

Health policy : an exploratory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands

Citation for published version (APA):

de Leeuw, E. J. J. (1989). *Health policy : an exploratory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Rijksuniversiteit Limburg. <https://doi.org/10.26481/dis.19891208e1>

Document status and date:

Published: 01/01/1989

DOI:

[10.26481/dis.19891208e1](https://doi.org/10.26481/dis.19891208e1)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

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

[Link to publication](#)

General rights

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

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

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

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

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

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

SUMMARY

'Health policy' is a comprehensive type of policy aimed at maintenance and improvement of health by addressing environmental, hereditary, lifestyle and health care system factors that affect health.

Since the early 1970s the call for such a policy, beyond control and regulation of health care facilities, has been growing. Since the late 1970s the World Health Organization has stimulated the formulation of national health policies. The Netherlands were among the first countries to publish a document on the issue: *Nota 2000* ('facts, considerations and policy intentions').

Central questions of this investigation focussed on the processes bringing about an operational health policy in the Netherlands, and on the perceptions by partners in these processes of the status and problems of such policy. Answering these questions, the prospects for a feasible health policy may be determined.

In **chapter 1** the rationale for the inquiry is presented, as well as the lay-out of this book. Specific research objectives are presented in 1.3.

In **chapter 2** the historical material leading up to *Nota 2000* is given. This material includes the writings by Henrik Blum. He gave us the force-field and well-being paradigms of health presented in a model as the rationale for development of virtual health policies. The Canadian Lalonde report is the first public document in which such policies are advocated. Its premises are discussed, and although the landmark report has not immediately caused a shift in policy priorities, its importance for the further development of health policy is recognized. Various WHO programmes have brought new impetus to health policies, and they are discussed in 2.2. Their main common thrust is the recognition that medical care systems can only partly be held responsible for the health of populations. In diminishing stages of abstractness the Primary Health Care ideology, the European Health for All plans, and the health promotion programme are discussed.

Development of *Nota 2000* may be placed in the latter realm. The chronology of its development shows that health policy has had limited priorities, and that creation of Dutch health policy is a matter of compromises. The more or less ambiguous character of the piece, described in 2.3.2, reflects these. Also, the formal discussions following its publication show an ambiguity among the partners in health: although the general objective of *Nota 2000* is commended, most actors regard the propositions and concrete consequences utopian to less or larger extents.

In **chapter 3** the state-of-the-art in academic writing about health policy is presented. In WHO jargon, the term 'healthy public policy', as opposed to 'public health policy', is coined. Differences are explored, where the more traditional 'public health policy' (setting the stage for healthy public policy) is analyzed in 3.1. Public policy for health seems to have been suffering from a proverbial inertia in state action. In this climate corporatist tendencies grew, leading to an entangled and complicated intertwined health system.

The largely anglo-saxon body of literature relating to health promotion and health policy is reviewed in search for the problems these approaches are facing. Specifically, mixed-scanning and mixed bottom-up/top-down approaches to policy development and implementation are favored. Intersectoral cooperation, a prime characteristic of health policy, is discussed. Seven barriers to coordination are listed, but no concise theoretical framework seems to be available for the study of the phenomenon. Integral intervention mixes, fine-tuning legislation, facilitation and education are discussed, but here as well, no empirical studies on the issue have been found. Finally, in the crucial realm of measurement and evaluation of health policy, effective combination of qualitative and quantitative indicators for health policy on longitudinal scales is suggested.

In **chapter 4** a theoretical framework is developed, based on the theory of agenda-building. The theory outlines processes and factors leading to the development of formal policy. It contains three major elements: 1 the existence of different publics (i.e. interest groups) contesting over issues on a 'systemic agenda' to be considered for policy on the 'institutional agenda'; 2 the use of media and symbolism in the expansion of an issue from a small circle of groups toward a larger one, thereby increasing the probability of the issue to become policy; and 3 the character of the issue as perceived by these groups. If an issue is perceived to have an equivocal character, to be of social relevance, relating to the long term, to be non-technical, and having few historical precedents, the probability will be higher that the issue will be addressed through policy.

Three models are suggested: the outside-initiative model (in which societal, or 'systemic' groups are held responsible for pressing an issue on the formal policy agenda), the inside-initiative model (where policy is created at the institutional level, and systemic support is to be emanated), and the mobilization model (where an issue is identified as having importance for policy-making on the institutional agenda, but launched only as an issue onto the systemic agenda, hoping that the process will lead to systemic support for an eventual policy). The chapter proceeds by presenting operational definitions of the various components, and formulation of hypotheses, where it is suggested that the relevant process with regard to Nota 2000 has followed lines of the mobilization model and has thus caused policy-effects.

A major flaw of the theory is recognized: it is static, and does not give indications with regard to adequately influencing the processes leading to agenda status, formal policy, or feasibility of policy.

In **chapter 5**, the methods and methodology of the investigation are presented and discussed. The methodology is largely of a qualitative nature, as the inquiry as a whole is exploratory because very little empirical work is available on the issue of health policy. The rationale for qualitative inquiry is found in the character of healthy public policy; the dynamic character of health policy-making; the content of health policies; the sample size; and the nature of units and variables for research on healthy public policy.

Types of quality control in qualitative inquiry (confidence, validity, and reliability) are discussed. Reliability is the most prominent type, and assured in this investigation through triangulation. Triangulation is the process of comparison and analysis of different data

sources, investigators, theories, and methods.

Results from semi-structured interviews were analyzed by two methods (thus triangulated), and consequently laid down in a report, which was fed back to the total research population for comments (using a semi-structured questionnaire). The results were triangulated with a media coverage analysis. The complete set of information was triangulated with documents produced by the various groups in the population, and compared with the chronology of Nota 2000 described earlier. Reliable measurements have thus been secured.

In **chapter 6** the results of the data collection are presented. Response has been adequate (combined responses 87%), although political offices were found to be little interested in the health policy issue. Eighty-two organizational documents were acquired, mainly annual reports, policy documents, and public statements. Ninety-five media coverages were retraced, of which the majority was found in specialized magazines. Radio/television coverage was found once.

Among respondents, there is no consensus whatsoever on the status of Nota 2000. To some it is policy, to others a mere symbolic piece. All respondents knew what Nota 2000 was about. About two-thirds of respondents regard the document as valuable. There was no clear correlation between evaluation and type of respondent organization.

Nota 2000 plays a minor role in all organizational documents; NGOs, bureaucrats and research organizations mention the document most. Consumer organizations pay almost no attention to Nota 2000. The attitude toward Nota 2000 expressed through the documents is generally reflective. Only one-sixth is critical. The media have been substantially more critical, but that attitude has been decreasing over time.

A relation between involvement in the developmental process by organizations, and subsequent activities in the realm of health policy has not been found. Of all groups, particularly NGOs have employed action, whether or not they were involved in the developmental process.

No respondent considered Nota 2000 unconditionally feasible. Ninety-seven barriers for implementation were mentioned. Generally, the structure of government, financial barriers, general vagueness of health policy, political will and trends in society were thought to be major barriers. These barriers relate directly to problems of the current health care system. With regard to the issue expansion criteria formulated in the theory of agenda-building, the issue of health policy has reached a sufficiently wide circle of groups, while the issue is generally perceived as suggested by the theory (unequivocal, socially significant, temporally relevant, non-technical, and with few precedents). The consistency of these characteristics is confirmed by comparison with value attributed to Nota 2000. However, health policy is not yet formalized at the institutional level. This indicates that other processes than proposed by the theory may play a role.

Reviewing media coverage and use of symbolism in the light of the theory, it appears that coverage does not meet the theoretical propositions. The mechanisms predicted by the mobilization model of the theory apparently have not worked.

About one-third of respondents perceived no organizational opposition to Nota 2000 whatsoever. Its non-feasibility is attributed to the character of health policy. Those who did see opposition mentioned particularly institutional care groups and financiers of care. Prevention policy -constituent part of health policy- was felt to be important, and most respondents would contribute to its development. However, most contributions were formulated rather abstractly: prerequisite-setting, or any preventive action was felt to be contributing. Concretely, child accident prevention policy was generally felt to be worthwhile, although firm commitment to its development was left to only one organization.

In **chapter 7** the findings are discussed, and conclusions drawn with regard to health policy

in the Netherlands as well as the theory employed.

The interest groups involved in the investigation found health policy in the Netherlands not feasible. This outcome was reaffirmed when they were confronted with the initial research findings. Further, most hypotheses as formulated on the bases of literature review and theoretical framework had to be rejected. There is no sufficient public support for health policy, nor do the appropriate theoretical issue characteristics imply increased systemic or institutional agenda status.

The mobilization model of the theory has thus not brought about the intended support for health policy. Although professional groups are not in support of health policy, the perceived non-feasibility may not only be attributed to these groups.

The use of metaphors and symbolism -as predicted by the theory- has been nearly non-existent, in spite of rather extensive media coverage. Whether non-feasibility of health policy may therefore be attributed to the absence of these factors has not been clarified.

No consistent relation was found between involvement in the development of health policy and subsequent activities undertaken by relevant groups. This would be an indicator for limited feasibility of health policy, as well as an indicator for the limited value of the theory. The publication of the Dekker-report -recommendations by a group of consultants with a conservative signature, aiming at introduction of market mechanisms in the Netherlands' health care- has clearly clouded interest in health policy. Its implications are twofold: first, the feasibility of health policy is felt to have decreased by its publication; and second, the theory of agenda-building does not give options for such a two-track policy approach. Two fields of interest are discussed: empirical data on health policy, and the value of the theory of agenda-building.

Supported by the literature, it is concluded that health policy is facing at least the same problems as health care policy. No immediate way out of the dilemma is found. At the very minimum, the national government should clearly state its commitments and purposes, as well as responsibilities. Where responsibilities do not coincide with government's, it should be made clear to professional and societal groups where their responsibilities and opportunities lay. The mobilization model of the theory could give indications as to the process to follow in this clarification.

However, the theory of agenda-building has been found to have its flaws. First, it is suggested that not all 'issues' lend themselves to application of the theory. 'Health policy' may be a too complicated construct to grasp adequately by interest groups. Extrinsic qualities of an issue are translated characteristics of the intrinsic qualities, and as such perceived by interest groups. 'The' issue therefore does not exist as intended by, for instance, institutional agenda-keepers. This may cause problems in the application of the mobilization model of the theory.

With regard to this mobilization model, several additions to the model are proposed. In using the model, three communication principles will have to be used explicitly while using existing intermediary structures. Further, we suggest that an intrinsically complex issue may be segmented as long as the principles of the general issue remain to pertain to the segments. Finally, it is recognized that the theory is too static to infer activities to increase the options for feasibility of health policy. We have attempted to develop a power constellation for groups possibly interested in health policy. Government could use proposed links between more or less powerful groups and perceived or intended stimulation of those groups to further health policy.

Finally, some research recommendations have been formulated, as well as conditions under which such research could be carried out.

In **chapter 8** the most recent developments in the realm of health policy in the Netherlands are reviewed. They are the Collective Prevention Act and the Core Document Health Policy.

Although these developments certainly constitute higher feasibility of health policy, only limited attention is paid to the flaws discussed in chapter seven. The conclusion remains that health policy, even under these improved conditions, has very limited feasibility.

SAMENVATTING

Dit proefschrift is niet zonder reden in het Engels geschreven. Het onderhavige aandachtsgebied lijdt enigszins aan een overvloed van (engelstalig) jargon. Deze Nederlandse samenvatting zal daarom niet vrij zijn van anglicismen en, voor de ingevoerden in het Engelse jargon, vertalingen die 'krom' aandoen.

'Gezondheidsbeleid' is een breed type beleid dat zich richt op de handhaving en bevordering van gezondheid. Dat laatste gebeurt door aandacht te schenken aan omgevingsfactoren, erfelijke factoren, leefwijzen en het gezondheidszorgsysteem.

Sinds het begin van de zeventiger jaren is de roep op zo'n beleid, dat verder gaat dan beheersing en regulering van het zorgsysteem, steeds krachtiger geworden. Vanaf het eind van de zeventiger jaren heeft de wereldgezondheidsorganisatie (WHO) de formulering van nationaal gezondheidsbeleid in haar lidstaten gestimuleerd. Nederland was onder de eerste landen waar een document over gezondheidsbeleid werd gepubliceerd: de Nota 2000 ('feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens').

De centrale vragen in dit onderzoek richten zich op de processen die tot operationeel gezondheidsbeleid in Nederland leiden, en op de percepties van de deelnemers in die processen over de status en problemen van een dergelijk gezondheidsbeleid. Door deze vragen te beantwoorden kunnen we de vooruitzichten voor een haalbaar gezondheidsbeleid vaststellen.

In **hoofdstuk 1** wordt de aanleiding voor dit onderzoek gepresenteerd, alsmede de indeling van dit boek. Specifieke doelstellingen van het onderzoek worden gegeven in paragraaf 1.3.

In **hoofdstuk 2** wordt de historische ontwikkeling van Nota 2000 beschreven. Daartoe behoort onder andere het werk van Blum. Hij beschreef paradigmata op het gebied van welbevinden en de krachtenvelden die voor gezondheid belangrijk worden geacht. Daarmee gaf hij de rationale voor de ontwikkeling van waarachtig gezondheidsbeleid. In het Canadese Lalonde-rapport wordt voor het eerst dergelijk gezondheidsbeleid door een overheid aangehangen. De premissen van dat rapport worden besproken, en hoewel de publicatie van het stuk niet onmiddellijk geleid heeft tot verschuivende beleidsprioriteiten moet erkend worden dat het stuk een mijlpaal in de ontwikkeling van gezondheidsbeleid mag worden geacht.

Verschillende programma's van de WHO hebben nieuw elan gebracht in het streven naar gezondheidsbeleid. Ze worden beschreven in paragraaf 2.2. Hun voornaamste overeenkomst

is de erkenning van het feit dat medische zorgsystemen slechts in beperkte mate kunnen bijdragen aan de gezondheid van de bevolking. In afnemende mate van abstractheid worden de Primary Health Care-ideologie, de Health for All-plannen, en het gezondheidsbevorderings-programma besproken.

De ontwikkeling van Nota 2000 kan met name gerelateerd worden aan het laatste. Uit de chronologie van haar ontwikkeling kan worden afgeleid dat de ontwikkeling van gezondheidsbeleid slechts beperkte prioriteit heeft gehad. Vaststelling van Nederlands gezondheidsbeleid is een zaak van compromissen. Het tweeslachtige karakter van het stuk, zoals beschreven in 2.3.2, illustreert dat. Voorts is ook een zekere tweeslachtigheid onderkend onder de gezondheids-organisaties tijdens de discussies die volgden op publicatie van Nota 2000: hoewel men het eens is met de algehele doelstelling van het stuk vinden de meeste actoren de stellingen en concrete consequenties van de Nota 2000 in meerdere of mindere mate utopisch.

In **hoofdstuk 3** wordt de academische stand van zaken met betrekking tot gezondheidsbeleid uiteengezet. In WHO-jargon wordt de term 'gezond overheidsbeleid' bedacht, in tegenstelling tot 'overheids-volksgezondheidsbeleid'. De verschillen tussen beide benaderingen worden beschouwd. Het volksgezondheidsbeleid (dat tenslotte het toneel vormt voor gezond overheidsbeleid) wordt geanalyseerd in 3.1. Het volksgezondheidsbeleid lijkt te hebben geleden onder een spreekwoordelijke inertie van de staat. In dat klimaat groeiden corporatistische tendenzen, die leidden tot een verstrikt en gecompliceerd samenhangend systeem. Een overzicht van de voornamelijk angelsaxische literatuur op het gebied van gezondheidsbevordering en gezondheidsbeleid wordt gepresenteerd om de problemen bij deze benaderingen te achterhalen. Men geeft de voorkeur aan 'mixed-scanning' en een gemengde vorm van 'bottom-up' en 'top-down' benaderingen bij beleidsvorming op dit gebied. Intersectorale samenwerking ('facetbeleid'), een belangrijke karakteristiek van gezondheidsbeleid, wordt beschouwd. Er worden zeven barrières genoemd voor intersectorale coördinatie, maar er blijkt geen theoretisch raamwerk beschikbaar te zijn voor de studie van het fenomeen. Integrale interventie-mixen die interventies als wetgeving, facilitering en voorlichting op elkaar moeten afstemmen worden eveneens beschouwd, maar ook hier wordt geen empirisch materiaal gevonden.

Tenslotte wordt op het gebied van onderzoek en evaluatie van gezondheidsbeleid het gebruik van een effectieve combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve indicatoren voor gezondheidsbeleid langs longitudinale schalen gesuggereerd.

In **hoofdstuk 4** wordt het theoretisch kader voor dit onderzoek geconstrueerd. Dat gebeurt op basis van de agenda-bouw theorie. Deze theorie heeft betrekking op processen en factoren die tot de totstandkoming van formeel beleid leiden. De theorie bestaat uit drie componenten: 1 het bestaan van verschillende 'publieken' (belangengroepen) die zich ervoor inzetten om zaken die op een 'systeem-agenda' staan op de 'institutionele agenda' voor beleid te krijgen; 2 het gebruik van media en symboliek om een bepaalde zaak ('issue') ook van belang te laten worden voor een grotere groep belanghebbenden, opdat daarmee de waarschijnlijkheid dat het in beleid wordt ingepast wordt vergroot; 3 het door de groepen ervaren karakter van het 'issue'. Als een 'issue' ervaren wordt als weinig eenduidig, met maatschappelijke relevantie, een lange-termijn belang, weinig technisch, en zonder precedenten, voorspelt de theorie dat de kansen groter worden dat het aangepakt wordt met formeel beleid.

Drie modellen worden voorgesteld: het 'van buiten-initiatief' model (waarbij maatschappelijke groepen verantwoordelijk worden geacht voor het op de formele beleidsagenda plaatsen van een issue), het 'binnenuit-initiatief' model (waar beleid wordt gemaakt op het institutionele niveau -de overheid- waarvoor vervolgens maatschappelijke steun moet komen), en het mobilisatie-model (waarbij op het institutionele niveau wordt erkend dat een issue

beleidsbelang heeft, maar vervolgens het issue op de systeem-agenda wordt gezet. Daarbij hoopt men dat op die wijze het mobilisatie-proces zal leiden tot maatschappelijke steun voor het uiteindelijke beleid). Het hoofdstuk vervolgt met operationele definities van de verschillende componenten, en de formulering van hypothesen. Daarbij wordt verwacht dat het beleidsvormings-proces voor de Nota 2000 de lijnen van het mobilisatie-model heeft gevolgd en als zodanig beleidseffect heeft.

Een belangrijk minpunt van de theorie wordt hierbij erkend: ze is statisch, en geeft geen indicaties hoe de verschillende processen die leiden tot agenda-status, formeel beleid, of haalbaarheid van beleid beïnvloed kunnen worden.

In hoofdstuk 5 worden methoden en methodologie van het onderzoek beschouwd. De methodologie is voornamelijk kwalitatief omdat het onderzoek exploratief van aard is aangezien er bijzonder weinig empirisch werk op dit gebied beschikbaar is. De meer precieze rationale voor kwalitatief onderzoek wordt gevonden in het karakter van gezondheidsbeleid, het dynamisch karakter van het gezondheidsbeleidsvormings-proces, de inhoud van gezondheidsbeleid, de omvang en aard van de onderzoekspopulatie, en de eigenschappen van eenheden en variabelen die onderzocht dienen te worden.

Verschillende types van kwaliteits-bewaking bij kwalitatief onderzoek (confidentie, validiteit, en betrouwbaarheid) worden beschouwd. Betrouwbaarheid is het meest prominent, en wordt verzekerd door triangulatie ('driehoeksmeting'). Triangulatie is het proces waarbij verschillende data-bronnen, onderzoekers, theorieën en methoden worden vergeleken en geanalyseerd.

De resultaten uit halfgestructureerde interviews werden met twee methoden geanalyseerd (en dus getrianguleerd), en vervolgens neergelegd in een rapport dat voor commentaar (met een gestructureerde vragenlijst) aan de onderzoekspopulatie werd teruggezonden. De resultaten hiervan werden getrianguleerd met een analyse van hetgeen de media over gezondheidsbeleid naar voren brachten. Dit geheel werd vervolgens getrianguleerd met documenten geproduceerd door de verschillende groepen in de onderzoekspopulatie, en vergeleken met de ontwikkelingsgang van Nota 2000. Betrouwbare metingen zijn daarmee zo goed mogelijk verkregen.

In hoofdstuk 6 worden de resultaten van de data-verzameling gegeven. Respons was adequaat (de gecombineerde respons was 87%), hoewel ministers en staatssecretarissen weinig geïnteresseerd bleken in gezondheidsbeleid. Tweëntachtig organisationele documenten werden verkregen: voornamelijk jaarverslagen, beleidsstukken en openbare uitlatingen. Verder werden 95 media-uitingen achterhaald, waarvan de meerderheid in gespecialiseerde tijdschriften werd gevonden. Er werd slechts een radio/televisie-uitzending gevonden. Onder de respondenten bestaat geen enkele consensus over de aard van de Nota 2000. Voor sommigen is het beleid, voor anderen een slechts symbolisch stuk. Alle respondenten wisten waarover Nota 2000 gaat. Ongeveer twee-derde van de respondenten achtten het stuk waardevol. Er was geen correlatie tussen waardering en het soort organisatie. Nota 2000 speelt slechts een geringe rol in de organisationele documenten. Niet-gouvernementale organisaties (NGOs), bureaucraten en onderzoeksorganisaties noemen het stuk het meest. Consumenten-organisaties besteden vrijwel geen aandacht aan de Nota 2000. In het algemeen neemt men een reflecterende houding aan in de documenten. Slechts een-derde is kritisch. De media zijn aanzienlijk kritischer geweest, maar die houding is door de tijd genomen verminderd.

Er is geen relatie gevonden tussen betrokkenheid bij het ontwikkelingsproces van de Nota 2000, en vervolgens ondernomen activiteiten op het gebied van gezondheidsbeleid. Van alle groepen hebben met name NGOs activiteiten ontplooid, of ze nu bij dat ontwikkelingsproces waren betrokken of niet.

Geen enkele respondent vond de Nota 2000 onvoorwaardelijk haalbaar. Er werden 97 hindernissen voor implementatie genoemd. Men vond met name overheidsstructuur, financiële barrières, algehele vaagheid van gezondheidsbeleid, politieke wil en trends in de samenleving een probleem. Deze zaken hebben een directe relatie met de problemen in het huidige zorgsysteem.

Wat betreft issue-expansie zoals geformuleerd in de theorie heeft de notie van gezondheidsbeleid een voldoende wijde cirkel groepen bereikt, terwijl het issue over het algemeen ervaren wordt zoals de theorie voorspelt (weinig eenduidig, maatschappelijk relevant, lange termijn, niet technisch en met weinig precedentes). De consistentie van deze karakteristieken is bevestigd door een vergelijking met de waardering van Nota 2000. Toch is gezondheidsbeleid thans niet geformaliseerd op het institutionele niveau. Dat geeft aanwijzingen dat andere processen dan die welke de theorie voorspelt een rol zouden kunnen spelen.

Wanneer media-uitingen en symboliek daarin in het licht van de theorie beschouwd worden, blijkt dat deze niet in overeenstemming zijn met de uitgangspunten van de agenda-bouw theorie. De mechanismen die in het mobilisatie-model worden gesuggereerd hebben klaarblijkelijk niet gewerkt.

Ongeveer een-derde van de respondenten ervoer geen enkele organisationele oppositie tegen de Nota 2000. Haar onhaalbaarheid wijt men aan het algemene karakter van het concept gezondheidsbeleid. Diegenen die wel oppositie zagen noemden met name de institutionele zorgverleners en financiers.

Preventiebeleid -een onderdeel van gezondheidsbeleid- ervoer men als belangrijk, en de meeste respondenten hadden dan ook de intentie om aan de ontwikkeling ervan bij te dragen. De mogelijke bijdragen daartoe werden echter nogal abstract geformuleerd: het werken aan voorwaarden, of preventie-activiteiten zag men als een bijdrage. Meer concreet vond men preventie van ongevallen bij kinderen de moeite waard, maar men liet het eventuele commitment aan dit beleid over aan slechts één organisatie.

In **hoofdstuk 7** worden de bevindingen in breder kader beschouwd, en conclusies getrokken over enerzijds gezondheidsbeleid in Nederland, en anderzijds de gebruikte theorie.

De belangengroepen die betrokken zijn geweest bij dit onderzoek vonden gezondheidsbeleid in Nederland niet haalbaar. Deze bevinding werd bevestigd toen ze werden geconfronteerd met de resultaten van de eerste onderzoeksrunde. Voorts moesten de meeste hypotheses zoals die (op basis van literatuurverkenning en theoretisch kader) geformuleerd waren, verworpen worden. Er is onvoldoende steun voor gezondheidsbeleid, noch betekent het dat de issue-karakteristieken zoals de theorie die bevat een toegenomen systeem- of institutionele agenda-status met zich meebrachten.

Het mobilisatie-model van de theorie heeft dus niet de voorgestelde steun voor gezondheidsbeleid teweeg gebracht. En hoewel professionele groepen niet vóór gezondheidsbeleid zijn, betekent dit niet dat haar onhaalbaarheid dan ook aan deze groepen toegeschreven mag worden.

Het gebruik van de media en symboliek -zoals de theorie die voorstelt- is vrijwel afwezig geweest, ondanks de veelheid aan media-uitingen. Of de ervaren onhaalbaarheid van gezondheidsbeleid nu mag worden toegeschreven aan de afwezigheid van deze factoren is in dit onderzoek niet aan het licht gekomen.

Er is geen consistente relatie gevonden tussen de betrokkenheid bij de ontwikkeling van Nota 2000 en de vervolgens in dat licht ondernomen activiteiten. Enerzijds is deze bevinding een indicator voor de beperkte haalbaarheid van gezondheidsbeleid, maar anderzijds kan het ook wijzen op de beperkte waarde van de gebruikte theorie.

De publicatie van het rapport van de commissie-Dekker (gericht op introductie van marktmechanismen in de Nederlandse gezondheidszorg) heeft de belangstelling voor gezondheidsbeleid duidelijk overschaduwd. De implicaties hiervan zijn ten eerste dat door

'Dekker' de haalbaarheid van gezondheidsbeleid is beperkt, en ten tweede dat de agenda-bouw theorie geen mogelijkheden geeft om zo'n duidelijk tweesporen-beleid helder te bestuderen.

Twee aandachtsvelden worden tenslotte beschouwd: empirische gegevens over gezondheidsbeleid, en de waarde van de agenda-bouw theorie.

De bevinding dat gezondheidsbeleid vooralsnog exact dezelfde problemen kent als gezondheidszorgbeleid wordt ook ondersteund in de literatuur. Er is geen onmiddellijke oplossing voor de daar gerezen dilemma's. De meest minimale randvoorwaarde lijkt wel dat de overheid duidelijk haar 'commitments', doelstellingen en verantwoordelijkheden neerlegt. Waar hun verantwoordelijkheden niet samenvallen met die van de overheid, moet aan professionele en maatschappelijke organisaties duidelijk worden gesteld waar zij wel liggen. Het mobilisatie-model van de theorie kan handvatten geven over de wijze waarop deze verheldering kan plaatsvinden.

De agenda-bouw theorie blijkt echter haar minpunten te hebben. In de eerste plaats moet worden erkend dat het waarschijnlijk zo is dat niet alle 'issues' zich lenen voor toepassing van de theorie. Zo kan 'gezondheidsbeleid' een te ingewikkeld construct zijn om adequaat te bevatten door belangengroeperingen. Extrinsicke kwaliteiten van een issue zijn de 'vertaalde' karakteristieken van de intrinsieke kwaliteiten. 'Het' issue bestaat dus nooit zoals voorgesteld door bijvoorbeeld institutionele agenda-houders. Dit kan tot problemen leiden in de toepassing van de theorie.

Wat betreft het mobilisatie-model worden verschillende aanvullingen op het oorspronkelijke model voorgesteld. Drie met name genoemde communicatie-principes moeten worden aangehouden, waarbij gebruik dient te worden gemaakt van intermediaire structuren. Verder wordt voorgesteld dat een intrinsiek complex issue gesegmenteerd mag worden zolang de generieke principes van toepassing blijven op de segmenten.

Tenslotte wordt erkend dat de gebruikte theorie te statisch is om daaruit activiteiten af te leiden om de haalbaarheid van beleid te vergroten. Er is getracht een machts-constellatie van betrokken groeperingen op te stellen. Op basis van de verhoudingen tussen enerzijds meer en minder machtige groepen en anderzijds de voorgenomen of feitelijke stimuli door gezondheidsbeleid voor die groepen, kan de overheid actie ondernemen om de totstandkoming van gezondheidsbeleid te bevorderen.

Tenslotte worden in dit hoofdstuk een aantal onderzoeksaanbevelingen gedaan, alsmede condities aangegeven waaronder dergelijk onderzoek zou moeten geschieden.

In hoofdstuk 8 worden de meest recente ontwikkelingen op het gebied van gezondheidsbeleid in Nederland beschouwd. Dat zijn de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid en het Kerndocument Gezondheidsbeleid. Hoewel deze ontwikkelingen zeker bijdragen aan een grotere haalbaarheid van gezondheidsbeleid wordt weinig aandacht besteed aan de problemen zoals die in hoofdstuk zeven zijn beschreven. Conclusie blijft dat gezondheidsbeleid, zelfs onder deze verbeterde omstandigheden, als weinig haalbaar mag worden gezien.