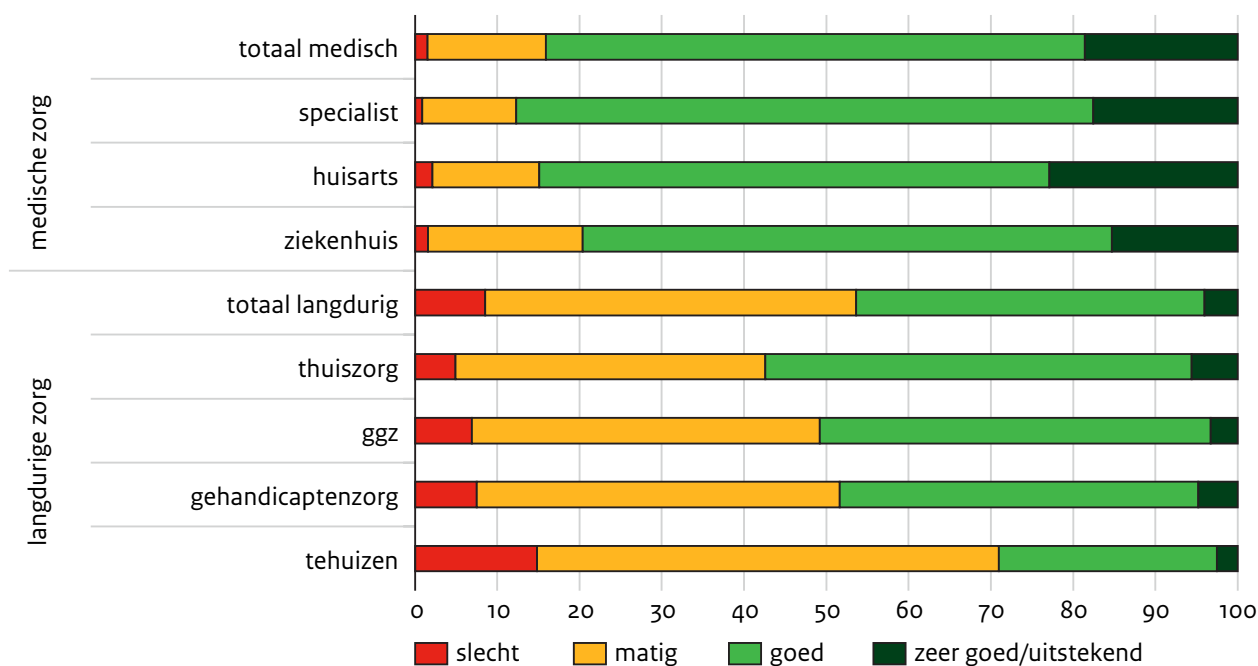
Binnen het zorgdomein is vervolgens verder gevraagd naar het oordeel over de kwaliteit van zeven sectoren (figuur 10).

7 Dit onderzoek is eerder uitgevoerd in 2002 en 2006 en de uitkomsten waren toen vergelijkbaar. Daarom denken we dat dit soort algemene kwaliteitspercepties niet erg veranderlijk zijn.

8 Inclusief bijlagen te vinden via http://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2013/-Burgers_over_de_kwaliteit_van_publieke_diensten.

Figuur 10

Oordeel over de kwaliteit in zeven gezondheidssectoren, bevolking van 25+, 2010 (in procenten)



a 'Wat is in het algemeen uw oordeel over de kwaliteit van de volgende sectoren in de gezondheidszorg?'

Bron: KPD 2010

Meer dan 80% vindt de kwaliteit van de specialist, de huisarts of het ziekenhuis (zeer) goed. Bij de langdurige zorg ligt dan anders. Een nipte meerderheid vindt de thuiszorg en de ggz (zeer) goed, 48% vindt dat van de gehandicaptenzorg en slechts 29% beoordeelt de zorg voor ouderen in tehuizen als goed. De langdurige zorg scoort daarmee in vergelijking met de andere beleidsterreinen het slechtst (Eggink et al. 2013a: 33).

Gevoel van achteruitgang

Wordt men in dit onderzoek in 2010 gevraagd om terug te blikken op de afgelopen vijf jaar, dan meent men in de gezondheidszorg vaker een achteruitgang in kwaliteit te zien dan op andere terreinen. Ook hier blijkt een groot verschil tussen de medische en langdurige zorg. Over de eerste is men aanzienlijk minder negatief dan over de tweede. Wat betreft de huisarts, de medisch specialist en de zorg in ziekenhuizen denkt een meerderheid dat de kwaliteit gelijk bleef. Over de zorg voor ouderen in tehuizen is men het meest negatief: 60% ziet daar een achteruitgang. In de thuiszorg, de zorg voor gehandicapten en de geestelijke gezondheidszorg ziet tussen de 35% en 43% een achteruitgang.

5 Nederland in Europees perspectief

Hoe is de Nederlandse publieke opinie over de zorg te karakteriseren met die in andere Europese landen? We kijken met verschillende internationale enquêtes achtereenvolgens naar de ontwikkeling van de gemiddelde tevredenheid, patronen van tevredenheid en ver-

wachtingen en specifieker de aanwezigheid van negatieve opvattingen. We geven de landen aan met de gangbare landcodes.⁹

Al jaren een tamelijk tevreden land

Figuur 11 toont voor 18 landen van 2002/'3 tot 2014/'15 de veranderingen in zeven metingen van tevredenheid met de gezondheidszorg in het European Social Survey (ESS).¹⁰

Nederland neemt met – afgerond – zesjes in heel de periode een iets bovengemiddelde positie in. De Denen voeren vaak de Europese lijstjes van tevredenheid en vertrouwen aan (Dekker et al. 2015: 9-10), maar hier tonen de Belgen zich het meest tevreden. De Belgische tevredenheid over de gezondheidszorg zullen we ook verderop weer tegenkomen en ze komt ook naar voren uit ander onderzoek. Zo toont Smets (2009) met gegevens van een Eurobarometer uit 2007 ook op onderdelen van de zorg een grote tevredenheid van de Belgen en van de Vlamingen in het bijzonder.

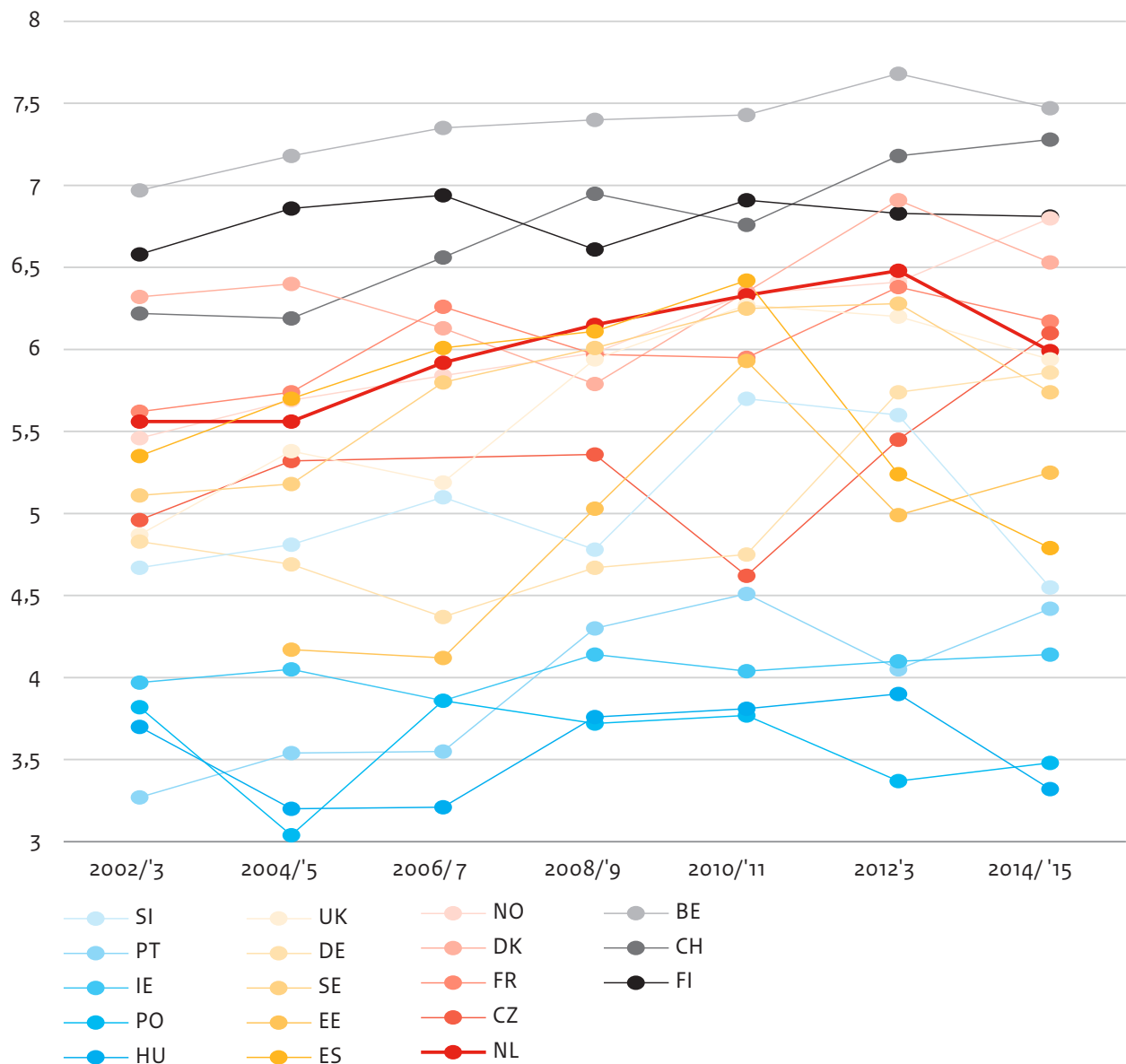
De vraag naar tevredenheid met de gezondheidszorg wordt in het ESS voorafgegaan door vragen naar tevredenheid met het eigen leven en met de nationale economie, de regering, de werking van de democratie en het onderwijs. Met een enkele uitzondering voor België is het gemiddelde rapportcijfer voor de gezondheidszorg altijd lager dan het cijfer voor het eigen leven en met een paar uitzonderingen is het altijd hoger dan dat voor de regering. De verschillen met de rapportcijfers voor de economie, democratie en het onderwijs wisselen per land in de tijd. Dit spoort met veel onderzoek waarin de mensen doorgaans tevreden zijn met het eigen leven, minder tevreden met de samenleving en uitgesproken negatief over de politiek (Dekker en Den Ridder 2011).

9 AT = Oostenrijk; BE = België; BG = Bulgarije; CH = Zwitserland; CY = Cyprus; CZ = Tsjechië; DE = Duitsland; DK = Denemarken; EE = Estland; ES = Spanje; FI = Finland; FR = Frankrijk; GR = Griekenland; HR = Kroatië; HU = Hongarije; IE = Ierland; IT = Italië; LT = Litouwen; LU = Luxemburg; LV = Letland; MT = Malta; NL = Nederland; NO = Noorwegen; PL = Polen; PT = Portugal; RO = Roemenië; SE = Zweden; SI = Slovenië; SK = Slowakije; en UK = Verenigd Koninkrijk

10 Zie Missine et al. (2013) voor een uitgebreidere analyse van ESS-data in meerniveaumodellen waarin ook uitgaven voor de zorg en andere systeemkenmerken worden betrokken. Op dergelijke analyses gaan we hier verder niet in. We zoeken geen verklaringen voor nationale verschillen, maar willen de Nederlandse cijfers slechts in breder perspectief plaatsen.

Figuur 11

Tevredenheid met de gezondheidszorg in 18 Europese landen, 18+, 2002-2015, (rapportcijfers)^a



a Rapportcijfers van 0 (zeer slecht) tot 10 (zeer goed) voor 'de huidige staat van de gezondheidszorg' in het land van ondervraging.

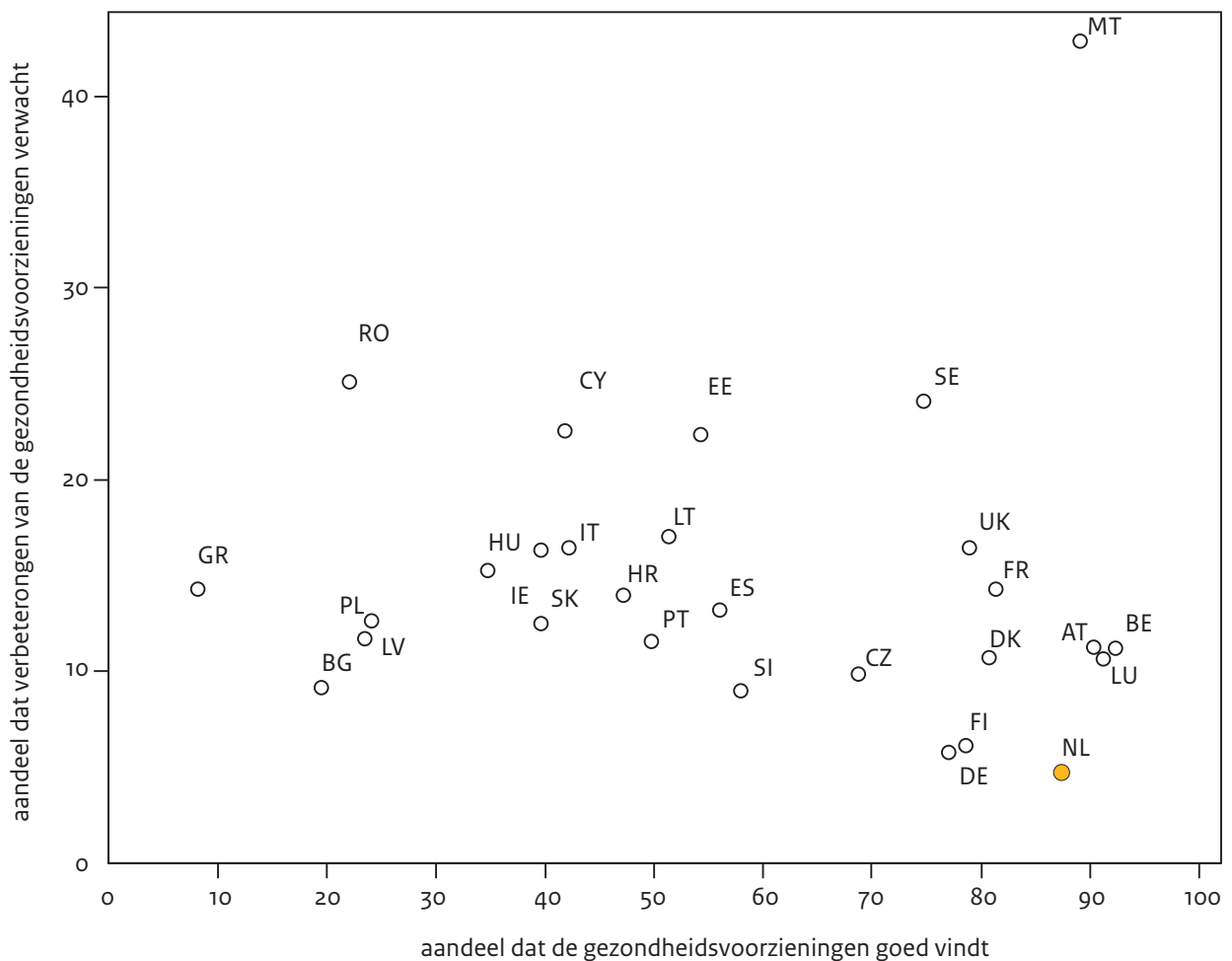
Bron: ESS1-7

Maar ook veel ongerustheid

In figuur 12 gebruiken we gegevens uit een Eurobarometerenquête uit 2014 voor combinaties van een positieve waardering en positieve verwachtingen van de ontwikkeling op korte termijn van de gezondheidszorg.

Figuur 12

Waardering en verwachting van de gezondheidszorg,^a bevolking van 18+ in de EU, 2014 (in procenten)



a Horizontaal het percentage dat de huidige stand van zaken van de gezondheidsvoorzieningen in eigen land tamelijk of zeer goed vindt, verticaal het percentage dat daarvoor de komende 12 maanden verbetering verwacht.

Bron: Eurobarometer 81.5 (juni 2014)

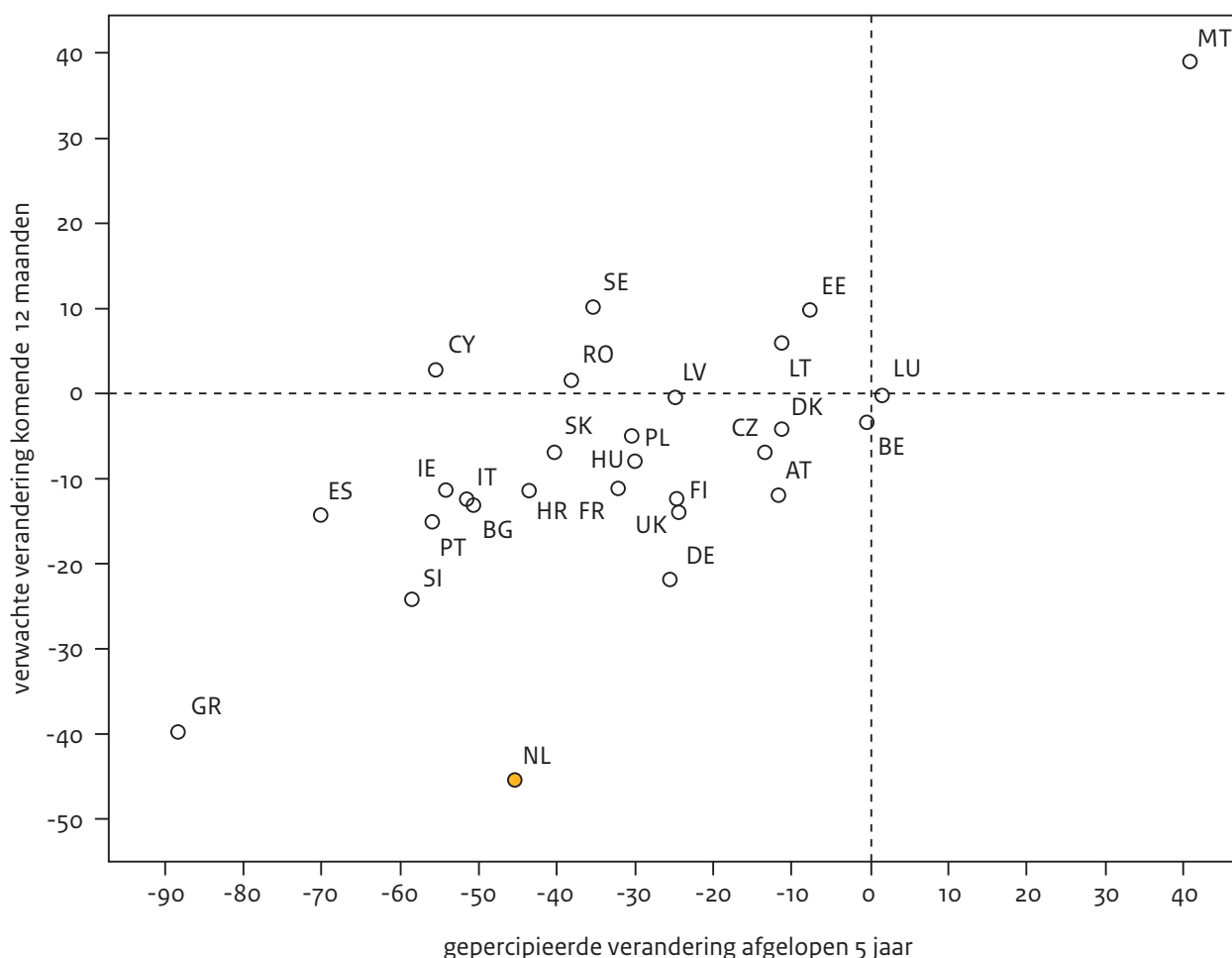
Met 87% dat de voorzieningen goed vindt, is Nederland meer nog dan in de vorige figuur een tevreden natie, in de Europese Unie slechts geëvenaard of voorbijgestreefd door Malta (89%), Oostenrijk (90%), Luxemburg (91%) en België (92%). Maar slechts 5% van de Nederlanders verwacht 'de komende 12 maanden' een verbetering en daarmee behoort Nederland met Duitsland en Finland (beide 6%) tot de meest pessimistische landen.

Nu was men in Nederland in 2014 wel wat erg pessimistisch gestemd over de zorg, zagen we al in figuur 2, en sterker in het – ook op Eurobarometerdata gebaseerde – figuur 1. Mogelijk speelden toen aanstaande lastenverzwaringen en decentralisaties een bijzondere rol. Er zijn helaas geen nieuwere cijfers voor de indicatoren in figuur 12 om dat na te gaan. De probleemindicator uit figuur 1 is wel beschikbaar voor een actuelere Europese vergelijking, maar het nadeel daarvan is dat het niet sec om gezondheidszorg gaat maar om 'gezondheidszorg en sociale zekerheid'. Voor Nederland mogen we wel aannemen dat het dan meestal om de zorg gaat, maar voor andere landen weten we dat niet en dat maakt de

vergelijking wat ruw.¹¹ Om het pessimisme wat scherper in beeld te brengen, maken we met de gegevens uit 2014 nog een andere vergelijking. Figuur 13 zet de verwachtingen voor de komende 12 maanden af tegen de gepercipieerde ontwikkeling in de afgelopen vijf jaar.

Figuur 13

Ervaren en verwachte ontwikkelingen van de gezondheidszorg,^a bevolking van 18+ in de EU, 2014 (in procentpunten)



a Vermeld zijn de percentages die verbetering zien/verwachten min percentages die verslechtering zien/verwachten.

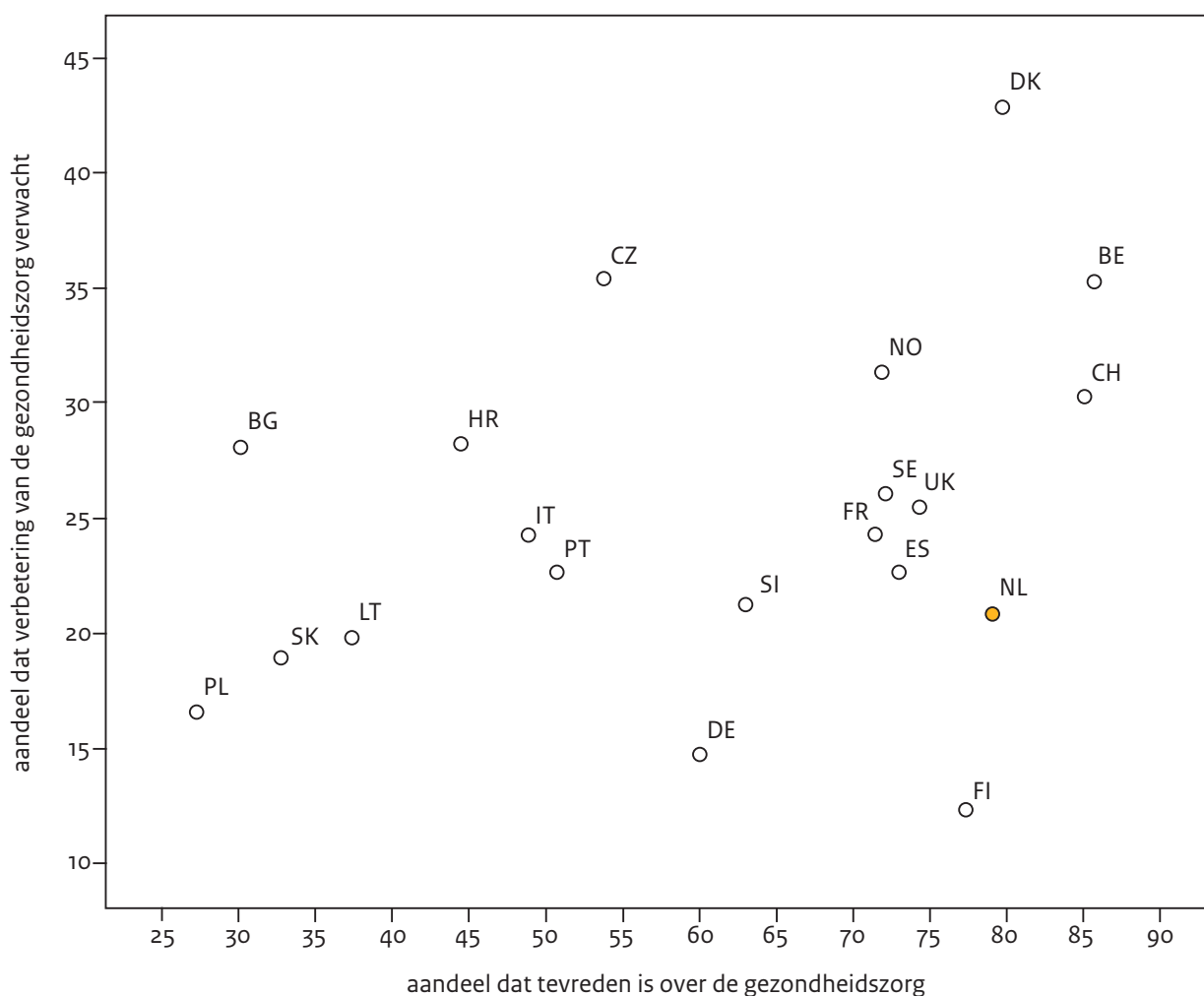
Bron: Eurobarometer 81.5 (juni 2014)

11 Zie voor de posities eind 2014: Den Ridder et al. 2015: 11. Toen scoorde ‘gezondheidszorg en sociale zekerheid’ in Nederland het hoogst van alle EU-landen en in Nederland was het het grootste van 13 maatschappelijke problemen. Eind 2015 (EB 84.1) is dit probleem in Nederland nog steeds het belangrijkste vergeleken met andere landen in de EU, maar binnen Nederland wordt immigratie dan wel vaker gekozen als grootste maatschappelijk probleem. Dat staat door de vluchtelingencrisis dan ook in andere landen hoog genoteerd, maar doorgaans maakt men zich elders meer zorgen over de economie en werkloosheid.

In vrijwel alle landen, in Griekenland het meest extreem, overheerst het beeld van verslechtering in de achterliggende jaren – alleen in Malta blijkt men overtuigend positief terug – en in ongeveer evenveel landen is men overwegend positief en overwegend negatief over de nabije toekomst. Nederland is het meest negatief.

Figuur 14

Waardering en verwachting van het gezondheidszorgsysteem, bevolking van 18+ in twintig Europese landen, 2011-2013 (in procenten)^a



a Horizontaal % dat in het algemeen tamelijk, zeer of uiterst tevreden is over de gezondheidszorg in eigen land; verticaal % dat het (zeer) eens is met de uitspraak 'In de komende jaren zal de gezondheidszorg in [eigen land] beter worden'.

Bron: International Social Survey Programme (2011 Health and Health Care module)

Een laatste internationaal onderzoek dat de tevredenheid van de Nederlanders met de gezondheidszorg laat zien, is het International Social Survey Programme. In de periode 2011-2013 vond in 29 landen (waaronder 18 EU-lidstaten en Noorwegen en Zwitserland) een uitgebreide peiling plaats van opvattingen van burgers over de gezondheidszorg.¹²

In figuur 14 vergelijken we Nederland met 19 andere Europese landen opnieuw op tevreden en positieve toekomstverwachtingen, nu voor de komende jaren.

In Denemarken, België, Zwitserland, Finland en Nederland is het percentage van de bevolking dat zeer tevreden is met het gezondheidszorgsysteem duidelijk het hoogst (> 75% 'tevreden'). Van deze landen verwacht de bevolking in met name Denemarken en België dat het systeem de komende jaren ook nog zal verbeteren. In Finland zijn deze verwachtingen voor de komende jaren lager dan in andere landen uit deze kopgroep. Nederland valt op met een relatief hoge tevredenheid en lage verwachtingen voor verbeteringen van de gezondheidszorg in de komende jaren.

Tot slot vergelijken we de twintig landen uit de figuur op negatieve opvattingen, iets waarop we ons vanaf hier zullen focussen op zoek naar onbehagen. Tabel 1 toont de percentages van de bevolking die geen vertrouwen zeggen te hebben in de gezondheidszorg en in artsen, die zorg inefficiënt vinden, en in het geval van ernstige ziekte voor zichzelf niet de beste zorg verwachten.

In het algemeen zijn vooral Centraal- en Oost-Europeanen – Polen, Bulgaren, Litouwers, Slowaken – erg negatief over de gezondheidszorg in eigen land terwijl inwoners van landen in West-Europa zoals België, Denemarken maar ook Spanje bovengemiddeld positief zijn. Nederlanders zitten op een gemiddeld niveau qua opvatting dat de zorg inefficiënt is, maar verder zijn ze minder dan gemiddeld negatief. Met andere woorden, in vergelijking met de meeste andere Europese landen zijn inwoners van ons land al met al best positief over de zorg. Opvallend is ook in dit onderzoek de weer bijzonder goede positie van onze zuiderburen met voor drie van de vier negatieve indicatoren de laagste score. Qua gebrek aan vertrouwen in artsen scoren Spanje en Nederland een fractie lager.¹³

12 Zie voor het onderzoek <http://www.gesis.org/issp/modules/issp-modules-by-topic/health/> en voor een analyse van deze data met niet Europese landen Hero et al. (2016).

13 De aandelen mensen zonder vertrouwen in het systeem en in artsen hangen sterk samen ($r=0,86$; $n=20$; in alle landen hangen op individueel niveau beide ook samen: $\phi=0,14 - 0,34$). Overeenkomstig eerdere bevindingen ontbreekt het het systeem vaker aan vertrouwen dan artsen (Calnan en Sanford 2004; Blendon 2007; Norris 2007). De verschillen in niveaus zijn in tabel 1 vaak vrij fors. Opvallende uitzonderingen zijn België en Denemarken, waar het eerder aan de arts dan aan het systeem vertrouwen onthouden wordt.

Tabel 1

Negatieve opvattingen over de zorg in eigen land, bevolking van 18+ in twintig Europese landen, 2011-2013 (in procenten)

	geen vertrouwen in systeem ^a	geen vertrouwen in artsen ^b	zorg is inefficiënt ^c	lage verwachting van behandeling ^d
Polen	54	27	79	41
Bulgarije	40	22	76	42
Portugal	38	11	31	25
Litouwen	34	14	36	29
Italië	29	12	42	10
Slovakije	26	13	44	23
Kroatië	25	11	27	25
Tsjechië	21	8	33	21
Slovenië	19	9	27	20
Verenigd Koninkrijk	17	7	34	13
Duitsland	17	12	36	24
Spanje	17	4	16	11
Frankrijk	15	7	10	10
Nederland (positie) ^e	(14 ^e) 15	(20 ^e) 4	(11 ^e) 30	(16 ^e) 7
Zweden	13	6	25	9
Noorwegen	13	7	37	7
Finland	12	10	24	9
Denemarken	8	9	25	4
Zwitserland	8	5	23	5
België	4	6	10	4
landengemiddelde	21	10	33	17

a Heeft 'heel weinig' of 'helemaal geen' vertrouwen in de [nationale] gezondheidszorg. Op deze opvatting zijn de landen geordend.

b Is het (sterk) oneens met de uitspraak 'Alles in overweging genomen, zijn artsen te vertrouwen'

c Is het (sterk) eens met de stelling 'Over het algemeen is de gezondheidszorg in [land] inefficiënt'.

d Verwacht in het geval van ernstige ziekte 'waarschijnlijk' of 'zeker' niet de beste behandeling te krijgen die in [land] beschikbaar is.

e Tussen haakjes is de positie van Nederland vermeld in de rangorde van afnemende negativiteit.

Bron: International Social Survey Programme 2011 (Health and Health Care module)

6 Wie zijn bezorgd en ontevreden?

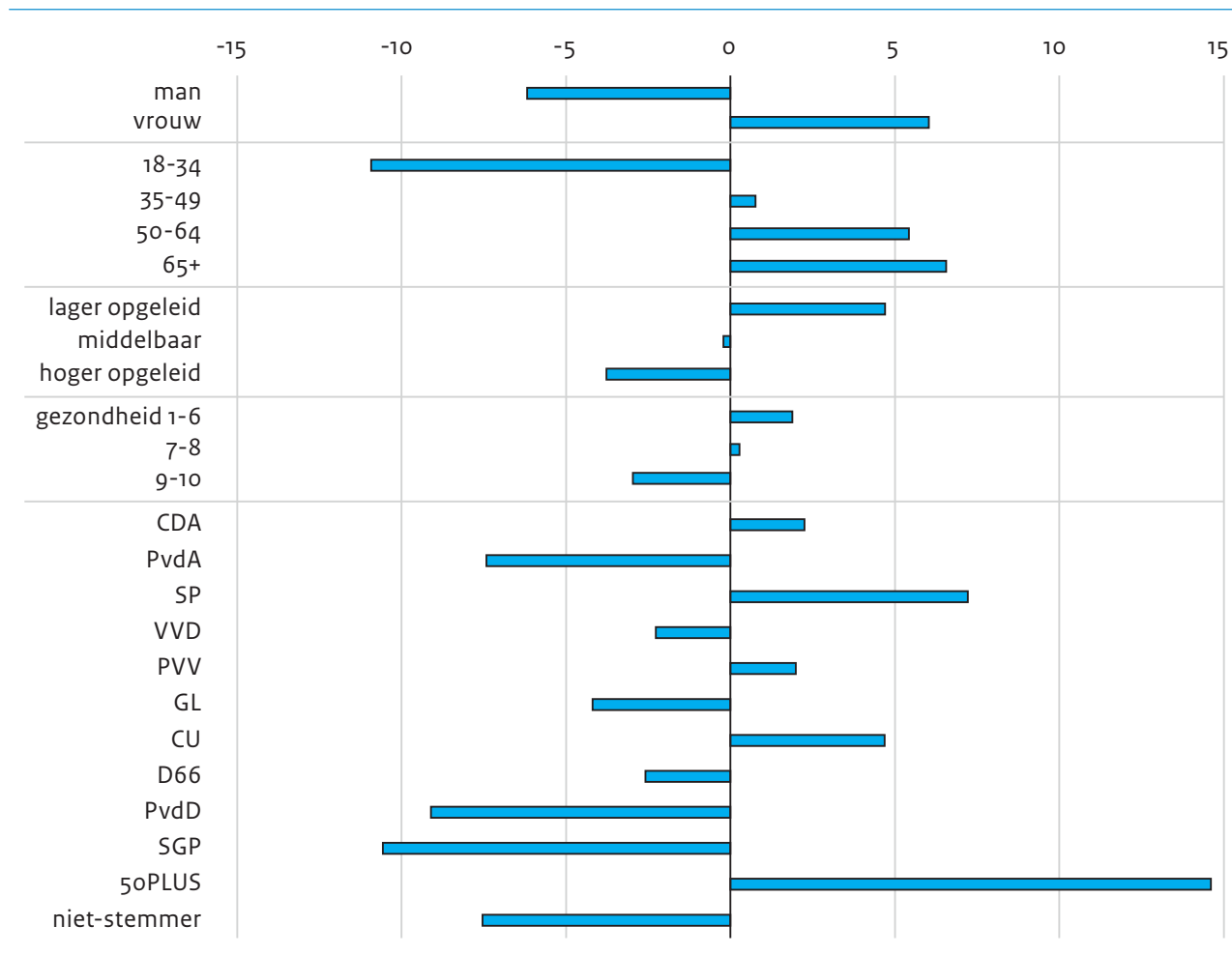
Na deze Europese uitstapjes nu weer terug naar eigen land. We blijven verder gericht op de negatieve houdingen. Wie zijn er bij ons meer en minder bezorgd en ontevreden over de zorg?

Ouderen bezorgd maar tevreden

We kijken allereerst naar de zorgen volgens de trefwoordenvraag van het COB. Wie maken zich de meeste zorgen? Figuur 15 laat zien in welke mate zorgkwesties vaker of minder vaak dan in de totale bevolking als grootse maatschappelijke problemen worden genoemd.

Figuur 15

Noemen van gezondheids- en ouderenzorg als grootste maatschappelijke problemen, naar achtergrondkenmerken,^a bevolking van 18+, 2015/16 (afwijkingen van bevolkingspercentage in procentpunten)^b



a Respondenten konden op een schaal van 1-10 aangeven hoe tevreden ze zijn met hun eigen gezondheid. Mensen die 1-5 invulden zijn ontevreden (12%), mensen die 6-8 invullen zijn tevreden (dit is met 69%), mensen die 9 of 10 invullen zijn heel tevreden (19%).

b Een positief getal betekent dat deze groep de zorg vaker dan gemiddeld noemt als probleem, een negatief getal dat de groep de gezondheidszorg minder vaak dan gemiddeld als probleem noemt.

Bron: COB 2015/3-2016/2

Vrouwen, ouderen, lageropgeleiden en aanhangers van de SP en in mindere mate het CDA noemen de gezondheidszorg vaker als probleem. Mannen, jongeren (18-34 jaar), hogeropgeleiden, mensen die heel tevreden zijn over hun gezondheid en aanhangers van D66, GroenLinks en VVD noemen de zorg minder vaak als probleem. Overigens geldt voor al deze groepen dat de zorg nog altijd door 30% of meer spontaan wordt genoemd als

belangrijk nationaal probleem. Ook onder de groepen die het thema minder vaak dan gemiddeld noemen, is de gezondheids- en ouderenzorg dus een thema.

In tabel 2 vergelijken we de populariteit van negatieve opvattingen over de zorg in diverse bevolkingscategorieën met de Nederlandse gegevens van het al gebruikte ISSP-bestand. In heel de bevolking is 11% ontevreden over de gezondheidszorg en 15% zegt er heel weinig of helemaal geen vertrouwen in te hebben. Tevredenheid en vertrouwen zijn de twee meest generieke oordelen en in de onderzoeksliteratuur wordt zonder verdere toelichting vaak een van beide gebruikt om de houding of waardering van de bevolking in kaart te brengen (Blendon 2007, Smets 2009, Hero et al. 2016). De samenhang tussen tevredenheids- en vertrouwensoordelen ten aanzien van dezelfde onderwerpen is vaak ook sterk. Toch roepen de begrippen verschillende associaties op en gaat het bij tevredenheid meer om wat men heeft ervaren en bij vertrouwen meer om wat men verwacht.¹⁴ Dat verschil verklaart waarschijnlijk ook waarom de verschillen tussen bevolkingsgroepen op beide maten van elkaar afwijken. De seksen verschillen niet van elkaar in ontevredenheid, maar vrouwen tonen zich met een frequenter gebrek aan vertrouwen in het systeem en ongeloof in verbeteringen wel pessimistischer. De 65-plussers zijn met 2% extreem weinig ontevreden¹⁵ en met 1% en 3% ontbreekt het hen ook zelden aan vertrouwen in artsen en vertrouwen in de beste behandeling voor zichzelf, maar ze melden niet minder vaak dan anderen een gebrek aan vertrouwen in het systeem. In overeenstemming met vrijwel altijd aangetroffen verschillen in institutioneel vertrouwen, tonen de lageropgeleiden vaker een gebrek aan vertrouwen in de zorg dan hogeropgeleiden. Die plegen ook meer vertrouwen te hebben in de eigen arts (Campos-Castillo et al. 2016). Het is daarom opvallend dat er juist bij de hogeropgeleiden een grotere groep is (7% tegenover 3% bij de lager- en middelbaar opgeleiden) die geen vertrouwen in artsen in het algemeen heeft.

Wie zich niet gezond voelt en geen positieve herinneringen heeft aan zijn of haar laatste bezoek aan een arts is over heel de linie negatiever dan wie blaakt van gezondheid respectievelijk het contact met de arts positief ervoer. De ervaring bij het contact met de arts is het enige kenmerk dat verschil maakt voor de perceptie van inefficiëntie. Persoonlijke ervaringen met de zorg (bejegening, veronderstelde deskundigheid van medische professionals etc.) hebben blijkens veel onderzoek een relatie met algemene oordelen over het gezondheidssysteem, veelal gemeten als tevredenheid of vertrouwen. De totale verkla-

14 Zie Dekker en Den Ridder (2014: 34) voor toelichtingen van mensen op verschillen tussen hun tevredenheid met de Haagse politiek en hun vertrouwen in de Tweede Kamer en de regering, o.a. 'Tevredenheid gaat over wat ze nu beslissen en vertrouwen over de lange termijn'. Simpele vragen naar 'vertrouwen' zonder verdere toelichtingen roepen uiteenlopende associaties op en de geaggregeerde antwoorden kunnen slechts een ruwe houding van het publiek in kaart brengen, ver weg van de waardering van specifieke vertrouwensrelaties. Zie Abelson en Miller (2009) voor verschillende invullingen die gewone (Canadese) burgers geven aan 'vertrouwen in de gezondheidszorg'.

15 Het percentage is opvallend laag, maar de grotere tevredenheid van ouderen is wel in overeenstemming met eerder onderzoek (Smets 2009; Wendt et al. 2010, Missine et al. 2013, Hero et al. 2016).

ringskracht van persoonlijke ervaringen is echter beperkt (zie o.a. Calnan en Sanford 2004, Bleich et al. 2009, Smets 2009).

Tabel 2

Verschillen in negatieve opvattingen over de zorg, Nederlandse bevolking van 18+, 2011 (in procenten)

categorieën (aandeel van respondenten)	ontevreden ^a	geen vertrouwen in systeem ^b	geen verbetering ^a	geen vertrouwen in artsen ^b	lage verwachting ^b
allen (100%)	11	15	41	4	7
man (46%)	11	11	37	4	7
vrouw (54%)	10	19	45	4	7
18-34 (19%)	13	12	35	5	10
35-49 (24%)	16	17	44	5	8
50-64 (32%)	10	16	51	5	7
65+ (25%)	2	15	31	1	3
lager opgeleid (37%)	9	18	40	3	7
middelbaar (30%)	10	15	43	3	5
hoger opgeleid (27%)	13	9	43	7	8
vindt de eigen gezondheid uitstekend/ zeer goed (26%)	10	11	37	2	3
goed (45%)	10	15	43	3	7
redelijk/slecht (27%)	13	20	44	6	10
uiterst/zeer tevreden over zijn of haar laatste bezoek aan een arts (45%)	6	9	37	3	3
daarover hoogstens matig tevreden (47%)	14	21	48	5	10

a Onder figuur 14 vermelde vragen: % (tamelijk/zeer/uiterst) ontevreden over de gezondheidszorg in Nederland en % (sterk) oneens met de verwachting dat de gezondheidszorg de komende jaren beter wordt.

b Zie toelichting onder tabel 1.

Bron: International Social Survey Programme (2011 Health and Health Care module)

In het in paragraaf 4 aangehaalde onderzoek naar de kwaliteit van publieke dienstverlening is ook gekeken naar verschillen in oordelen tussen gebruikers en niet-gebruikers. Voor veel domeinen (o.a. onderwijs en openbaar vervoer) geldt dat gebruikers positiever zijn dan niet-gebruikers. Binnen de medische zorg geldt dat niet. De verschillen tussen gebruikers¹⁶ en niet-gebruikers zijn klein, beide groepen zijn overwegend positief over de huisarts, ziekenhuiszorg en medisch specialist (Eggink et al. 2013b: 29). Gebruikers van ziekenhuizen (mensen die zelf het ziekenhuis bezochten of van wie iemand in het huis-

16 Hier gedefinieerd als mensen die zelf gebruik hebben gemaakt van een medische zorgvoorziening.

houden dat deed) zijn het minst positief over de informatie die men geeft over andere behandelingen en de tijd die men moet wachten in de wachtkamer. Over de thuiszorg zijn niet-gebruikers wel negatiever dan gebruikers, maar daar doet zich binnen de groep ‘gebruikers’ een opmerkelijk verschil voor. Mensen die zelf thuiszorg ontvingen, zijn aanzienlijk minder negatief dan niet-gebruikers, mensen die te maken hadden met zorg voor een ander in hun huishouden zijn daarover negatiever (Eggink et al. 2013b: 30).¹⁷ Gebruikers van de thuiszorg zijn het minst positief over de wisseling van hulpverleners, de informatie over betalingen en rekeningen en de flexibiliteit van de thuiszorginstelling.

Relatie met gebrek aan politiek vertrouwen

Als overgang naar de volgende paragraaf werpen we tot slot een blik op de relatie tussen ontevredenheid over de gezondheidszorg en ontevredenheid over andere aspecten van het maatschappelijk leven. Daarvoor grijpen we terug op het ESS (figuur 11). In de combinatie van de twee meest recente metingen in Nederland (2012/’13 en 2014/’15) gaf 18% op een schaal van 0-10 18% van de Nederlanders een dikke onvoldoende (0-4). In tabel 3 staat een aantal categorieën vermeld met hogere percentages onvoldoendes, inclusief drie sociaal-demografische categorieën.¹⁸

Onder ‘statistische effecten’ is in de tabel vermeld of de genoemde kenmerken verschil maken als geen rekening wordt gehouden met andere kenmerken, met verschillen door sekse, leeftijd en opleidingsniveau, en met verschillen op alle genoemde kenmerken.

Het grootste verschil maken ontevredenheid met de eigen gezondheid, een negatieve waardering van de multiculturele samenleving en vooral een gebrek aan vertrouwen in het parlement. Wordt rekening gehouden met de overlap tussen alle genoemde kenmerken dan heeft het opleidingsniveau en de houding tegenover de multiculturele samenleving geen effect meer. Het ontbreken van vertrouwen in het parlement vergroot de kans op ontevredenheid over de zorg het meest. Daar hoeft geen causaliteit achter te liggen dat de zorg negatief wordt beoordeeld omdat men de politiek niet vertrouwt, maar het maakt wel aannemelijk dat ontevredenheid over de zorg deel kan uitmaken van een algemener gevoel van maatschappelijk onbehagen of politieke onvrede. Laten we dat verder verken-

17 Voor verpleeghuizen is in dit onderzoek geen onderscheid gemaakt tussen gebruikers en niet-gebruikers, omdat alleen thuiswonenden de enquête invulden (zie: Eggink et al. 2013: 30).

18 Anders dan volgens de ISSP-gegevens zijn vrouwen en lageropgeleiden nu wat vaker ontevreden dan mannen respectievelijk hogeropgeleiden. Dit verschil kan te maken hebben met de vraagstelling, in het bijzonder de plaats van de vraag in de enquête. In het ISSP volgt de vraag over tevredenheid op een aantal vragen over (de eigen ervaringen met) de zorg, in het ESS dit de vraag in een rijtje vragen over tevredenheid met heel verschillende zaken (zie het commentaar bij figuur 11). Zo’n mogelijk verschil door de setting moet o.i. overigens niet gezien worden als bewijs van de willekeurigheid van bevindingen van bevolkingsenquêtes, maar als illustratie van verschillen in de realiteit: het maakt uit of mensen over ‘de zorg’ praten als terrein van overheidsbeleid of als terrein waarop zorg wordt gegeven.

nen door te bekijken hoe de zorg ter sprake komt als mensen uitleggen waarom ze het in niet goed vinden gaan in Nederland.

Tabel 3

Ontevredenheid over de gezondheidszorg bij mensen met verschillende kenmerken, bevolking van 18+, 2012-'15 (in procenten en effectscores)

categorieën (aandeel van respondenten)	%	statistische effecten ^b		
		ken- merken afzon- derlijk bezien	sociaal- demo- grafisch gecorri- geerd	rekening houdend met alle verschillen
allen (100%)	18			
vrouw (54%)	20	+	+	+
35-64 jaar (57%)	20	+	+	+
niet hoog opgeleid (65%)	22	++	++	.
niet heel tevreden over de eigen gezondheid (27%)	26	++	+	+
komt niet gemakkelijk rond met huishoudinkomen (50%)	23	++	+	+
heeft geen vertrouwen in Tweede Kamer (47%)	29	++	++	++
vindt komst buitenlanders negatief voor het culturele leven (34%)	26	++	++	+
vindt dat de Europese eenwording te ver is gegaan (56%)	22	++	+	.

a Significant ($p < 0,01$ eenzijdig) meer ontevredenheid: + (odds ratio > 1) en ++ (odds ratio > 2).

Bron: European Social Survey 6-7

7 De zorg als argument voor maatschappelijk pessimisme

In het Continu Onderzoek Burgerperspectieven (COB) vragen we aan het einde van de enquête altijd of mensen het al met al dat het net het land meer de verkeerde of goede kant opgaat, en na de keuze van een antwoord vragen we hun hun antwoord toe te lichten. Bij de beantwoording van die toelichtingsvraag wordt het thema 'zorg' het afgelopen jaar regelmatig genoemd.¹⁹ Soms gebeurt dat heel kort, bijvoorbeeld in de veelvoorkomende verwijzing 'zorg en onderwijs', maar vaak ook wordt er uitvoerig ingegaan op allerlei misstanden in de zorg in het algemeen en de ouderenzorg in het bijzonder.

Ontoegankelijk, onbetaalbaar, onrechtvaardig

Veel mensen maken zich zorgen over de bezuinigingen en (hogere) zorgkosten en daarmee ook de toegankelijkheid van de zorg:

¹⁹ Eerder ook wel, maar voor deze paragraaf hebben we de toelichtingen onderzocht die zijn gegeven in het tweede kwartaal van 2015 en 2016.

Als men ouder wordt krijgt men meer zorgkosten. Dit betekent dat de oudere mens in Nederland ongeveer 30 euro per maand extra moet betalen aan zorgkosten (eigen risico noemen ze dat). Diverse medicijnen worden ook niet meer vergoed.

Steeds meer medicatie is niet meer leverbaar. Menig zorgverlener (huishoudelijke hulp, persoonlijk verzorgende) kan de taken waar deze persoon voor is aangesteld niet uitvoeren. Dit heeft verder geen consequenties voor de zorgverlener, de cliënt is de dupe. Deze krijgt geen zorg of hulp.

*De zorg wordt steeds duurder waardoor mensen geen zorg meer kunnen betalen.
Gezondheidszorg wordt minder toegankelijk.*

De zorg is te duur en inefficiënt, de premies zijn te hoog, er wordt steeds minder vergoed en de kwaliteit van de zorg neemt af. In de open antwoorden wordt duidelijk dat de politiek als schuldige voor deze verslechtering wordt aangewezen. Problemen in de zorg worden zelden of nooit op het conto geschreven van bijvoorbeeld de vergrijzing of het meer en meer beschikbaar zijn van nieuwe en dure geneeskundige procedures en medicijnen die de zorg duurder maken. Integendeel, de politiek is verantwoordelijk en in zoverre vormt de onvrede over de zorg dus ook een (belangrijk) deel van het maatschappelijk onbehagen. Niet alleen vindt men het gevoerde beleid slecht, men voelt zich ook belazerd door de politiek of verwijt politici dat zij vooral hun eigen belangen behartigen en geen oog hebben voor zwakke groepen (m.n. ouderen) die er op achteruit gaan.²⁰

*Ik maak mij zorgen omtrent de gezondheidszorg, er komt een tijd die die niet meer te betalen is.
We hebben fouten gemaakt, we hadden het oude ziekenfonds moeten houden.*

*De Nederlandse overheid belazert de eigen burgers, liegt ze voor en pakt ze al jaren in de beurs.
Gehandicapten worden uitgekleed. Het is een schande als je gehandicapt bent hier! Dan kort de overheid 10% op het inkomen van verzorgster per 1 januari 2015 (pgb) waardoor hun eigen inkomen wel om hoog gaat maar dat deze mensen keihard 10 % in te leveren...*

Politici liegen, bedriegen en stelen, er komt alleen maar meer werkloosheid in plaats van minder, alles word duurder, er worden zomaar extra belastingen verzonnen, zoals het inhouden van vakantie-geld, immigranten word de hand boven het hoofd gehouden in plaats van ze te echt te laten integreren, de zorg gaat hard achteruit, de burger krijgt de schuld van de te hoge zorg verzekering omdat die voor elk wisse wasje naar de dokter zal gaan terwijl juist de specialisten en ziekenhuizen idiote prijzen vragen...

20 Dit was ook het beeld in ons derde kwartaalbericht van 2012 (Dekker et al., 2012) toen we aandacht besteedden aan de houdbaarheid van de (medische) zorg. Als schuldige voor de oplopende zorgkosten wezen burgers toen vooral naar de politiek en de zorgsector. De politiek zou te weinig doen om de kosten in de hand te houden en introduceerde een duurdere zorgverzekeringswet. Verspilling en inefficiënt werken waren andere genoemde oorzaken voor de oplopende zorgkosten. Men vond meer efficiëntie de oplossing: minder managers, lagere salarissen voor specialisten, minder onnodige behandelingen en minder dure medicijnen.

De hoge zorgkosten worden doorgaans niet geweten aan meer gebruik van (dure) zorgvoorzieningen, bijvoorbeeld vanwege de vergrijzing, maar aan een inefficiënt en overgereguleerd zorgstelsel in het algemeen en de zorgverzekeraars en grote farmaceutische bedrijven die de prijs voor medicijnen zo hoog mogelijk opvoeren in het bijzonder:

Miljardenwinsten bij de 'big pharma' terwijl de zorg onbetaalbaar is.

De zorg wordt steeds slechter en onbetaalbaar. Hoe kan dit? We konden het vroeger ook ophoesten zonder de enorme bedragen bij te betalen.

Ouderen zorg. Zorgbeleid gaat alleen over regeltjes. Alles moet dossiers e.d. moeten ingevuld, zelfs hoe vaak je poept!! Geldverspilling zorg, geef elk huis/instelling aan het personeel.

De gezondheidszorg met name de rol van de ziektekostenverzekeraars is veel te groot.

De ontoegankelijkheid van de zorg is voor sommigen extra wrang omdat ze opmerken dat terwijl de zorg voor veel Nederlanders steeds minder goed betaalbaar wordt vluchtelingen daarentegen gratis zorg ontvangen:

Nou omdat de vluchtelingen alles krijgen maar dan ook echt alles en wij de Nederlanders op een houtje moeten bijten! Wij krijgen geen gratis zorg!

Vind het pijnlijk om te zien hoe vluchtelingen geholpen worden ten koste van onze samenleving zeker de ouderen die het met veel minder hulp moeten redden terwijl dit vaak mensen zijn die hard hebben gewerkt zeker in de naoorlogse jaren.

Zorg voor gehandicapten en ouderen in dit land gaat naar de afgrond terwijl asielzoekers op alle manieren geholpen worden.

Men is bang dat de hogere zorgkosten in combinatie met grotere inkomensverschillen er in de toekomst (en misschien nu al) toe (zullen) leiden dat er een tweedeling in de zorg zal ontstaan waarbij alleen nog zij die het zich kunnen veroorloven kwalitatief goede zorg zullen ontvangen terwijl minder vermogenden met zorgproblemen zich genoodzaakt zien er maar mee te leven:

De zorgverzekering wordt steeds duurder, er ontstaat ook hier (in de zorg n.b.!) een steeds grotere tweedeling.

Met de uitgezette acties m.b.t. bijvoorbeeld gezondheidszorg, wordt er erg ingekadert wat er nog vergoed wordt. Mensen kiezen ervoor om te lang door te lopen met problemen waardoor je als zorginstelling vooral aan het puinruimen bent.

Sinds de zorgverzekeringen aan de macht zijn gaat het berg afwaarts met de zorg de bejaarden die ons land groot hebben gemaakt worden nu neer gezet als opvreTERS van de maatschappij de chroni-

sche zieken staan in de kou deze mensen die hun medicijnen zo hard nodig hebben kunnen de eigen bijdrage haast niet meer betalen.

Zorg is een dissatisfier

Opvallend is dat bijna niemand ‘de zorg’ expliciet als reden noemt waarom het met Nederland de goede kant op gaat. Integendeel, sommigen die van mening zijn dat het al met al de goede kant op gaat met ons land nuanceren dit gevoel door erop te wijzen dat ze zich desondanks toch zorgen maken over de zorg:

Zorg wordt wel minder [en] dat is zorgelijk.

Er zal nog wel het een en ander aan ouderenzorg kunnen worden gedaan...

Op twee punten vind ik dat Nederland zeker heel erg zou kunnen verbeteren: – Gezondheidszorg, het systeem van de verzekeringen – Vluchtelingen.

Weliswaar wordt de zorg soms als ‘sterk punt’ genoemd zodra men wordt gevraagd aan te geven wat er goed gaat in Nederland maar ook dit gebeurt niet zelden onder voorbehoud, bijvoorbeeld in de trant van: ‘De zorg in ons land is goed, nog wel...’

De gezondheids- en ouderenzorg is zeker niet het meest dominante element in het maatschappelijke onbehagen in Nederland. Mensen die pessimistisch zijn over Nederland hebben het vaker over de politiek, de manier van samenleven, de economie en immigratie. Maar daarna, op de vijfde plek, komt de gezondheidszorg (Den Ridder et al. 2016b: 24). Het thema wordt vaak genoemd in een (lange) rij met andere redenen waarom het de verkeerde kant op gaat met Nederland, wat er op duidt dat de ongerustheid over de zorg niet op zichzelf staat. Men ziet het als één van de terreinen waarop zaken zich in de verkeerde richting ontwikkelen, of noemt het bezwaarlijk dat er voor sommige dingen wel geld is (vluchtelingen) en voor de zorg niet.

Een jaar geleden was dit alles niet wezenlijk anders. Ook toen noemden veel mensen de bezuinigingen in en inefficiëntie van de zorg als reden waarom het met Nederland de verkeerde kant opgaat en ook toen maakten men zich zorgen over de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg in ons land. Het verband met de vluchtelingencrisis en het extra beroep dat hierdoor wordt gedaan op het Nederlands zorgsysteem werd toen echter nog niet of nauwelijks gelegd, dat is een recente ontwikkeling. De kwaliteit, efficiëntie en betaalbaarheid van de zorg lijken daarmee, net zoals zorgen over ‘ruwe omgangsvormen’, een van de structurele factoren te zijn die tot maatschappelijk onbehagen in Nederland leiden. Het is weliswaar niet de belangrijkste factor maar wel een onderwerp dat veel Nederlanders zorgen baart omdat bijna iedereen mag verwachten op enig moment in zijn leven ooit zelf met de (ouderen)zorg in aanraking te komen. Er is zowel ongerustheid over het lot van anderen (‘de ouderen die dit land hebben opgebouwd’) als ongerustheid over de (toekomstige) zorg voor zichzelf.

Nederlanders maken zich veel zorgen over de zorg. Dat was in 2014 (met lastenverzwaringen en decentralisaties in het vooruitzicht) meer het geval dan in de afgelopen maanden (met vluchtelingen als overheersend issue in de publieke opinie), maar van een trendmatige vermindering van zorgen is geen sprake. Gevraagd naar de belangrijkste onderwerpen voor de agenda van de regering, komen zorgkwesties al jaren bovenaan te staan. Voor zover men niet volstaat met globale verwijzingen naar ‘de zorg’, is vooral de ouderenzorg een probleem en punt voor de agenda. ‘Verbeteren van de gezondheidszorg’ is dan ook steevast een doel waaraan men de politiek graag meer geld zou laten uitgeven (naast andere topprioriteiten als werkgelegenheid, onderwijs en bestrijding van armoede). Dit zorgelijke beeld van de zorg bij het grote publiek kan wat gerelativeerd worden als we er metingen van tevredenheid aan toevoegen. Dan blijken Nederlanders in vergelijking met andere Europeanen helemaal niet zo negatief te zijn en komt de gezondheidszorg er binnenlands helemaal niet slecht af in vergelijking met het openbaar vervoer of politie en justitie. In dat perspectief van oordelen over ‘publieke dienstverlening’ (figuur 9 en 10) komt ook duidelijk naar voren dat men desgevraagd genuanceerd is: positief over de medische zorg (*cure*), maar negatief over de langdurige zorg (*care*), met name over tehuizen/verzorgings- en verpleeghuizen.

Het was beter en wordt nog slechter

Onze internationale gegevens stonden toe om tevredenheid af te zetten tegen toekomstverwachtingen. Daarbij bleek Nederland meer dan andere landen tevredenheid met het bestaande te koppelen aan pessimisme. Terugblikkend zijn Nederlanders ook relatief vaak van mening dat de zorg in de afgelopen vijf jaar slechter is geworden.

Deze negatieve visie op ontwikkelingen in de zorg past bij het pessimisme waarmee veel mensen aankijken tegen de Nederlandse samenleving. Een ruime meerderheid vindt in onze kwartaalonderzoeken naar Burgerperspectieven dat het met Nederland meer de verkeerde dan goede kant opgaat en in toelichtingen van hun pessimisme is zorg een van de belangrijkste onderwerpen. Met de zorg wordt dan beargumenteerd of geïllustreerd dat basisvoorzieningen voor het goede leven in het gedrang komen (ontoegankelijkheid/onbetaalbaarheid), dat het onrechtvaardig toegaat in ons land (wel geld voor de Grieken of vluchtelingen, niet voor onze ouderen) en dat de politiek geen greep heeft op de ontwikkelingen (verspilling, onbeheersbare kostenstijging²¹). Gevoelens van onrechtvaardigheid en

21 Op de spraakverwarring tussen politiek en burgerij rond ‘kosten van de zorg’ gingen we eerder in: “De overheid verdedigt de veranderingen in de gezondheidszorg, ouderenzorg en medische zorg vaak door te wijzen op het feit dat er in Nederland veel geld wordt uitgegeven aan de zorg en het verlangen de gezondheidszorg ook in de toekomst betaalbaar te houden. Burgers zien die problemen ook wel, maar kijken er anders tegenaan. Ze zien de problemen met de betaalbaarheid van de zorg wel maar niet als iets waarvoor zij verantwoordelijk zijn. Burgers zijn bezig met de betaalbaarheid van de zorg voor henzelf of voor kwetsbare groepen (m.n. ouderen) en niet zo met de betaalbaarheid voor de overheid. Door onvoldoende op te treden tegen verspilling in de zorg is de overheid vooral een

collectieve onmacht (i.c. nutteloosheid van de politiek) identificeerden we eerder als kernpunten van het maatschappelijk onbehagen (Dekker en Den Ridder 2011).

Het is moeilijk te zeggen of de zorg als zodanig bijdraagt aan het maatschappelijk onbehagen of slechts illustratiemateriaal voor dat onbehagen biedt. Dat geldt ook voor Europa en de multiculturele samenleving als nog prominentere thema's van onbehagen. Meer dan bij die thema's is er bij de zorg wel sprake van eigen of in ieder geval niet uitsluitend via de media gedeelde ervaringen: men betaalt voor de zorg, krijgt zorg, kent mensen in de omgeving die afhankelijk zijn van zorg of men heeft er als mantelzorger of als beroepskracht mee te maken.²²

Uiteindelijk blijken tevredenheid over en vertrouwen in 'de zorg' echter slechts beperkt te kunnen worden verklaard uit persoonlijke ervaringen. Er wordt vaak een kloof gesignaleerd tussen positieve oordelen over de gezondheidszorg waarmee men zelf te maken heeft en opvattingen over het zorgsysteem (Calnan en Sanford 2004, Blendon 2007). Op dezelfde manier als de politiek maar beperkt beoordeeld wordt op basis van het persoonlijk welbevinden, en de economie op basis van eigen werk en inkomen, spelen ook in de oordelen over de gezondheidszorg andere zaken een rol. Onderzoekers zijn zich ervan bewust. Slechts als voorbeeld een citaat van Bleich et al. (2009: 275), nadat ze in een internationale studie uit een hele reeks kenmerken van de zorg, de financiering ervan, de gezondheids-toestand van mensen en hun ervaringen met de zorg slechts 17,5% van de variantie in tevredenheid over het zorgstelsel konden verklaren:

'...based on the results of previous research, we strongly believe that factors like the portrayal of the health-care system by the media, the discussion of the system by political leaders, or even national events, such as war or the performance of national football teams, may be partly responsible for the remaining variation in satisfaction with the health-care system. Whether portrayals of the health-care system in newspapers or the popular press, for example, influence how patients perceive the health systems cannot be determined with our data...'

Voor een nadere duiding van de publieke stemming rond de zorg is het nodig om de individuele kluwen van tevredenheid en pessimisme, vertrouwen in professionals en wantrouwen ten aanzien van systemen en beleid te ontrafelen. Daar kunnen we in vervolg-

veroorzaker van de hoge kosten waarvoor 'ons soort mensen' vervolgens kan opdraaien. Berichtgeving over een geslaagde vermindering van de (groei van) collectieve uitgaven aan de zorg zal dan eerder in verband worden gebracht met stijgende eigen bijdragen en waarschijnlijke vermindering van kwaliteit en toegankelijkheid dan met het oplossen van een gemeenschappelijk financieringsprobleem."(Den Ridder et al. 2015: 12-13).

22 Het gaat vaak om meer dan premie betalen en eens bij de huisarts langsgaan. In een cob-enquête vroegen we eind 2014 naar eigen ervaringen met de Wmo: 11% had er zelf of in het huishouden mee te maken, 14% in de familie of vriendenkring en 10% beroepsmatig (deels overlappend; 63% gaf er niets mee te maken te hebben en 5% wist het niet; Den Ridder et al. 2014: 38-39). In focusgroepen van hetzelfde onderzoek is ook vaak wel iemand aanwezig die in de zorg werkt en als zodanig ervaringen inbrengt in discussies over de zorg. Dat zijn niet zelden ervaringen van werkdruk, bureaucratie en inefficiëntie waardoor anderen in hun negatieve beeld bevestigd worden.

onderzoek in het COB wellicht aan bijdragen. Er is echter ander onderzoek nodig om meer zicht te krijgen op de wisselwerking tussen mediaberichtgeving en de publieke stemming over de zorg (Soroka et al. 2013).

Onbehagen en vertrouwen

De zorgen van het grote publiek over de zorg worden meer gevoed door berichtgeving over het stelsel, beleid en misstanden dan door persoonlijke negatieve ervaringen met de zorg (afgezien van de financiële ervaringen met eigen bijdragen en een stijgend eigen risico). Percepties dat er veel onzeker is en bedreigd wordt, dat het ontbreekt aan heldere en gezaghebbende visies en verantwoordelijkheden en dat er allerlei onrechtvaardige dingen gebeuren die blijkbaar niet gecorrigeerd kunnen worden, dragen bij aan gevoelens van maatschappelijk onbehagen. Het kan ook zijn dat die gevoelens vooral worden opgewekt door bredere sociale en culturele trends als flexibilisering en globalisering (Steenvoorden 2016) en dat de zorg slechts kristallisatiepunten van die ontwikkelingen oplevert of vooral fungeert als bron van voorbeelden van wat in een onbestemd verleden wel beter was en nu steeds slechter dreigt te worden.

Voor het overheidsbeleid is de vraag hoeveel onbehagen over de zorg specifiek en authentiek is uiteindelijk niet heel relevant. Onbehagen als zodanig is geen object van beleid of zou dat niet moeten zijn. Daarvoor is het te vaag en nodigt het te zeer uit tot een politiek van machteloos begrip en ongericht streven naar ‘beter communicatie’ en ‘herstel van vertrouwen’. Het is waarschijnlijk verstandiger om uit te gaan van blijvend minder publieksvertrouwen en meer scepsis ten aanzien van politici en andere beleidsmensen (Norris 2007). Vertrouwen moet verdiend worden met betrouwbaarheid en prestaties. Daar kunnen drie dingen bij helpen:

- 1 Ingaan op naar voren gebrachte zorgen, klachten en problemen als zodanig en niet als mogelijke uitingen van onbehagen. Men kan iets proberen te doen aan moeilijk te bevatten regelingen, ingewikkelde procedures en onredelijke uitkomsten. Of men kan verdedigen wat er is als best mogelijke situatie. En natuurlijk moet men toegeven wat fout is gegaan en blijven wijzen op verbeteringen die zijn gerealiseerd, fabels en mythen over vermeende misstanden blijven bestrijden, et cetera. Dit ligt voor de hand, maar is misschien toch het herhalen waard voor beleidsmensen die menen dat ze vooral wat aan het gevoelsleven van de burger of de stemming in het land moeten doen.
- 2 Goed beseffen dat beleidsmensen soms een andere taal spreken dan de overige burgers. Zie het voorbeeld van de stijgende kosten van de zorg in noot 21: in de politiek gaat het dan primair om het groeiende beroep van de zorg op collectieve middelen, maar voor de burgers primair om hun private kosten, die juist stijgen als gevolg van maatregelen om de collectieve kosten te beheersen. Kwaliteit en efficiënte zijn ook woorden die zich lenen voor een verschillende macro- en micro-invulling. De misverstanden die het gevolg zijn van dergelijke verschillen roepen wantrouwen op en kunnen aannemelijk maken dat ook in de zorg de bestuurlijke elite geen band meer heeft met de gewone mensen. Dat is wel een communicatiepunt.

- 3 Meer doen om mensen gerust te stellen over de beschikbaarheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg in de toekomst. De onzekerheid daarover is waarschijnlijk de belangrijkste bron van zorgen in de bevolking. De politiek zal die zorgen niet helemaal kunnen wegnemen en dat ook helemaal niet willen (want onzekerheid is ook een basis voor eigen verantwoordelijkheid en voor veranderingsbereidheid). Maar iets meer zekerheid dat zorgbehoevenden ook in de toekomst niet in de kou hoeven staan of in de goot gaan belanden zou waarschijnlijk wel helpen om de stemming over de huidige zorg te verbeteren.

Literatuur

- Abelson, J., en F.A. Miller (2009). What does it mean to trust a health system? A qualitative study of Canadian health care values. *Health Policy*, nr. 91, p. 63-70.
- Bleich, S.N., E. Özaltın en C.J.L. Murray (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization*, nr. 87, p. 271-278.
- Blendon, R.J. (2007). Why Americans don't trust the government and don't trust healthcare. In: D.A. Shore (red.), *Trust crisis in health care: Causes, consequences, and cures*, p. 21-31. Oxford: Oxford University Press.
- Calnan, M.W., en E. Sanford (2004). Public trust in health care: the system or the doctor? *Quality and Safety in Health Care*, nr. 13, p. 92-97.
- Campos-Castillo, B.W. Woodson, E. Theiss-Morse, T. Sacks, M.M. Fleig-Palmer en M.E. Peek (2016). Examining the relationship between interpersonal and institutional trust in political and health care contexts. In: E. Shockley, T.M.S. Neal, L.M. PytlikZillig en B.H. Bornstein (red.), *Interdisciplinary perspectives on trust*, p. 99-115. New York: Springer.
- Dekker, P., P. van Houwelingen en E. Pommer (2012). *Burgerperspectieven 2012*|3. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dekker, P., R. van Dijk, P. van Houwelingen, W. Mensink en Y. Sonk (2015). *Burgerperspectieven 2015*|4. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dekker, P., L. van Noije en J. den Ridder, m.m.v. Th. van Dooremalen (2013). Overvloed aan onbehagen. In: RMO, *Het onbehagen voorbij*, p. 61-171. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Dekker, P., en J. den Ridder (red.; 2011). *Stemming onbestemd. Tweede verdiepingstudie van het Continu Onderzoek Burgerperspectieven*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dekker, P., en J. den Ridder (2014). *Burgerperspectieven 2014*|1. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Eggink, E., D. Verbeek-Oudijk en E. Pommer (2013a). *Burgers over de kwaliteit van publieke diensten. Een terugblik op 2002-2010*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Eggink, E., D. Verbeek-Oudijk en E. Pommer (2013b). *Achtergrondrapport bij: Burgers over de kwaliteit van publieke diensten. Een terugblik op 2002-2010*. Den Haag: scp.
- Hero, J.O., R.J. Blendon, A.M. Zaslavsky en A.L. Campbell (2016). Understanding what makes American dissatisfied with their health care system: An international comparison. *Health Affairs*, jg. 35, nr. 3, p. 502-509.
- Missine, S., B. Meuleman en P. Bracke (2013). The popular legitimacy of European healthcare systems. *Journal of European Social Policy*, jg. 23, nr. 3, p. 231-247.
- Nikoloski, Z., en E. Mossialos (2013). Corruption, inequality and population perception of healthcare quality in Europe. *BMC Health Services Research*, nr. 13, p. 472 (10 p.).
- Norris, P. (2007). Sceptical patients: Performance, social capital, and culture. In: D.A. Shore (red.), *Trust crisis in health care: Causes, consequences, and cures*, p. 32-46. Oxford: Oxford University Press.
- Ridder, J. den, en P. Dekker (2010). *Burgerperspectieven 2010*|2. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Ridder, J. den, M. den Draak, P. van Houwelingen en P. Dekker (2014). *Burgerperspectieven 2014*|4. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Ridder, J. den, P. Dekker en P. van Houwelingen (2015). Zorgen over de zorg: bevindingen in recent onderzoek naar de publieke opinie over de gezondheidszorg (bijlage bij Burgerperspectieven 2015)|3. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Ridder, J. den, P. Dekker en P. van Houwelingen, m.m.v. E. Schrijver (2016a). *Burgerperspectieven 2016*|1. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Ridder, J. den, W. Mensink, P. Dekker en E. Schrijver (2016b). *Burgerperspectieven 2016*|2. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau

- Smets, D. (2009). *Tevredenheid over gezondheidsvoorzieningen: positie van Vlaanderen in Europa en beïnvloedende factoren*. Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering.
- Soroka, S., A. Maioni en P. Martin (2013). What moves public opinion on health care? Individual experiences, system performance, and media framing. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, jg. 38, nr. 5, p. 893-920.
- Steenvoorden, E. (2016). *Societal pessimism. A study of its conceptualization, causes, correlates and consequences*. Den Haag/Amsterdam: Sociaal en Cultureel Planbureau/Universiteit van Amsterdam (proefschrift).
- Wendt, C., J. Kohl, M. Mischke en M. Pfeifer (2010). How do Europeans perceive their healthcare system? *European Sociological Review*, jg. 26, nr. 2, p. 177-192.

Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt twee keer per jaar zijn Werkprogramma vast. De tekst van het lopende programma is te vinden op de website van het scp: www.scp.nl.

SCP-publicaties

Onderstaande lijst bevat een selectie van publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Deze publicaties zijn in gedrukte vorm verkrijgbaar bij de (internet)boekhandel en zijn als pdf gratis te downloaden via www.scp.nl. Een complete lijst is te vinden op www.scp.nl/publicaties.

SCP-publicaties 2015

- 2015-1 *Rapportage sport 2014* (2015). Annet Tiessen-Raaphorst. ISBN 978 90 377 0731 1
- 2015-2 *Media:Tijd in beeld. Dagelijkse tijdsbesteding aan media en communicatie* (Het culturele draagvlak, deel 14) (2015). Nathalie Sonck en Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0732 8
- 2015-3 *Aanbod van arbeid 2014. Arbeidsdeelname, flexibilisering en duurzame inzetbaarheid* (2015). Jan Dirk Vlasblom, Patricia van Echtelt en Marian de Voogd-Hamelink. ISBN 978 90 377 0595 9
- 2015-4 *Zicht op zorggebruik. Ontwikkelingen in het gebruik van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging tussen 2004 en 2011* (2015). Inger Plaisier en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0641 3
- 2015-5 *Surveying ethnic minorities. The impact of survey design on data quality* (2015). Joost Kappelhof. ISBN 978 90 377 0545 4
- 2015-6 *Maten voor gemeenten. Prestaties en uitgaven van de lokale overheid in de periode 2007-2012* (2015). Evert Pommer, Ingrid Ooms en Saskia Jansen. ISBN 978 90 377 0738 0
- 2015-7 *Concurrentie tussen mantelzorg en betaald werk* (2015). Edith Josten en Alice de Boer. ISBN 978 90 377 0550 8
- 2015-8 *Langer in Nederland. Ontwikkelingen in de leefsituatie van migranten uit Polen en Bulgarije in de eerste jaren na migratie* (2015). Mérove Gijsberts (SCP) en Marcel Lubbers (Radboud Universiteit). ISBN 978 90 377 0571 3
- 2015-9 *Gisteren vandaag. Erfgoedbelangstelling en erfgoedbeoefening* (Het culturele draagvlak, deel 15) (2015). Andries van den Broek en Pepijn van Houwelingen. ISBN 978 90 377 0665 9
- 2015-10 *Vrouwen, mannen en de hulp aan (schoon)ouders* (2015). Alice de Boer, Mirjam de Klerk en Ans Merens. ISBN 978 90 377 0745 8 (elektronische publicatie)
- 2015-11 *Jeugdzorg: verschil tussen budget en contract. Een voorbeeld uit de regio* (2015). Evert Pommer en Klarita Sadiraj. ISBN 978 90 377 0737 3 (elektronische publicatie)

- 2015-12 *Wel trouwen, niet zoenen. De houding van de Nederlandse bevolking tegenover lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen 2015* (2015). Lisette Kuyper. ISBN 978 90 377 0742 7
- 2015-13 *Migranten uit Midden- en Oost-Europese landen in Nederland door de tijd gevolgd. Een vergelijking tussen twee panelonderzoeken* (2015). Mérove Gijsberts (SCP), Marcel Lubbers (RU), Jaco Dagevos (SCP/EUR), Joost Jansen (EUR), Godfried Engbersen (EUR) en Erik Snel (EUR). ISBN 978 90 377 0744 1 (elektronische publicatie)
- 2015-14 *Ouderenmishandeling in Nederland. Inzicht in kennis over omvang en achtergrond van ouderen die slachtoffer zijn van ouderenmishandeling* (2015). Inger Plaisier en Mirjam de Klerk (red.) ISBN 978 90 377 0748 9
- 2015-15 *De onderkant van de arbeidsmarkt in 2025* (2015). Marloes de Graaf-Zijl, Edith Josten, Stefan Boeters, Evelien Eggink, Jonneke Bolhaar, Ingrid Ooms, Adri den Ouden en Isolde Woittiez. ISBN 978 90 377 0742 7 (elektronische publicatie)
- 2015-16 *Op afkomst afgewezen. Onderzoek naar discriminatie op de Haagse arbeidsmarkt* (2015). Iris Andriessen, Barbara van der Ent, Manu van der Linden en Guido Dekker. ISBN 978 90 377 0746 5
- 2015-17 *Co-wonen in context. Samenwonende generaties, mantelzorg en de kostendelersnorm in de AOW* (2015). Cok Vrooman, Alice de Boer, Jean Marie Wildeboer Schut, Isolde Woittiez en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0750 2 (elektronische publicatie)
- 2015-18 *Niet van de straat. De lokale samenleving in globaliserende, groeiende steden* (2015). Lotte Vermeij en Jeanet Kullberg. ISBN 978 90 377 0753 3 (elektronische publicatie)
- 2015-19 *Wmo- en AWBZ-voorzieningen 2009-2012; Een nulmeting* (2015). Ab van der Torre en Lisa Putman. ISBN 978 90 377 0539 3
- 2015-20 *Vraag naar arbeid 2015* (2015). Patricia van Echtelt, Roelof Schellingerhout en Marian de Voogd-Hamelink. ISBN 978 90 377 0754 0
- 2015-21 *Nederland in Europees perspectief. Tevredenheid, vertrouwen en opinies* (2015). Jeroen Boelhouwer, Gerbert Kraaykamp en Ineke Stoop.(red.). ISBN 978 90 377 0756 4
- 2015-22 *Opvoeden in niet-westerse migrantengezinnen. Een terugblik en verkenning* (2015). Freek Bucx en Simone de Roos (red.). ISBN 978 90 377 0673 4
- 2015-23 *Vijf jaar Caribisch Nederland. Gevolgen voor de bevolking* (2015). Evert Pommer en Rob Bijl (red.). ISBN 978 90 377 0755 7
- 2015-24 *Meer democratie, minder politiek? Een studie van de publieke opinie in Nederland* (2015). Josje den Ridder en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0757 1
- 2015-25 *Pensioenen: solidariteit en keuzevrijheid. Opvattingen van werkenden over aanvullende pensioenen* (2015). Stella Hoff. ISBN 978 90 377 0758 8 (elektronische publicatie)
- 2015-26 *Vijf jaar Caribisch Nederland | Journalistieke samenvatting. Gevolgen voor de bevolking* (2015). Evert Pommer en Rob Bijl (red.); samengevat door Karolien Bais. ISBN 978 90 377 760 1 (elektronische publicatie)
- 2015-27 *Verzorgd in Europa: kerncijfers 2011. Een vergelijking van de langdurige zorg van 50-plussers in zestien Europese landen* (2015). Debbie Verbeek-Oudijk, Isolde Woittiez, Evelien Eggink en Lisa Putman. ISBN 978 90 377 0761 8 (elektronische publicatie)

- 2015-28 *Roemeense migranten. De leefsituatie in Nederland kort na migratie* (2015). Mérove Gijsberts (SCP) en Marcel Lubbers (RU) ISBN 978 90 377 0763 2
- 2015-29 *Keuzeruimte in de langdurige zorg. Veranderingen in het samenspel van zorgpartijen en cliënten* (2015). Mariëlle Non (CPB), Ab van der Torre (SCP), Esther Mot (CPB), Evelien Eggink (SCP), Pieter Bakx (EUR) en Rudy Douven (CPB). ISBN 978 90 377 0762 5 (elektronische publicatie)
- 2015-30 *55-plussers en seksuele oriëntatie. Ervaringen van lesbische, homoseksuele, biseksuele en heteroseksuele 55-plussers* (2015). Jantine van Lisdonk en Lisette Kuyper. ISBN 978 90 377 0766 3
- 2015-31 *Werelden van verschil. Over de sociaal-culturele afstand en positie van migrantengroepen in Nederland.* (2015). Redactie: Willem Huijnk, Jaco Dagevos, Mérove Gijsberts en Iris Andriessen. ISBN 978 90 377 0767 0
- 2015-32 *Pensions: solidarity and choice. Opinions of working people on supplementary pensions.* (2015). Stella Hoff. ISBN 978 90 377 0771 7 (elektronische publicatie)
- 2015-33 *Public sector achievement in 36 countries. A comparative assessment of inputs, outputs and outcomes* (2015). Benedikt Goderis (red.) ISBN 978 90 377 0741 0
- 2015-34 *De sociale staat van Nederland 2015* (2015). Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer, Evert Pommer en Iris Andriessen. ISBN 978 90 377 0768 7
- 2015-35 *Informeel hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014* (2015). Mirjam de Klerk, Alice de Boer, Inger Plaisier, Peggy Schyns en Sjoerd Kooiker. ISBN 978 90 377 0769 4
- 2015-36 *Betrokken wijken. Ervaringen van bewoners en professionals met wijkverbetering in vier (voormalige) aandachtswijken* (2015). Jeanet Kullberg, Lonneke van Noije, Esther van den Berg, Wouter Mensink en Malika Igalla, m.m.v. Hanneke Posthumus. ISBN 978 90 377 0764 9
- 2015-37 *Zorg vragen of zorg dragen? Een verkenning van de invloed van netwerken en inkomen op het gebruik van langdurige zorg door Nederlandse 55-plussers* (2015). Isolde Woittiez, Evelien Eggink, Debbie Verbeek-Oudijk en Alice de Boer. ISBN 978 90 377 0765 6 (elektronische publicatie)

SCP-publicaties 2016

- 2016-1 *Trust, life satisfaction and opinions on immigration in 15 European countries* (2016). Jeroen Boelhouwer, Gerbert Kraaykamp en Ineke Stoop. ISBN 978 90 377 0775 5
- 2016-2 *Lekker vrij!? Vrije tijd van vrouwen, tijdsdruk en de relatie met de arbeidsduur van vrouwen* (2016). Wil Portegijs (SCP), Mariëlle Cloïn (SCP), Rahil Roodsaz (Atria) en Martin Olsthoorn (SCP). ISBN 978 90 377 0776 2
- 2016-3 *Kiezen bij de kassa. Een verkenning van maatschappelijk bewust consumeren in Nederland* (2016). Peggy Schyns. ISBN 978 90 377 0709 0
- 2016-4 *Kleine gebaren. Het belang van dorpsgenoten voor ouderen op het platteland* (2016). Lotte Vermeij. ISBN 978 90 377 0779 3 (elektronische publicatie)

- 2016-5 *Niet buiten de burger rekenen! Over randvoorwaarden voor burgerbetrokkenheid in het nieuwe omgevingsbestel* (2016). Andries van den Broek, Anja Steenbekkers, Pepijn van Houwelingen en Kim Putter. ISBN 978 90 377 0774 8
- 2016-6 *Een lang tekort. Langdurige armoede in Nederland* (2016). Jean Marie Wildeboer Schut en Stella Hoff. ISBN 978 90 377 0780 9
- 2016-7 *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2014* (2016). Lisa Putman, Debbie Verbeek-Oudijk, Mirjam de Klerk en Evelien Eggink. ISBN 978 90 377 0785 4 (elektronische publicatie)
- 2016-8 *LHBT-monitor 2016. Opvattingen over en ervaringen van lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen* (2016). Lisette Kuiper. ISBN 978 90 377 0787 8
- 2016-9 *Overall rapportage sociaal domein 2015. Rondom de transitie* (2016). Evert Pommer en Jeroen Boelhouwer (red.). ISBN 978 90 377 0788 5
- 2016-10 *Samenvatting Overall rapportage sociaal domein 2015. Rondom de transitie* (2016). Evert Pommer, Jeroen Boelhouwer, Esther van den Berg en Maaïke den Draak. ISBN 978 90 377 0789 2
- 2016-11 *Societal Pessimism: A Study of its Conceptualization, Causes, Correlates and Consequences* (2016). Eefje Steenvoorden. ISBN 978 90 377 0786 1
- 2016-12 *Cumulaties in de jeugdhulp* (2016). Klarita Sadiraj, Michiel Ras en Evert Pommer. ISBN 978 90 377 0790 8 (elektronische publicatie)
- 2016-13 *Gedeelde waarden en een weerbare democratie. Een verkenning op basis van bevolkingsenquêtes* (2016). Paul Dekker en Josje den Ridder. ISBN 978 90 377 0793 9 (elektronische publicatie)
- 2016-14 *Thuiszorguitgaven en informele hulp. Relatie tussen veranderingen in de thuiszorguitgaven en het gebruik van informele hulp* (2016). Debbie Verbeek-Oudijk en Isolde Woittiez. ISBN 978 90 377 0792 2 (elektronische publicatie)
- 2016-15 *Werkloos toezien? Gevolgen van de crisis voor emancipatie en welbevinden* (2016). Ans Merens en Edith Josten. ISBN 978 90 377 0791 5 (elektronische publicatie)
- 2016-16 *Het brede-welvaartsbegrip volgens het SCP* (2016). Jeroen Boelhouwer. ISBN 978 90 377 0794 6 (elektronische publicatie)
- 2016-17 *Sport en cultuur. Patronen in belangstelling en beoefening* (2016). Annet Tiessen-Raaphorst en Andries van den Broek. ISBN 978 90 377 0795 3 (elektronische publicatie)
- 2016-18 *Gemiddelde budgetten per cliënt (en dag) voor de cliënten met een voogdijmaatregel en cliënten die 18 jaar of ouder zijn* (2016). Evert Pommer en Klarita Sadiraj. ISBN 978 90 377 0797 7 (elektronische publicatie)
- 2016-19 *Verzorgd in Europa: kerncijfers 2013. Een vergelijking van de zorg en ondersteuning voor 50-plussers in veertien Europese landen* (2016). Debbie Verbeek-Oudijk en Lisa Putman. ISBN 978 90 377 0798 4 (elektronische publicatie)
- 2016-20 *Taking part in uncertainty. The significance of labour market and income protection reforms for social segmentation and citizens' discontent* (2016). J.C. Vrooman. ISBN 978 90 377 0799 1
- 2016-21 *Tussen groen en grijs. Een verkenning van tuinen en tuinieren in Nederland* (2016). Jeanet Kullberg. ISBN 978 90 377 0796 0

- 2016-22 *De dorpse doe-democratie. Lokaal burgerschap bekeken vanuit verschillende groepen dorpsbewoners* (2016). Lotte Vermeij, Joost Gieling. ISBN 978 90 377 0802 8 (elektronische publicatie)
- 2016-23 *Aanbod van arbeid* (2016). Patricia van Echtelt, Simone Croezen, Jan Dirk Vlasblom, Marian de Voogd-Hamelink, m.m.v. Lucille Mattijssen. ISBN 978 90 377 0801 1
- 2016-24 *Beleidssignalement. Het gebruik van kinderopvang door ouders met lagere inkomens* (2016). Anne Roeters en Freek Bucx. ISBN 978 90 377 0803 5 (elektronische publicatie)
- 2016-25 *Gemeentelijke prestaties gemeten. Een vooronderzoek naar de meting van prestaties van de lokale overheid op gemeentelijk niveau.* (2016). Evert Pommer en Ingrid Ooms. ISBN 978 90 377 0804 2 (elektronische publicatie)
- 2016-26 *Nieuwe Spaanse migranten in Nederland* (2016). Mérove Gijsberts, Marcel Lubbers, Fenella Fleischmann, Mieke Maliepaard en Hans Schmeets. ISBN 978 90 377 0805 9
- 2016-27 *Zorg en onbehagen in de bevolking* (2016). Paul Dekker, Josje den Ridder en Pepijn van Houwelingen, m.m.v. Sjoerd Kooiker. ISBN 978 90 377 0807 3 (elektronische publicatie)

Overige publicaties

- Burgerperspectieven 2015 | 1* (2015). Paul Dekker en Josje den Ridder. ISBN 978 90 377 0740 3
- Burgerperspectieven 2015 | 2* (2015). Josje den Ridder, Paul Dekker en Pepijn van Houwelingen. ISBN 978 90 377 0751 9
- Burgerperspectieven 2015 | 3* (2015). Paul Dekker, Pepijn van Houwelingen en Tom van der Meer. ISBN 978 90 377 0759 5
- Burgerperspectieven 2015 | 4* (2015). Paul Dekker, Rozemarijn van Dijk, Pepijn van Houwelingen, Wouter Mensink en Yvette Sol. ISBN 978 90 377 0772 4
- Burgerperspectieven 2016 | 1* (2016). Josje den Ridder, Paul Dekker en Pepijn van Houwelingen, m.m.v. Esther Schrijver. ISBN 978 90 377 0772 4
- Burgerperspectieven 2016 | 2* (2016). Josje den Ridder, Wouter Mensink, Paul Dekker en Esther Schrijver. ISBN 978 90 377 0800 4
- Gescheiden werelden?* (2014). Mark Bovens, Paul Dekker en Will Tiemeijer (red.). ISBN 978 90 377 0734 2. Gezamenlijke uitgave van het SCP en de WRR.