

Solidariteit in de Zorg

Een onderzoek naar de bereidheid om voor anderen te betalen
onder de algemene bevolking in 2013, 2015 en 2017



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Solidariteit in de Zorg

Een onderzoek naar de bereidheid om voor anderen te betalen
onder de algemene bevolking in 2013, 2015 en 2017

Martijn Kooijman
Anne Brabers
Judith de Jong

Augustus 2018

ISBN 978-94-6122-516-0

<http://www.nivel.nl>
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

© 2018 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 in de zorg	6
1.2 Verschillende invloeden op solidariteit in de zorg	7
1.3 Staat solidariteit onder druk?	8
1.4 Doel en vraagstelling	9
1.5 Leeswijzer	9
2 Methoden	10
2.1 Dataverzameling	10
2.2 Data analyse	11
3 Solidariteit, de bereidheid tot betalen voor anderen	12
3.1 Solidariteit en verwachte solidariteit	12
3.2 Conclusie	16
4 Solidariteit met een bepaalde groep	17
4.1 Solidariteit met bepaalde groepen	17
4.2 Verschillen in solidariteit door de jaren heen	18
4.3 Solidariteit met eigen groep	20
4.4 Conclusie	23
5 Discussie	24
5.1 Hoge mate van solidariteit	24
5.2 Meer solidariteit met 'pech', minder solidariteit met 'levensstijl'	24
5.3 Door de tijd heen meer solidariteit met mensen die alcohol nuttigen, een ongezonde levensstijl hebben of veel zorg gebruiken.	25
5.4 Sterke en zwakke punten van dit onderzoek	25
5.5 Vervolgonderzoek	25
5.6 Conclusie	26
Referenties	27
Bijlagen	28
A. Overzicht kenmerken respondenten	28
B. Vragenlijst	28
C. Respondenten die een of meerdere jaren de enquête hebben ingevuld	30
D.1 Solidariteit met 11 specifieke groepen in 2013, 2015 en 2017	31
D.2 Vervolg Solidariteit met 11 specifieke groepen in 2013, 2015 en 2017	31

Samenvatting

Het Nederlandse zorgstelsel is gebaseerd op solidariteit. De zorgpremie voor het basispakket draagt bij aan de betaling van de zorgkosten van zowel onszelf als van anderen. Dit onderzoek beschrijft solidariteit vanuit het perspectief van de algemene bevolking in Nederland. Solidariteit en verwachte solidariteit worden in dit onderzoek respectievelijk gedefinieerd als de bereidheid en de verwachte bereidheid van anderen om te betalen voor zorgbehandelingen in het basispakket waar men zelf (nog) geen gebruik van maakt.

Hoge mate van solidariteit door de jaren heen

Het blijkt dat er over het algemeen een hoge mate van solidariteit is. Door de jaren (2013-2017) heen is er geen sprake van een stijging of daling van solidariteit. Er is wel sprake van een 'dip' van solidariteit in 2015. Bijna driekwart van de mensen geeft in 2017 aan dat zij bereid zijn om in het basispakket te betalen voor zorgbehandelingen van een ander waar zij zelf (nog) geen gebruik van maken tegenover 63% in 2015 en 73% in 2013. Wanneer solidariteit uitgesplitst wordt naar verschillende achtergrondkenmerken zien we het volgende: hoogopgeleiden zijn het meest solidair en laagopgeleiden zijn het minst solidair. Daarnaast zijn er twee trends zichtbaar. Als eerste geeft, door de jaren heen, een lager percentage van mensen met een matige/slechte gezondheid aan dat zij bereid zijn in het basispakket te betalen voor zorgbehandelingen van anderen. Dit is opvallend aangezien dit de groep is die waarschijnlijk baat heeft bij een solidair zorgsysteem. Als tweede geeft, door de jaren heen, een lager percentage laagopgeleiden aan dat zij verwachten dat anderen bereid zijn te betalen voor zorgbehandelingen waar men zelf (nog) geen gebruik van maakt.

Hoge mate van solidariteit met mensen met 'pech', mindere mate van solidariteit met anderen ten aanzien van ogenschijnlijk beïnvloedbare factoren

Er is een hoge mate van solidariteit met anderen die 'pech' hebben bijvoorbeeld door een genetische aanleg voor een ziekte of een slechte gezondheid. Eveneens is er een hoge mate van solidariteit met mensen die veel zorg gebruiken. Voor deze groepen geeft het overgrote deel van de mensen aan dat zij evenveel zouden moeten betalen voor de basisverzekering als mensen die geen genetische aanleg hebben, in goede gezondheid verkeren en mensen die weinig zorg gebruiken. Er is minder solidariteit ten aanzien van ogenschijnlijk beïnvloedbare factoren zoals een ongezonde levensstijl, het nuttigen van veel alcohol en roken. Een opvallend resultaat is dat er door de jaren heen sprake is van een lichte stijging van solidariteit met anderen die veel alcohol drinken, veel zorg gebruiken en een ongezonde levensstijl hebben. Dit kan een teken zijn dat mensen liever kiezen voor een algehele solidariteit dan voor premiedifferentiatie op basis van levensstijl.

Vervolgonderzoek

Maatschappelijk draagvlak voor solidariteit in de zorg kan invloed hebben op de invulling en werking van het zorgstelsel. Het is daarom belangrijk om solidariteit te blijven monitoren om te kijken of de waargenomen trends doorzetten of veranderen. Daarnaast is het van belang om in vervolgonderzoek te kijken naar onderliggende mechanismen die invloed kunnen hebben op solidariteit in de zorg. Het netwerk van personen zou bijvoorbeeld invloed kunnen hebben op solidariteit. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat iemand met een chronisch ziek familielid meer bereid is te betalen voor een ander. Kennis zou eveneens invloed kunnen hebben op de attitude ten opzichte van solidariteit in het zorgsysteem. Bijvoorbeeld wanneer iemand niet weet hoe solidariteit in het systeem werkt kan hij minder bereid zijn te betalen voor een ander.

Methode

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van data verzameld binnen de Barometer Solidariteit van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het Nivel. Het Consumentenpanel bestaat uit bijna 12.000 leden uit de algemene bevolking in Nederland. Van de panelleden is een groot aantal achtergrondkenmerken bekend zoals opleiding, leeftijd, geslacht en ervaren gezondheid. Voor het meten van solidariteit is gebruik gemaakt van een vragenlijst. De vragenlijst is verstuurd naar een representatieve steekproef van 1.500 panelleden. De Barometer Solidariteit wordt tweejaarlijks uitgevoerd. Dit is de derde keer dat het panel is gebruikt voor het verzamelen van data over solidariteit en het huidige rapport bevat data van de peilingen in 2013, 2015 en 2017. De respons was respectievelijk N=764 (51%), N=633 (42%) en N=668 (45%).

Solidariteit en verwachte solidariteit worden gemeten met twee vragen. De eerste vraag is of mensen bereid zijn om in de basisverzekering te betalen voor zorgbehandelingen waar men zelf (nog) geen gebruik van maakt, maar anderen wel. De tweede vraag is of zij verwachten dat anderen hiertoe bereid zijn. Om te kijken of men meer of minder solidair is met een bepaalde groep is er gebruik gemaakt van een vraag waarbij twee groepen tegen elkaar werden afgezet (bijv. ouderen en jongeren). Hierbij konden respondenten aangeven of volgens hen een van deze twee groepen meer of minder moet betalen voor de basisverzekering, of dat beide groepen evenveel moeten betalen.

1 Inleiding

Dit rapport gaat over solidariteit in de zorg. Solidariteit wordt in dit onderzoek gedefinieerd als de bereidheid om te betalen voor zorgbehandelingen in het basispakket waar men zelf (nog) geen gebruik van maakt, maar anderen wel. Solidariteit wordt bekeken vanuit het perspectief van de algemene bevolking in Nederland. Is de solidariteit onder de bevolking gedaald of juist gestegen? Is er meer solidariteit met een bepaalde groep of juist minder?

1.1 Solidariteit in de zorg

Het begrip solidariteit heeft in de zorg in Nederland, eind 19^e en in de 20^e eeuw, zijn invulling gekregen met de invoering van een uniforme regeling om ziektekosten vanuit de centrale overheid te financieren. Solidariteit in het Nederlandse zorgstelsel richt zich vooral op een eerlijke verdeling van middelen en een gelijke toegang tot zorg (Companje, Hendriks, Veraghtert, & Widdershoven, 2009). Deze solidariteitsprincipes zijn het fundament voor het zorgsysteem en beleidsaanpassingen houden rekening met het waarborgen van solidariteitsprincipes.

Het begrip solidariteit is lastig te definiëren en heeft voornamelijk een beschrijvende rol (Bayertz, 1999). Komter (2003) beschrijft dat moderne theorieën over solidariteit vaak voortkomen uit twee verschillende tradities. De ene traditie benadrukt utilitaire en instrumentele motieven voor solidariteit. De andere traditie benadrukt normen en waarden als motief voor solidariteit (Komter, 2003). Maarse (2011) past deze tweedeling toe in de zorg en spreekt over een communale en liberale benadering van solidariteit in de zorg. De communale benadering benadrukt het collectief dragen van verantwoordelijkheden en is vooral gebaseerd op altruïsme. Het gaat hierbij vooral om een solidaire houding ten opzichte van zorg door de normen, waarden en emoties om een ander te helpen, zonder eigenbelang. De liberale benadering is vooral gebaseerd op rechtvaardigheid en sociale contracten tussen individuen. Bij de liberale benadering ligt de nadruk op persoonlijke vrijheid. Personen moeten vrij zijn om een systeem op te zetten met bepaalde rechten en plichten waarbij ze gemotiveerd worden door eigenbelang (Maarse, 2011).

Sinds het ontstaan van het zorgstelsel, eind 19^e eeuw, wordt er gesproken over een verschuiving van communale solidariteit naar liberale solidariteit in de zorg (Ter Meulen, 2017). Met de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 is de nadruk op de liberale benadering van solidariteit in de zorg vergroot. Deze wet realiseerde een toenemende marktwerking in de zorg, met een sterke nadruk op keuzevrijheid voor verzekerden en het stimuleren van innovatie. Er is minder aandacht voor normen en waarden en meer aandacht voor eigenbelang en contractuele overeenkomsten tussen individuen. Desalniettemin zijn zowel elementen van liberale als communale solidariteit aanwezig in de zorg. Beide elementen sluiten elkaar niet uit en kunnen elkaar juist aanvullen (Maarse, 2011). De communale benadering van solidariteit komt tot uiting in het breed gedragen standpunt in de Nederlandse samenleving dat iedereen toegang moet hebben tot zorg, ongeacht financiële situatie of gezondheid. De liberale traditie is terug te vinden in het feit dat de keuzevrijheid in de zorg is vergroot (Maarse, 2011).

Naast de twee benaderingen van solidariteit in de zorg beschrijft Maarse (2011) ook vier dimensies van solidariteit in de zorg. De nadruk op de liberale benadering van zorg heeft ook invloed op de invulling van deze verschillende dimensies. Maarse (2011) onderscheidt de volgende vier dimensies van solidariteit in de zorg: inkomenssolidariteit, risicosolidariteit, verzekerdenkring en het verzekerde

pakket. In Nederland geldt een verplichte basisverzekering. Dit betekent dat iedereen in Nederland onderdeel is van de verzekerdenkring. Daarnaast wordt het verzekerde pakket (basispakket) ieder jaar vastgesteld door de overheid. Risicosolidariteit is zo geregeld dat er een acceptatieplicht geldt waarbij verzekeraars iedereen moeten accepteren voor de basisverzekering. Er mag dus niemand worden uitgesloten voor de basisverzekering op basis van risicofactoren zoals een genetische aanleg voor een ziekte. Inkomenssolidariteit is geregeld doordat de financiële bijdrage voor de basisverzekering gedeeltelijk afhankelijk is van inkomen. Daarnaast heft de overheid belasting op inkomen om een gedeelte van de zorg te bekostigen. Hogere inkomens betalen meer belasting dan lagere inkomens (Maarse, 2011). Verder betaalt iedereen voor hetzelfde zorgverzekeringspakket een gelijke premie onafhankelijk van risicofactoren. Lagere inkomens worden gecompenseerd door middel van een zorgtoeslag. Deze toeslag wordt echter niet automatisch toegekend en wordt niet verrekend met de zorgpremie (Maarse, 2011). Dit zijn enkele voorbeelden van instrumenten die de overheid tot haar beschikking heeft om solidariteit in het zorgsysteem te beïnvloeden en toegang tot zorg te garanderen. Er zijn meer manieren waarop solidariteit in de zorg beïnvloed zou kunnen worden en deze zullen hieronder worden besproken.

1.2 Verschillende invloeden op solidariteit in de zorg

Er zijn verschillende invloeden die solidariteitsprincipes in de zorg onder druk zetten. Een veelgenoemde invloed is de stijging van zorgkosten met bijbehorende premiestijging. Het is duur om de zorg voor iedereen toegankelijk te houden (Van der Horst & Ter Rele, 2013). Naar schatting besteden laagopgeleiden in 2040 meer dan 70% van hun bruto inkomen aan zorg, terwijl hun vrij besteedbaar inkomen achterblijft. Bij hoogopgeleiden stijgt het vrij besteedbaar inkomen en het zorggebruik ligt laag. Dit zorgt er voor dat hoogopgeleiden in 2040 ongeveer 18% van hun bruto inkomen gebruiken voor zorg. Daarnaast is de verdeling van middelen steeds schever. Een klein percentage van de bevolking verbruikt het grootste deel van de zorgkosten (Jeurissen & Sanders, 2007).

Tegelijkertijd is er steeds meer informatie over ziekte en gezondheid waardoor mensen beter geïnformeerd zijn over gezondheidsrisico's. Dit wordt ook wel 'lifting the veil of ignorance' genoemd (onder andere in Ter Meulen & Maarse, 2008; Jeurissen & Sanders, 2007). Solidariteit heeft baat bij een zekere mate van onzekerheid over de daadwerkelijke kosten en baten van het zorgsysteem. Wanneer meer informatie beschikbaar komt, kan het zijn dat de steun voor een algehele solidariteit afneemt aangezien mensen beter kunnen inschatten welke risico's zij lopen (Jeurissen & Sanders, 2007). Wanneer de steun voor algehele solidariteit afneemt en er, zoals Van der Horst en Ter Rele (2013) aanbevelen, keuzes gemaakt moeten worden met betrekking tot de dekking van het basispakket of eigen risico, kan dit er voor zorgen dat het zorgsysteem minder solidair is met bepaalde groepen.

Een andere veelgenoemde invloed op solidariteit is marktwerking in de zorg. Marktwerking in de zorg is altijd aanwezig geweest in het Nederlandse zorgstelsel, maar sinds 2006 is deze uitgebreid. Marktwerking an sich was niet het doel van de wetgeving, maar een middel om doelmatigheid en innovatie in de zorg te stimuleren (Maarse, 2011). Sinds de invoering van de nieuwe wetgeving is er veel gesproken over de mogelijke negatieve invloeden op solidariteit. Marktwerking zou zorgen voor meer bureaucratie en een verminderde kwaliteit van de zorg doordat de nadruk zou gaan liggen op kostenbesparing (Kant, 2006). Verschillende (politieke) partijen hebben zich aangesloten bij een initiatief van de Socialistische Partij (SP) voor een nationaal zorgfonds zonder eigen risico. De SP introduceerde dit initiatief begin 2016 en stelt dat de marktwerking in de zorg moet worden teruggedraaid. Onder andere het eigen risico zou namelijk niet solidair zijn met mensen die ziek zijn.

De partij GroenLinks wil niet direct het huidige systeem afschaffen maar vindt wel dat de marktwerking te ver gaat en dat de macht van de zorgverzekeraars ingeperkt moet worden (GroenLinks, sd). De Beer (2012) onderscheidt nog enkele andere mogelijke invloeden op solidariteit in de zorg: individualisering, diversiteit, bureaucratie, globalisering en de eerdergenoemde toenemende kennis over individuele risico's. De Beer (2012) beargumenteert dat solidariteit door voorgenoemde invloeden onder druk kan komen te staan. Wanneer mensen meer op de hoogte zijn van individuele risico's en mensen geacht worden om voor zichzelf te zorgen, kan het zijn dat mensen zich minder zorgen maakt over een ander. Daarnaast is het door bureaucratisering lastig om op vrijwillige en informele basis solidariteit te laten ontstaan (De Beer, 2012). De vraag is in hoeverre deze invloeden er daadwerkelijk voor hebben gezorgd dat de solidariteit daalt.

1.3 Staat solidariteit onder druk?

Om solidariteit in de zorg te meten wordt vaak gebruik gemaakt van het perspectief van de bevolking in Nederland (onder andere Hansen, Arts, & Muffels, 2005; Kloosterman, 2011). De focus ligt hierbij onder andere op de bereidheid van respondenten om te betalen voor de zorg van een ander. Dit is veelvuldig gedaan en de opzet van deze onderzoeken is vergelijkbaar met de Barometer Solidariteit van het Nivel, waar ook deze rapportage op is gebaseerd.

Nog voordat de nieuwe zorgverzekeringswet in 2006 is ingevoerd, is onderzoek uitgevoerd naar solidariteitsvoorkeuren in Nederland vanuit het perspectief van de bevolking. Hansen, Arts en Muffels (2005) hebben onderzoek gedaan naar solidariteit met bepaalde groepen. In dit onderzoek moesten respondenten aangeven of een bepaalde zorgbehandeling in het basispakket moet zitten of niet. Per vraag kreeg men direct te zien wat de premie zou zijn met het gekozen antwoord. Een andere benadering is die van Baldewsing (2013). Deze zet uiteen welke solidariteit er 'feitelijk' is, zoals risicosolidariteit en leeftijdssolidariteit en welke solidariteit mensen het liefst zouden willen. Uit dit onderzoek blijkt dat mensen het wenselijk vinden dat iedereen toegang heeft tot de zorg maar dat er wel verschillen mogen zijn. Rijkere mensen mogen luxere zorg verbruiken en niet-rokers willen niet mee betalen voor rokers. Verschillen zijn niet erg zolang iedereen toegang heeft tot basiszorg (Baldewsing, 2013). Het onderzoek van Kloosterman (2011; 2015) keek naar verschillende voorkeuren van de bevolking in Nederland op een vergelijkbare wijze waarop het Nivel (Van der Schors, Brabers, & De Jong, 2017) dat heeft gedaan. De focus bij de drie laatstgenoemde onderzoeken ligt op de betalingsbereidheid van respondenten in het algemeen, en uitgesplitst naar verschillende achtergrondkenmerken zoals inkomen, leeftijd en ervaren gezondheid.

Al deze onderzoeken komen nagenoeg tot dezelfde conclusie, namelijk dat mensen over het algemeen solidair zijn. Wel blijkt uit onderzoek dat er minder solidariteit is voor mensen met een ongezonde levensstijl zoals weinig bewegen, overmatig alcoholgebruik en roken. Er is een hoge mate van solidariteit met mensen die ziek zijn buiten hun schuld om, zoals door een genetische aanleg voor een ziekte (Baldewsing, 2013; Kloosterman 2011; Kloosterman 2015; Bonnie, Van den Akker, Van Steenkiste, & Vos, 2010; Van der Schors, Brabers, & De Jong, 2017). Ook wanneer een vragenlijst is voorgelegd waarbij keuzes directe gevolgen hebben voor de premie zien we dat mensen over het algemeen achter de solidariteitsprincipes in de zorg staan (Hansen, Arts, & Muffels, 2005). Bovenstaande onderzoeken geven aan dat de 'afbrokkeling' van solidariteit in de zorg in de praktijk genuanceerder is. Een nadeel van bovenstaande onderzoeken is dat zij slechts één keer hebben gemeten (afgezien van Van der Schors, Brabers, & De Jong, 2017). Het is daardoor onmogelijk om te kijken naar trends door de jaren heen. Om dit mogelijk te maken heeft het Nivel de Barometer Solidariteit opgezet. In de monitor wordt gekeken naar de betalingsbereidheid, vanuit het perspectief

van de algemene bevolking in Nederland (Van der Schors, Brabers en De Jong 2017). In dit rapport presenteren we de resultaten van 2013, 2015 en 2017.

1.4 Doel en vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is om veranderingen van solidariteit door de tijd heen in kaart te brengen. Dit is belangrijk omdat maatschappelijk draagvlak voor solidariteit in het zorgstelsel invloed kan hebben op de invulling en de werking hiervan. Er wordt gekeken naar de betalingsbereidheid voor zorgbehandelingen in het basispakket waar men zelf (nog) geen gebruik van maakt, maar anderen wel, vanuit het perspectief van de bevolking in Nederland van 18 jaar en ouder. Er wordt in dit onderzoek vooral gekeken naar de veranderingen over tijd met data van peilingen uit 2013, 2015 en 2017. We beantwoorden de volgende onderzoeksvragen:

1. In hoeverre zijn mensen bereid te betalen voor zorgbehandelingen voor anderen en verwachten zij dat anderen bereid zijn hiervoor te betalen, en zijn hierbij verschillen tussen groepen?
2. In hoeverre zijn mensen van mening dat er verschil in premie voor de basisverzekering zou moeten zijn voor bepaalde groepen mensen, en zijn hierbij verschillen tussen groepen?
3. In hoeverre zijn mensen solidair met de groep waar zij toe behoren als het gaat om leeftijd, inkomen, roken, alcohol en sporten?

1.5 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de gebruikte methoden in het onderzoek. Vervolgens worden de resultaten weergegeven van de (verwachte) solidariteit en (verwachte) solidariteit opgesplitst naar achtergrondkenmerken (hoofdstuk 3). In hoofdstuk 4 wordt er gekeken naar solidariteit met een bepaalde groep. Er wordt in dit hoofdstuk ook gekeken of mensen solidair zijn met de groep waartoe zij zelf behoren. In hoofdstuk 5 volgt een discussie waarbij enkele opvallende waarnemingen worden besproken. In dit hoofdstuk staan ook enkele mogelijke verklaringen voor de waargenomen resultaten. Verder worden er aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek en mogelijke verbeteringen van het huidige onderzoek. Hoofdstuk 5 eindigt met een conclusie.

2 Methoden

2.1 Dataverzameling

Voor het verzamelen van data is gebruik gemaakt van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het Nivel. Dit is een panel met leden uit de algemene bevolking in Nederland. De leden hebben zich bereid verklaard om mee te werken aan onderzoek over de gezondheidszorg. Er worden acht tot tien peilingen uitgevoerd per jaar en de te onderzoeken onderwerpen worden uitgekozen in samenwerking met de programmacommissie van het panel. Van de panelleden is een groot aantal achtergrondkenmerken bekend zoals opleiding, leeftijd, geslacht en ervaren gezondheid. Bij het werven van nieuwe leden wordt rekening gehouden met leeftijd en geslacht, zodat het panel een goede afspiegeling vormt van de algemene bevolking in Nederland. Daarnaast worden panelleden na enige tijd uitgeschreven om eventuele leereffecten te voorkomen. Een uitgebreide beschrijving van het panel, de samenstelling en de werving staat beschreven in het basisrapport van het Consumentenpanel Gezondheidszorg (Brabers, Reitsma-van Rooijen, & De Jong, 2015).

Uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg is eind 2017 een steekproef getrokken. Deze steekproef was naar leeftijd en geslacht representatief voor de bevolking in Nederland van 18 jaar en ouder. In totaal zijn 1.500 mensen benaderd voor het invullen van een schriftelijke of online vragenlijst (afhankelijk van hun eigen voorkeur). Er zijn in totaal 668 vragenlijsten ingevuld geretourneerd (respons 45%). Een overzicht van achtergrondkenmerken van respondenten is opgenomen in bijlage A. De vragenlijst omvatte vragen over de volgende thema's: 'betalen voor zorg', 'uw bezoek aan een arts', 'samen beslissen', 'tevredenheid met sociale rollen en activiteiten', 'uitspraken over uw gezondheid' en 'advies van uw zorgverzekeraar'. De antwoorden op de vragen binnen het eerstgenoemde thema worden in dit rapport gebruikt om solidariteit in kaart te brengen. De vragenlijst is opgesteld aan de hand van een literatuuronderzoek. De vragen die gesteld worden zijn vergelijkbaar met de vragen uit de onderzoeken van Kloosterman (2011; 2015). De eerste vraag gaat over de bereidheid om in de basisverzekering te betalen voor zorgbehandelingen waar men zelf (nog) geen gebruik van maakt, maar anderen wel. De tweede vraag gaat over de verwachting dat anderen bereid zijn in de basisverzekering te betalen voor zorgbehandelingen waar men zelf (nog) geen gebruik van maakt, maar anderen wel. De eerste vraag wordt geïnterpreteerd als solidariteit en de tweede vraag als 'verwachte solidariteit'. Na deze vragen volgt een matrixvraag waarbij respondenten kunnen aangeven of zij vinden dat een bepaalde groep veel meer, meer of evenveel moet betalen voor de basisverzekering. De groepen zijn bijvoorbeeld rokers versus niet-rokers, mensen met lage inkomens versus hoge inkomens, mensen die vaak naar de huisarts gaan versus mensen die weinig naar de huisarts gaan. De antwoorden zijn gehercodeerd in drie categorieën: groep 1 meer (1), beide groepen evenveel (2) en groep 2 meer (3). De volledige vragenlijst met betrekking tot het onderdeel 'betalen voor zorg' is bijgevoegd in bijlage B.

De meting met betrekking tot het thema solidariteit wordt tweejaarlijks uitgevoerd. Dit is de derde keer dat het panel is gebruikt voor het verzamelen van data over solidariteit. Iedere peiling maakt gebruik van een, nieuw getrokken, representatieve steekproef. De eerste peiling was in 2013, de tweede in 2015 en de meest recente in 2017. Met deze peilingen wordt de ontwikkeling van solidariteit onder de Nederlandse bevolking gemonitord. In 2017 is een rapport verschenen met resultaten uit 2013 en 2015 (Van der Schors, Brabers, & De Jong, 2017). Het huidige rapport betreft data van de peilingen in 2013 en 2015 en van de meest recente peiling in 2017. De vragenlijst uit 2017 is door 171 respondenten ingevuld die dit ook hebben gedaan bij een eerdere vragenlijst in 2013 of 2015. Er zijn 9 respondenten die de vragenlijst van zowel 2013, 2015 als 2017 hebben ingevuld. Zie

bijlage C voor een volledig overzicht. Tijdens het analyseren van data is rekening gehouden met eventuele clustering.

2.2 Data analyse

Bij het analyseren van de data is bij iedere peiling een weegfactor toegepast. Dit is gedaan om te compenseren voor een kleine afwijking van de respondenten ten opzichte van de algemene bevolking wat betreft leeftijd en geslacht. Er is in totaal gewogen in zes categorieën. De respondenten zijn uitgesplitst naar geslacht: man of vrouw. Leeftijd is gewogen in drie categorieën: 18-39 jaar, 40-64 jaar, 65 jaar en ouder. Wanneer een weging is toegepast, is dit aangegeven in de desbetreffende figuur of tabel. De weegfactoren liggen in 2017 tussen de 0.74 en 1.77.

Voor het uitvoeren van statistische analyses is gebruik gemaakt van STATA 15.1. De data van de meest recente peiling (2017) en eerdere peilingen (2013 en 2015) zijn samengevoegd tot één databestand. Allereerst is er gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek (frequentieverdelingen) om de data te verkennen en te beschrijven. Vervolgens is er gebruik gemaakt van logistische regressie modellen om te onderzoeken of de (verwachte) solidariteit is gedaald, gestegen of gelijk gebleven in de periode 2013-2017. Deze modellen corrigeren voor mogelijke verschuivingen van solidariteit die zouden kunnen voortkomen uit verschillen in steekproef samenstelling door de jaren heen. Verder is er rekening gehouden met de afhankelijkheid in de data die is ontstaan doordat respondenten meerdere malen aan een peiling mee hebben gedaan (9% van het totaal aantal deelnemers). Aan de hand van deze modellen is een trend berekend over de geschatte waardes om te kijken naar verschillen in solidariteit door de jaren heen. Bij het meten van 'solidariteit met een bepaalde groep' (hoofdstuk 4) is gebruik gemaakt van multinomiale regressie modellen. Bij alle analyses is een significantieniveau aangehouden van 5% ($p=0,05$). Bij het onderdeel 'solidariteit met een bepaalde groep', waarbij men aan moet geven of een bepaalde groep meer of minder zou moeten betalen voor de basispremie, is een Bonferroni correctie toegepast. Bij het vergelijken van 11 groepen tegelijk kan er namelijk 'per toeval' een significant resultaat optreden. Het significantieniveau van $p=0,05$ is gedeeld door het aantal groepen dat vergeleken wordt; in dit geval is dat 11. Bij deze analyses is een significantieniveau aangehouden van 0.45% ($p=0,0045$). Als er in dit rapport wordt gesproken over een verschil gaat het altijd om een statistisch significant verschil.

3 Solidariteit, de bereidheid tot betalen voor anderen

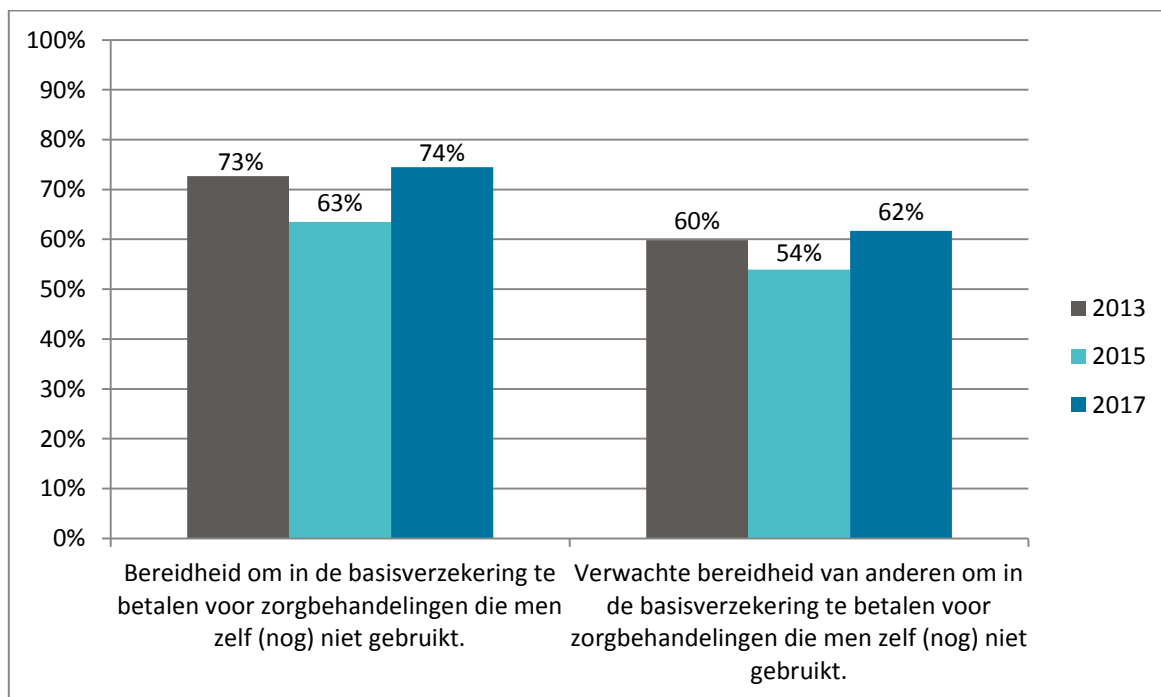
In dit hoofdstuk worden de resultaten weergegeven van solidariteit en verwachte solidariteit van de bevolking in Nederland. Eerst wordt er gekeken naar verschil in (verwachte) solidariteit door de jaren heen met data van peilingen uit 2013, 2015 en 2017. Vervolgens kijken we naar verschillen in (verwachte) solidariteit, uitgesplitst naar verschillende achtergrondkenmerken.

Belangrijkste resultaten:

- Bereidheid om in de basisverzekering te betalen voor zorgbehandelingen waar men zelf (nog) geen gebruik van maakt, maar anderen wel is hoog.
- Er is geen sprake van een lineaire trend van solidariteit door de jaren heen. Dit betekent dat solidariteit, door de jaren heen, niet aan het stijgen of dalen is.
- Hoogopgeleiden zijn het meest solidair en laagopgeleiden zijn het minst solidair in 2017.
- Mensen die hun eigen gezondheid beschrijven als matig/slecht zijn door de jaren heen steeds minder bereid te betalen voor de zorgbehandeling van een ander.
- Laagopgeleiden verwachten, door de jaren heen, dat anderen steeds minder bereid zijn te betalen voor zorgbehandelingen van anderen.

3.1 Solidariteit en verwachte solidariteit

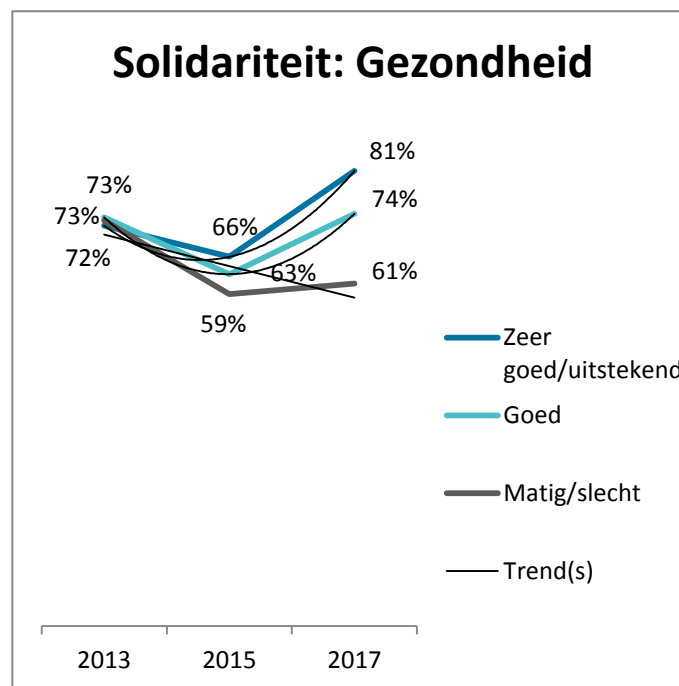
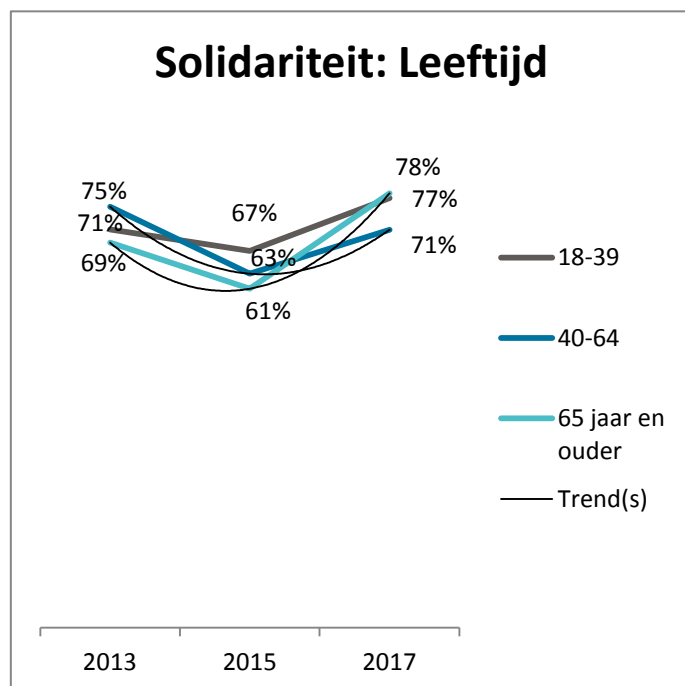
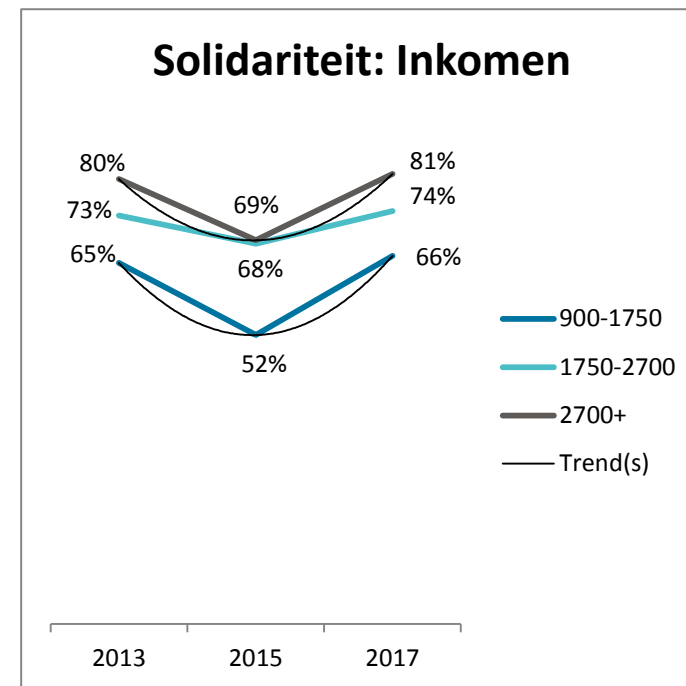
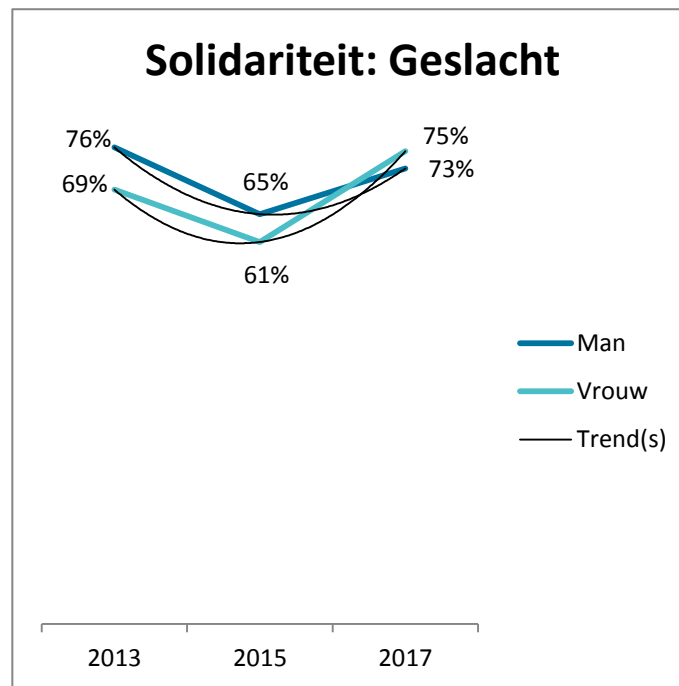
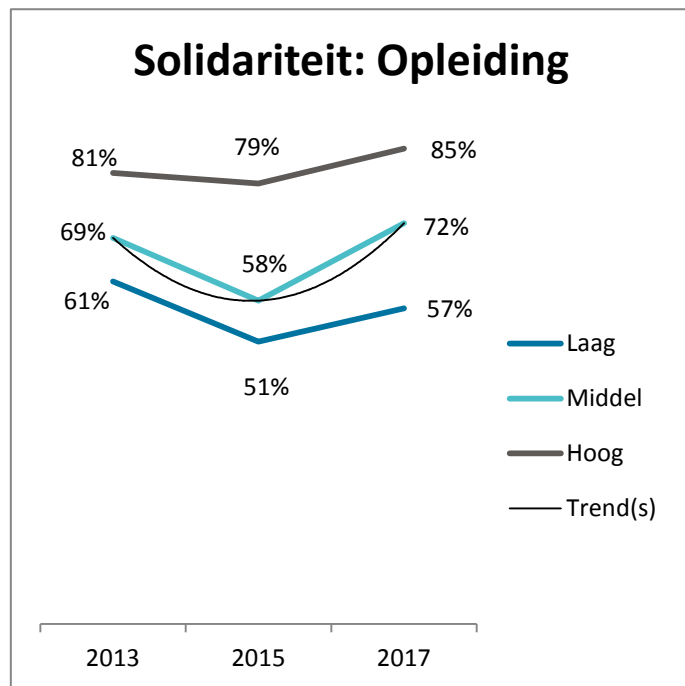
In figuur 1 is te zien dat in 2013 73% van de respondenten aangeeft dat zij bereid zijn om in de basisverzekering te betalen voor zorgbehandelingen waar zij zelf (nog) geen gebruik van maken, maar anderen wel. In 2015 is dit percentage 63% en in 2017 is dit percentage weer op gelijke hoogte met 2013, namelijk 74%. Bij verwachte solidariteit is eenzelfde beeld te zien. Op de vraag of men verwacht dat anderen bereid zijn om in de basisverzekering te betalen voor zorgbehandelingen waar men zelf (nog) geen gebruik van maakt, antwoordde in 2013 meer dan de helft (60%) bevestigend. In 2015 is dit percentage 54% en in 2017 is dit percentage weer op eenzelfde niveau als in 2013, namelijk 62%. Er is geen sprake van een significante lineaire trend bij zowel solidariteit als verwachte solidariteit. Dit betekent dat de (verwachte) solidariteit, door de jaren heen, niet aan het dalen of aan het stijgen is. De verwachte betalingsbereidheid is ieder jaar lager dan de eigen betalingsbereidheid. Een uitgebreid overzicht van de regressieanalyse en trendberekening is opgenomen in bijlage D.



Figuur 1: Bereidheid om te betalen voor anderen (solidariteit) en de verwachte bereidheid om te betalen voor anderen (verwachte solidariteit) in 2013, 2015, 2017. Gewogen naar leeftijd en geslacht (N=571 – 730).

Hierna, in figuur 2 en 3, wordt solidariteit opgesplitst naar achtergrondkenmerken, zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Dit geeft een specifiek beeld van solidariteit aangezien je zo kunt zien welke groep meer of minder solidair is ten opzichte van andere groepen. Er zijn opvallende trends waargenomen, met name bij ervaren gezondheid en opleiding.

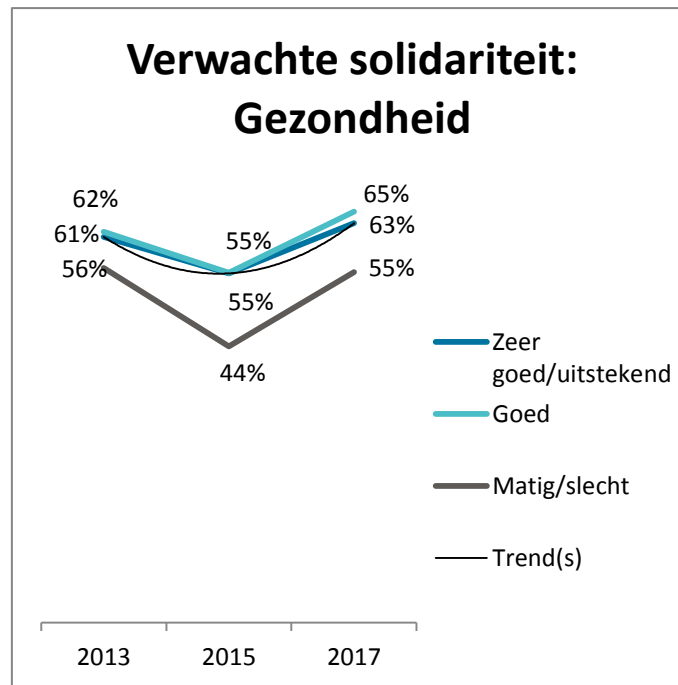
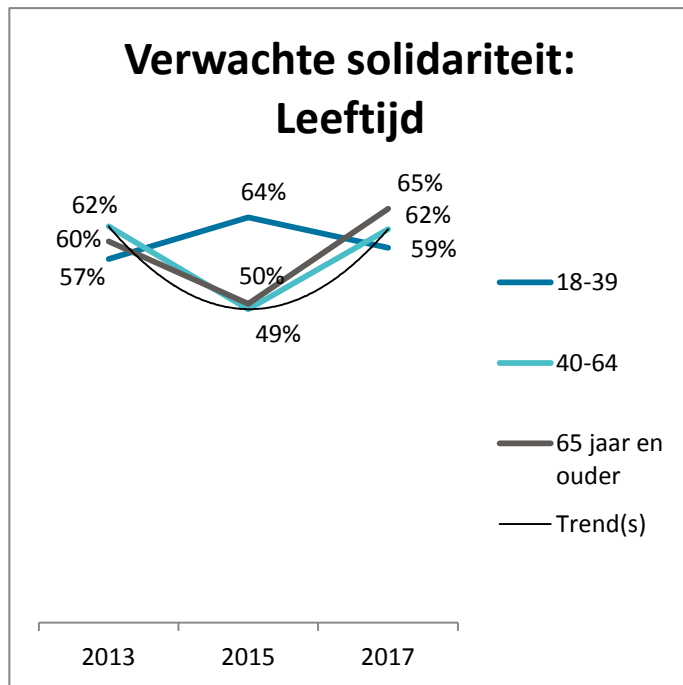
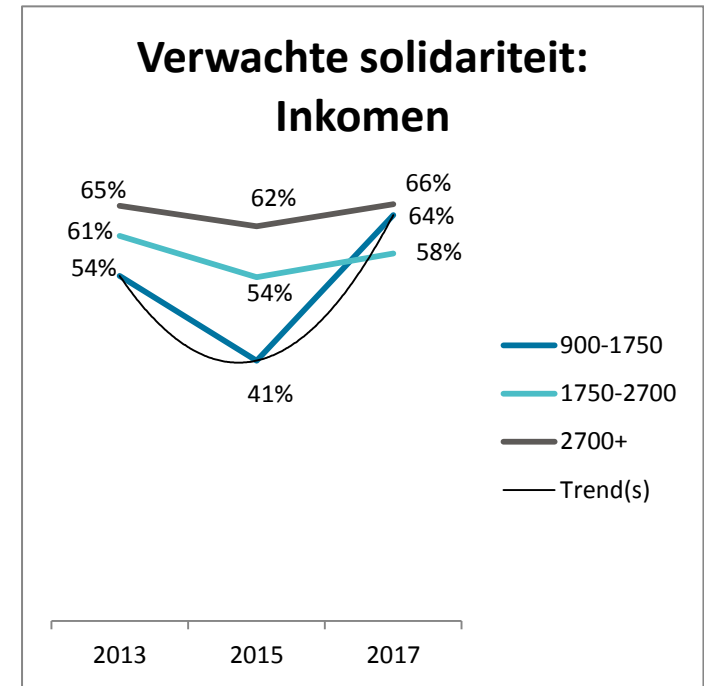
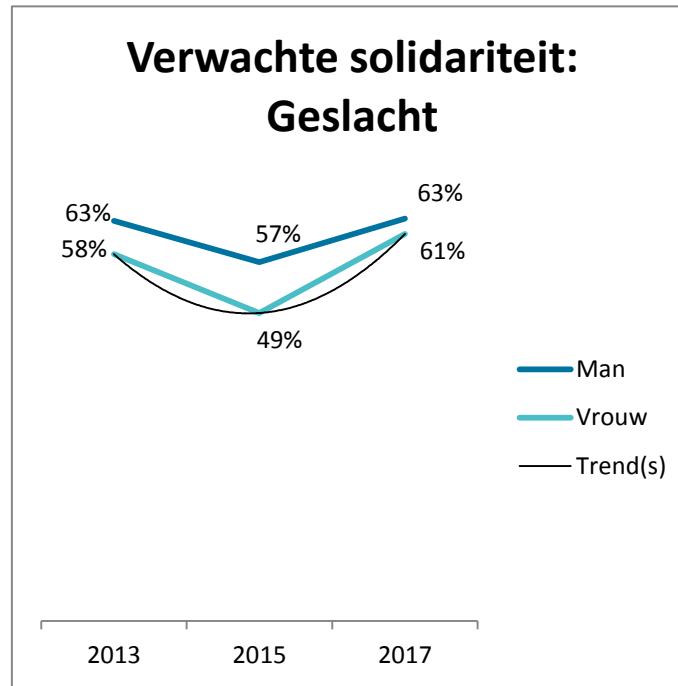
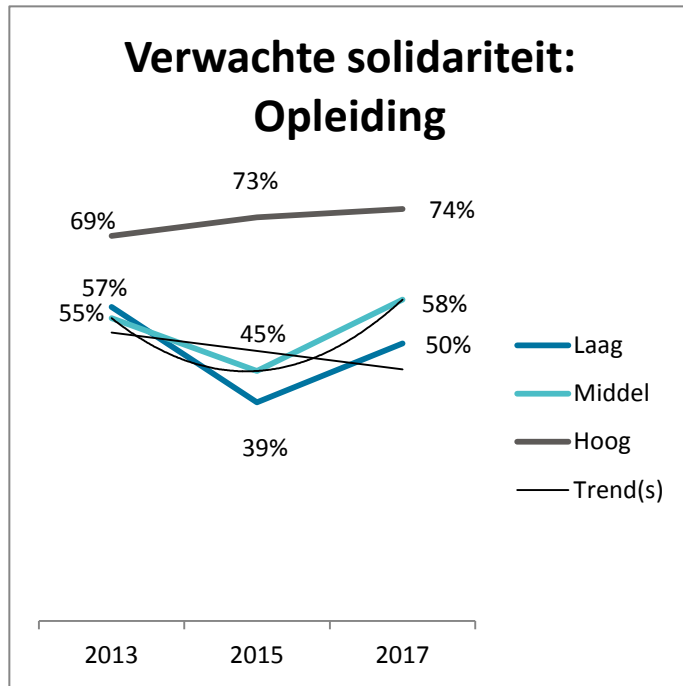
Figuur 2: Solidariteit, uitgesplitst naar verschillende groepen (N=563-731).



Solidariteit, uitgesplitst naar verschillende groepen

Bij de subgroepen is de trendlijn berekend over de geschatte waarden. Wanneer er sprake is van een significante trend is de trendlijn getekend. Er is over het algemeen geen sprake van een significante lineaire trend. Dit betekent dat de solidariteit bij de subgroepen niet aan het stijgen of dalen is. Er is één uitzondering. Bij personen die hun gezondheid als matig of slecht beoordelen is er sprake van een significante, dalende, lineaire trend. Dit betekent dat er sprake is van een daling van solidariteit binnen deze groep. Een lager percentage van mensen met een slechte gezondheid geeft, door de jaren heen, aan dat zij bereid zijn te betalen voor zorgbehandelingen in het basispakket. Verder zijn er wel significante kwadratische trends. Dit betekent dat er sprake is van een dip in 2015. Het is belangrijk om bij volgende peilingen te kijken of deze trends doorzetten.

Figuur 3: Verwachte solidariteit, uitgesplitst naar verschillende groepen (N=557-729).



Verwachte solidariteit, uitgesplitst naar verschillende groepen

Bij de subgroepen is de trendlijn berekend over de geschatte waarden. Wanneer er sprake is van een significante trend is de trendlijn getekend. Er is over het algemeen geen sprake van een significante lineaire trend. Dit betekent dat de verwachte solidariteit bij de subgroepen niet aan het stijgen of dalen is. Er is één uitzondering. Bij laagopgeleiden is er sprake van een significante, dalende, lineaire trend. Dit betekent dat er sprake is van een daling van verwachte solidariteit binnen deze groep. Een lager percentage van laagopgeleiden geeft, door de jaren heen, aan dat zij verwachten dat anderen bereid zijn te betalen voor zorg waar men zelf (nog) geen gebruik van maakt. Verder zijn er wel significante kwadratische trends. Dit betekent dat er sprake is van een dip in 2015. Het is belangrijk om bij volgende peilingen te kijken of deze trends doorzetten.

3.2 Conclusie

De (verwachte) solidariteit is in 2017 op een vergelijkbaar niveau als in 2013. Op basis van de data van de drie peilingen is geen lineair verband gevonden waaruit blijkt dat de (verwachte) solidariteit verandert. Er is wel sprake van een kwadratische trend. Dit betekent dat er een 'dip' in (verwachte) solidariteit in 2015 is. In 2015 geeft een lager percentage aan bereid te zijn om te betalen voor de zorgbehandelingen in het basispakket voor een ander in vergelijking met 2013 en 2017. Over het algemeen is de verwachting dat anderen willen betalen voor zorgbehandelingen in de basisverzekering, waar zij zelf (nog) geen gebruik van maken, lager dan de eigen betalingsbereidheid. Er zijn twee lineaire trends. Van de mensen die hun eigen gezondheid beoordelen als matig of slecht geeft, door de jaren heen, een lager percentage aan dat men bereid is om te betalen voor de zorgbehandelingen van een ander. Hetzelfde geldt voor laagopgeleiden als het gaat om de verwachte solidariteit. Van de laagopgeleiden geeft, door de jaren heen, een lager percentage aan dat men verwacht dat anderen bereid zijn te betalen voor zorgbehandelingen waar anderen gebruik van maken.

4 Solidariteit met een bepaalde groep

In het vorige hoofdstuk is er gekeken naar de (verwachte) solidariteit. Ook is gekeken naar (verwachte) solidariteit uitgesplitst naar verschillende achtergrondkenmerken. In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag of mensen meer of minder solidair zijn met een bepaalde groep.

Belangrijkste resultaten:

- Er is sprake van een hoge mate van solidariteit met mensen met een genetische aanleg voor een ziekte, mensen met een slechte gezondheid en mensen die veel zorg gebruiken.
- Er is een mindere mate van solidariteit voor ogenschijnlijk beïnvloedbare factoren, zoals een ongezonde levensstijl, het nuttigen van alcohol en roken.
- Door de jaren heen is er een stijging in solidariteit met mensen die veel zorg gebruiken, mensen die veel alcohol nuttigen of een ongezonde levensstijl hebben.

4.1 Solidariteit met bepaalde groepen

Aan de respondenten is gevraagd om aan te geven of een bepaalde groep, bijvoorbeeld mensen die roken, meer, minder of evenveel zou moeten betalen voor hun basisverzekering dan mensen die niet roken. In totaal zijn er 11 tegengestelde groepen voorgelegd aan de respondenten (tabel 1). Acht van deze elf subgroepen zijn uitgelicht in figuur 4. Vier subgroepen zijn uitgelicht omdat zij aangeven met welke subgroepen mensen het meest en met welke subgroepen mensen het minst solidair zijn. Daarnaast zijn er vier subgroepen weergegeven omdat zij een significante trend laten zien door de jaren heen. Dit betekent dat de solidariteit voor deze groepen is gestegen of gedaald. Een volledig overzicht van alle 11 tegengestelde groepen met bijbehorende percentages is opgenomen in de bijlagen E.1 en E.2.

Tabel 1: Premiedifferentiatie voor 11 verschillende tegengestelde groepen.

Vraag: "In hoeverre bent u het ermee eens dat de ene groep meer voor de basisverzekering moet betalen dan de andere?"

Er zijn vijf mogelijke antwoorden: Groep 1 veel meer (1), Groep 1 iets meer (2), Beiden evenveel (3), Groep 2 iets meer (4), Groep 2 veel meer (5). De antwoorden zijn gehercodeerd in: Groep 1 meer (1), Beiden evenveel (2), Groep 2 meer (3).

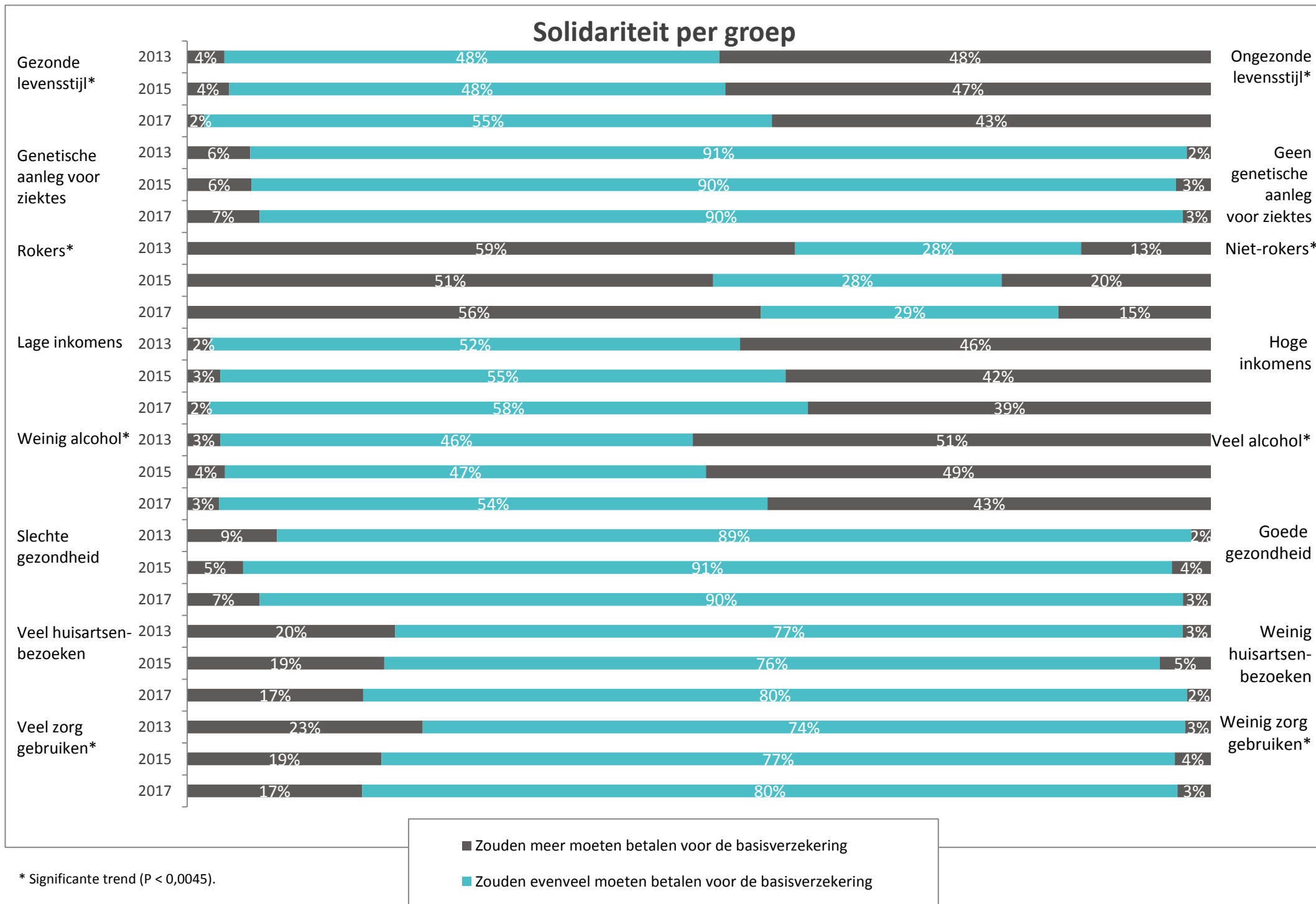
	Groep 1	Groep 2
1	Ouderen	Jongeren
2	Mensen die heel gezond leven, bijvoorbeeld door te letten op hun voeding	Mensen die niet gezond leven, bijvoorbeeld door niet te letten op hun voeding
3	Mensen met genetische aanleg om in de toekomst een ernstige ziekte te krijgen	Mensen zonder genetische aanleg om in de toekomst een ernstige ziekte te krijgen
4	Mensen die roken	Mensen die niet roken
5	Mensen met lagere inkomens	Mensen met hogere inkomens
6	Mensen die weinig alcohol drinken	Mensen die veel alcohol drinken
7	Mensen die niet zo'n goede gezondheid hebben	Mensen die een goede gezondheid hebben
8	Mensen die vaak naar de huisarts gaan	Mensen die niet vaak naar de huisarts gaan
9	Mensen die voldoende bewegen	Mensen die onvoldoende bewegen
10	Mensen die veel zorg gebruiken	Mensen die weinig zorg gebruiken
11	Mensen die aan blessuregevoelige sporten doen	Mensen die niet aan blessuregevoelige sporten doen

Uit Figuur 4 blijkt dat de solidariteit het hoogst is bij de categorieën 'genetische aanleg' en 'gezondheid'. Negen op de tien respondenten vinden dat mensen met een genetische aanleg voor een ziekte, of mensen met een slechte gezondheid evenveel moeten betalen voor de basisverzekering als mensen die geen genetische aanleg hebben of een goede gezondheid hebben (90%). De solidariteit is ook hoog als het gaat om 'huisartsenbezoek' en 'zorggebruik'. Bij beide categorieën geeft 80% van de respondenten aan dat zowel mensen die veel zorg gebruiken als mensen die vaak de huisarts bezoeken evenveel moeten betalen voor de basisverzekering als mensen die weinig zorg gebruiken respectievelijk weinig de huisarts bezoeken. Aan de andere kant is er sprake van minder solidariteit voor groepen met een 'ongezonde levensstijl', veel alcoholgebruik en hoge inkomens. Hierbij geeft respectievelijk 43%, 43% en 39% van de respondenten aan dat deze groepen meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering dan groepen met een 'gezonde levensstijl', weinig alcoholgebruik en lage inkomens. Respondenten zijn het minst solidair met rokers. Meer dan de helft (56%) geeft aan dat rokers meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering dan niet-rokers.

4.2 Verschillen in solidariteit door de jaren heen

Als we kijken naar de verschillen over de jaren zien we een aantal opvallende trends. Deze significante trends zijn aangegeven met een asterisk in figuur 4. Als eerste is er sprake van een lineaire, positieve trend als het gaat om 'levensstijl'. De trend geeft aan dat door de jaren heen, een groter percentage van de respondenten aangeeft dat mensen met een ongezonde en mensen met een gezonde levensstijl evenveel moeten betalen voor de basisverzekering. Dit percentage is gestegen van 48% in 2013 naar 55% in 2015 en 2017. Dit betekent ook dat door de jaren heen een kleiner percentage respondenten aangeeft dat een ongezonde levensstijl belast moet worden met een hogere premie. Ten tweede is te zien dat de mening over het onderwerp 'roken' door de jaren heen schommelt. Er is sprake van een significante kwadratische trend op de vraag of niet-rokers meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering. In 2015 heeft een hoger percentage respondenten aangegeven dat niet-rokers meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering dan rokers in vergelijking met 2013 en 2017. Als derde is er een significante, lineaire trend gevonden met betrekking tot alcoholgebruik. Door de jaren heen vindt een kleiner percentage dat alcoholgebruikers meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering. Het percentage is gedaald van 51% in 2013 naar 43% in 2017. Tegelijkertijd geeft een hoger percentage respondenten aan dat beide groepen, mensen die veel drinken en mensen die weinig drinken, evenveel moeten betalen voor de basisverzekering. Dit duidt op een trend waarbij men meer solidair is met mensen die veel alcohol gebruiken. Een laatste verschuiving vindt plaats bij 'zorggebruik'. Er is sprake van een significante, lineaire trend waarbij door de jaren heen een lager percentage respondenten aangeeft dat mensen die veel zorg gebruiken meer moeten betalen voor de basisverzekering dan mensen die weinig zorg gebruiken. Tegelijkertijd stijgt het percentage respondenten dat vindt dat beide groepen evenveel moeten betalen voor de basisverzekering. Samenvattend geven de trends aan dat respondenten door de jaren heen meer solidair zijn geworden met mensen die veel alcohol drinken, veel zorg gebruiken of een ongezonde levensstijl hebben. Bij roken schommelt de mening door de jaren heen. De resultaten in figuur 4 kunnen verder opgesplitst worden om te kijken of respondenten meer solidair zijn met de groep waartoe zij zelf behoren. Hier gaan we in de volgende paragraaf op in.

Figuur 4: Solidariteit met 8 specifieke groepen in 2013, 2015 en 2017 (N=566-713, gewogen).



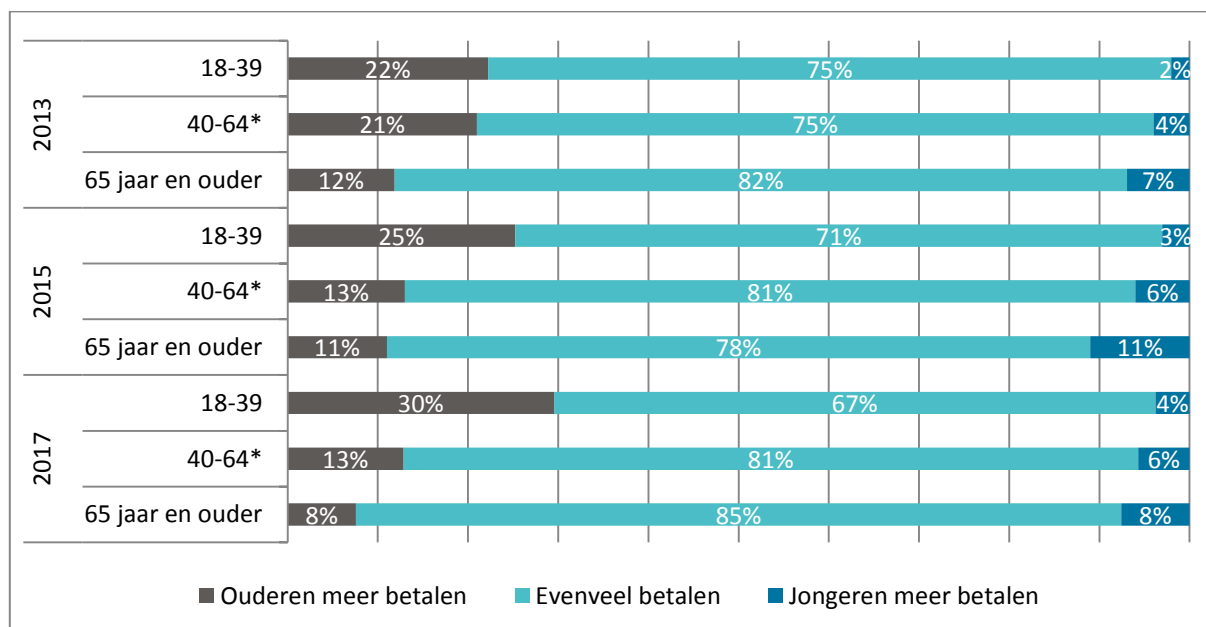
4.3 Solidariteit met eigen groep

De figuren 5.1 tot en met 5.5 laten zien of respondenten meer of minder solidair zijn met de groep waartoe zij zelf behoren. Hierbij gaat het om groepen gebaseerd op de volgende achtergrondkenmerken: leeftijd, inkomen, roken, alcohol en bewegen. We splitsen de figuren uit aan de hand van dezelfde kenmerken.

4.3.1 Respondenten met een leeftijd van 40-64 jaar iets meer solidair met ouderen

Over het algemeen is er sprake van een hoge mate van solidariteit met ouderen onder alle drie de leeftijdsgroepen (zie figuur 5.1). Er is wel een voorkeur voor ouderen wanneer er gekozen wordt voor een groep die meer zou moeten betalen voor de basisverzekering. Een lager percentage van respondenten tussen de 40 en 64 jaar geeft, door de jaren heen, aan dat ouderen meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering. Dit percentage is gedaald van 21% in 2013 naar 13% in 2017. Er is sprake van een significante, lineaire trend (aangegeven met een asterisk in figuur 5.1). Tegelijkertijd vindt een hoger percentage van de 40-64 jarigen dat beide groepen evenveel moeten betalen. Dit percentage is gestegen van 75% naar 81%.

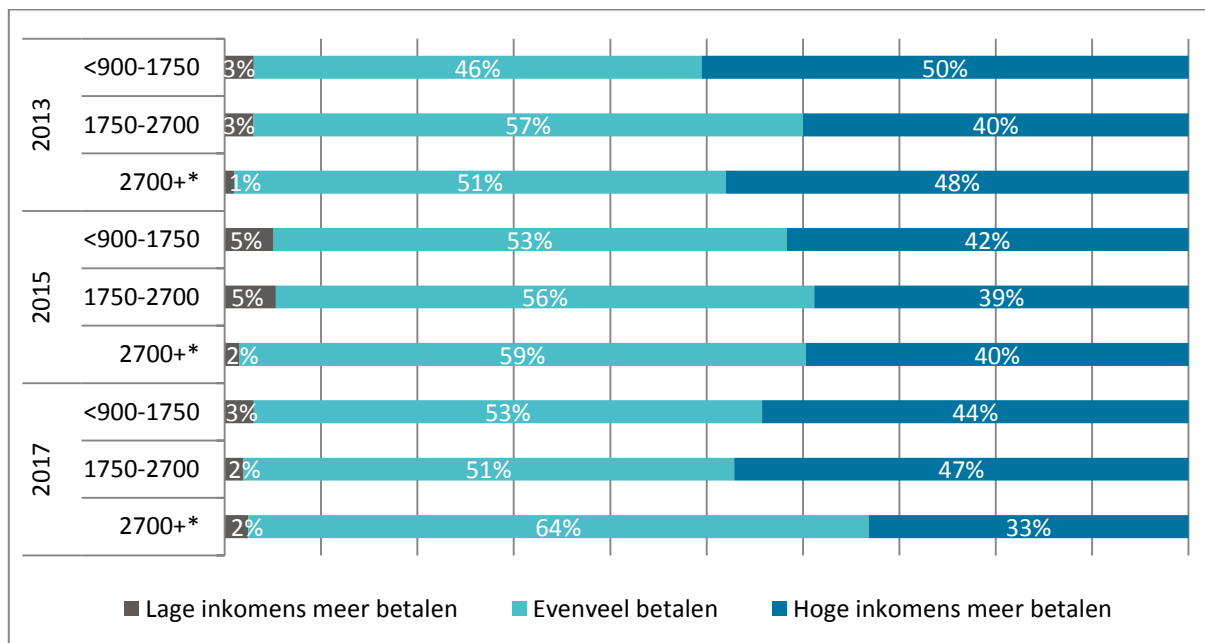
Figuur 5.1: Solidariteit met eigen leeftijdsgroep, uitgesplitst naar leeftijd (N=578-700)



Hoge inkomens steeds minder bereid om zelf meer te betalen voor de basisverzekering

Over het algemeen vinden respondenten dat hoge inkomens meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering. Er zijn wel twee significante lineaire trends waargenomen. Beide trends zijn waargenomen bij de groep met een netto maand inkomen van 2700+ (in figuur 5.2 aangegeven met een asterisk). Het percentage van deze groep dat vindt dat hogere inkomens meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering is door de jaren heen gedaald van 48% naar 33%. Het percentage dat aangeeft dat beide groepen evenveel zouden moeten betalen voor de basisverzekering is gestegen van 51% naar 64%.

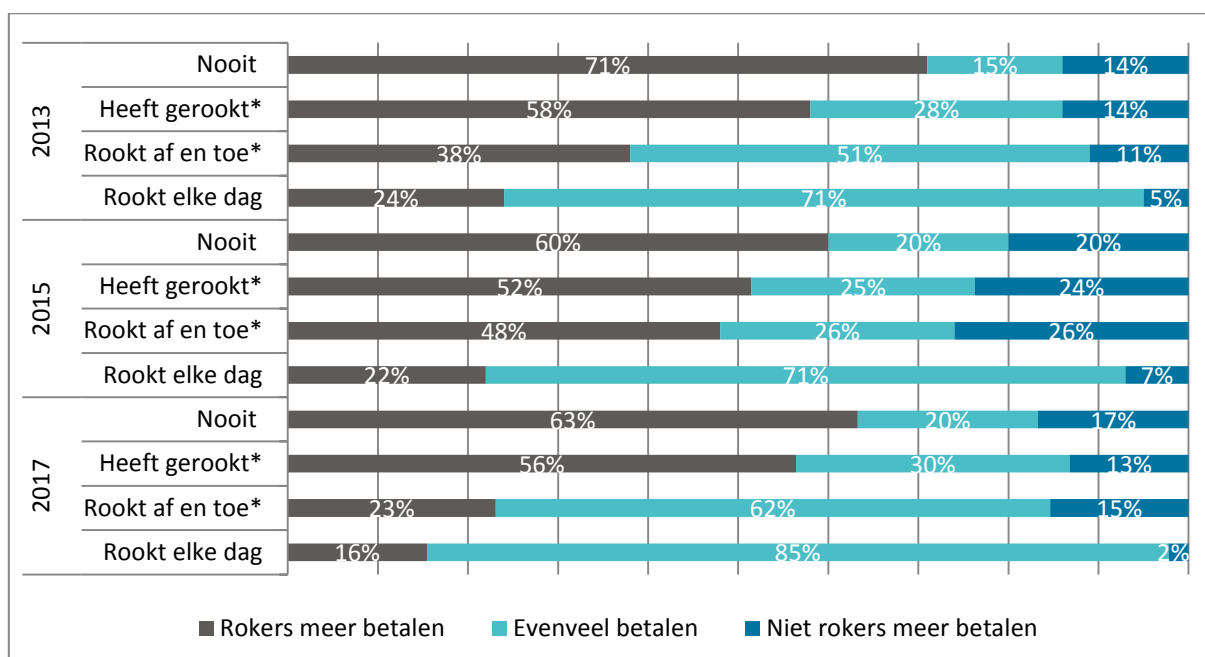
Figuur 5.2: Solidariteit met eigen inkomensgroep, uitgesplitst naar netto maand inkomen (N=560-679)



4.3.2 Rokers solidair met rokers

Respondenten die roken zijn over het algemeen solidair met rokers. Bij de groep niet-rokers geeft het hoogste percentage aan dat rokers meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering, namelijk 63% in 2017. Een significant kwadratische trend is aanwezig bij respondenten die aangeven af en toe te roken of te hebben gerookt (in figuur 5.3 aangegeven met een asterisk). Van deze groep geeft een hoger percentage aan, vergeleken met respondenten die wel roken, dat niet-rokers meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering. In 2013 is dit percentage 14% ('heeft gerookt') en 11% ('rookt af en toe'). In 2015 is dit percentage gestegen naar respectievelijk 24% en 26%. In 2017 is dit percentage gedaald naar respectievelijk 13% en 15%. Voor de respondenten die 'af en toe' roken is er sprake van een kwadratische trend op het antwoord 'evenveel'. In 2013 is dit percentage 51%, in 2015 is dit percentage 26% en in 2017 is dit percentage 62%.

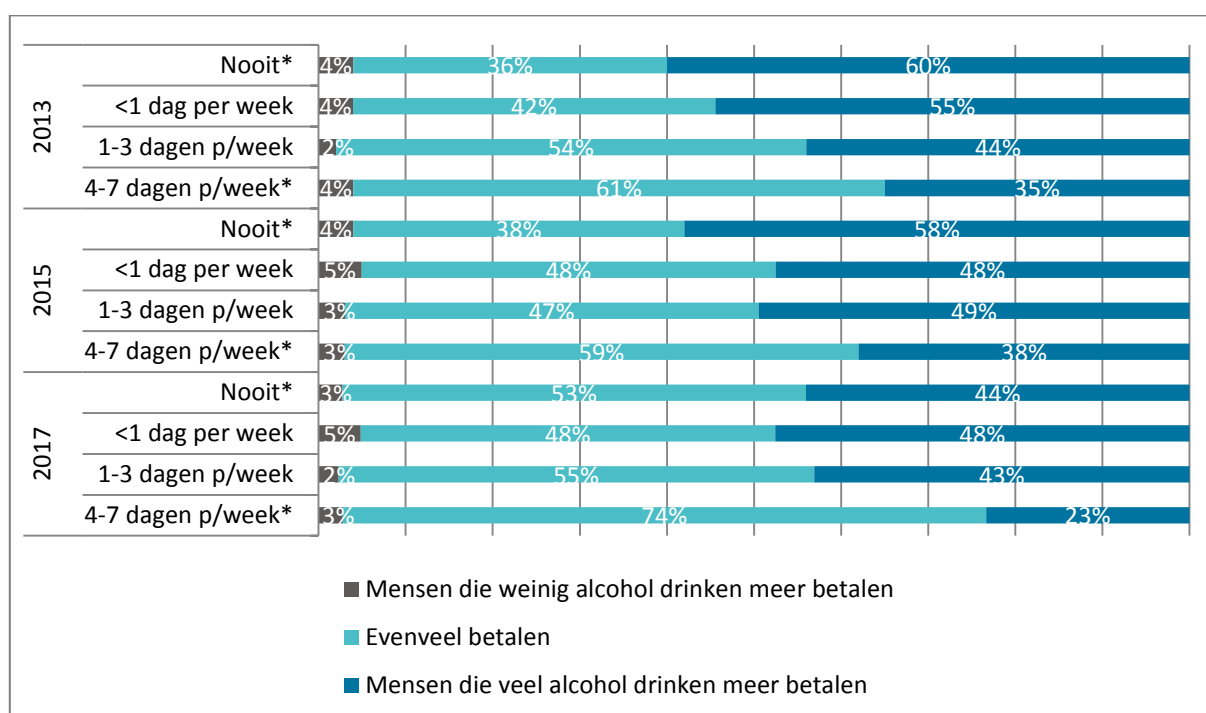
Figuur 5.3: Solidariteit met eigen groep, uitgesplitst naar roken of niet roken (N=564-703)



4.3.3 Respondenten die nooit drinken steeds meer solidair met mensen die veel alcohol nuttigen

Eerder hebben we gezien dat door de jaren heen een kleiner percentage respondenten aangeeft dat mensen die veel alcohol gebruiken meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering. Figuur 5.4 laat zien dat respondenten die aangeven nooit alcohol te drinken door de jaren heen meer solidair zijn geworden met mensen die veel alcohol drinken. Het percentage dat antwoordt dat beide groepen evenveel moeten betalen voor de basisverzekering is bij respondenten die nooit alcohol drinken gestegen van 36% in 2013 naar 53% in 2017. Er is sprake van een lineaire, significante trend (in figuur 5.4 aangegeven met een asterisk). Daarnaast geeft een kleiner percentage van de respondenten die nooit alcohol drinken aan dat mensen die veel alcohol gebruiken meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering. Dit percentage is gedaald van 60% in 2013 naar 44% in 2017. Een laatste significante lineaire trend is te vinden bij de groep die 4 tot 7 dagen per week alcohol nuttigt. Van deze groep geeft door de jaren heen een hoger percentage respondenten aan dat beide groepen (mensen die weinig alcohol drinken en mensen die veel alcohol drinken) evenveel moeten betalen voor de basisverzekering (61% in 2013, 74% in 2017).

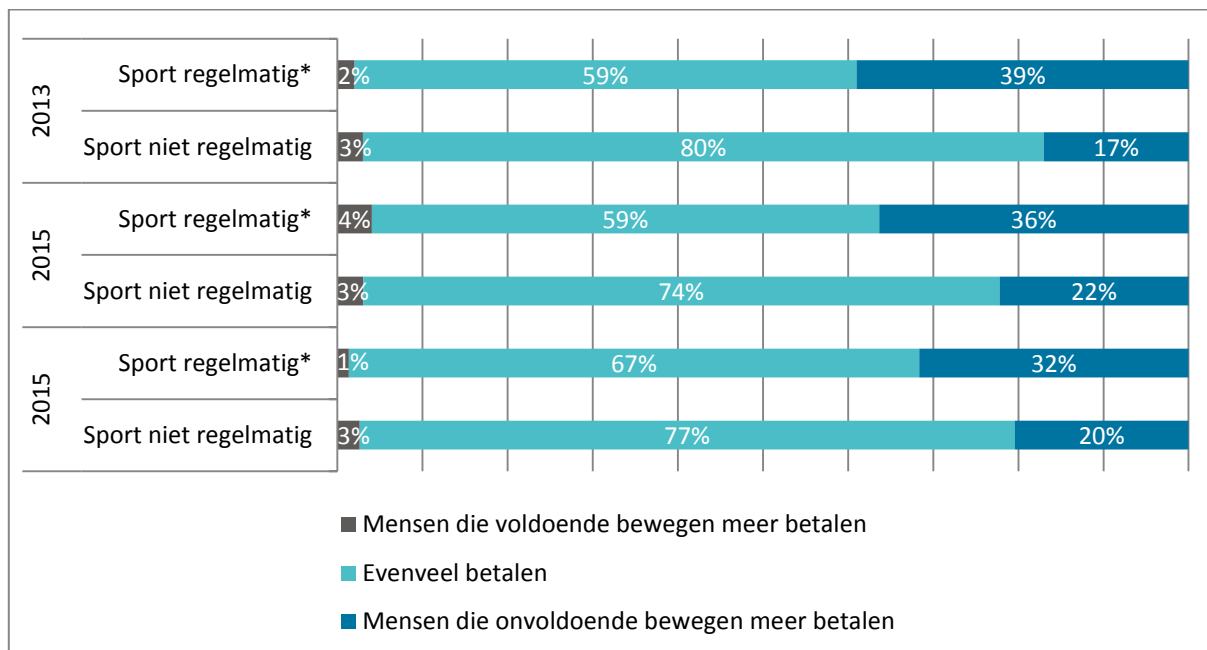
Figuur 5.4: Solidariteit met eigen groep, uitgesplitst naar weinig alcohol drinken en veel alcohol drinken (N=564-703)



4.3.4 Sporters iets meer solidair met mensen die onvoldoende bewegen

Door de jaren heen zijn respondenten die regelmatig sporten meer solidair geworden met mensen die onvoldoende bewegen. Er is sprake van een significante lineaire trend op het antwoord 'evenveel' en 'mensen die onvoldoende bewegen meer betalen' (in figuur 5.5 aangegeven met een asterisk). Het percentage sporters dat aangeeft dat beide groepen evenveel zouden moeten betalen is gestegen van 59% in 2013 en 2015 naar 67% in 2017. Tegelijkertijd is het percentage sporters dat aangeeft dat mensen die onvoldoende bewegen meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering gedaald van 39% in 2013 naar 32% in 2017. Opvallend is dat respondenten die regelmatig sporten, in 2015 hebben aangegeven dat mensen die voldoende bewegen meer moeten betalen voor de basisverzekering. Het is overigens een klein verschil (2% in 2013 naar 4% in 2015 naar 1% in 2017).

Figuur 5.5: Solidariteit met eigen groep, uitgesplitst naar voldoende bewegen en onvoldoende bewegen (N=562-706)



4.4 Conclusie

Over het algemeen is er een grote mate van solidariteit met mensen die een genetische aanleg hebben voor een ziekte, een slechte gezondheid hebben of veel zorg gebruiken. Er is ook een grote mate van solidariteit met mensen die vaak een huisarts bezoeken. Dit lijken voornamelijk kenmerken te zijn waar mensen niets aan kunnen doen. Er is sprake van minder solidariteit met mensen die roken, een ongezonde levensstijl hebben of veel alcohol nuttigen. Er zijn opvallende trends te zien bij de drie voorgenoemde onderwerpen en het onderwerp ‘zorggebruik’. Het lijkt er op dat respondenten door de jaren heen meer solidair worden met mensen die veel zorg gebruiken, mensen die veel alcohol nuttigen en een ongezonde levensstijl hebben. Er is sprake van een trend waarbij een lager percentage aangeeft dat deze groepen meer zouden moeten betalen voor hun basisverzekering. Tegelijkertijd geeft een kleiner percentage, door de jaren heen, aan dat deze groepen evenveel zouden moeten betalen voor de basisverzekering. De mening over roken schommelt door de jaren heen. Bij roken is er sprake van een kwadratische trend waarbij een lager percentage respondenten aangeeft dat rokers meer moeten betalen in 2015 en dit percentage is opnieuw gestegen in 2017. Dit beeld is ook terug te zien wanneer we kijken naar de mate van solidariteit met de eigen groep. Respondenten die roken zijn meer solidair met rokers maar de resultaten zijn wisselend door de jaren heen. Verder geeft een kleiner percentage van de respondenten in de leeftijd van 40 tot en met 64 jaar aan dat ouderen meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering. Tegelijkertijd geeft een hoger percentage van de respondenten in deze leeftijdscategorie aan dat beide groepen evenveel zouden moeten betalen. Een volgende trend is gevonden bij de inkomensgroep van 2700+. Over de jaren heen geeft een kleiner percentage van deze groep aan dat zij vinden dat hoge inkomens meer moeten betalen voor de basisverzekering. Aan de ene kant duidt dit op een verhoogde solidariteit met de eigen groep, aangezien een lager percentage aangeeft dat hoge inkomens meer zouden moeten betalen. Aan de andere kant kan dit ook wijzen op een verminderde solidariteit met lage inkomens aangezien er meer druk komt op lage inkomens om bij te dragen aan de zorg. Tegelijkertijd is dit de groep die waarschijnlijk minder bestedingsruimte heeft voor zorg. Tot slot zien we een verhoogde solidariteit van respondenten die niet drinken ten opzichte van mensen die veel alcohol nuttigen. Dit is eenzelfde soort trend als bij sporten waarbij sporters door de jaren heen steeds meer solidair zijn met mensen die onvoldoende bewegen.

5 Discussie

Het doel van dit onderzoek was om te kijken naar veranderingen van solidariteit door de jaren heen. De aanleiding hiervoor is dat solidariteit in het zorgsysteem onder druk staat door onder andere stijgende zorgkosten. Solidariteit is in dit onderzoek gedefinieerd als de betalingsbereidheid van mensen voor zorgbehandelingen waar men zelf (nog) geen gebruik van maakt, maar anderen wel. Er is gekeken naar de eigen betalingsbereidheid en de mate waarin men verwacht dat anderen bereid zijn om te betalen voor zorg waar men zelf (nog) geen gebruik van maakt, maar anderen wel. Vervolgens is er gekeken naar de mening over differentiatie in premie voor verschillende groepen. De laatste onderzoeksvraag richtte zich op de mate waarin men solidair is met de 'eigen groep'. Er is gemeten vanuit het perspectief van de bevolking in Nederland en gebruik gemaakt van data verzameld in drie peilingen binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het Nivel.

5.1 Hoge mate van solidariteit

Over het algemeen is er een hoge mate van solidariteit. Respondenten zijn door de jaren heen zeer bereid te betalen voor zorgbehandelingen in het basispakket waar zij zelf (nog) geen gebruik van maken, maar anderen wel. Bij solidariteit en verwachte solidariteit is geen sprake van een lineaire trend. Dit betekent dat er geen sprake is van een daling of stijging van solidariteit door de jaren heen. Er is wel sprake van een 'dip' in 2015. Dit is te zien bij de (verwachte) solidariteit en ook wanneer (verwachte) solidariteit uitgesplitst is naar achtergrondkenmerken. We hebben geen verklaring voor de 'dip' in 2015. Om een beter inzicht te krijgen in solidariteit door de jaren heen is het van belang dat solidariteit over de tijd wordt gemonitord. Op die manier is het mogelijk om veranderingen over langere tijd inzichtelijk te maken. Vergelijkbaar met 2013 en 2015, ligt in 2017 de verwachte solidariteit lager dan de eigen solidariteit. In het vorige rapport is benoemd dat de inschatting van wat een ander doet vaak dichterbij het 'eigen gedrag' ligt (Balcetis & Dunning in Van der Schors, Brabers, & De Jong, 2017). Wanneer solidariteit gemeten wordt in de verwachte betalingsbereidheid ligt de mate van solidariteit lager dan nu gerapporteerd is. Alsnog is er dan sprake van een hoge mate van solidariteit waarbij een overgrote meerderheid bereid is te betalen voor anderen. De conclusies zullen hierdoor dus niet veranderen.

5.2 Meer solidariteit met 'pech', minder solidariteit met 'levensstijl'

Wanneer we kijken naar solidariteit met een bepaalde groep of met de eigen groep zijn de conclusies vergelijkbaar met conclusies uit eerdere rapporten (Baldewising, 2013; Kloosterman 2011; 2015; Bonnie, Van den Akker, Van Steenkiste, & Vos, 2010; Van der Schors, Brabers, & De Jong, 2017). Over het algemeen is men solidair met anderen die zorg nodig hebben buiten hun schuld om; zoals door een genetische aanleg voor een ziekte of een slechte gezondheid. Mensen zijn minder solidair met anderen waarbij ogenschijnlijk beïnvloedbare factoren invloed hebben op hun zorggebruik; zoals veel alcohol nuttigen en roken. Daarnaast zijn er enkele opvallende resultaten en trends zichtbaar geworden. Mensen die hun eigen gezondheid beoordelen als slecht of matig zijn door de jaren heen minder bereid om in het basispakket te betalen voor de zorgbehandelingen van een ander. Zoals eerder besproken in de introductie, beargumenteert De Beer (2012) dat wanneer mensen geacht worden voor zichzelf te zorgen er minder oog kan zijn voor het welzijn van een ander. Dit zou voor deze groep van toepassing kunnen zijn. Tegelijkertijd is het waarschijnlijk deze groep die het meest profiteert van een solidair systeem. Zij gebruiken de meeste zorg, terwijl de kosten worden gedragen

door zowel mensen met een goede als mensen met een slechte gezondheid. De tweede lineaire trend is te zien bij laagopgeleiden. Een lager percentage van de laagopgeleiden verwacht, door de jaren heen, dat anderen bereid zijn te betalen voor de zorg van een ander. Een verklaring voor deze trend hebben we niet.

5.3 Door de tijd heen meer solidariteit met mensen die alcohol nuttigen, een ongezonde levensstijl hebben of veel zorg gebruiken.

Met de verschuiving van het zorgstelsel naar een vraag gestuurde markt is er ook ruimte ontstaan voor individuele keuzes. Er komt steeds meer informatie beschikbaar over gezondheid en ziekte waardoor consumenten beter kunnen inschatten welke risico's zij lopen (Ter Meulen & Maarse, 2008; Jeurissen & Sanders, 2007). Daarmee komt de vraag op waarom iemand met een gezonde levensstijl of weinig zorggebruik zou betalen voor iemand met een ongezonde levensstijl of iemand die veel zorg gebruikt. Eerder onderzoek toont aan dat mensen over het algemeen minder solidair zijn met mensen die een levensstijl gerelateerde aandoening hebben (onder andere Kloosterman 2015). Ons onderzoek toont eenzelfde beeld maar een opvallend resultaat is dat, door de jaren heen, een hoger percentage respondenten aangeeft dat mensen die veel alcohol nuttigen, een ongezonde levensstijl hebben of veel zorg gebruiken evenveel zouden moeten betalen voor de basisverzekering. Hierbij is er sprake van een verhoogde solidariteit met mensen die gezondheidsrisico's lopen door ogenschijnlijk beïnvloedbare factoren. Dit is opvallend en het zou een teken kunnen zijn dat men liever kiest voor een algehele solidariteit dan voor premiedifferentiatie. Om inzicht te krijgen in de ontwikkeling van solidariteit in de zorg is het belangrijk om trends door de tijd te volgen en zicht te krijgen op de onderliggende mechanismen die van invloed zijn op de solidariteit.

5.4 Sterke en zwakke punten van dit onderzoek

Dit onderzoek heeft een sterke basis. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het Nivel (Brabers, Reitsma-van Rooijen, & De Jong, 2015). De steekproef getrokken uit dit panel was naar leeftijd en geslacht representatief voor de algemene bevolking van 18 jaar en ouder in Nederland. Doordat er data beschikbaar zijn van drie peilingen is het mogelijk om trends te berekenen. Omdat meerdere respondenten meerdere peilingen hebben ingevuld is er in de analyses rekening gehouden met clustering. Dit onderzoek kent ook minder sterke punten. Zo hebben de respondenten van het Consumentenpanel zich bereid verklaard om vragenlijsten in te vullen over de gezondheidszorg. Het zou kunnen zijn dat deze respondenten meer solidair zijn met een ander dan de gemiddelde bevolking in Nederland. Dit zou kunnen zorgen voor een overschatting van solidariteit in de samenleving.

5.5 Vervolgonderzoek

Allereerst is het belangrijk om solidariteit te blijven monitoren om te kijken hoe solidariteit zich over tijd ontwikkelt. De 'dip' die nu te zien is in 2015, is met meer peilingen wellicht anders te verklaren of valt weg. De prille trends die aanwezig zijn, zouden in de toekomst door kunnen zetten. Daarnaast is het van belang om in vervolgonderzoek te kijken naar onderliggende mechanismen die invloed hebben op solidariteit in de zorg. Een voorbeeld hiervan is de manier waarop het netwerk van respondenten invloed zou kunnen hebben op de mate van solidariteit. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat iemand met een chronisch ziek familielid meer bereid is te betalen voor een ander.

Een andere suggestie voor vervolgonderzoek is om te kijken naar de manier waarop respondenten de vragen interpreteren. Uitspraken als “veel” en “weinig” staan open voor interpretatie over de daadwerkelijke hoeveelheid die het aangeeft. Dit is vooral van toepassing op stellingen over alcoholgebruik, roken en zorggebruik. Kwalitatief onderzoek kan hier inzicht in geven.

Vervolgonderzoek onderzoek kan ook inzicht geven in de mate van kennis van respondenten over solidariteit in het zorgstelsel. Kennis over de werking van het zorgstelsel kan van invloed zijn op solidariteit. Als mensen weinig kennis hebben zou dit wellicht tot een lagere solidariteit kunnen leiden. Kennis van respondenten over de werking van het zorgsysteem kan ook kwantitatief gemeten worden doormiddel van bijvoorbeeld een kennistest.

5.6 Conclusie

Dit rapport beschrijft een onderzoek naar solidariteit in de zorg. Over het algemeen zijn mensen bereid te betalen voor een ander. Wanneer er gevraagd wordt of bepaalde groepen meer of minder moeten betalen voor de basisverzekering zijn de resultaten vergelijkbaar met eerdere onderzoeken (Van der Schors, Brabers, & De Jong, 2017; Baldewsing, 2013; Kloosterman 2011; Kloosterman 2015; Bonnie, Van den Akker, Van Steenkiste, & Vos, 2010). Over het algemeen is de bevolking in Nederland solidair met anderen wanneer het gaat om factoren waar anderen niets aan kunnen doen, zoals het hebben van een genetische aanleg voor een ziekte. Er is minder sprake van solidariteit wanneer het gaat om ogenschijnlijk beïnvloedbare factoren, zoals een ongezonde levensstijl. Door de jaren heen is wel te zien dat respondenten gestaag meer solidair zijn geworden met groepen die gezondheidsrisico's lopen door ogenschijnlijk beïnvloedbare factoren. Dit is opvallend en kan een signaal zijn dat mensen eerder kiezen voor algehele solidariteit en niet voor premiedifferentiatie. Door solidariteit te blijven monitoren kan duidelijk worden of deze trends doorzetten of niet.

Referenties

- Baldewijs, S. (2013). *Feitelijke en gewenste solidariteit in de zorg*. Den Haag : Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.
- Bayertz, K. (1999). Four uses of "Solidarity". In K. Bayertz, *Solidarity* (pp. 3-28). Münster: Springer Netherlands.
- Bonnie, L., Van den Akker, M., Van Steenkiste, B., & Vos, R. (2010). 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*, Vol. 12(12): 784-790.
- Brabers, A., Reitsma-van Rooijen, M., & De Jong, J. (2015). *Consumentenpanel Gezondheidszorg: basisrapport*. Utrecht: Nivel.
- Companje, K., Hendriks, R., Veraghtert, K., & Widdershoven, B. (2009). *Two centuries of solidarity German, Belgian and Dutch social health care insurance*. Amsterdam: Aksant.
- De Beer, P. (2012). Solidariteit onder druk. *Sociologie & Democratie*, 30-38: Vol. 7 (8).
- Hansen, J., Arts, W., & Muffels, R. (2005). Solidair tegen (w)elke prijs? Een quasi-experimenteel onderzoek naar de voorkeuren van Nederlanders voor ruimere of beperktere pakketten in de zorgverzekering. *Sociale Wetenschappen*, Vol. 48(1/2): 61-84.
- Jeurissen, P., & Sanders, F. (2007). Solidarity: who cares? In O. Steenbeek, & F. Van der Lecq, *Costs and Benefits of Collective Pension Systems* (pp. 33-48). Berlin: Springer.
- Kloosterman, R. (2011). Solidariteit in de gezondheidszorg. *Bevolkingstrends*, 59 (3): 33-38.
- Kloosterman, R. (2015). Solidariteitsvoorkeuren in de zorg. *Bevolkingstrends*, 3: 1-22.
- Komter, A. (2003). *Solidariteit en de gift: Sociale banden en sociale uitsluiting*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Maarse, H. (2011). *Markthervorming in de zorg. Een analyse vanuit het perspectief van de keuzevrijheid, solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- Ter Meulen, R. (2017). *Solidarity and justice in health and social care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ter Meulen, R., & Maarse, H. (2008). Increasing Individual Responsibility in Dutch Health Care: Is Solidarity Losing Ground? *Journal of Medicine and Philosophy*, Vol. 33 (3): 262-279.
- Van der Horst, A., & Ter Rele, H. (2013). *Solidariteit onder druk? Zorg op maat heeft toekomst*. Centraal Planbureau.
- Van der Schors, W., Brabers, A., & De Jong, J. (2017). *Solidariteit in het Nederlandse Zorgstelsel: een onderzoek naar de bereidheid om voor anderen te betalen onder de algemene bevolking*. Utrecht: Nivel.

Bijlagen

A. Overzicht kenmerken respondenten

Kenmerken	Aantal (N)	Percentage %
Leeftijd		
18 t/m 39 jaar	499	24%
40 t/m 64 jaar	998	48%
65 jaar en ouder	568	28%
Geslacht		
Man	1038	50%
Vrouw	1027	50%
Opleiding		
Laag (t/m LBO)	304	15%
Middel	994	49%
Hoog (HBO/universiteit)	726	36%
Inkomen		
minder dan €900-€1750	610	31%
€1750-€2700	632	32%
€2700+	754	38%
Ervaren gezondheid		
Uitstekend/zeer goed	676	34%
Goed	1012	51%
Matig/slecht	315	16%

B. Vragenlijst

Betalen voor zorg

1. 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
2. Denkt u dat anderen bereid zijn om toch in de basisverzekering voor deze zorgbehandelingen te betalen?
 Nee
 Ja

3. 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jongeren
Mensen die heel gezond leven, bijvoorbeeld door te letten op hun voeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mensen zonder genetische aanleg om in de toekomst een ernstige ziekte te krijgen
Mensen die roken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mensen die niet roken
Mensen met lagere inkomens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mensen met hogere inkomens
Mensen die weinig alcohol drinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mensen die veel alcohol drinken
Mensen die niet zo'n goede gezondheid hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mensen die een goede gezondheid hebben
Mensen die vaak naar de huisarts gaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mensen die niet vaak naar de huisarts gaan
Mensen die voldoende bewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mensen die onvoldoende bewegen
Mensen die veel zorg gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mensen die weinig zorg gebruiken
Mensen die aan blessuregevoelige sporten doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mensen die niet aan blessuregevoelige sporten doen

Aanvullende gegevens

1. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

2. Rookt u weleens?

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

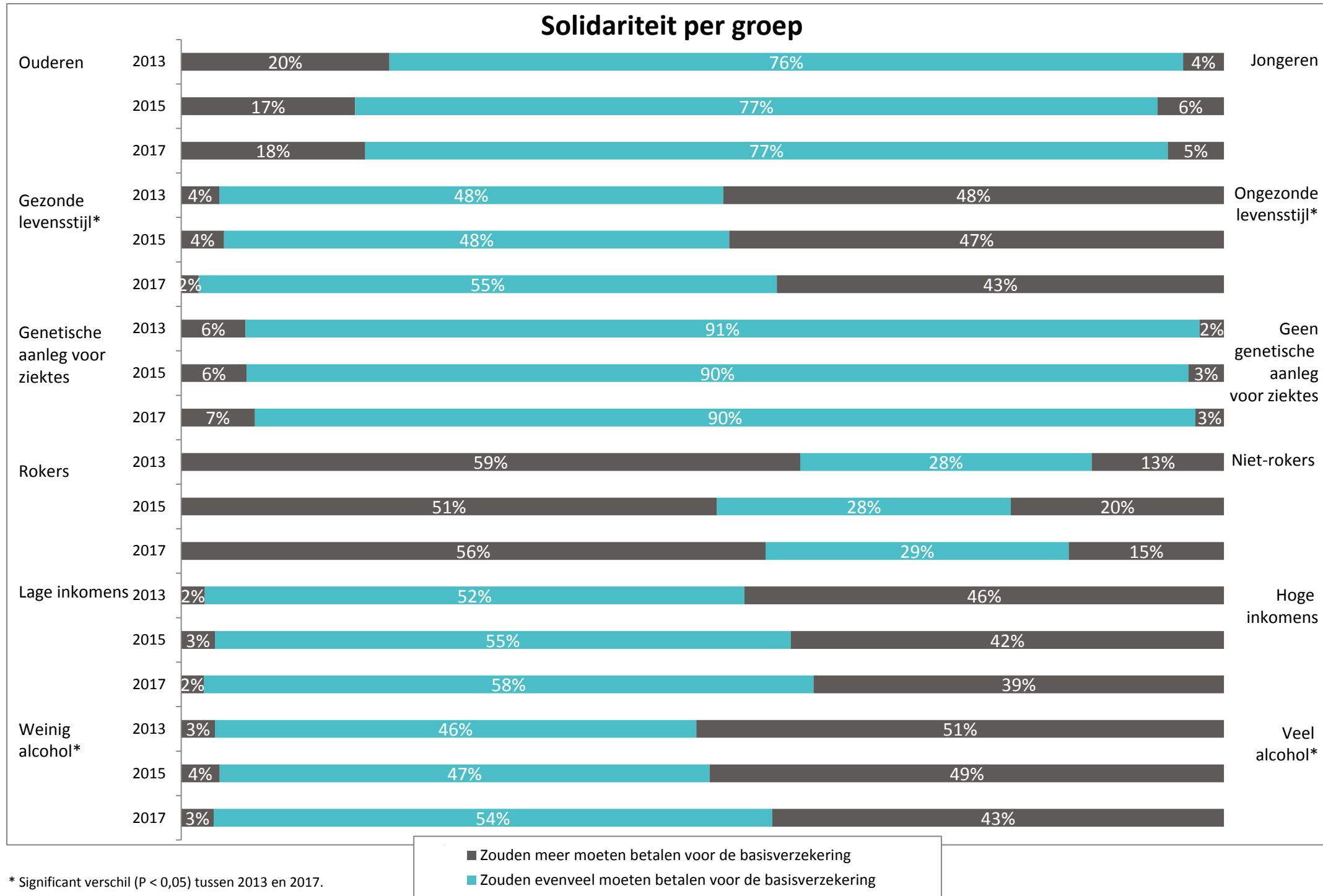
3. Drinkt u wel eens alcoholhoudende drank?
- Nee, nooit
 - Ja, minder dan 1 dag per week
 - Ja, 1 tot 3 dagen per week
 - Ja, 4 tot 7 dagen per week
4. Hoe vaak heeft u in het afgelopen jaar contact gehad met uw huisarts (bezoek aan de huisarts, visites van de huisarts of telefonische consulten)?
- 0 keer
 - 1 keer
 - 2 keer
 - 3 of 4 keer
 - 5 keer of vaker
5. Sport u regelmatig?
- Nee
 - Ja

C. Respondenten die een of meerdere jaren de enquête hebben ingevuld

Aantal unieke respondenten per jaar en respondenten die meerder jaren de enquête hebben ingevuld.

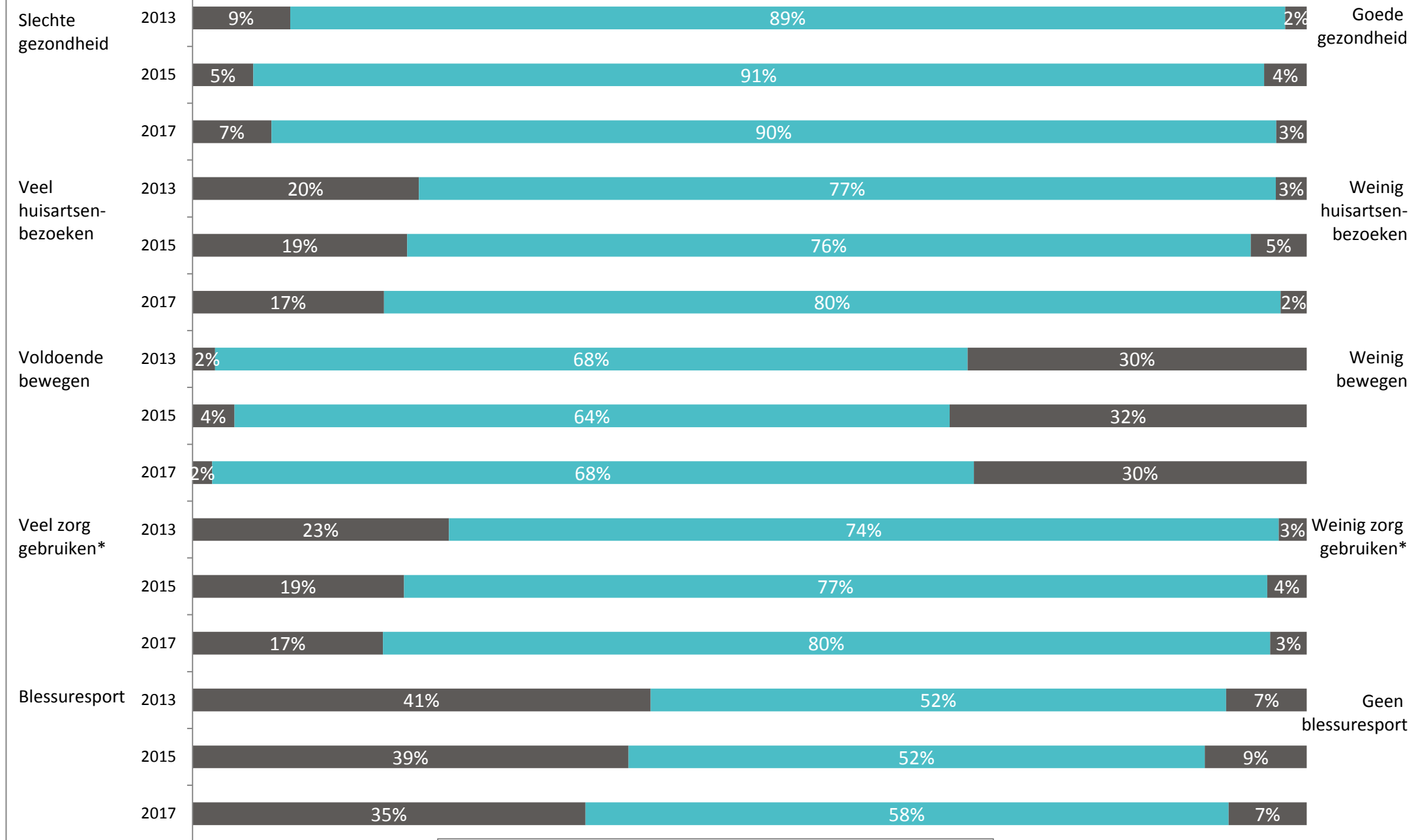
Aantal respondenten (N)	Procent (%)	Jaar
663	35%	2013
520	28%	2015
513	27%	2017
79	4%	2015 & 2017
67	4%	2013 & 2017
25	1%	2013 & 2015
9	0%	2013 & 2015 & 2017

Solidariteit per groep



* Significant verschil (P < 0,05) tussen 2013 en 2017.

Solidariteit per groep (vervolg)



* Significant verschil (P < 0,05) tussen 2013 en 2017.

Zouden meer moeten betalen voor de basisverzekering
 Zouden evenveel moeten betalen voor de basisverzekering