



Solidariteit in het Nederlandse Zorgstelsel

Een onderzoek naar de bereidheid om voor anderen te betalen onder de algemene bevolking

Wouter van der Schors

Anne Brabers

Judith de Jong

ISBN 978-94-6122-465-1

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2017 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van NIVEL en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Samenvatting	4
1 Inleiding	6
1.1 Solidariteit	6
1.2 Leeswijzer	6
2 Methode	7
2.1 Consumentenpanel Gezondheidszorg	7
2.2 Vragenlijst	7
2.3 Analyses	8
3 Solidariteit, de bereidheid tot betalen voor anderen	9
3.1 Solidariteit in 2015 lager dan in 2013	9
3.2 Afname van solidariteit onder mensen met een middel opleidingsniveau, mensen met een laag inkomen en mensen tussen de 40 en 64 jaar	10
3.3 Verwachte solidariteit gedaald onder laag opgeleiden, mensen met een laag inkomen, mensen tussen de 40 en 64 jaar	11
3.4 Conclusie	12
4 Zijn mensen meer of minder solidair met bepaalde groepen?	13
4.1 Hoge mate van solidariteit met mensen met een slechte gezondheid en genetische aanleg voor een ernstige ziekte, minder solidariteit ten aanzien van leefstijl	13
4.2 Verschillen tussen 2013 en 2015 voor roken, leeftijd, inkomen en gezondheid	13
4.3 Mensen die elke dag roken of veel alcohol drinken vooral solidair met eigen groep	15
4.3 Conclusie	17
5 Conclusie en beschouwing	19
5.1 Solidariteit gedaald	19
5.2 Verwachte solidariteit gedaald	20
5.3 Hoge mate van solidariteit met mensen met een slechte gezondheid en genetische aanleg voor ernstige ziekte, minder solidariteit ten aanzien van leefstijl	20
5.4 Hoe nu verder?	21
5.5 Sterke en zwakke punten van het onderzoek	22
5.6 Vervolgonderzoek	22
Literatuur	23
Bijlage A Tabellen	25
Bijlage B Gestelde vragen	27

Samenvatting

Solidariteit: een belangrijke pijler van het zorgstelsel

In Nederland dragen we via de zorgpremie voor het basispakket bij aan de betaling van de zorgkosten van zowel onszelf als van anderen. Dit noemen we solidariteit. Solidariteit is een belangrijke pijler van het zorgstelsel. In dit onderzoek hebben we solidariteit gedefinieerd als de bereidheid om voor anderen te betalen. Uit dit onderzoek blijkt dat de solidariteit van de bevolking in Nederland is gedaald tussen 2013 en 2015, waarbij deze daling met name wordt veroorzaakt door bepaalde groepen. Ook is het verschil in solidariteit tussen groepen groot. Verder blijkt dat er een hoge mate van solidariteit is met mensen met een slechte gezondheid en genetische aanleg voor een ernstige ziekte, maar minder ten aanzien van leefstijl.

Solidariteit gedaald, met name onder mensen met een middel opleidingsniveau of laag inkomen

De solidariteit van de bevolking in Nederland is gedaald tussen 2013 en 2015 van 73% naar 63%. De uitsplitsing naar achtergrondkenmerken laat zien dat er verschillen zijn tussen groepen in de mate van solidariteit. Zo bestaan er grote verschillen in solidariteit tussen hoog en laagopgeleiden en mensen met een hoog en laag inkomen. Er zijn ook verschillen te zien tussen 2013 en 2015. Onder hoogopgeleiden is de solidariteit in 2015 nagenoeg gelijk aan die in 2013, terwijl onder mensen met een middel opleidingsniveau, laag inkomen en mensen van 40-64 de solidariteit in 2015 lager ligt dan in 2013.

Verwachte solidariteit gedaald, met name verschil tussen hoog en laagopgeleiden is groot

Ook de mate van verwachte solidariteit (in hoeverre mensen verwachten dat anderen solidair zijn) is gedaald, namelijk van 60% in 2013 naar 54% in 2015. In tegenstelling tot de solidariteit, laat hier de uitsplitsing naar achtergrondkenmerken een minder consistent beeld zien. Zo is de verwachte solidariteit onder hoogopgeleiden en jongeren (18-39 jaar) iets hoger in 2015, terwijl middel en laagopgeleiden en mensen met een laag inkomen een daling laten zien in verwachte solidariteit. Met name het verschil tussen hoog (73%) en laagopgeleiden (39%) in verwachte solidariteit is groot.

Hoge mate van solidariteit met mensen met een slechte gezondheid en genetische aanleg voor ernstige ziekte, minder solidariteit ten aanzien van leefstijl

Mensen tonen zich in het bijzonder solidair met mensen met een niet zo goede gezondheid en mensen met een genetische aanleg voor een ernstige ziekte, gevolgd door ouderen en mensen die vaak naar de huisarts gaan. Het grootste deel van de mensen vindt dat deze groepen evenveel premie moeten betalen als mensen met een goede gezondheid, zonder genetische aanleg voor een ernstige ziekte, ouderen en mensen die minder vaak naar de huisarts gaan. Mensen blijken minder solidair ten aanzien van leefstijl: rokers, mensen die ongezond leven en mensen die veel alcohol drinken kunnen op de minste solidariteit rekenen. Deze groepen zouden volgens het merendeel van de mensen meer moeten betalen voor de premie voor de basisverzekering. Deze opvatting wordt mogelijk veroorzaakt door de eigen schuld gedachte die speelt bij mensen waarbij de betalingsbereidheid hoger is voor onvermijdbare zorgkosten dan voor vermijdbare zorgkosten veroorzaakt door leefstijl.

Sterke solidariteit met eigen groep

Verder is te zien dat er sprake is van een sterke solidariteit met de “eigen groep”, en dat deze opvattingen nauwelijks zijn veranderd in 2015 vergeleken met 2013. Ter illustratie, bijna drie keer zoveel mensen die nooit roken geven aan dat rokers meer moeten betalen voor de basisverzekering dan mensen die elke dag roken. Rokers zijn dus meer solidair met rokers dan niet-rokers. Hetzelfde beeld is te zien ten aanzien van alcohol gebruik en sporten. Dit solidair met de “eigen groep” zien we vooral bij leefstijl-gerelateerde thema’s.

Vervolgonderzoek

Alleen door solidariteit te blijven monitoren kunnen we vaststellen of de daling van solidariteit zoals gevonden in ons onderzoek zich doorzet. Bovendien hebben we via dit onderzoek geen inzicht gekregen in onderliggende mechanismen die verschillen en de daling in solidariteit kunnen verklaren: heeft het te maken met zorgkosten, zijn mensen minder solidair doordat ze minder vertrouwen hebben in de medemens, of ligt de toegenomen individualisering eraan ten grondslag? Door in toekomstig onderzoek verdiepende vragen te stellen zullen we betere uitspraken kunnen doen over de staat van de solidariteit, en over de factoren die hiervan op invloed zijn.

Methode

In dit onderzoek hebben we de solidariteit onder de bevolking in Nederland in kaart gebracht, en gekeken of deze veranderd is over tijd. We onderzochten in hoeverre mensen bereid zijn te betalen voor zorg voor anderen (solidariteit) en of ze verwachten dat anderen bereid zijn hiervoor te betalen (verwachte solidariteit). Ook onderzochten we in hoeverre mensen van mening zijn dat er verschillen in premie voor de basisverzekering zouden moeten bestaan tussen bepaalde groepen mensen. Moeten ouderen bijvoorbeeld meer premie betalen dan jongeren? Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van data verzameld binnen de “Barometer Solidariteit in het Nederlandse Zorgstelsel” van het NIVEL. Een steekproef van leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL wordt sinds 2013 elke twee jaar bevraagd om de solidariteit binnen het Nederlandse zorgstelsel in kaart te brengen. De data die in dit rapport gebruikt zijn, zijn afkomstig uit twee peilingen. De eerste vragenlijst is in oktober 2013 verzonden naar 1.500 leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. 764 leden vulden de vragenlijst in (respons 51%). De tweede vragenlijst is in november 2015 ook verzonden naar 1.500 leden. 633 leden vulden deze vragenlijst in (respons 42%).

1 Inleiding

1.1 Solidariteit

Met de invoering van de verzorgingsstaat in de twintigste eeuw heeft solidariteit gestalte gekregen (RMO, 2013). De overheid ging een leidende rol vervullen in het tot stand brengen van sociale voorzieningen en de financiering hiervan. Hierdoor waren mensen nu niet per definitie meer op elkaar en hun sociale netwerk aangewezen (RMO, 2013).

Ook het huidige Nederlandse zorgstelsel is in belangrijke mate gebaseerd op deze solidariteit (Maarse, 2011; RMO, 2013). Alle personen van 18 jaar en ouder die in Nederland wonen of werken zijn verplicht een basisverzekering af te sluiten die, onder andere, huisartsenzorg en ziekenhuiszorg dekt. Gebaseerd op solidariteit, is de premie van dezelfde basisverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar voor iedereen gelijk ongeacht persoonskenmerken zoals leeftijd en gezondheidstoestand. Er kunnen wel premieverschillen zijn tussen verschillende pakketten bij dezelfde zorgverzekeraar en tussen zorgverzekeraars. Op deze manier betaalt iedereen niet alleen voor de zorg die ze zelf gebruiken, maar draagt iedereen ook bij aan de betaling van zorgkosten van anderen. In dit onderzoek definiëren we solidariteit als de bereidheid om voor anderen te betalen in het basispakket.

Recente publicaties stellen dat de solidariteit in het zorgstelsel onder druk staat en dat deze mogelijk onhoudbaar wordt in de toekomst (CPB, 2013; RVZ, 2013; RMO, 2013). De zorgkosten stijgen als gevolg van, onder andere, de vergrijzing en nieuwe behandelmethoden. Dit leidt tot hogere premies voor de basisverzekering en beperking van zorg die onder de basisverzekering valt (Kloosterman, 2011). Pauline Meurs, voorzitter van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving, stelt het als volgt *“De solidariteit begint hier en daar wel wat scheuren en barsten te vertonen”* (Financieel Dagblad, 2016). Eerder onderzoek laat zien dat mensen over het algemeen wel bereid zijn om bij te dragen aan de kosten van chronisch zieken, maar dat mensen minder bereid zijn om te betalen voor zorgkosten veroorzaakt door gedrag dat hoort bij leefstijl, zoals roken, alcohol drinken en ongezond eten (Kloosterman, 2011; Kloosterman, 2015). We weten echter niet hoe het is gesteld met de algemene solidariteit in Nederland, en of hier veranderingen in zijn opgetreden.

1.2 Leeswijzer

Het doel van dit onderzoek is om de solidariteit onder de bevolking in Nederland in kaart te brengen, en om te kijken of deze veranderd is over tijd. Hiertoe brengen we eerst in kaart in hoeverre mensen bereid zijn te betalen voor zorg voor anderen en of ze verwachten dat anderen bereid zijn hiervoor te betalen (hoofdstuk 3). Daarnaast brengen we in kaart in hoeverre mensen van mening zijn dat er verschillen in premie voor de basisverzekering zouden moeten bestaan tussen bepaalde groepen mensen. Moeten ouderen bijvoorbeeld meer premie betalen dan jongeren? Of moeten rokers meer premie betalen dan niet-rokers (hoofdstuk 4)? In hoofdstuk 5 vatten we de belangrijkste resultaten samen en relateren we de bevindingen aan eerder onderzoek om veranderingen in solidariteit te duiden. We gaan ook in op de sterke en zwakke kanten van het onderzoek en de implicaties voor vervolgonderzoek.

2 Methode

2.1 Consumentenpanel Gezondheidszorg

Om inzicht te krijgen in solidariteit maken we gebruik van data verzameld binnen de “Barometer Solidariteit in het Nederlandse Zorgstelsel” van het NIVEL. Een steekproef van leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL wordt sinds 2013 elke twee jaar bevraagd om de solidariteit binnen het Nederlandse zorgstelsel in kaart te brengen.

Het Consumentenpanel Gezondheidszorg is opgericht in 1992 en heeft als doel om onder de algemene bevolking in Nederland meningen en kennis over de gezondheidszorg en de verwachtingen en ervaringen hiermee te meten. Door op landelijk niveau informatie te verzamelen over de meningen en ervaringen van gebruikers van de gezondheidszorg en de onderzoeksresultaten hiervan openbaar te publiceren, draagt het Consumentenpanel Gezondheidszorg bij aan de versterking van de positie van de gebruikers van de gezondheidszorg. Het Consumentenpanel is een zogenoemd accesspanel (Brabers et al., 2015). Een accesspanel bestaat uit een groot aantal personen dat zich bereid heeft verklaard regelmatig vragen te willen beantwoorden. In 2017 bestaat het panel uit bijna 12.000 leden. Van deze personen is een groot aantal achtergrondkenmerken bekend (bijvoorbeeld leeftijd, opleiding en ervaren gezondheid). Uit het panel worden voor de afzonderlijke peilingen steekproeven getrokken, bijvoorbeeld een steekproef representatief voor de algemene bevolking van 18 jaar en ouder. Het panel wordt op regelmatige basis verversd. Aanvulling is nodig om het natuurlijk verloop (zoals het overlijden van panelleden of het niet doorgeven van een adreswijziging na verhuizing) te compenseren. Daarnaast worden panelleden die langer lid zijn van het panel uitgeschreven om leereffecten te voorkomen. Het werven van nieuwe panelleden wordt op twee manieren gedaan. De eerste manier is door middel van het aankopen van een aselechte steekproef van adressen bij een adresleverancier. De tweede manier van werven van nieuwe panelleden gebeurt sinds 2013 en is via huisartspraktijken die deelnemen aan de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Een volledige beschrijving van gebruikte wervingsmethoden staat opgenomen in het basisrapport Consumentenpanel Gezondheidszorg (Brabers et al., 2015).

2.2 Vragenlijst

De data die in dit rapport gebruikt zijn, zijn afkomstig uit twee peilingen. De eerste vragenlijst is in oktober 2013 schriftelijk en online verzonden naar 1.500 leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. 764 leden vulden de vragenlijst in (respons 51%). De tweede vragenlijst is in november 2015 ook schriftelijk en online verzonden naar 1.500 leden. 633 leden vulden deze vragenlijst in (respons 42%). Bij beide peilingen ging het om een steekproef uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg die representatief was voor de algemene bevolking van 18 jaar en ouder naar leeftijd en geslacht. Het is dus niet dezelfde steekproef die benaderd is in 2013 en 2015. Wel hebben 34 mensen zowel de vragenlijst in 2013 en 2015 ingevuld omdat zij in beide steekproeven zaten.

De solidariteitsvragen maakten deel uit van een vragenlijst waarin meerdere thema's werden bevraagd. De relevante vragen voor dit onderzoek waren identiek in de vragenlijsten in 2013 en

2015 en bestonden uit twee onderdelen. Ten eerste vroegen we of mensen bereid zijn om voor anderen te betalen en of ze verwachten dat andere mensen bereid zijn om voor anderen te betalen in de basisverzekering. Hiermee meten we solidariteit en verwachte solidariteit. Ten tweede legden we de respondenten elf paren van tegengestelde groepen voor, waarbij de respondenten aan moesten geven of een van deze groepen veel of iets meer moest betalen of dat beide groepen evenveel moesten betalen. Het ging hier bijvoorbeeld om jongeren tegenover ouderen, rokers tegenover niet-rokers en mensen met een genetische aanleg voor een ernstige ziekte tegenover mensen zonder genetische aanleg voor een ernstige ziekte. Daarnaast vroegen we de respondenten om een aantal vragen in te vullen over hun ervaren gezondheid, leefstijl (bijvoorbeeld roken), en zorggebruik. Een volledig overzicht van de gestelde vragen is te vinden in bijlage B.

2.3 Analyses

Weegfactor

Ook al was de steekproef representatief naar leeftijd en geslacht voor de algemene bevolking, de groep respondenten was dat niet helemaal. Ouderen respondeerden bijvoorbeeld relatief vaak. Wanneer er uitspraken worden gedaan over de algemene bevolking, is er dan ook een weging toegepast om hiervoor te corrigeren. In 2013 liepen de weegfactoren uiteen van 0,64 tot 1,19. In 2015 liepen de weegfactoren van 0,60 tot 1,79.

Statistische analyses

De data verzameld binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg zijn geanalyseerd met behulp van STATA, versie 14.0. Ten eerste zijn beschrijvende statistieken (frequentieverdelingen) gedaan om inzicht te krijgen in de data. Om te vergelijken of solidariteit of verwachte solidariteit is veranderd tussen 2013 en 2015 is gebruik gemaakt van multivariate logistische regressie met (verwachte) solidariteit als afhankelijke variabele en jaartal, geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en ervaren gezondheid als onafhankelijke variabelen. In de regressieanalyse zijn categorische variabelen opgenomen als dummy variabelen. Om relaties tussen andere variabelen te onderzoeken is gebruik gemaakt van kruistabellen met de Chi-kwadraat toets. Bij alle analyses is een significantieniveau van 5% aangehouden.

3 Solidariteit, de bereidheid tot betalen voor anderen

In dit hoofdstuk gaan we in op solidariteit en verwachte solidariteit (in hoeverre mensen verwachten dat anderen solidair zijn). We bekijken de verschillen tussen 2013 en 2015. Vervolgens gaan we op zoek naar mogelijke verklaringen voor deze verschillen door uitsplitsingen te maken naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, inkomen en ervaren gezondheid. Dit doen we zowel voor solidariteit als solidariteit verwacht van anderen.

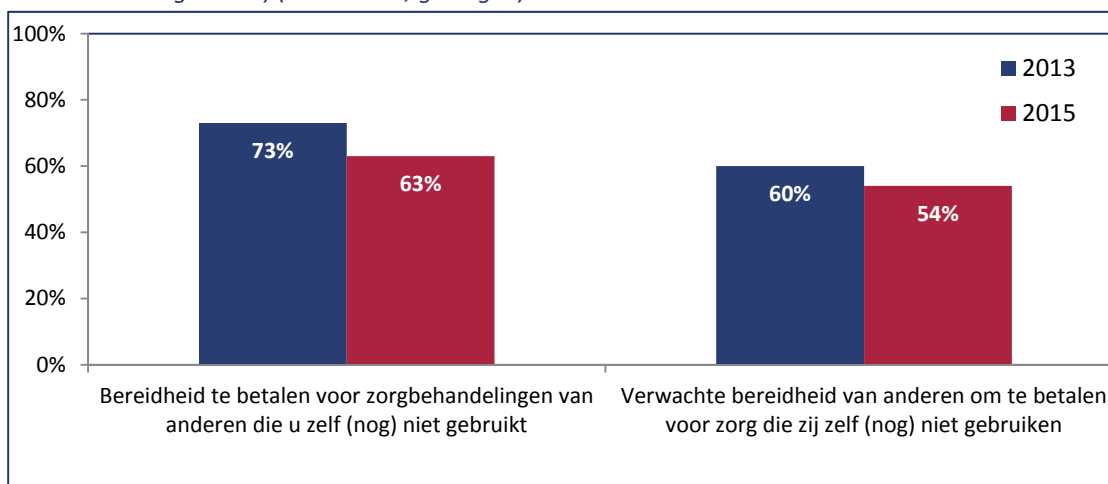
Belangrijkste resultaten

- * Solidariteit en verwachte solidariteit is in 2015 significant lager dan in 2013.
- * Afname van solidariteit te zien onder mensen met middel opleidingsniveau, mensen met een laag inkomen en mensen van 40 tot 64 jaar.
- * Afname verwachte solidariteit te zien onder mensen met een laag opleidingsniveau, zij rapporteren ook de laagste score op verwachte solidariteit in 2015 (39%).

3.1 Solidariteit in 2015 lager dan in 2013

In 2013 geeft 73% van de mensen aan bereid te zijn om te betalen voor zorg in de basisverzekering waar zij zelf geen gebruik van maken, maar anderen wel (zie figuur 3.1). Dit percentage is in 2015 significant lager, namelijk 63%. In 2013 en 2015 zijn mensen ook gevraagd naar de mate waarin ze denken dat anderen bereid zijn om voor zorg in de basisverzekering te betalen die zij zelf niet gebruiken. In 2013 dacht 60% van de mensen dat anderen hiertoe bereid waren tegenover 54% in 2015. Het verschil tussen 2013 en 2015 in solidariteit en verwachte solidariteit is significant¹. Een volledig overzicht van de regressieanalyse is opgenomen in bijlage A.

Figuur 3.1 Bereidheid om te betalen voor anderen (solidariteit) en verwachte bereidheid van anderen om te betalen voor anderen (verwachte solidariteit) in 2013 en 2015 (gewogen naar leeftijd en geslacht) (N=571-730, gewogen)



¹ Gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, inkomen en ervaren gezondheid

3.2 Afname van solidariteit onder mensen met een middel opleidingsniveau, mensen met een laag inkomen en mensen tussen de 40 en 64 jaar

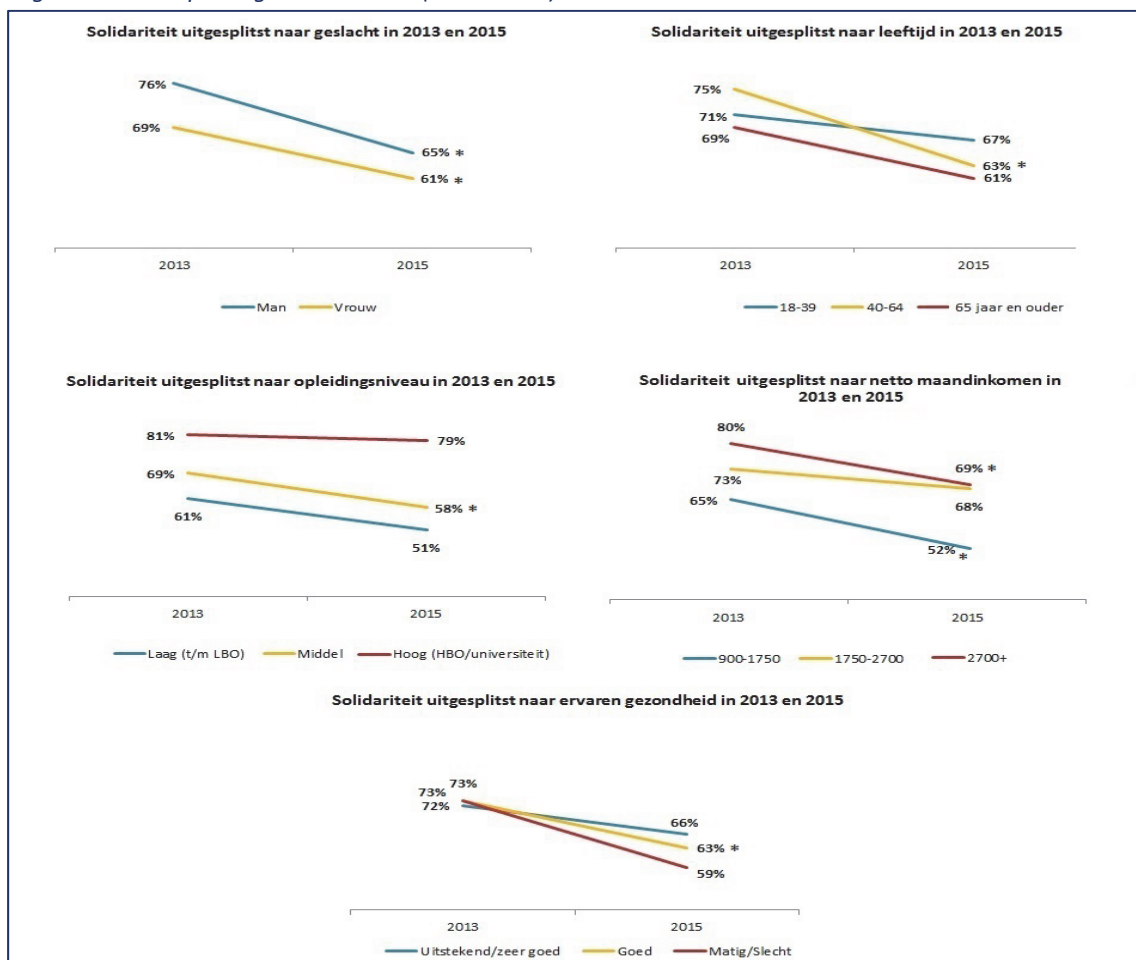
We zien dat de solidariteit en verwachte solidariteit lager is in 2015 dan in 2013. Om deze daling in solidariteit te duiden kijken we naar de achtergrondkenmerken geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, ervaren gezondheid en netto-inkomen. Uit eerder onderzoek is gebleken dat deze kenmerken mogelijk van invloed zijn op de mate van solidariteit (Bonnie et al., 2010; Kloosterman, 2011; Kloosterman, 2015).

Solidariteit

Figuur 3.2 laat zien dat de daling in solidariteit over het algemeen voor alle vijf de achtergrondkenmerken geldt. Er zijn echter wel verschillen in de mate van daling tussen groepen. Een significante daling is te zien bij mensen met middel opleidingsniveau, mensen met een netto maandinkomen van 900-1.750 euro (-13%) en mensen van 40-64 jaar (-12%).

De hoogopgeleiden (-2%), mensen van 18-39 jaar (-4%), mensen met een netto maandinkomen van 1.750-2.700 euro (-5%) en mensen met een uitstekende/zeer goede gezondheid (-6%) laten geen significante verschillen zien.

Figuur 3.2 Uitsplitsingen solidariteit (N=563-731)

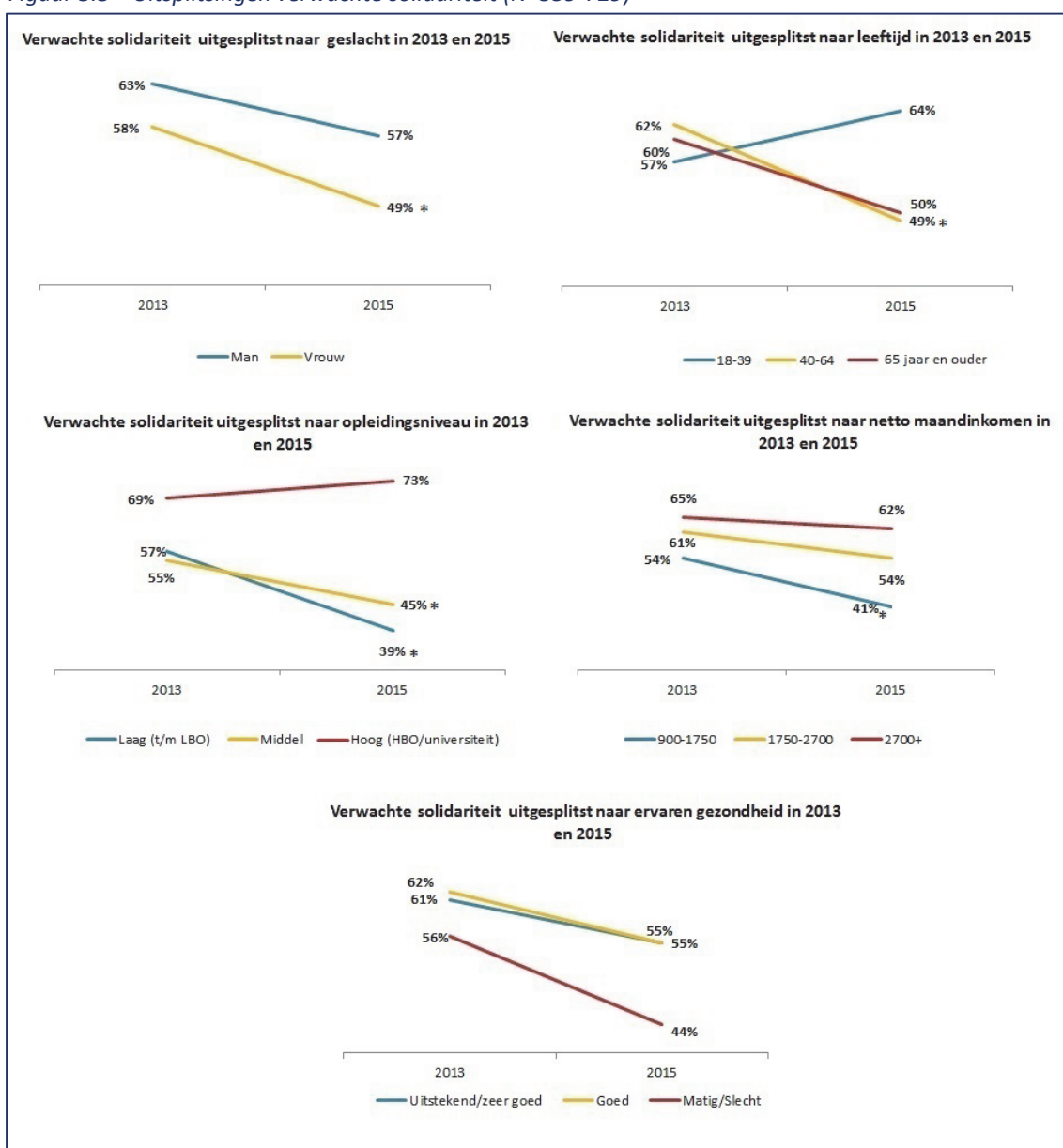


* significante daling bij $p < 0,05$ voor deze groep tussen 2013 en 2015

3.3 Verwachte solidariteit gedaald onder laag opgeleiden, mensen met een laag inkomen, mensen tussen de 40 en 64 jaar

Bij de verwachte solidariteit zien we een iets ander beeld dan bij de solidariteit. Figuur 3.3 laat zien dat in 2015 de verwachte solidariteit bij twee subgroepen hoger ligt dan in 2013: 57% van de 18-39 jarigen geeft in 2013 aan solidariteit van anderen te verwachten, tegenover 64% in 2015. Hoog opgeleiden scoren in 2015 4 procentpunt hoger dan in 2013 en rapporteren met 73% de hoogste score op verwachte solidariteit. Toch geven de meeste subgroepen aan minder solidariteit van anderen te verwachten in 2015 dan in 2013. De scores van laag opgeleiden (-18%), mensen met een laag netto maandinkomen (-13%) en 40-64 jarigen (-13%) zijn significant gedaald. Mensen met een laag opleidingsniveau rapporteren de laagste verwachte solidariteit (39%).

Figuur 3.3 Uitsplitsingen verwachte solidariteit (N=559-729)



* significante daling bij $p < 0,05$ voor deze groep tussen 2013 en 2015

3.4 Conclusie

De solidariteit van de bevolking in Nederland is gedaald tussen 2013 en 2015 van 73% naar 63%. De uitsplitsing naar achtergrondkenmerken laat zien dat er grote verschillen zijn tussen groepen in de mate van solidariteit. Zo bestaan er grote verschillen in solidariteit tussen hoog en laagopgeleiden en mensen met een hoog en laag inkomen. Onder hoogopgeleiden is de solidariteit in 2015 nagenoeg gelijk aan die in 2013, terwijl onder mensen met een middel opleidingsniveau of laag inkomen de solidariteit in 2015 lager ligt dan in 2013. Ook de mate van verwachte solidariteit is gedaald, namelijk van 60% in 2013 naar 54% in 2015. De verwachte solidariteit onder hoogopgeleiden en jongeren (18-39 jaar) is licht gestegen, terwijl laagopgeleiden en mensen met een laag inkomen een daling laten zien. Met name het verschil tussen hoog (73%) en laagopgeleiden (39%) in verwachte solidariteit is groot.

4 Zijn mensen meer of minder solidair met bepaalde groepen?

In dit hoofdstuk kijken we naar in hoeverre mensen vinden dat bepaalde groepen (bijv. ouderen) meer dan of evenveel als andere groepen (bijv. jongeren) moeten betalen voor de premie van de basisverzekering. Ook kijken we of dit veranderd is tussen 2013 en 2015. Vervolgens gaan we in op de solidariteit met de eigen groep: zijn rokers bijvoorbeeld meer solidair met rokers dan niet-rokers?

Belangrijkste resultaten

- * Hoge mate van solidariteit met mensen met een slechte gezondheid en genetische aanleg voor een ernstige ziekte.
- * Lagere mate van solidariteit ten aanzien van leefstijl, zoals roken en alcohol gebruik.
- * Hoge mate van solidariteit met de eigen groep, vooral onder rokers, en in mindere mate ten aanzien van leeftijd en inkomen.

4.1 Hoge mate van solidariteit met mensen met een slechte gezondheid en genetische aanleg voor een ernstige ziekte, minder solidariteit ten aanzien van leefstijl

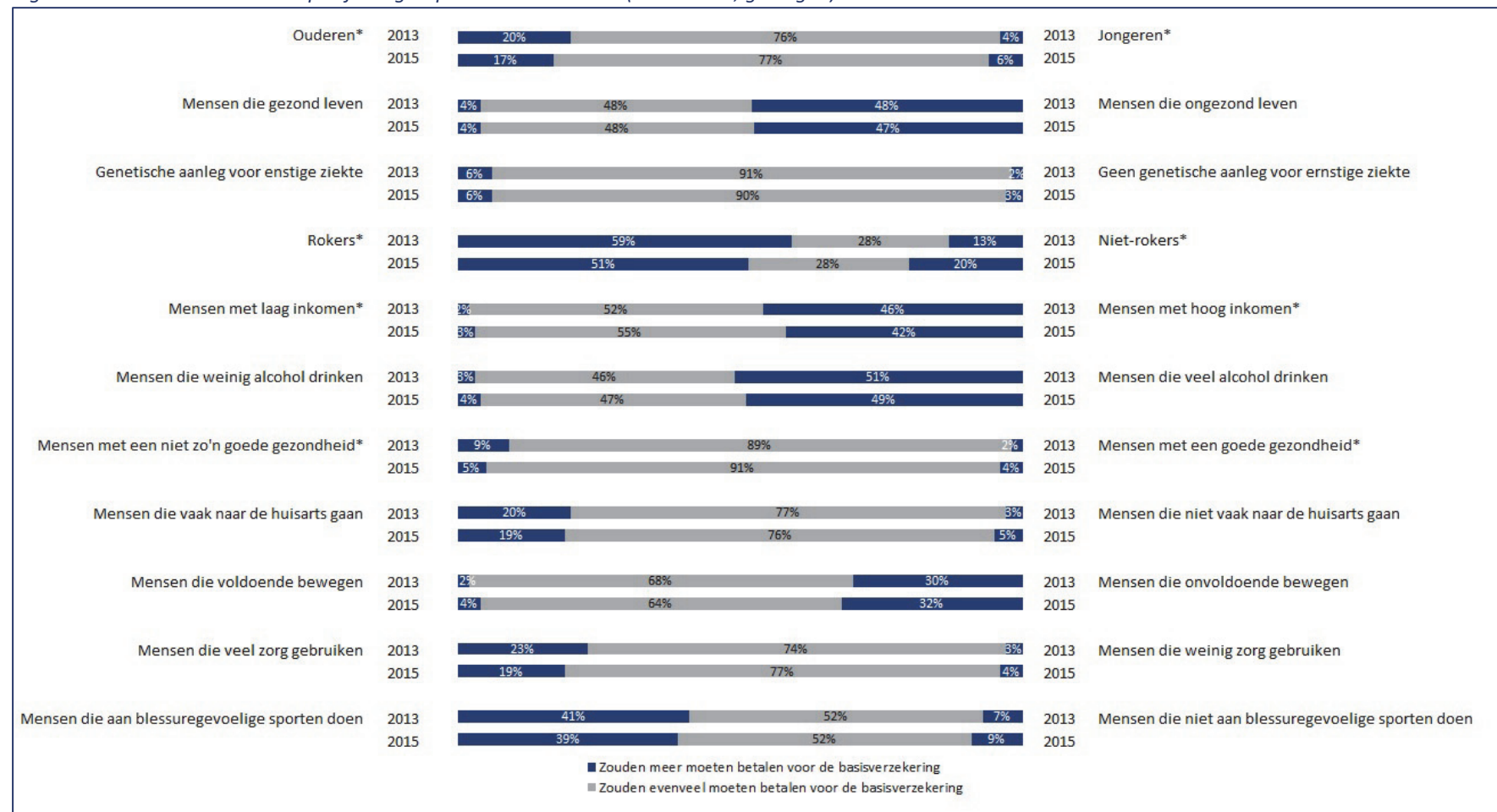
In figuur 4.1 is een overzicht te zien van in hoeverre mensen vinden dat bepaalde groepen (bijv. ouderen) meer dan of evenveel als andere groepen (bijv. jongeren) moeten betalen voor de premie van de basisverzekering. Mensen blijken het meest solidair te zijn met mensen die niet zo goede gezondheid hebben en met mensen die een genetische aanleg hebben voor een ernstige ziekte. In 2015 geeft 91% respectievelijk 90% van de mensen aan dat zij evenveel zouden moeten betalen als mensen die dat niet hebben. Mensen vinden in 2015 ook dat ouderen (77%), mensen die veel zorg gebruiken (77%) en mensen die vaak naar de huisarts gaan (76%) evenveel zouden moeten betalen als jongeren, mensen die weinig zorg gebruiken en mensen die weinig naar de huisarts gaan.

De mate van solidariteit is lager ten aanzien van aan leefstijl gerelateerde groepen. Mensen vinden dat mensen die ongezond leven (47%), mensen die veel alcohol drinken (49%) en mensen die roken (51%) meer zouden moeten betalen dan mensen die gezond leven, weinig alcohol drinken of die niet roken.

4.2 Verschillen tussen 2013 en 2015 voor roken, leeftijd, inkomen en gezondheid

Voor vier groepen is er een verschil in solidariteit tussen 2013 en 2015 (zie asterisk in figuur 4.1). In 2015 geeft een lager percentage dan in 2013 aan dat ouderen meer zouden moeten betalen dan jongeren (17% tegenover 20%). In 2013 gaf 59% van de ondervraagden aan dat rokers meer zouden moeten betalen dan niet-rokers, tegenover 51% in 2015. Het percentage dat aangeeft dat niet-rokers meer moeten betalen is gestegen van 13% in 2013 naar 20% in 2015. In 2013 gaf 52% van de ondervraagden aan dat mensen met een laag en mensen met een hoog inkomen evenveel basispremie zouden moeten betalen, in 2015 gaf 55% dit aan.

Figuur 4.1 Solidariteit met 11 specifieke groepen in 2013 en 2015 (N=566-713, gewogen)



* significant verschil ($p < 0,05$) tussen 2013 en 2015, de percentages zijn gewogen

In 2015 vond een kleiner percentage (42%) van de ondervraagden dat mensen met een hoog inkomen meer zouden moeten betalen in vergelijking met 2013 (46%). Tot slot vond in 2013 9% van de ondervraagden dat mensen met een niet zo goede gezondheid meer basispremie moeten betalen, tegenover 5% in 2015.

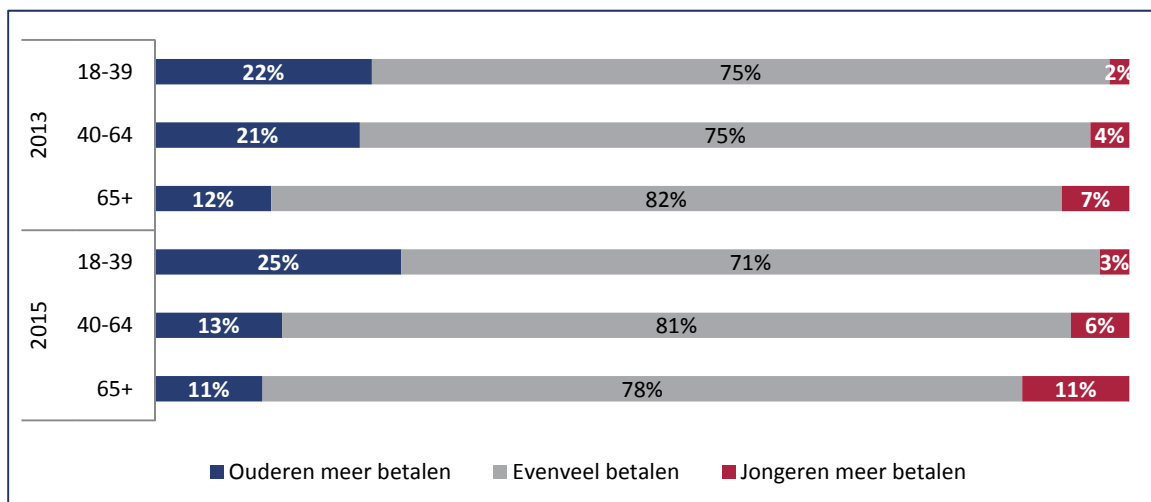
4.3 Mensen die elke dag roken of veel alcohol drinken vooral solidair met eigen groep

De figuren 4.2 tot en met 4.6 laten uitgesplitst naar een aantal kenmerken zien in hoeverre mensen vinden dat bepaalde groepen meer of evenveel zouden moeten betalen. We kijken naar leeftijd, inkomen, roken, alcoholgebruik en bewegen.

Meeste mensen vinden dat ouderen en jongeren evenveel zouden moeten betalen

Figuur 4.2 laat zien dat in zowel 2013 als 2015 in alle drie de leeftijdsgroepen ongeveer driekwart aangeeft dat ouderen en jongeren evenveel zouden moeten betalen voor de basisverzekering. In deze opvatting zijn weinig verschillen waar te nemen tussen 2013 en 2015. Een kwart van de 18-39-jarigen geeft echter in 2015 aan dat ouderen meer zouden moeten betalen.

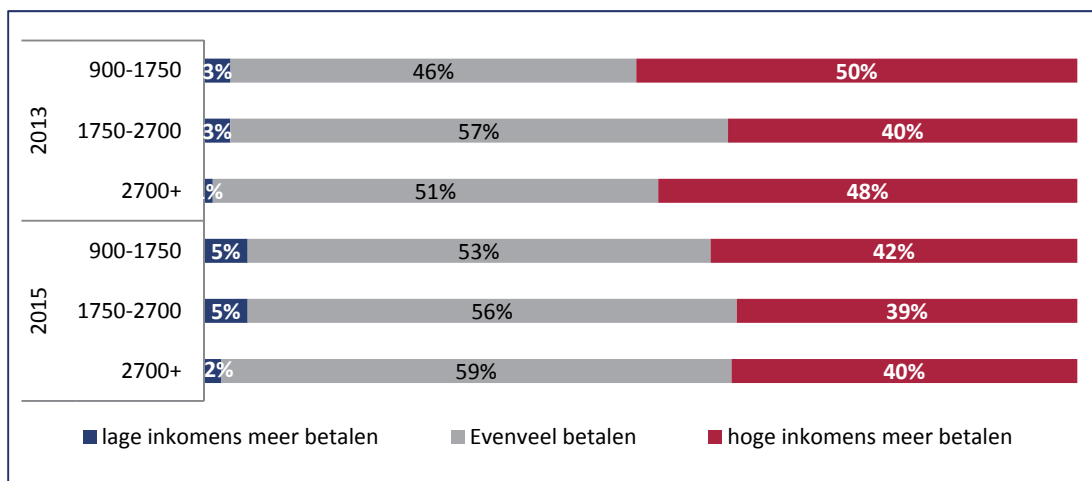
Figuur 4.2 Solidariteit met eigen groep in 2013 2015: leeftijd (N=578-700)



Minder mensen vinden in 2015 dat hoge inkomens meer moeten betalen

In 2015 vinden minder mensen dat mensen met een hoog inkomen meer moeten betalen dan in 2013 (zie figuur 4.3). Mensen met een laag en mensen met een hoog inkomen noemen dit in 2015 minder vaak dan in 2013.

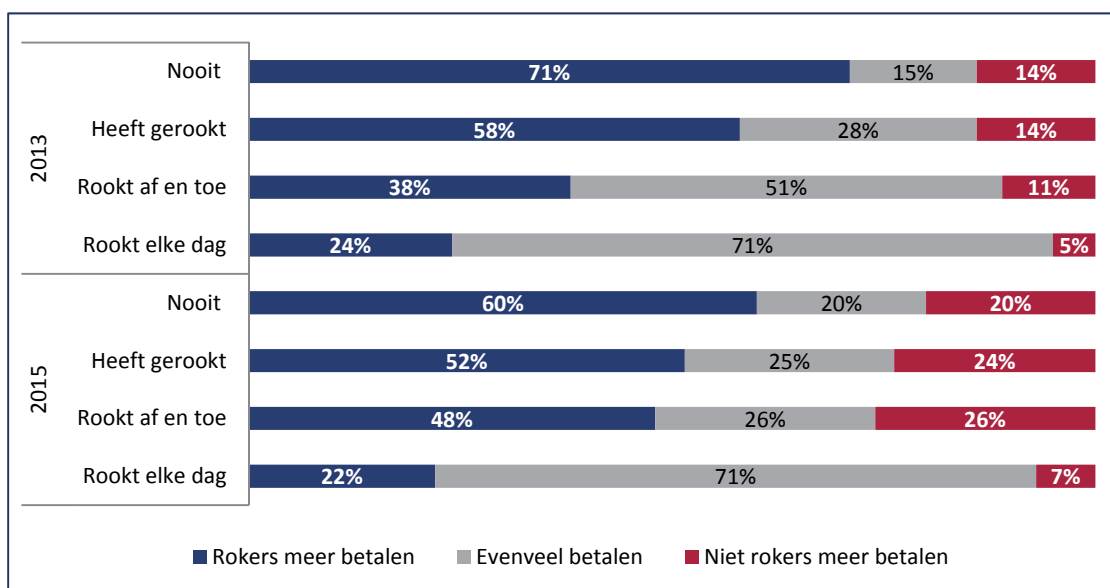
Figuur 4.3 Solidariteit met eigen groep in 2013 2015: netto maandinkomen (N=560-679)



Mensen die elke dag roken het meest solidair met rokers

De solidariteit met mensen die roken is het grootst onder mensen die elke dag roken (zie figuur 4.4). Dit geldt zowel voor 2013 als 2015. Mensen die nooit hebben gerookt zijn het minste solidair met rokers, wel is het percentage onder deze groep dat vindt dat rokers meer moeten betalen gedaald van 71% in 2013 naar 60% in 2015.

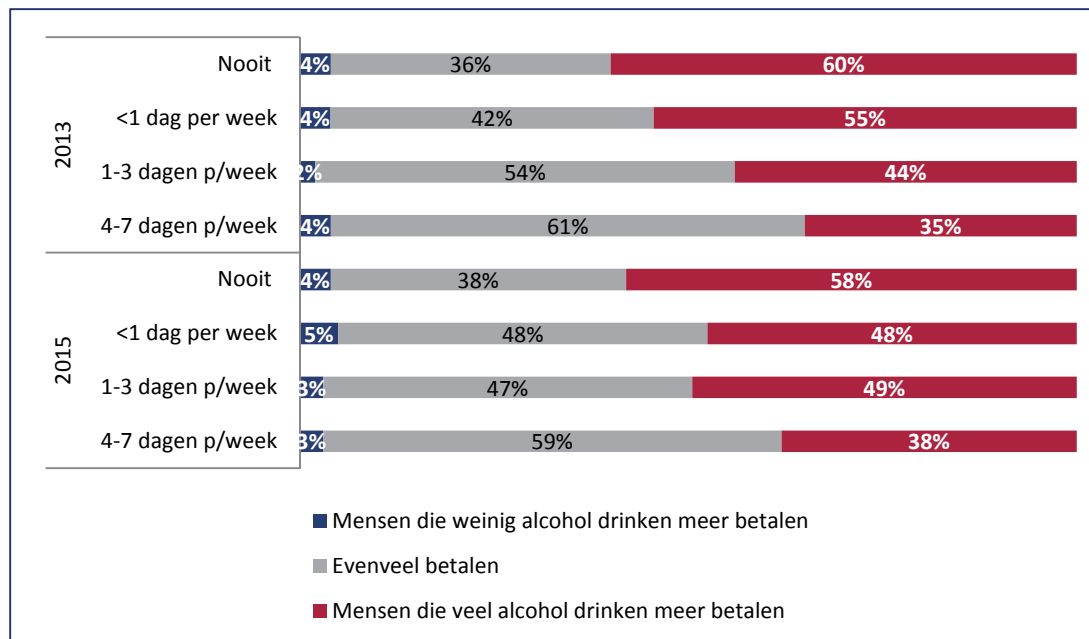
Figuur 4.4 Solidariteit met eigen groep in 2013 2015: roken (N=564-703)



Weinig solidariteit met mensen die veel alcohol drinken

Solidariteit met mensen die veel alcohol drinken is het laagste onder mensen die nooit alcohol drinken (zie figuur 4.5). De solidariteit met de eigen groep is het hoogste bij mensen die 4-7 dagen per week alcohol drinken. Dit beeld is vergelijkbaar voor 2013 en 2015.

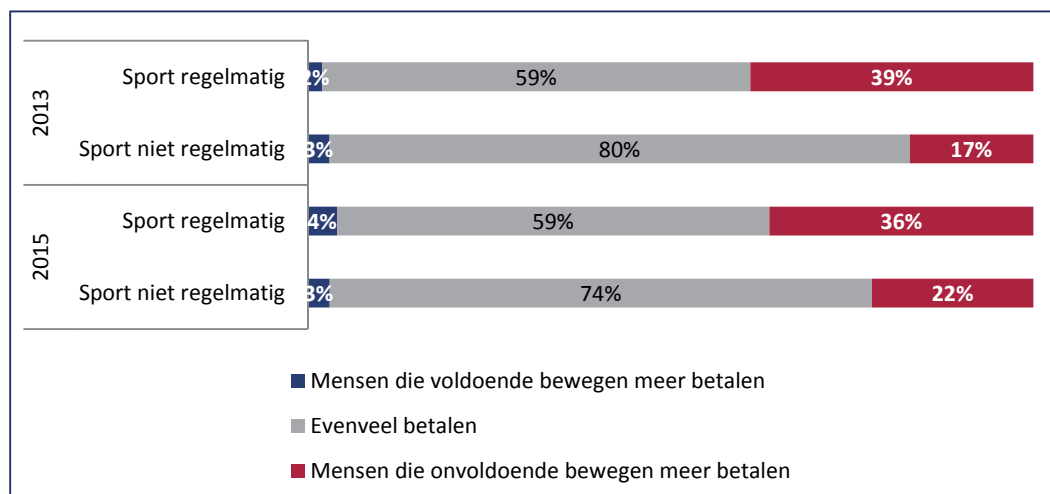
Figuur 4.5 Solidariteit met eigen groep in 2013 2015: alcohol (N=564-703)



Hoge mate van solidariteit onder mensen die niet regelmatig sporten

Mensen die niet regelmatig sporten zijn meer solidair met mensen die onvoldoende bewegen dan mensen die regelmatig sporten (zie figuur 4.6). Onder de mensen die niet regelmatig sporten is wel een lichte afname in solidariteit te zien in 2015 ten opzichte van 2013.

Figuur 4.6 Solidariteit met eigen groep in 2013 2015: bewegen (N=562-706)



4.3 Conclusie

Uit de resultaten blijkt dat mensen zich in het bijzonder solidair tonen met mensen met een niet zo goede gezondheid en mensen met een genetische aanleg voor een ernstige ziekte, gevolgd door ouderen en mensen die vaak naar de huisarts gaan. Het grootste deel van de mensen vindt dat deze groepen evenveel premie moeten betalen als mensen met een goede gezondheid, zonder

genetische aanleg voor een ernstige ziekte, ouderen en mensen die minder vaak naar de huisarts gaan. Mensen blijken minder solidair ten aanzien van leefstijl gerelateerde thema's: rokers, mensen die ongezond leven en mensen die veel alcohol drinken kunnen op de minste solidariteit rekenen. Deze groepen zouden volgens het merendeel van de mensen meer moeten betalen voor de premie voor de basisverzekering. Deze opvatting wordt mogelijk veroorzaakt door de eigen schuld gedachte die speelt bij mensen, het gevoel te moeten betalen voor zorgkosten veroorzaakt door vermijdbaar ongezond of risicovol gedrag van de ander.

Verder is te zien dat er sprake is van een sterke solidariteit met de "eigen groep", en dat deze opvattingen nauwelijks zijn veranderd in 2015 vergeleken met 2013. Ter illustratie, bijna drie keer zoveel mensen die nooit roken geven aan dat rokers meer moeten betalen voor de basisverzekering dan mensen die elke dag roken. Rokers zijn dus meer solidair met rokers dan niet-rokers. Hetzelfde beeld is te zien ten aanzien van alcohol gebruik en sporten. Deze solidariteit met de "eigen groep" zien we vooral bij leefstijl-gerelateerde thema's.

5 Conclusie en beschouwing

In Nederland dragen we via de zorgpremie voor het basispakket bij aan de betaling van de zorgkosten van zowel onszelf als van anderen. In het zorgstelsel is sprake van zowel risico- als inkomenssolidariteit. Solidariteit is een belangrijke pijler van het zorgstelsel (RMO, 2013). In dit onderzoek hebben we solidariteit gedefinieerd als de bereidheid om voor anderen te betalen. We hebben de mate van solidariteit in Nederland in kaart gebracht en gekeken hoe deze zich ontwikkeld heeft tussen 2013 en 2015. Daarnaast hebben we beschreven in hoeverre verschillen in solidariteit tussen 2013 en 2015 zijn toe te schrijven aan achtergrondkenmerken (zoals opleidingsniveau, leeftijd en inkomen). In het tweede gedeelte van dit rapport zijn we ingegaan op in hoeverre mensen vinden dat bepaalde groepen (bijvoorbeeld ouderen) meer dan of evenveel als andere groepen (bijvoorbeeld jongeren) moeten betalen voor de premie van de basisverzekering.

5.1 Solidariteit gedaald

Ons onderzoek laat zien dat mensen in 2015 minder solidair zijn dan in 2013. 73% van de Nederlanders gaf in 2013 aan solidair te zijn met anderen, in 2015 is dit gedaald tot 63%. Voor zover bekend zijn dit de meest recente cijfers van algehele solidariteit: eerder onderzoek ging vooral in op de mate van solidariteit met specifieke groepen, zoals ouderen en rokers (Kloosterman, 2015; Kloosterman, 2011; RVZ, 2013). Wanneer we verder inzoomen op de daling zien we dat er verschillen bestaan tussen verschillende groepen in de mate van de daling. Waar onder hoogopgeleiden en mensen van 18-39 jaar de mate van solidariteit stabiel blijft over 2013 en 2015, is de solidariteit onder mensen met een laag inkomen, middel opleidingsniveau en mensen van 40-64 jaar gedaald.

Een veelgenoemde verklaring voor de daling in solidariteit is de toename van zorgkosten (De Beer, 2012; CPB, 2013; RMO, 2013). Onder invloed van onder andere de vergrijzing, kostbare behandelingen door technologische innovaties en de productiviteitskloof met andere sectoren nemen de overheidsuitgaven aan zorg toe (Jeurissen, 2005; De Beer, 2012). Deze stijgende kosten kunnen door middel van premiestijging doorberekend worden aan verzekerden, zoals de premiestijging en de stijging van het verplichte eigen risico in de afgelopen jaren laat zien. Juist mensen met een laag inkomen het sterkste zijn gedaald in solidariteit. Zij vallen onder de noemer 'zwakke schouders' en profiteren in een stelsel gebaseerd op solidariteit van de mensen die minder zorg gebruiken, maar wel bijdragen aan de zorgkosten van anderen via de basisverzekering. Deze zogenoemde 'sterke schouders', jongeren, hoogopgeleiden en mensen met een modaal inkomen, laten daarentegen amper daling van solidariteit zien. Dit kan een aanwijzing zijn dat stijgende zorgkosten niet de enige verklaring zijn voor de daling in solidariteit.

Een andere mogelijke oorzaak die de algehele solidariteit onder druk zou kunnen zetten is de individualisering (De Beer, 2012). Waar solidariteit betrekking heeft op de (positieve) band tussen mensen, benadrukt individualisering juist de zelfstandigheid en onafhankelijkheid van mensen. Volgens De Beer is het cruciaal voor solidariteit of burgers nog voldoende besef hebben dat ze afhankelijk zijn van hun medeburgers. Als iedereen wordt geacht voor zichzelf te zorgen, stimuleert dit mensen om zich niet om anderen te bekommeren. Individualisering kan volgens De Beer (2012)

ook een bedreiging vormen voor solidariteit als het de bereidheid of het vermogen van mensen om zich in anderen te verplaatsten aantast. Individualisering gaat dan over in individualisme. In dit geval is er een sterke gerichtheid op het eigen belang die leidt tot minder bereidheid om anderen te steunen of aan de samenleving als geheel bij te dragen.

5.2 Verwachte solidariteit gedaald

Naast solidariteit vroegen we ook naar verwachte solidariteit: in hoeverre mensen denken dat anderen bereid zijn om mee te betalen aan zorg waar zij zelf geen gebruik van maken. Ook de verwachte solidariteit is gedaald. Een opvallende bevinding is dat zowel in 2013 als in 2015 de verwachte solidariteit lager was dan de solidariteit. Er is dus sprake van een zekere mismatch: meer mensen geven aan dat ze zelf solidair zijn, maar verwachten dat anderen niet solidair zijn. Dit duidt mogelijk op een gebrek aan vertrouwen dat anderen hetzelfde zouden doen als dan men zelf voor die anderen doet. Deze bevinding is in lijn met eerder onderzoek (Balcetis & Dunning, 2011). Uit dat onderzoek bleek ook dat de inschatting van anderen dichter bij het eigen gedrag ligt. Dit zou betekenen dat de algehele solidariteit meer op het niveau van de verwachte solidariteit van anderen ligt.

5.3 Hoge mate van solidariteit met mensen met een slechte gezondheid en genetische aanleg voor ernstige ziekte, minder solidariteit ten aanzien van leefstijl

Een andere bevinding is dat mensen het meest solidair zijn met groepen die een genetische aanleg hebben voor een ernstige ziekte en een slechte gezondheid hebben. In lijn met eerdere onderzoeken vinden we een lagere solidariteit voor leefstijl gerelateerde thema's, zoals roken en alcoholgebruik (Kloosterman, 2011; Kloosterman, 2015). Veel mensen vinden dat rokers, mensen die veel alcohol drinken en mensen die ongezond leven meer premie voor de basisverzekering zouden moeten betalen. Een mogelijke verklaring hiervoor ligt in de 'eigen schuld gedachte' die heerst bij mensen, het gevoel te moeten betalen voor zorgkosten veroorzaakt door vermijdbaar ongezond of risicovol gedrag van de ander. Dit sluit aan bij het onderzoek van Van Oorschot dat laat zien dat mensen solidair zijn onder invloed van vier thema's: onmacht, behoefte, identiteit en reciprociteit (Van Oorschot, 2006; Van Oorschot en Kalmijn, 2005). 'Onmacht' en 'behoefte' zien we terug in de hoge mate van solidariteit die bestaat voor mensen met een genetische aanleg voor een ernstige ziekte: de gedachte is dat zij daar immers niks aan kunnen doen.

Vanuit het thema 'identiteit' in de onderverdeling van Van Oorschot is ook de sterke mate van solidariteit met de eigen groep te verklaren. We zien bijvoorbeeld dat rokers vaker solidair zijn met rokers. Het tegenovergestelde blijkt ook waar: mensen die er een gezonde leefstijl op nahouden zoals bijvoorbeeld niet-rokers of mensen die weinig of geen alcohol drinken zijn in mindere mate solidair met mensen die het tegenovergestelde gedrag vertonen. Deze bevinding wordt ondersteund door eerder onderzoek, waarin gesteld wordt dat mensen eerder solidariteit vertonen met anderen die op hen lijken dan met anderen die sterk van hen verschillen (De Beer, 2012).

5.4 Hoe nu verder?

Solidariteit is een abstract concept waarvan de impact van de daling moeilijk in te schatten is. Immers, mensen hebben geen keuze om wel of niet solidair te zijn in de betaling voor de premie voor de basisverzekering. Iedere Nederlander is verplicht om een basisverzekering af te sluiten en dus premie te betalen. Wij hebben in dit onderzoek een beeld geschetst van de betalingsbereidheid van de algemene bevolking in Nederland. Ook heeft dit onderzoek betrekking op de periode 2013-2015. Eind 2017 wordt een nieuwe meting gedaan en het is de vraag of de daling in solidariteit zich heeft voortgezet.

Het is goed om deze signalen van een daling van solidariteit serieus te nemen, het geeft namelijk een indicatie voor de mate van het draagvlak voor het stelsel waarin we voor elkaar betalen. Bovendien zullen de zorgkosten ook in de komende jaren verder stijgen en hiermee vermoedelijk ook de hoogte van basispremie. Kortom, er wordt een groter beroep gedaan op de betalingsbereidheid van de Nederlandse bevolking. Dit zal de discussie rondom de houdbaarheid van solidariteit in het zorgstelsel ook doen aanwakkeren. De Raad voor de Volksgezondheid opperde in 2013 de mogelijkheid om de hoogte van de zorgpremie te koppelen aan leefstijl (RVZ, 2013). In de afgelopen jaren heeft ook een aantal zorgprofessionals zich al positief uitgesproken voor de inperking van solidariteit: zo wees cardioloog Herre Kingma in 2012 erop dat comazuipers hun ziekenhuisrekening zelf moeten betalen (NOS, 2012). Ook vanuit zorgverzekeraars worden soms initiatieven genomen die positief gedrag (bijvoorbeeld niet-roken) belonen met premiekorting of spaarpunten die ingewisseld kunnen worden voor beloningen. Door middel van deze ingrepen zou de verantwoordelijkheid minder bij de gemeenschap als geheel worden gelegd, maar bij de individu (Mariner, 2008). In het licht van de eerder genoemde theorieën over solidariteit kan de vraag worden gesteld of deze ingrepen niet eerder ondermijnend dan bevorderend zijn voor de algehele solidariteit.

Eerder onderzoek heeft aangetoond dat overheidsbeleid en communicatie mogelijk van invloed kan zijn op het behoud of veranderingen in de mate van solidariteit (Plagge en Dutrée; 2010; Van de Ven, 2015). Volgens van de Ven (2015) ligt de oplossingsrichting voor behoud van solidariteit in de balans tussen solidariteit en doelmatigheid (Van de Ven, 2015). Hij suggereert dat het om de bereidheid tot solidariteit te behouden van belang is dat in het basispakket geen onnodige zorg wordt opgenomen; op deze manier kunnen de zorgkosten worden ingeperkt (Van de Ven, 2015). Het is echter de vraag of dit een positief effect heeft op de solidariteit. Wanneer de overheid keuzes maakt om bepaalde behandelingen niet meer te vergoeden kunnen juist de tegenstellingen in de samenleving vergroot worden doordat meer mensen bepaalde zorg niet meer vergoed krijgen. Bovendien is gebleken dat de stijging van de zorgkosten niet de enige mogelijke verklaring is voor de afname van solidariteit. Ook het handelen en de communicatie van zorgverzekeraars kan van invloed zijn op de algehele solidariteit. Door leefstijlprogramma's en premiedifferentiatie kunnen de verschillen tussen groepen verzekerden toenemen: sommigen zijn beter af, anderen slechter. Aan de andere kant kan de focus op leefstijl juist het onbegrip voor hogere premiebetaling vergroten, wanneer je zelf gezond leeft, maar toch moet betalen voor anderen (De Beer, 2012). De gemeenschappelijke kosten moeten immers nog steeds over de verzekerden worden verdeeld. Bereidheid tot solidariteit is gebaat bij een zekere vorm van onwetendheid: wanneer burgers door kennis over risico's teveel calculerend handelen kan dit het draagvlak voor het stelsel doen verminderen.

5.5 Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Een sterk punt van dit onderzoek is dat we de algehele solidariteit en de verwachte solidariteit onder de algemene bevolking in Nederland hebben gemeten. Voor zover bekend is dit het eerste onderzoek in Nederland dat dit heeft gedaan. Eerdere onderzoeken gingen met name in op solidariteit met bepaalde groepen. Bovendien gaf de uitsplitsing naar achtergrondkenmerken (bijvoorbeeld leeftijd, opleidingsniveau en inkomen) een goed beeld over onder welke groepen de solidariteit gedaald is en onder welke groepen er sprake is van een stijging. Het meenemen van verwachte solidariteit heeft als meerwaarde dat het een beeld geeft van de solidariteit van anderen. Zoals hierboven aangegeven, ligt de inschatting die mensen van anderen maken dicht bij hun eigen gedrag (Balcetis en Dunning, 2011). Een ander sterk punt is dat we gebruik hebben gemaakt van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL. Voordeel van het gebruik maken van een panel is de relatief hoge respons. De vraag bij het doen van vragenlijstonderzoek in het algemeen en panelonderzoek in het bijzonder is in hoeverre onze resultaten van toepassing zijn op de algehele bevolking in Nederland van 18 jaar en ouder. Het panel bestaat uit personen die op vrijwillige basis bereid zijn om bij te dragen aan een hoger doel, namelijk het versterken van de positie van de patiënt. Deze personen zullen naar verwachting ook meer solidair zijn. Het is dus mogelijk dat de resultaten een overschatting van de solidariteit laten zien. Een laatste beperking is dat dit onderzoek is gebaseerd op metingen uit 2013 en 2015. De vraag is hoe het op dit moment is gesteld met de solidariteit; heeft de daling doorgezet? Eind 2017 zal er een nieuwe meting binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg gedaan worden.

5.6 Vervolgonderzoek

Alleen door solidariteit te blijven monitoren kunnen we vaststellen of de daling van solidariteit zoals gevonden in ons onderzoek zich doorzet. Bovendien hebben we via dit onderzoek geen inzicht gekregen in onderliggende mechanismen die verschillen en de daling in solidariteit kunnen verklaren: heeft het te maken met zorgkosten, zijn mensen minder solidair doordat ze minder vertrouwen hebben in de medemens, of ligt de toegenomen individualisering eraan ten grondslag? Door in toekomstig onderzoek dergelijke vragen te stellen zullen we betere uitspraken kunnen doen over de staat van de solidariteit, en over de factoren die hiervan op invloed zijn.

Een tweede toevoeging voor verder onderzoek is om de rol van kennis die mensen hebben ten aanzien van solidariteit mee te nemen. In het huidige onderzoek hebben we deelnemers gevraagd of ze bereid zijn te betalen voor anderen, maar in welke mate zijn mensen er eigenlijk van op de hoogte dat ze in het stelsel automatisch bijdragen voor anderen via de basispremie? En hoe zien mensen het betalen van premie: doe zij dit vooral voor zichzelf om verzekerd te zijn van zorg, of juist vanuit het principe van solidariteit om samen de kosten te delen? Of bestaan deze opvattingen naast elkaar? Door hier vragen over op te nemen kan worden achterhaald of kennis over het stelsel gebaseerd op solidariteit een rol speelt in de mate van solidariteit die mensen rapporteren.

Literatuur

- Bonnie L, Akker M van den, Steenkiste B van, Vos R. Degree of solidarity with lifestyle and old age among citizens in the Netherlands: Cross-sectional results from the longitudinal SMILE-study. *Journal of medical ethics*, 2010; 36(12):784–791.
- Balcetis E, Dunning D. Considering the situation. Why people are better social psychologists than self-psychologists. *Self Identity*, 2011; 12:1–15.
- Brabers AEM, Reitsma-van Rooijen M, Jong JD de. Consumentenpanel Gezondheidszorg: basisrapport met informatie over het panel. Utrecht: NIVEL, 2015.
- Centraal Planbureau. *Solidariteit in de zorg onder druk*. Den Haag: CPB, 2013.
- De Beer P. Solidariteit onder druk. *Sociologie & Democratie*, 2012;7/8.
- Financieel Dagblad. *Hoe solidair is het Nederlandse zorgstelsel nog?* 2016.
<https://fd.nl/economie-politiek/1159315/hoe-solidair-is-het-nederlandse-zorgstelsel-nog>
- Jeurissen P. *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), Zoetermeer, 2005.
- Kloosterman R. *Solidariteitsvoorkeuren in de zorg. Bevolkingstrends april 2015 (3)*. Den Haag/Heerlen: CBS, 2015.
- Kloosterman R. *Solidariteit in de gezondheidszorg. Bevolkingstrends, 59 (3)*. Den Haag/Heerlen: CBS, 2011, p.33-38.
- Maarse H. *Markthervorming in de zorg*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht, 2011.
- Mariner WK. Social solidarity and personal responsibility in health reform. *Conn. Ins. LJ*, 2008; 14:199.
- NOS. “Comazuipers financieel treffen”. 2012. Retrieved from: <http://nos.nl/artikel/349143-comazuiper-financieel-treffen.html>
- Oorschot W van. Making the difference in social Europe: Deservingness perceptions among citizens of European welfare states. *Journal of European Social Policy*, 2006; 16(1):23–42.
- Oorschot W van, Kalmijn M. Van je familie moet je het hebben... Familiesolidariteit in Brabant in vergelijkend perspectief. Tilburg: Universiteit van Tilburg, Departement sociaal-culturele wetenschappen, 2005.
- Plagge HWM, Dutrée MA. Haal trechter van Dunning uit de la. *Medisch Contact*, 2010; 65(2):60-62.
- Raad voor Maatschappelijk Ontwikkeling (RMO). *Rondje voor de publieke zaak. Pleidooi voor de solidaire ervaring*. Den Haag: RMO, 2013.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). *Feitelijke en gewenste solidariteit in de zorg*. Den Haag: RVZ, 2013.

Ven W van de. *Het beste zorgstelsel?* Rotterdam: Erasmus University Rotterdam, 2015.

Bijlage A Tabellen

Tabel A.1 Resultaten regressie analyse met bereidheid om te betalen voor anderen als afhankelijke variabele (N=1.247)

	Bereid om voor anderen te betalen (1=ja, 0=nee)	
	Odds ratio	P waarde
Jaar:		
2013	Referentie	
2015	0,63	0,00
Leeftijd:		
18-39	Referentie	
40-64	1,10	0,57
65 jaar en ouder	1,16	0,41
Geslacht:		
man	Referentie	
vrouw	0,81	0,11
Opleidingsniveau:		
laag	Referentie	
middel	1,32	0,12
hoog	2,77	0,00
Netto maandinkomen:		
900-1750	Referentie	
1750-2700	1,48	0,01
2700+	1,45	0,03
Ervaren gezondheid:		
zeer goed/uitstekend	Referentie	
goed	1,10	0,53
matig/slecht	1,19	0,38
Constante	1,28	0,31

Pseudo R=0,05

Tabel A.2 Resultaten regressie analyse met verwachte bereidheid als afhankelijke variabele (N=1.242)

	Verwachte bereid betalen (1=ja, 0=nee)	
	Odds ratio	P waarde
Jaar:		
2013	Referentie	
2015	0,74	0,01
Leeftijd:		
18-39	Referentie	
40-64	1,02	0,90
65 jaar en ouder	1,21	0,27
Geslacht:		
man	Referentie	
vrouw	0,81	0,08
Opleidingsniveau:		
laag	Referentie	
middel	1,05	0,76
hoog	2,31	0,00
Netto maandinkomen:		
900-1750	Referentie	
1750-2700	1,27	0,11
2700+	1,37	0,06
Ervaren gezondheid:		
zeer goed/uitstekend	Referentie	
goed	1,14	0,34
matig/slecht	0,91	0,63
Constante	0,95	0,81

Pseudo R=0,04

Bijlage B Gestelde vragen

Voor de basisverzekering betaalt u premie. In de basisverzekering kunnen zorgbehandelingen zitten waar u zelf geen of nog geen gebruik van maakt, maar anderen wel. Bent u bereid om toch in de basisverzekering voor deze zorgbehandelingen te betalen?

- ☐ Nee
☐ Ja

Denkt u dat anderen bereid zijn om toch in de basisverzekering voor deze zorgbehandelingen te betalen?

- ☐ Nee
☐ Ja

Hieronder worden verschillende groepen met elkaar vergeleken. In hoeverre bent u het ermee eens dat de ene groep meer voor de basisverzekering moet betalen dan de andere? Wilt u dat de linkergroep meer betaalt, dan kruist u één van de linkervakjes aan. Wilt u dat de rechtergroep meer betaalt, dan kruist u een rechtervakje aan.

	<i>veel meer</i>	<i>iets meer</i>	<i>beiden evenveel</i>	<i>iets meer</i>	<i>veel meer</i>	
Ouderen	☐	☐	☐	☐	☐	Jongeren
Mensen die heel gezond leven, bijvoorbeeld door te letten op hun voeding	☐	☐	☐	☐	☐	Mensen die niet gezond leven, bijvoorbeeld door niet te letten op hun voeding
Mensen met genetische aanleg om in de toekomst een ernstige ziekte te krijgen	☐	☐	☐	☐	☐	Mensen zonder genetische aanleg om in de toekomst een ernstige ziekte te krijgen
Mensen die roken	☐	☐	☐	☐	☐	Mensen die niet roken
Mensen met lagere inkomens	☐	☐	☐	☐	☐	Mensen met hogere inkomens
Mensen die weinig alcohol drinken	☐	☐	☐	☐	☐	Mensen die veel alcohol drinken
Mensen die niet zo goede gezondheid hebben	☐	☐	☐	☐	☐	Mensen die een goede gezondheid hebben
Mensen die vaak naar de huisarts gaan	☐	☐	☐	☐	☐	Mensen die niet vaak naar de huisarts gaan
Mensen die voldoende bewegen	☐	☐	☐	☐	☐	Mensen die onvoldoende bewegen
Mensen die veel zorg gebruiken	☐	☐	☐	☐	☐	Mensen die weinig zorg gebruiken
Mensen die aan blessuregevoelige sporten doen	☐	☐	☐	☐	☐	Mensen die niet aan blessuregevoelige sporten doen

Tot slot willen we graag nog wat aanvullende gegevens van u weten.

Rookt u weleens?

- ☐ Ja, elke dag
- ☐ Ja, af en toe
- ☐ Nee, vroeger elke dag
- ☐ Nee, vroeger af en toe
- ☐ Nee, nooit gerookt

Drinkt u wel eens alcoholhoudende drank?

- ☐ Nee, nooit
- ☐ Ja, minder dan 1 dag per week
- ☐ Ja, 1 tot 3 dagen per week
- ☐ Ja, 4 tot 7 dagen per week

Wat is uw lichaamslengte in centimeters en lichaamsgewicht in kilogrammen*?

a.

--	--	--

 centimeter

b.

--	--	--

 kilogram * Voor zwangere vrouwen het gewicht vóór de zwangerschap

Hoe vaak heeft u in het afgelopen jaar contact gehad met uw huisarts (bezoek aan de huisarts, visites van de huisarts of telefonische consulten)?

- ☐ 0 keer
- ☐ 1 keer
- ☐ 2 keer
- ☐ 3 of 4 keer
- ☐ 5 keer of vaker

Sport u regelmatig?

- ☐ Nee
- ☐ Ja