

Solidariteit in het Nederlandse zorgstelsel

Een onderzoek naar de ontwikkeling van de bereidheid om te
betalen voor zorgbehandelingen van anderen tussen 2013 en 2021

Marloes Meijer
Anne Brabers
Judith de Jong



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

November 2022

ISBN 978-94-6122-770-6

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2022 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.

Voorwoord

Voor u ligt het rapport 'Solidariteit in het Nederlandse zorgstelsel. Een onderzoek naar de ontwikkeling van de bereidheid om te betalen voor zorgbehandelingen van anderen tussen 2013 en 2021'. Dit rapport biedt inzicht in de ontwikkeling van de bereidheid tot solidariteit in Nederland over de tijd. Daarbij hebben we zowel gekeken naar algemene solidariteit als naar solidariteit met specifieke groepen. In het onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens die in 2013, 2015, 2017, 2019 en 2021 zijn verzameld door middel van vragenlijsten onder leden van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg. We willen alle respondenten bedanken voor hun deelname aan dit onderzoek.

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	5
1 Inleiding	7
1.1 Wat is solidariteit?	7
1.2 Solidariteit in het Nederlandse zorgstelsel	7
1.3 Druk op zorgstelsels gebaseerd op solidariteit	9
1.4 Solidariteit met specifieke groepen	9
1.5 De Barometer Solidariteit	10
1.6 Doelstelling en vraagstelling	10
1.7 Leeswijzer	11
2 Methode	12
2.1 Het Consumentenpanel Gezondheidszorg	12
2.2 De vragenlijst	12
2.3 Respondenten	14
2.4 Data-analyse	15
3 De ontwikkeling van de bereidheid om te betalen voor de zorgkosten van anderen	16
3.1 De ontwikkeling van de bereidheid om te betalen onder de algemene bevolking	16
3.2 Verschillen in de ontwikkeling van de bereidheid om te betalen tussen groepen	17
4 De ontwikkeling van solidariteit met specifieke groepen	21
4.1 De bereidheid om te betalen voor specifieke groepen	21
4.2 De ontwikkeling van de bereidheid om te betalen voor de eigen groep	28
5 Discussie en conclusie	33
5.1 Algemene solidariteit in Nederland niet gedaald	33
5.2 Mensen met een lagere sociaaleconomische status en een minder goede gezondheid zijn minder bereid om te betalen	33
5.3 Veel solidariteit met mensen met 'pech', minder solidariteit met mensen met een ongezonde levensstijl of hoog inkomen	34
5.4 Solidariteit met mensen met een ongezonde levensstijl neemt toe, ook onder mensen die gezond leven	34
5.5 De mogelijke invloed van de coronacrisis	35
5.6 Sterke en zwakke punten van het onderzoek	35
5.7 Conclusie	36
Literatuur	37
Bijlage A Vragenlijst	40

Samenvatting

Het Nederlandse zorgstelsel wordt gefinancierd op basis van het solidariteitsbeginsel. Via de premie voor de zorgverzekering draagt iedereen van achttien jaar en ouder bij aan de betaling van de zorgkosten van zowel zichzelf als anderen. Het is van belang dat er voldoende draagvlak is voor het zorgstelsel. De druk op solidaire zorgstelsels neemt echter toe, onder andere als gevolg van stijgende zorgkosten. Op basis hiervan kan worden verwacht dat de bereidheid tot solidariteit onder de bevolking in Nederland door de jaren heen is afgenomen. Hier is echter nog maar weinig onderzoek naar gedaan. Het doel van dit onderzoek is daarom om de ontwikkeling van de bereidheid tot solidariteit in Nederland over de tijd in kaart te brengen. Daarbij richten we ons op de periode 2013-2021. We kijken zowel naar de algemene solidariteit als naar de solidariteit met specifieke groepen. Algemene solidariteit is gedefinieerd als de eigen bereidheid, en de verwachte bereidheid van anderen, om te betalen voor zorghandelingen waar men zelf (nog) geen gebruik van maakt, maar andere mensen wel. Solidariteit met specifieke groepen is gemeten door te kijken naar opvattingen over de hoogte van de premie voor de basisverzekering voor verschillende groepen.

Mensen blijven bereid om te betalen voor de zorgkosten van anderen

De meeste mensen in Nederland zijn bereid om te betalen voor zorgbehandelingen waar ze zelf (nog) geen gebruik van maken, maar anderen wel. Ook verwacht een meerderheid dat andere mensen hiertoe bereid zijn. Als we kijken naar de ontwikkeling van de betalingsbereidheid zien we dat de eigen bereidheid om te betalen door de jaren heen licht is toegenomen, van 73% in 2013 naar 78% in 2021. De verwachte betalingsbereidheid van anderen is niet veranderd in deze periode. Deze was 60% in 2013 en 61% in 2021. Op basis hiervan kunnen we concluderen dat de bereidheid tot solidariteit in Nederland niet aan het dalen is. Mensen blijven bereid om bij te dragen aan de zorgkosten van anderen.

Hoge mate van solidariteit met mensen met 'pech', minder solidariteit met mensen met een ongezonde levensstijl of een hoog inkomen

Er is veel solidariteit met mensen die zorg nodig hebben buiten hun schuld om, zoals mensen met een genetische aanleg voor een ernstige ziekte of mensen met hoge zorgkosten als gevolg van een ziekte of handicap. Voor deze groepen geven ongeveer negen op de tien mensen aan dat zij evenveel voor de basisverzekering zouden moeten betalen als mensen die geen genetische aanleg voor een ernstige ziekte hebben en mensen zonder hoge zorgkosten als gevolg van een ziekte of handicap. Er is minder solidariteit met mensen die gezondheidsrisico's lopen als gevolg van factoren die beïnvloedbaar lijken, zoals mensen die roken of veel alcohol drinken. In 2021 vonden zo'n vier op de tien respondenten dat mensen die veel alcohol drinken meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering dan mensen die weinig alcohol drinken. Ongeveer de helft gaf aan dat mensen die roken meer zouden moeten betalen. Ook zien we dat er relatief weinig solidariteit is met mensen met een hoog inkomen. In de verschillende jaren gaf tussen de 39% en 48% van de respondenten aan dat mensen met een hoog inkomen meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering dan mensen met een laag inkomen.

Solidariteit met specifieke groepen neemt toe, ook met mensen met een ongezonde levensstijl

Als we kijken naar de ontwikkeling van de solidariteit met specifieke groepen blijkt dat de solidariteit met een groot aantal groepen is toegenomen tussen 2013 en 2021, zoals ouderen, mensen die veel alcohol drinken en mensen die roken. De solidariteit is dus ook toegenomen voor groepen waar over het algemeen niet zo veel solidariteit mee is. Steeds meer mensen geven aan dat mensen met een ongezonde levensstijl, zoals mensen die roken of veel alcohol drinken, evenveel zouden moeten betalen voor de basisverzekering als mensen die wel gezond leven. Mensen zijn dus in steeds mindere mate voorstander van premiedifferentiatie. Dit wijst op een ontwikkeling in de richting van meer algehele solidariteit.

Conclusie

De solidariteit in Nederland lijkt niet te dalen. Mensen blijven bereid om bij te dragen aan de zorgkosten van anderen en geven in toenemende mate aan dat verschillende, tegengestelde groepen evenveel zouden moeten betalen voor de basisverzekering. Dit lijkt goed nieuws te zijn voor zorgstelsels gebaseerd op solidariteit, omdat er in de toekomst een groter beroep op de solidariteit zal worden gedaan als gevolg van vergrijzing en een toename van het aantal mensen met een leefstijlgerelateerde aandoening.

Methode

Om de ontwikkeling van solidariteit in Nederland in kaart te brengen, is gebruik gemaakt van gegevens die zijn verzameld via de Barometer Solidariteit in het Nederlandse Zorgstelsel van het Nivel. Deze barometer geeft de bereidheid tot solidariteit van burgers weer door te kijken naar de betalingsbereidheid voor de zorg onder de algemene bevolking in Nederland. Daarbij wordt gebruik gemaakt van vragenlijsten. Deze vragenlijsten worden sinds 2013 iedere twee jaar verstuurd naar een steekproef van 1.500 leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg die representatief is voor de algemene bevolking naar leeftijd en geslacht. Voor dit rapport is gebruik gemaakt van gegevens uit de jaren 2013, 2015, 2017, 2019 en 2021.

Doordat gebruik is gemaakt van het Consumentenpanel Gezondheidszorg zijn de respondenten in dit onderzoek mogelijk niet geheel representatief voor de bevolking in Nederland. Panelleden hebben toestemming gegeven om regelmatig vragenlijsten in te vullen over de gezondheidszorg. Het is mogelijk dat mensen die geen lid van het Consumentenpanel willen worden en dus niet in ons onderzoek vertegenwoordigd zijn, minder bereid zijn om bij te dragen aan het zorgstelsel.

1 Inleiding

1.1 Wat is solidariteit?

In een groot aantal landen, waaronder Nederland, wordt het zorgstelsel gefinancierd op basis van het solidariteitsbeginsel. Solidariteit kan worden gedefinieerd als ‘de bereidheid om anderen te helpen of de groep waartoe men behoort te steunen, zonder dat daar direct iets tegenover staat’ (De Beer & Koster, 2009). Deze bereidheid om anderen te helpen, komt voort uit een gedeelde identiteit: mensen zien zichzelf als onderdeel van een groep en voelen zich verantwoordelijk voor de andere groepsleden (Gevers et al., 2000). Twee vormen van solidariteit die kunnen worden onderscheiden zijn informele en formele solidariteit. Informele solidariteit wordt gekenmerkt door een directe relatie tussen mensen. De bereidheid om te helpen, komt bij informele solidariteit voort uit betrokkenheid bij iemand die je persoonlijk kent. Bij formele solidariteit is er sprake van solidariteit tussen mensen die elkaar niet kennen. Deze vorm van solidariteit komt tot stand door bemiddeling door een institutie, zoals de overheid (De Beer & Koster, 2009; Komter et al., 2004). Bij zorgstelsels gebaseerd op solidariteit is er sprake van deze formele, geïnstitutionaliseerde vorm van solidariteit. In solidaire stelsels vindt een herverdeling van middelen plaats via sociale regelingen die door de overheid zijn ingesteld (Van der Aa, 2018). Door deze herverdeling wordt de kloof tussen groepen in de samenleving kleiner (De Beer & Koster, 2009).

Maarse (2011) onderscheidt vier dimensies van solidariteit in de zorg. De eerste dimensie betreft inkomenssolidariteit. Er is sprake van inkomenssolidariteit als de bijdrage aan de zorgverzekering afhankelijk is van de hoogte van het inkomen. Op deze manier is de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk, ook voor mensen met een laag inkomen. De tweede dimensie is risicosolidariteit. Deze dimensie houdt in dat de toegang tot de zorgverzekering niet afhankelijk is van gezondheidsrisico's van verzekerden. De derde dimensie is de verzekerdenkring. De verzekerdenkring is de groep mensen die gebruik mogen of moeten maken van de zorgverzekering. Ten slotte wordt het verzekerde pakket onderscheiden. Dit betreft het geheel van medische behandelingen waarop verzekerden aanspraak kunnen maken (Maarse, 2011). Door het zorgstelsel vorm te geven aan de hand van deze vier dimensies kan solidariteit worden ingebed in het zorgstelsel.

1.2 Solidariteit in het Nederlandse zorgstelsel

Solidariteit is een belangrijke pijler van het Nederlandse zorgstelsel. Via de zorgverzekering draagt iedereen bij aan de betaling van de zorgkosten van zowel zichzelf als anderen. Iedereen van achttien jaar en ouder is verplicht om een basisverzekering af te sluiten bij een zorgverzekeraar naar keuze. Alle volwassenen in Nederland zijn daarmee onderdeel van de verzekerdenkring. Voor de basisverzekering moet premie worden betaald. In ruil voor deze premiebetalingen worden een groot aantal zorgbehandelingen vergoed, zoals zorg door de huisarts, wijkverpleging of ziekenhuiszorg (De Witt, 2019). Er is dus sprake van een omvangrijk verzekerd pakket. De inhoud en omvang van het verzekerde pakket worden jaarlijks vastgesteld door de overheid (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], 2016).

Het Nederlandse zorgstelsel wordt gekenmerkt door risicosolidariteit en inkomenssolidariteit. Er is sprake van risicosolidariteit doordat de premie van dezelfde verzekering bij dezelfde zorgverzekeraar voor iedereen gelijk is, ongeacht persoonskenmerken als gezondheidssituatie of leeftijd. Ook mogen zorgverzekeraars verzekerden niet weigeren voor de basisverzekering. Inkomenssolidariteit krijgt op twee manieren vorm. Ten eerste is er een inkomensafhankelijke bijdrage en een werkgeversverheffing die door werkgevers wordt ingehouden op het salaris. Daarnaast komen mensen met een lager inkomen in aanmerking voor zorgtoeslag, die hen compenseert voor een deel van hun zorgkosten (Jeurissen & Maarse, 2021; Ministerie van VWS, 2016). Ongeveer één op de drie Nederlanders maakt gebruik van deze zorgtoeslag (Belastingdienst, 2018). Door de inbedding van risico- en inkomenssolidariteit in het zorgstelsel heeft iedereen in Nederland toegang tot gezondheidszorg. Meer informatie over het Nederlandse zorgstelsel is te vinden in Box 1.1.

Box 1.1 Het Nederlandse zorgstelsel

Het Nederlandse zorgstelsel

De Zorgverzekeringswet

In 2006 is de Zorgverzekeringswet ingevoerd. Deze wet verzekert iedereen in Nederland van een breed pakket aan zorg. De Zorgverzekeringswet wordt uitgevoerd door private zorgverzekeraars. Iedereen van achttien jaar en ouder is verplicht om een basisverzekering af te sluiten bij een zorgverzekeraar naar keuze. Eén keer per jaar kunnen verzekerden wisselen van zorgverzekeraar. Deze overstapmogelijkheid stimuleert zorgverzekeraars om kwalitatief goede zorg aan te bieden voor een zo laag mogelijke prijs. Zorgverzekeraars mogen verzekerden niet weigeren voor de basisverzekering. Ook is de prijs van dezelfde basisverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar voor alle verzekerden gelijk. Hierdoor heeft iedereen toegang tot gezondheidszorg. Naast de verplichte basisverzekering kunnen mensen kiezen voor een aanvullende verzekering. In tegenstelling tot de basisverzekering kunnen zorgverzekeraars verzekerden weigeren voor de aanvullende verzekering (Kroneman et al., 2016; Ministerie van VWS, 2016). Kader opsomming 1e niveau

Financiering van de Zorgverzekeringswet

De Zorgverzekeringswet wordt op verschillende manieren gefinancierd. Ten eerste vindt financiering plaats op basis van de premie die verzekerden betalen voor hun zorgverzekering. Daarnaast wordt zorg die onder de Zorgverzekeringswet valt, gefinancierd aan de hand van inkomensafhankelijke bijdragen die door werkgevers worden ingehouden op het salaris en de werkgeversheffing die door werkgevers wordt betaald. Ook is er het verplicht eigen risico. Dit is het bedrag dat verzekerden zelf moeten betalen voor zorg voordat zij in aanmerking komen voor vergoeding door de zorgverzekeraar. In 2022 is de hoogte van het verplicht eigen risico 385 euro. Een aantal vormen van zorg, zoals zorg door de huisarts, zijn uitgesloten van het verplicht eigen risico. Naast het verplicht eigen risico kunnen verzekerden kiezen voor een vrijwillig eigen risico tot maximaal 500 euro. Het maximale eigen risico is daarmee 885 euro. In ruil voor een vrijwillig eigen risico krijgen verzekerden een korting op hun zorgpremie. Naast het eigen risico bestaat de eigen bijdrage. Dit is een bedrag dat verzekerden zelf moeten betalen voor een aantal vormen van zorg uit het basispakket, bovenop het eigen risico. Een eigen bijdrage geldt onder andere voor een hoortoestel en kunstgebit (Jeurissen & Maarse, 2021; Ministerie van VWS, 2016).

1.3 Druk op zorgstelsels gebaseerd op solidariteit

Het is van belang dat er voldoende draagvlak is voor een zorgstelsel dat wordt gefinancierd op basis van solidariteit. Draagvlak is nodig voor burgers om te willen bijdragen aan het zorgstelsel (Missinne et al., 2013). Er zijn echter verschillende ontwikkelingen die een bedreiging vormen voor de bereidheid tot solidariteit in de zorg. Ten eerste is er sprake van stijgende zorgkosten. Deze worden onder andere veroorzaakt door vergrijzing en medisch-technologische ontwikkelingen (Vonk et al., 2020). Door de stijgende kosten zal de omvang van het verzekerde pakket moeten worden ingeperkt en/of de premie voor de zorgverzekering moeten worden verhoogd. Dit roept de vraag op in hoeverre mensen in staat en bereid zijn om te blijven betalen voor een zorgstelsel gebaseerd op solidariteit (Polder, 2020; Van der Horst & Ter Rele, 2013). Daarnaast is er meer kennis over gezondheid en ziekte beschikbaar gekomen. Een zorgstelsel gebaseerd op solidariteit is gebaat bij een zekere mate van onzekerheid over de kosten en baten van het stelsel. Wanneer mensen meer kennis hebben over gezondheid, kunnen zij beter inschatten in hoeverre zij en anderen risico lopen om ziek te worden. Mogelijk zijn mensen met een laag risico op ziekte minder bereid om bij te dragen aan een solidair zorgstelsel, omdat ze weten dat ze hier waarschijnlijk weinig gebruik van zullen maken (De Beer, 2012; Maarse, 2011). Andere ontwikkelingen die worden genoemd als bedreigingen voor de bereidheid tot solidariteit in de zorg zijn onder andere marktwerking, individualisering, globalisering en immigratie (De Beer, 2012; De Beer & Koster, 2009; Gevers et al., 1999; Maarse, 2011; Vollaard, 2004).

Door bovengenoemde ontwikkelingen kan worden verwacht dat de bereidheid tot solidariteit in de zorg is afgenomen. Hier is echter weinig onderzoek naar gedaan. De meeste studies naar solidariteit focussen zich op solidariteit op één moment (o.a. De Witt, 2019; Hansen et al., 2005; Stegeman et al., 2014). Om dit gat op te vullen, richt dit rapport zich op de ontwikkeling van de bereidheid tot solidariteit over de tijd. Daarbij kijken we zowel naar de ontwikkeling van solidariteit onder de algemene bevolking als onder subgroepen. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR] (2021) stelt dat de stijging van de zorgkosten voornamelijk vraagt om een grotere mate van solidariteit van mensen met een midden- of hoog inkomen. Het is daarom van belang om te kijken naar de ontwikkeling van de bereidheid om bij te dragen aan een solidair zorgstelsel onder verschillende groepen.

1.4 Solidariteit met specifieke groepen

Niet alle groepen kunnen rekenen op evenveel solidariteit. Over het algemeen is er meer solidariteit met mensen die ziek zijn als gevolg van pech dan met mensen die mogelijk zelf invloed uitoefenen op hun gezondheid (WRR, 2021). Zo blijkt uit eerder onderzoek dat er een hoge mate van solidariteit met mensen bij wie genetisch is vastgesteld dat ze in de toekomst waarschijnlijk een ziekte of aandoening zullen krijgen. Mensen met een ongezonde levensstijl kunnen daarentegen op minder solidariteit rekenen (De Witt, 2019; Kooijman et al., 2018).

Eerdere studies naar de solidariteit met specifieke groepen richten zich vooral op de solidariteit op één moment (o.a. De Witt, 2019; Kloosterman, 2011, 2015). In dit onderzoek kijken we ook naar de ontwikkeling van de solidariteit met specifieke groepen over de tijd. Dit doen we omdat het aantal mensen met leefstijlgerelateerde aandoeningen in de toekomst naar verwachting zal toenemen. Ook neemt door de vergrijzing het aandeel ouderen in de samenleving toe. Er zal daardoor een groter

beroep worden gedaan op de solidariteit met deze groepen (WRR, 2021). Dit roept de vraag op hoe solidariteit met verschillende groepen zich ontwikkelt. We kijken in dit onderzoek niet alleen naar veranderingen van de solidariteit met specifieke groepen onder de algemene bevolking maar ook naar veranderingen onder subgroepen. Dit is van belang, omdat de solidariteit met een specifieke groep samenhangt met de groep waartoe iemand behoort. Mensen zijn over het algemeen meer solidair met de groep waartoe zij zelf behoren (Roosma, 2019; Van Oorschot, 2000). Eerder onderzoek liet bijvoorbeeld zien dat mensen die niet roken vaker vinden dat rokers meer moeten betalen voor hun zorgverzekering dan mensen die wel roken (De Witt, 2019; Kooijman et al., 2018). Het is daarom van belang om te kijken naar de ontwikkeling van solidariteit met specifieke groepen onder mensen die wel en niet tot deze groep behoren.

1.5 De Barometer Solidariteit

Om de ontwikkelingen in de bereidheid tot solidariteit over de tijd te kunnen volgen, meet het Nivel sinds 2013 de solidariteit onder de algemene bevolking in Nederland door middel van de Barometer Solidariteit in het Nederlandse Zorgstelsel. Elke twee jaar wordt een vragenlijst over solidariteit afgenomen. De meest recente peiling voor de Barometer Solidariteit was in 2021. Met de barometer worden drie aspecten van solidariteit gemeten: eigen solidariteit, verwachte solidariteit en solidariteit met specifieke groepen. In iedere peiling voor de barometer krijgen respondenten dezelfde vragen voorgelegd. Hierdoor kan de ontwikkeling van solidariteit door de jaren heen worden gevolgd. Doordat een groot aantal achtergrondkenmerken van de respondenten bekend zijn, is het mogelijk de mate van solidariteit uit te splitsen naar bijvoorbeeld leeftijd, geslacht of gezondheidsstatus (Meijer et al., 2022). In 2018 is al eerder een rapport verschenen over de resultaten van de Barometer Solidariteit (Kooijman et al., 2018). Dit rapport presenteerde de ontwikkeling van solidariteit in Nederland tussen 2013 en 2017. Het huidige rapport biedt een vervolg hierop en bevat gegevens uit de jaren 2013, 2015, 2017, 2019 en 2021.

1.6 Doelstelling en vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is om de ontwikkeling van de bereidheid tot solidariteit in Nederland over de tijd in kaart te brengen met gegevens uit de Nivel Barometer Solidariteit. Het onderzoek bestaat uit twee delen. Het eerste deel focust zich op de ontwikkeling van de bereidheid tot solidariteit in het algemeen. Daarbij wordt zowel gekeken naar de ontwikkeling van solidariteit onder de algemene bevolking als onder subgroepen. Het tweede deel van het onderzoek focust zich op de ontwikkeling van solidariteit met specifieke groepen. Ook hierbij kijken we naar veranderingen onder de algemene bevolking en onder subgroepen.

Er zijn twee onderzoeksvragen opgesteld:

1. Hoe heeft de algemene solidariteit zich ontwikkeld in Nederland tussen 2013 en 2021? En zijn hierbij verschillen tussen groepen?
2. Hoe heeft de solidariteit met specifieke groepen zich ontwikkeld in Nederland tussen 2013 en 2021? En zijn hierbij verschillen tussen groepen?

1.7 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de gebruikte methoden beschreven. Hoofdstuk 3 bevat de ontwikkeling van solidariteit onder de algemene bevolking en onder subgroepen. In hoofdstuk 4 wordt gekeken naar de ontwikkeling van solidariteit met specifieke groepen, zowel onder de algemene bevolking als onder subgroepen. Het rapport sluit af met een discussie en conclusie in hoofdstuk 5. In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de hoofdvragen van het onderzoek.

2 Methode

2.1 Het Consumentenpanel Gezondheidszorg

Data zijn verzameld via vragenlijsten onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Het Consumentenpanel wordt beheerd door het Nivel. Het doel van het panel is om op landelijk niveau informatie te verzamelen over de meningen, kennis, verwachtingen en ervaringen van gebruikers van de gezondheidszorg. Het panel bestaat momenteel uit ongeveer 11.500 leden. Panelleden ontvangen drie tot vier keer per jaar een vragenlijst. Een groot aantal achtergrondkenmerken van de panelleden zijn bekend, zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Om met het panel een representatieve afspiegeling te kunnen blijven vormen van de algemene bevolking in Nederland, worden regelmatig nieuwe leden geworven. Mensen kunnen zichzelf niet aanmelden als panellid, maar kunnen alleen lid worden als zij hiervoor benaderd worden. Daarnaast worden panelleden die langer lid zijn van het panel uitgeschreven om leereffecten te voorkomen. Meer informatie over het panel is te vinden in het basisrapport van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg (Brabers & De Jong, 2022).

2.2 De vragenlijst

De vragenlijsten zijn in 2013, 2015, 2017, 2019 en 2021 verstuurd naar steekproeven van 1.500 panelleden. De steekproeven waren representatief voor de Nederlandse bevolking van achttien jaar en ouder op basis van leeftijd en geslacht. Iedere jaar is er een nieuwe steekproef getrokken. De vragenlijsten konden schriftelijk en online worden ingevuld, afhankelijk van de voorkeur van het panellid. De respons was N=764 (51%) in 2013, N=633 (42%) in 2015, N=668 (45%) in 2017, N=664 (44%) in 2019 en N=837 (56%) in 2021.

2.2.1 Algemene solidariteit

De vragenlijsten bevatten onder andere vragen over algemene solidariteit en solidariteit met specifieke groepen. Algemene solidariteit is gedefinieerd als de bereidheid om te betalen voor zorgbehandelingen waar men zelf (nog) geen gebruik van maakt, maar anderen wel. Hiervoor is gekozen, omdat het voor een zorgstelsel gebaseerd op solidariteit niet alleen belangrijk is dat mensen gevoelens van solidariteit hebben; ze moeten ook bereid zijn om te betalen voor anderen (De Beer, 2012). Door de kijken naar de betalingsbereidheid zijn er financiële gevolgen verbonden aan het tonen van solidariteit (Van der Geest, 2005). Het meten van solidariteit aan de hand van de bereidheid om te betalen voor anderen is ook gedaan in andere onderzoeken naar solidariteit (o.a. Hansen et al., 2005). We hebben zowel gekeken naar de eigen bereidheid om te betalen als naar de verwachte betalingsbereidheid van anderen. Dit is gedaan omdat uit eerder onderzoek blijkt dat mensen de neiging hebben om hun eigen gedrag te overschatten. Mensen zijn beter in staat om het gedrag van anderen te voorspellen. Hierdoor is de inschatting van het gedrag van anderen mogelijk een betere weergave van het gedrag van mensen dan de inschatting van hun eigen gedrag (Balcetis & Dunning, 2013). Als dit het geval is, geeft de vraag over de verwachte betalingsbereidheid van anderen een beter beeld van de bereidheid om te betalen voor anderen dan de vraag over de eigen betalingsbereidheid. Door beide vragen op te nemen geven we een zo goed mogelijk beeld van de bereidheid om te betalen voor anderen in Nederland. De eigen betalingsbereidheid is gemeten aan de hand van de volgende vraag: *‘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 via de basisverzekering voor deze zorgbehandelingen te betalen?'. De verwachte betalingsbereidheid van anderen is gemeten aan de hand van de vraag: 'Denkt u dat anderen bereid zijn om toch via de basisverzekering voor deze zorgbehandelingen te betalen?'. Beide vragen konden worden beantwoord met 'Ja' of 'Nee'.

2.2.2 Solidariteit met specifieke groepen

Solidariteit met specifieke groepen is gemeten door te kijken naar opvattingen over de hoogte van de premie voor de basisverzekering voor verschillende groepen. Daarbij is de volgende vraag gesteld: *'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.'* Respondenten konden aangeven dat de linkergroep veel of iets meer moet betalen voor de basisverzekering, de rechtergroep veel of iets meer moet betalen of dat beide groepen evenveel moeten betalen. De volgende groepen zijn onderscheiden:

- Ouderen en jongeren
- Mensen die heel gezond leven en mensen die niet gezond leven
- Mensen met genetische aanleg om in de toekomst een ernstige ziekte te krijgen en mensen zonder genetische aanleg om in de toekomst een ernstige ziekte te krijgen
- Mensen die roken en mensen die niet roken
- Mensen met lagere inkomens en mensen met hogere inkomens
- Mensen die weinig alcohol drinken en mensen die veel alcohol drinken
- Mensen die niet zo'n goede gezondheid hebben en mensen die een goede gezondheid hebben
- Mensen die vaak naar de huisarts gaan en mensen die niet vaak naar de huisarts gaan
- Mensen die voldoende bewegen en mensen die niet voldoende bewegen
- Mensen die veel zorg gebruiken en mensen die weinig zorg gebruiken
- Mensen die aan blessuregevoelige sporten doen en mensen die niet aan blessuregevoelige sporten doen
- Mensen die gevaccineerd zijn tegen het coronavirus en mensen die niet gevaccineerd zijn tegen het coronavirus (alleen in 2021)
- Mensen die zich houden aan de behandeling die hun arts hen heeft voorgeschreven en mensen die zich niet houden aan de behandeling die hun arts hen heeft voorgeschreven (alleen in 2021)
- Mensen met een ziekte die hun kwaliteit van leven ernstig beperkt en mensen met een ziekte die hun kwaliteit van leven nauwelijks beperkt (alleen in 2021)
- Mensen met hoge zorgkosten als gevolg van een ziekte of handicap en mensen zonder hoge zorgkosten als gevolg van een ziekte of handicap (alleen in 2021)

Naast vragen over solidariteit bevatten de vragenlijsten vragen om inzicht te krijgen in een aantal aanvullende achtergrondkenmerken van de respondenten, zoals hun gezondheidsstatus en inkomen. Daarnaast is gevraagd naar de levensstijl van de respondenten, zoals hun rook- en drinkgedrag. Hierdoor is het mogelijk om onderscheid te maken in de mate van solidariteit onder verschillende groepen. Ook kan op deze manier worden gekeken naar de mate van solidariteit met de eigen groep. Het volledige vragenlijstonderdeel over solidariteit is te vinden in bijlage A.

2.3 Respondenten

Tabel 2.1 bevat de achtergrondkenmerken van de respondenten, zowel uitgesplitst naar jaar als voor alle jaren samen. In de tabel is te zien dat in alle jaren ongeveer de helft van de respondenten uit vrouwen bestond en de helft uit mannen. Het aandeel respondenten uit de jongste leeftijdsgroep nam af tussen 2013 (30%) en 2019 (14%), maar is weer toegenomen in 2021 (21%). Er is een toename te zien van het percentage respondenten met een hoog opleidingsniveau. Ook het percentage respondenten met een hoog inkomen is toegenomen tussen 2013 en 2021. Ongeveer de helft van de respondenten geeft aan de eigen gezondheid als goed te ervaren. Om te corrigeren voor de verschillen in de samenstelling van de groep respondenten in de verschillende jaren is in de regressieanalyses gecontroleerd voor onderstaande achtergrondkenmerken (zie ook paragraaf 2.4).

Tabel 2.1 De achtergrondkenmerken van de respondenten, zowel per jaar als in totaal

	N (%)					N (%)
	2013	2015	2017	2019	2021	
Geslacht	764	633	668	664	837	3566
Man	366 (48%)	328 (52%)	344 (52%)	339 (51%)	395 (47%)	1772 (50%)
Vrouw	398 (52%)	305 (48%)	324 (49%)	325 (49%)	442 (53%)	1794 (50%)
Leeftijd	764	633	668	664	837	3566
18 t/m 39 jaar	232 (30%)	134 (21%)	133 (20%)	90 (14%)	174 (21%)	763 (21%)
40 t/m 64 jaar	348 (46%)	287 (45%)	363 (54%)	398 (60%)	412 (49%)	1808 (51%)
65 jaar en ouder	184 (24%)	212 (33%)	172 (26%)	176 (27%)	251 (30%)	995 (28%)
Opleidingsniveau	756	621	647	638	823	3485
Laag (geen opleiding, lager onderwijs, vmbo)	108 (14%)	103 (17%)	93 (14%)	80 (13%)	79 (10%)	463 (13%)
Middel (havo, vwo, mbo)	366 (48%)	311 (50%)	317 (49%)	288 (45%)	362 (44%)	1644 (47%)
Hoog (hbo, universiteit)	282 (37%)	207 (33%)	237 (37%)	270 (42%)	382 (46%)	1378 (40%)
Inkomen (netto inkomen van huishouden per maand)	735	618	643	639	704	3339
Laag (minder dan €1750)	239 (33%)	192 (31%)	179 (28%)	146 (23%)	115 (16%)	871 (26%)
Middel (€1750 tot €2700)	209 (28%)	208 (34%)	215 (33%)	192 (30%)	208 (30%)	1032 (31%)
Hoog (meer dan €2700)	287 (39%)	218 (35%)	249 (39%)	301 (47%)	381 (54%)	1436 (43%)
Ervaren gezondheid	760	629	614	623	731	3357
Slecht / matig	97 (13%)	111 (18%)	107 (17%)	117 (19%)	135 (18%)	567 (17%)
Goed	351 (46%)	318 (51%)	343 (56%)	303 (49%)	336 (46%)	1651 (49%)
Zeer goed / uitstekend	312 (41%)	200 (32%)	164 (27%)	203 (33%)	260 (36%)	1139 (34%)

Doordat er voor elke peiling een nieuwe steekproef is getrokken uit grotendeels dezelfde groep panelleden, bestaat er overlap tussen de respondenten in de verschillende jaren. Wanneer we kijken naar het aantal vragenlijsten dat is ingevuld door de respondenten, zien we dat 2.212 respondenten één vragenlijst hebben ingevuld. 416 respondenten vulden twee vragenlijsten in, 146 respondenten vulden drie vragenlijsten in en 21 respondenten vulden vier vragenlijsten in. Geen enkele respondent heeft alle vijf de vragenlijsten ingevuld. In totaal zijn er 3.566 vragenlijsten ingevuld door 2.795 respondenten.

2.4 Data-analyse

Voor de analyses zijn de data van de verschillende jaren samengevoegd tot één databestand. De data zijn geanalyseerd met behulp van het programma Stata, versie 16.1. Bij de analyses is een significantieniveau aangehouden van 5% ($p \leq 0,05$). Als er in dit rapport wordt gesproken over een verschil, gaat het om een statistisch significant verschil. Dit betekent dat de kans dat het gevonden verschil door toeval is ontstaan kleiner is dan 5%. Er is bij het analyseren van de data rekening gehouden met mogelijke clustering als gevolg van het feit dat sommige respondenten in meerdere jaren de vragenlijst hebben ingevuld.

Bij de data-analyse is een weegfactor toegepast. In ieder jaar is gewogen naar de algemene bevolking in Nederland van 18 jaar en ouder. Dit is gedaan omdat de respons in alle jaren niet helemaal representatief was voor de Nederlandse bevolking naar leeftijd en geslacht, ook al waren de steekproeven dat wel. Er kunnen per jaar zes weegfactoren worden onderscheiden, op basis van twee categorieën voor geslacht (man en vrouw) en drie categorieën voor leeftijd (18-39 jaar, 40-64 jaar en 65 jaar en ouder). De weegfactoren variëren van 0,64 tot 3,29. Wanneer een weging is toegepast, wordt dit aangegeven bij de desbetreffende figuur of tabel.

Bij de analyse is eerst gekeken naar de algemene solidariteit. Er zijn beschrijvende analyses uitgevoerd om te kijken naar de mate van eigen en verwachte betalingsbereidheid in ieder jaar. Daarna is de ontwikkeling van de eigen en verwachte bereidheid om te betalen onderzocht aan de hand van logistische regressieanalyses. Op basis van deze analyses kan worden bepaald of de betalingsbereidheid van de algemene bevolking tussen 2013 en 2021 is gedaald, gelijk is gebleven of is toegenomen. In de analyses is gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, inkomen en ervaren gezondheid. Daarnaast is de ontwikkeling van algemene solidariteit onder verschillende groepen onderzocht. Er is gekeken naar de ontwikkeling van de bereidheid om te betalen naar leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, inkomen en ervaren gezondheid.

Ten tweede is de solidariteit met specifieke groepen onderzocht. Aan de hand van beschrijvende analyses is gekeken hoe hoog de solidariteit met verschillende groepen was in de verschillende jaren. Vervolgens is onderzocht hoe de solidariteit met specifieke groepen zich heeft ontwikkeld tussen 2013 en 2021. Dit is zowel gedaan voor de algemene bevolking als voor subgroepen. Daarbij is gebruik gemaakt van multinomiale regressiemodellen. In de analyses is gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, inkomen en ervaren gezondheid. Om te corrigeren voor het feit dat er naar relatief veel groepen wordt gekeken in de analyses, waardoor er mogelijk per toeval een significant effect ontstaat, is een Bonferroni correctie toegepast. Dit houdt in dat het significantieniveau wordt gedeeld door het aantal groepen waar naar wordt gekeken, in dit geval elf. Het significantieniveau komt daarmee uit op 0,45% ($p \leq 0,0045$).

3 De ontwikkeling van de bereidheid om te betalen voor de zorgkosten van anderen

Belangrijkste resultaten:

- De bereidheid onder de algemene bevolking om te betalen voor zorgbehandelingen waar men zelf (nog) geen gebruik van maakt, maar anderen wel, is licht toegenomen tussen 2013 (73%) en 2021 (78%).
- De verwachte bereidheid van anderen om te betalen voor zorgbehandelingen waar zij zelf (nog) geen gebruik van maken, is niet veranderd onder de algemene bevolking tussen 2013 (60%) en 2021 (61%).
- Mensen met een hoog opleidingsniveau, mensen met een hoog inkomen en mensen die hun gezondheid als zeer goed of uitstekend ervaren, zijn vaker bereid om te betalen voor zorgbehandelingen waar ze zelf (nog) geen gebruik van maken en verwachten vaker dat anderen hiertoe bereid zijn dan respectievelijk mensen met een middelbaar of laag opleidingsniveau, mensen met een midden- of laag inkomen en mensen die hun gezondheid als goed en matig of slecht ervaren.
- Onder de groep die de eigen gezondheid als goed of uitstekend ervaart, is de bereidheid om te betalen toegenomen tussen 2013 en 2021. De eigen betalingsbereidheid schommelt onder mensen in de leeftijdsgroep van 40 t/m 64 jaar, laagopgeleiden, middelbaar opgeleiden, mensen met een inkomen van meer dan 2700 euro en mensen die hun gezondheid als slecht of matig ervaren. Voor de andere subgroepen is de eigen bereidheid om te betalen niet veranderd.
- De verwachte bereidheid van anderen om te betalen is toegenomen onder de groep die de eigen gezondheid als goed of uitstekend ervaart. De verwachte betalingsbereidheid schommelt onder mensen met een laag en hoog opleidingsniveau. Voor de andere subgroepen is de verwachte bereidheid van anderen om te betalen niet veranderd.

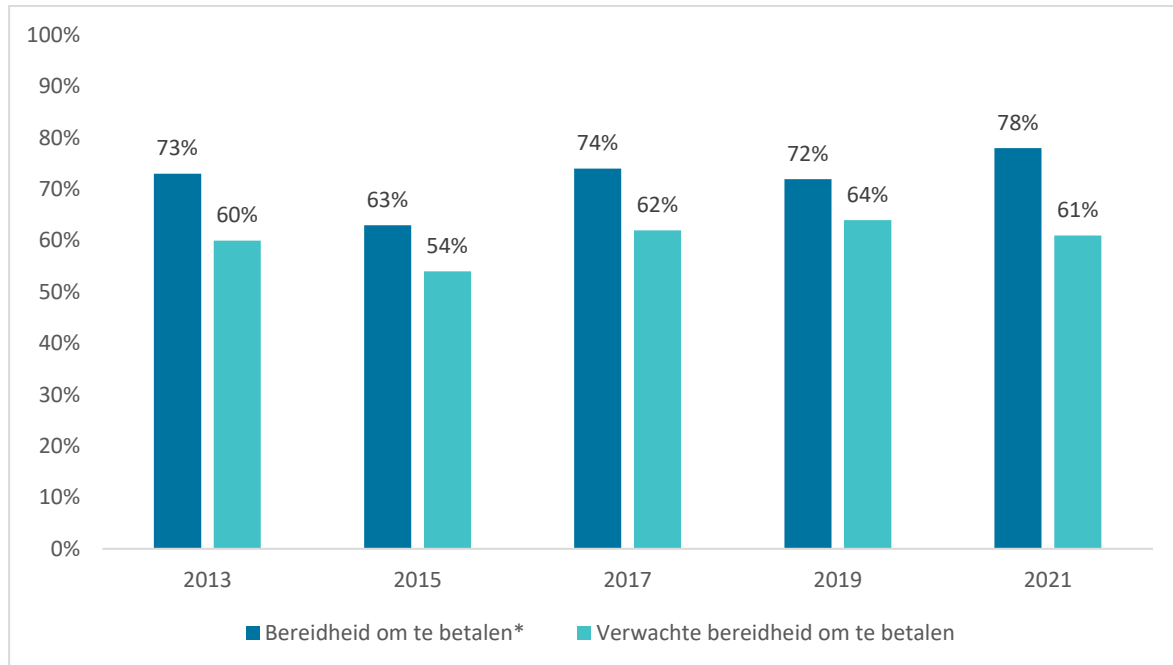
3.1 De ontwikkeling van de bereidheid om te betalen onder de algemene bevolking

Figuur 3.1 toont de ontwikkeling onder de algemene bevolking van de bereidheid om te betalen voor zorgbehandelingen waar men zelf (nog) geen gebruik van maakt en de verwachte bereidheid van anderen om voor deze behandelingen te betalen. Uit de figuur blijkt dat in 2013 73% van de respondenten bereid was om te betalen. In 2015, 2017, 2019 en 2021 was dit respectievelijk 63%, 74%, 72% en 78%. De eigen bereidheid om te betalen was in alle jaren hoger dan de verwachte betalingsbereidheid. Zes op de tien respondenten (60%) verwachtte in 2013 dat andere mensen bereid waren om te betalen voor behandelingen waar zij zelf geen gebruik van maakten. In de andere jaren varieerde dit van 54% (in 2015) tot 64% (in 2019).

Door middel van regressieanalyse is gekeken of de eigen en verwachte bereidheid om te betalen is veranderd tussen 2013 en 2021. Hieruit bleek dat er voor de eigen betalingsbereidheid sprake is van een lineaire, stijgende trend. Dit betekent dat de bereidheid om te betalen voor zorgbehandelingen

waar men zelf (nog) geen gebruik van maakt, is toegenomen tussen 2013 en 2021. Voor de verwachte bereidheid van anderen om te betalen is er geen significante trend waargenomen. Dat betekent dat de verwachte betalingsbereidheid niet is veranderd tussen 2013 en 2021.

Figuur 3.1 De bereidheid om te betalen en de verwachte bereidheid van anderen om te betalen in 2013, 2015, 2017, 2019 en 2021. Gewogen naar leeftijd en geslacht (N=571-780)



* = significante lineaire trend ($p \leq 0,05$)

3.2 Verschillen in de ontwikkeling van de bereidheid om te betalen tussen groepen

Naast de ontwikkeling van de eigen en verwachte bereidheid om te betalen onder de algemene bevolking, is ook gekeken naar de ontwikkeling van de betalingsbereidheid onder verschillende subgroepen. Daarbij is onderscheid gemaakt naar leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, inkomen en ervaren gezondheid.

3.2.1 De ontwikkeling van de eigen betalingsbereidheid

Uit figuur 3.2 blijkt dat er verschillen bestaan in de betalingsbereidheid tussen de groepen. Mensen met een hoog opleidingsniveau zijn meer bereid om te betalen voor zorgbehandelingen waar ze zelf (nog) geen gebruik van maken dan mensen met een middelbaar of laag opleidingsniveau. Ook is de betalingsbereidheid onder mensen met een hoog inkomen hoger dan onder mensen met een midden- of laag inkomen en zijn mensen die hun gezondheid als uitstekend of zeer goed ervaren meer bereid om te betalen dan mensen die hun gezondheid als goed of slecht of matig ervaren.

Er is gekeken of er voor de verschillende groepen sprake is van een significante trend in de ontwikkeling van de betalingsbereidheid over de jaren heen. Voor de groep die de eigen gezondheid als goed of uitstekend ervaart is er sprake van een lineaire, stijgende trend (zie * in figuur 3.2). Dit betekent dat de bereidheid om te betalen onder deze groep is toegenomen tussen 2013 en 2021.

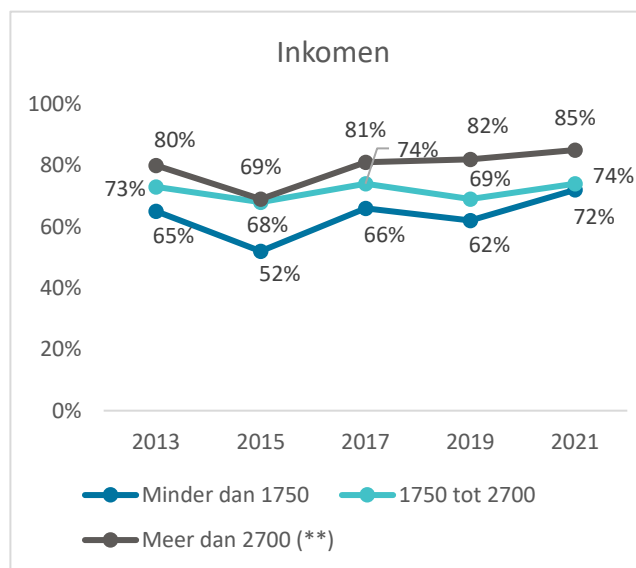
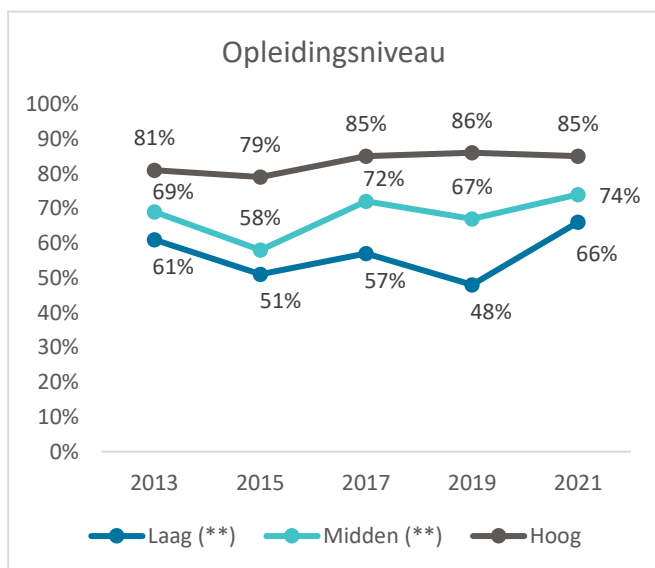
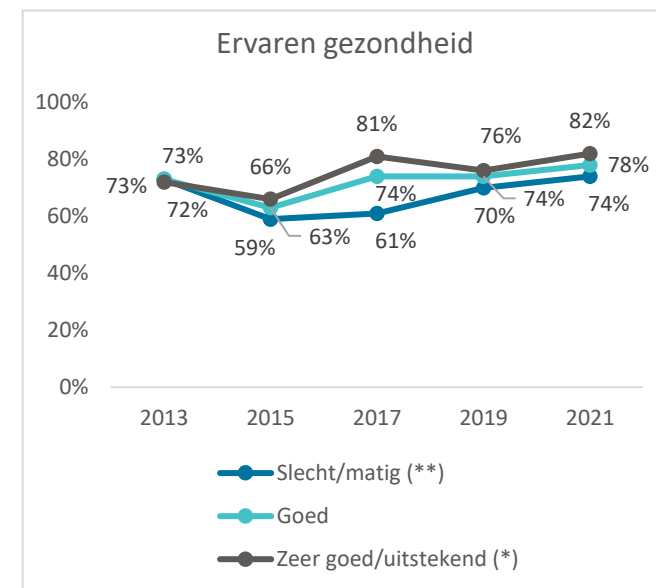
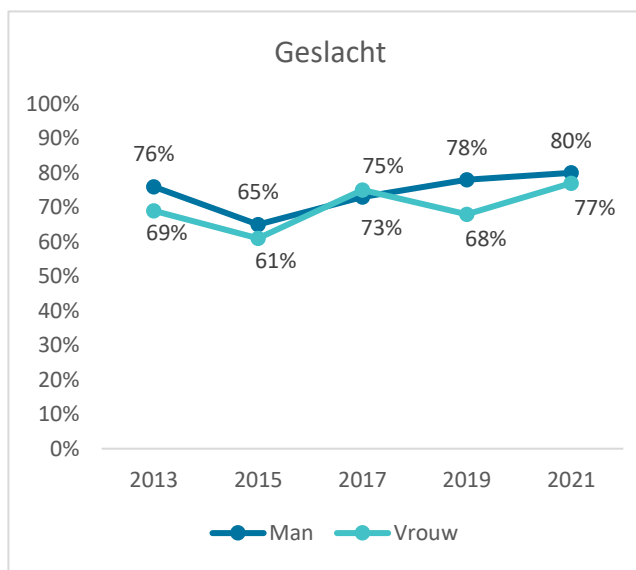
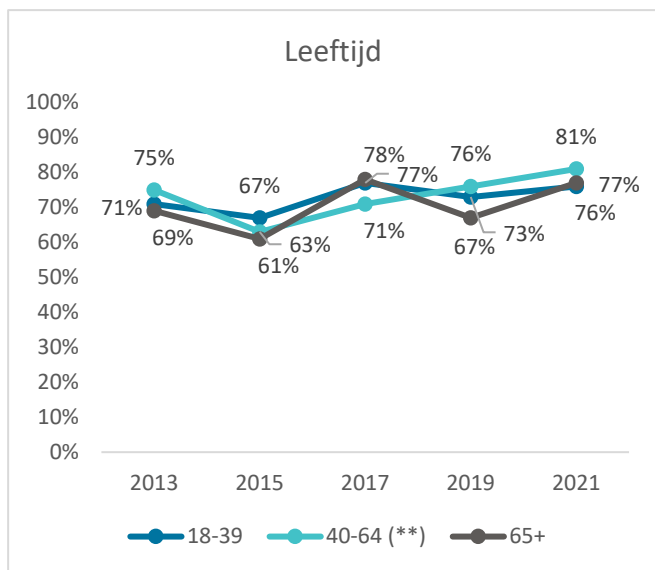
Daarnaast is er voor een aantal groepen een kwadratische trend waargenomen (zie ** in figuur 3.2). Dit is het geval voor de groep 40 tot 64-jarigen, mensen met een laag en middelbaar opleidingsniveau, mensen met een inkomen van meer dan 2700 euro en mensen die de eigen gezondheid als slecht of matig ervaren. Onder deze groepen schommelt de betalingsbereidheid.

3.2.2 De ontwikkeling van de verwachte betalingsbereidheid van anderen

In figuur 3.3 wordt de verwachte bereidheid van anderen om te betalen voor zorgbehandelingen waar men zelf (nog) geen gebruik van maakt onder subgroepen gepresenteerd. In de figuur is te zien dat mensen met een hoog opleidingsniveau, mensen met een hoog inkomen en mensen die hun gezondheid als zeer goed of uitstekend ervaren vaker verwachten dat anderen bereid zijn om te betalen dan respectievelijk mensen met een middelbaar of laag opleidingsniveau, mensen met een midden- of laag inkomen en mensen die hun gezondheid als goed of matig of slecht ervaren.

Wanneer we kijken naar de ontwikkeling van de verwachte betalingsbereidheid zien we dat er voor de meeste groepen geen sprake is van een significante trend. Dit betekent dat de verwachte betalingsbereidheid voor deze groepen niet is veranderd tussen 2013 en 2021. Voor een aantal groepen is er wel sprake van een trend. Voor de groep die de eigen gezondheid als goed of uitstekend ervaart, is er sprake van een lineaire, stijgende trend (zie * in figuur 3.3). Dit betekent dat de verwachte bereidheid van anderen om te betalen onder deze groep door de jaren heen is toegenomen. Daarnaast is er onder de laag- en hoogopgeleiden sprake van een kwadratische trend (zie ** in figuur 3.3). Dit betekent dat de verwachte bereidheid van anderen om te betalen schommelt onder mensen met een laag en hoog opleidingsniveau.

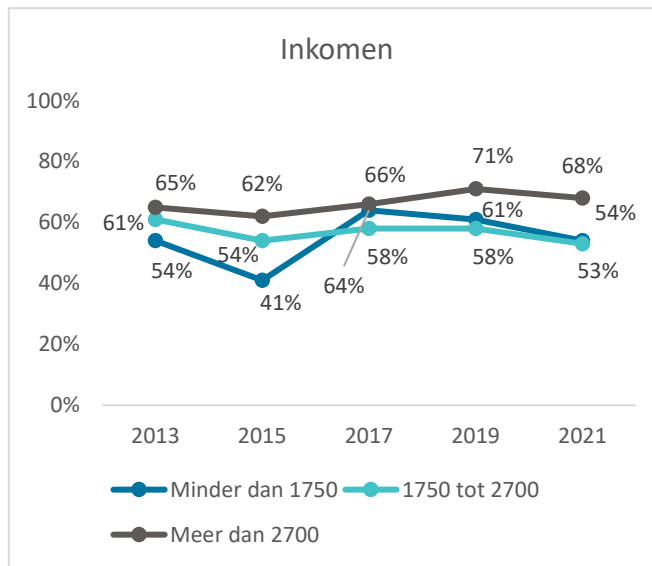
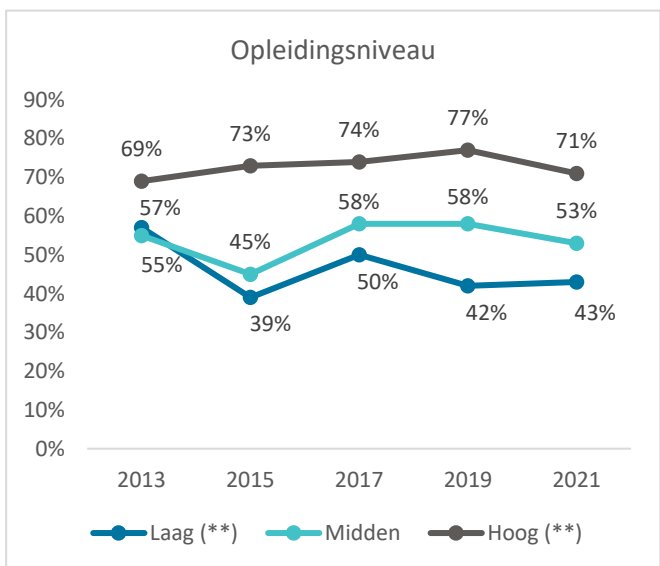
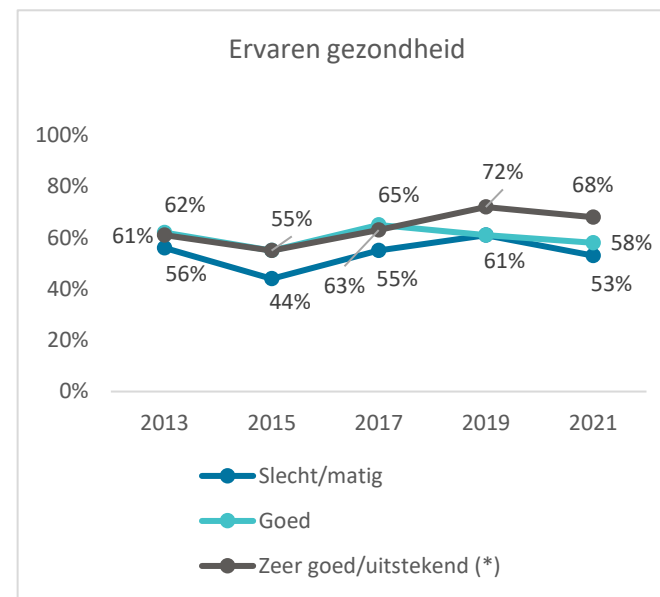
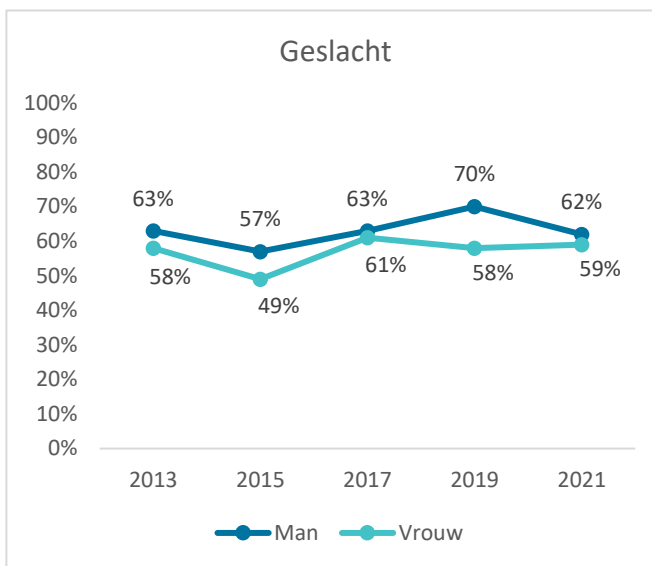
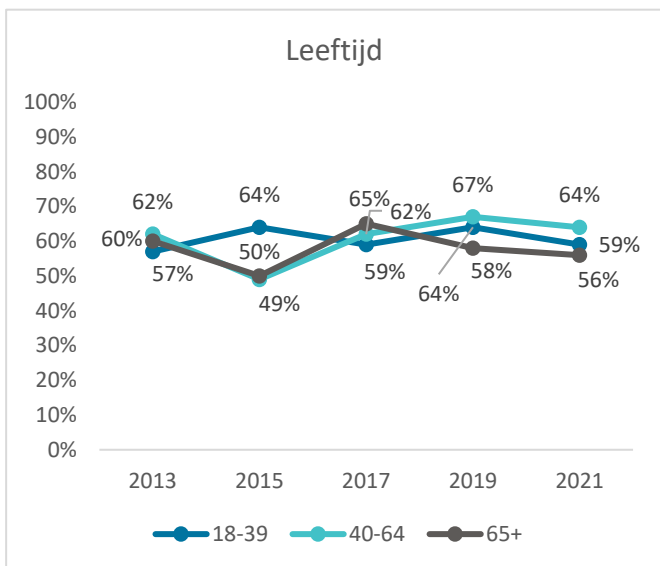
Figuur 3.2 De ontwikkeling van de eigen betalingsbereidheid tussen 2013 en 2021, uitgesplitst naar leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, inkomen en ervaren gezondheid (N=563-786)



* = significante lineaire trend ($p \leq 0,05$)

** = significante kwadratische trend ($p \leq 0,05$)

Figuur 3.3 De ontwikkeling van de verwachte betalingsbereidheid tussen 2013 en 2021, uitgesplitst naar leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, inkomen en ervaren gezondheid (N=559-780)



* = significante lineaire trend ($p \leq 0,05$)

** = significante kwadratische trend ($p \leq 0,05$)

4 De ontwikkeling van solidariteit met specifieke groepen

Belangrijkste resultaten:

- Er is veel solidariteit met mensen die te maken hebben met ziekte als gevolg van ‘pech’, zoals mensen met een genetische aanleg voor een ernstige ziekte, mensen met niet zo’n goede gezondheid, mensen met een ziekte die hun kwaliteit van leven ernstig beperkt en mensen met hoge ziektekosten als gevolg van een ziekte of handicap.
- Er is minder solidariteit met mensen die gezondheidsrisico’s lopen als gevolg van factoren die beïnvloedbaar lijken, zoals mensen met een ongezonde levensstijl, mensen die veel alcohol drinken en rokers. Ook is er relatief weinig solidariteit met mensen met een hoog inkomen.
- Door de jaren heen is de solidariteit met een groot aantal groepen die in dit onderzoek worden onderscheiden toegenomen. Dat geldt ook voor groepen waar over het algemeen niet zo veel solidariteit mee is, zoals mensen die roken of veel alcohol drinken.
- Er lijkt niet alleen sprake te zijn van solidariteit met de eigen groep. De solidariteit met mensen met een ongezonde levensstijl, zoals mensen die roken of veel alcohol drinken, is zowel toegenomen onder de groep die zelf een ongezonde levensstijl zegt te hebben als onder de groep die wel gezond leeft.
- De solidariteit met mensen met een hoog inkomen schommelt, zowel onder de groep met een laag inkomen als onder de groep met een hoog inkomen zelf.

4.1 De bereidheid om te betalen voor specifieke groepen

Om solidariteit met specifieke groepen te meten is gevraagd naar opvattingen over de hoogte van de premie voor de basisverzekering voor verschillende groepen. Er is gevraagd of mensen vinden dat de ene groep meer, evenveel of minder moet betalen voor de basisverzekering dan de andere. Er zijn in totaal vijftien tegengestelde groepen vergeleken (zie hoofdstuk 2 voor de groepen). Voor een aantal groepen (zie Figuur 4.5) is de bereidheid om te betalen alleen gevraagd in 2021. Voor deze groepen kan daarom alleen de mate van solidariteit in dit jaar worden gepresenteerd en niet de ontwikkeling van solidariteit over de tijd.

Figuur 4.1 t/m 4.5 bevatten de opvattingen over de hoogte van de premie voor de basisverzekering voor de verschillende groepen. Uit de figuren blijkt dat de solidariteit het hoogst is voor de groepen ‘genetische aanleg’, ‘gezondheid’, ‘kwaliteit van leven’ en ‘hoge ziektekosten’. In alle jaren gaven meer dan negen op de tien mensen aan dat mensen met een genetische aanleg voor een ernstige ziekte evenveel voor de basisverzekering zouden moeten betalen als mensen zonder genetische aanleg voor een ernstige ziekte. Ook gaf ongeveer 90% aan dat mensen met niet zo’n goede gezondheid, mensen met een ziekte die hun kwaliteit van leven ernstig beperkt en mensen met hoge ziektekosten als gevolg van een ziekte of handicap evenveel voor de basisverzekering zouden moeten betalen als respectievelijk mensen die wel een goede gezondheid hebben, mensen met een ziekte die hun kwaliteit van leven nauwelijks beperkt en mensen zonder hoge ziektekosten als gevolg van een ziekte of handicap. Er lijkt dus veel solidariteit te zijn met mensen die te maken hebben met ziekte buiten hun schuld om.

Er is minder solidariteit met groepen met een ongezonde levensstijl en mensen die veel alcohol drinken. Deze groepen lopen gezondheidsrisico's als gevolg van factoren die beïnvloedbaar lijken. In 2021 vond ongeveer een derde van de respondenten (32%) dat mensen met een ongezonde levensstijl meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering dan mensen met een gezonde levensstijl. Ook gaf 41% aan dat mensen die veel alcohol drinken meer zouden moeten betalen. De minste solidariteit is er met rokers en mensen met een hoog inkomen. Ongeveer de helft van de respondenten gaf in 2021 aan dat mensen met een hoog inkomen (48%) en mensen die roken (51%) meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering dan respectievelijk mensen met een laag inkomen en mensen die niet roken.

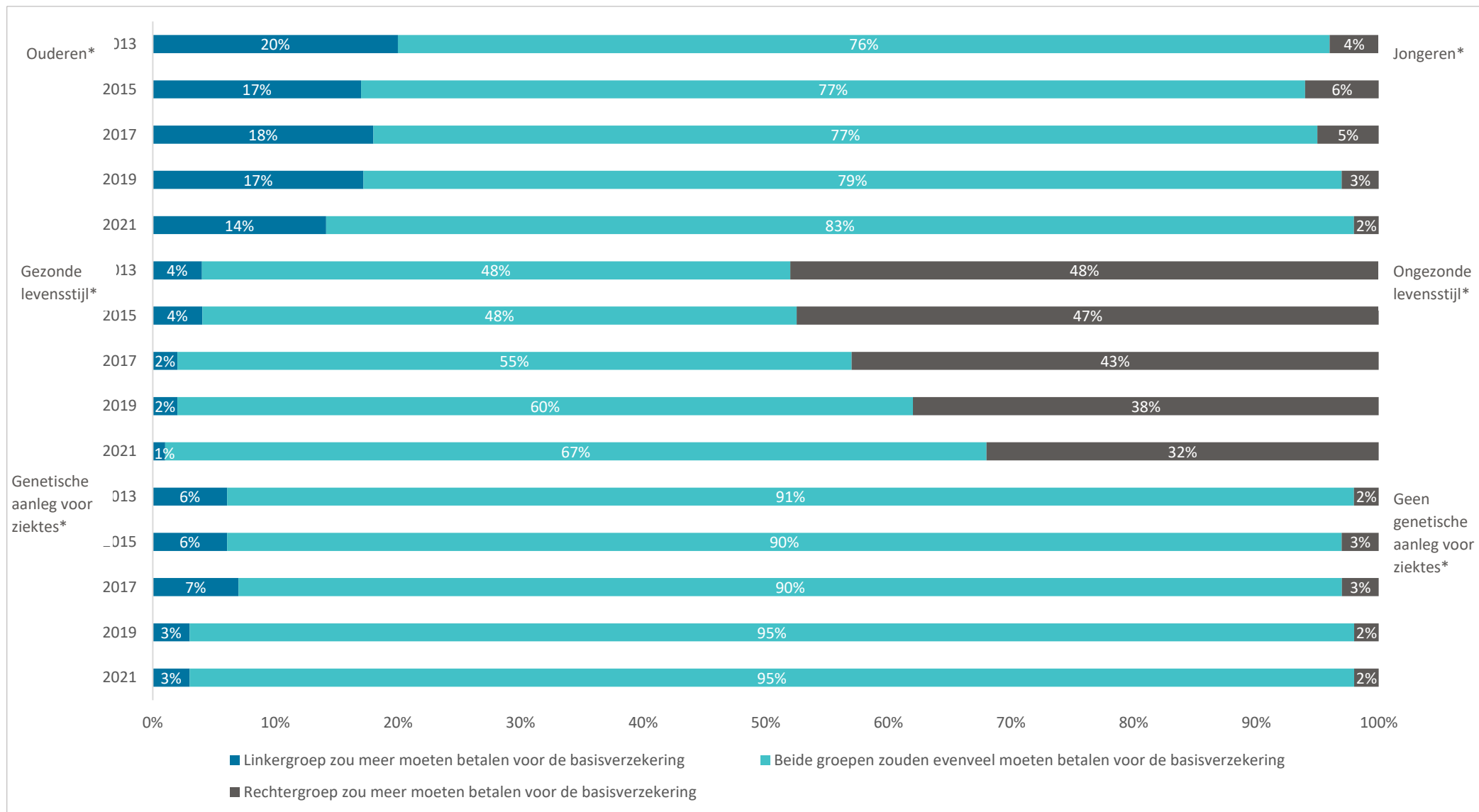
Verder blijkt dat ongeveer een derde (35%) van de respondenten in 2021 vond dat mensen die niet zijn gevaccineerd tegen het coronavirus meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering dan mensen die wel gevaccineerd zijn. De meerderheid (63%) gaf echter aan dat beide groepen evenveel zouden moeten betalen.

4.1.1 De ontwikkeling van de bereidheid om te betalen voor specifieke groepen

Er is ook gekeken naar de ontwikkeling van solidariteit met specifieke groepen tussen 2013 en 2021. Voor de meeste groepen is een lineaire trend waargenomen (zie * in de figuren 4.1 t/m 4.4). Er is ten eerste sprake van een lineaire trend voor de groep 'leeftijd'. Het percentage mensen dat aangeeft dat ouderen en jongeren evenveel moeten betalen voor de basisverzekering is toegenomen. Ook voor de groep 'levensstijl' is een lineaire trend gevonden. In 2013 vond ongeveer de helft dat mensen met een ongezonde levensstijl evenveel zouden moeten betalen als mensen met een gezonde levensstijl. Dit is toegenomen tot twee derde in 2021. Ten derde is er sprake van een lineaire trend voor de groep 'genetische aanleg voor ziektes'. Tussen 2013 en 2021 is het percentage mensen dat vindt dat mensen met een genetische aanleg voor een ernstige ziekte evenveel moeten betalen voor de basisverzekering als mensen zonder genetische aanleg voor een ernstige ziekte toegenomen. Daarnaast is er een lineaire trend voor de groep 'roken'. Het percentage dat vindt dat rokers en niet-rokers evenveel zouden moeten betalen is toegenomen. Er is ook een lineaire trend voor de groep 'alcohol'. Het percentage dat vindt dat mensen die veel alcohol drinken evenveel moeten betalen voor de basisverzekering als mensen die weinig alcohol drinken, is toegenomen tussen 2013 en 2021. De zesde groep waarvoor een lineaire trend is waargenomen is 'huisartsbezoek'. Tussen 2013 en 2021 is het percentage mensen dat vindt dat mensen die vaak naar de huisarts gaan evenveel zouden moeten betalen als mensen die niet vaak naar de huisarts gaan, gestegen. Er is ook sprake van een lineaire trend voor de groep 'beweging'. Het percentage dat vindt dat mensen die voldoende bewegen evenveel moeten betalen voor de basisverzekering als mensen die onvoldoende bewegen, is toegenomen. Daarnaast is er een lineaire trend voor de groep 'zorggebruik'. Tussen 2013 en 2021 is het percentage dat vindt dat mensen die veel zorg gebruiken evenveel zouden moeten betalen als mensen die weinig zorg gebruiken, toegenomen. De laatste groep waarvoor een significante lineaire trend is waargenomen is de groep 'blessuregevoelige sport'. Het percentage dat vindt dat mensen die aan blessuregevoelige sporten doen evenveel zouden moeten betalen voor de basisverzekering is toegenomen. Samengevat duiden de lineaire trends op een toename van de solidariteit met ouderen, mensen met een ongezonde levensstijl, mensen met een genetische aanleg voor ernstige ziektes, rokers, mensen die veel alcohol drinken, mensen die vaak naar de huisarts gaan, mensen die onvoldoende bewegen, mensen die veel zorg gebruiken en mensen die aan blessuregevoelige sporten doen.

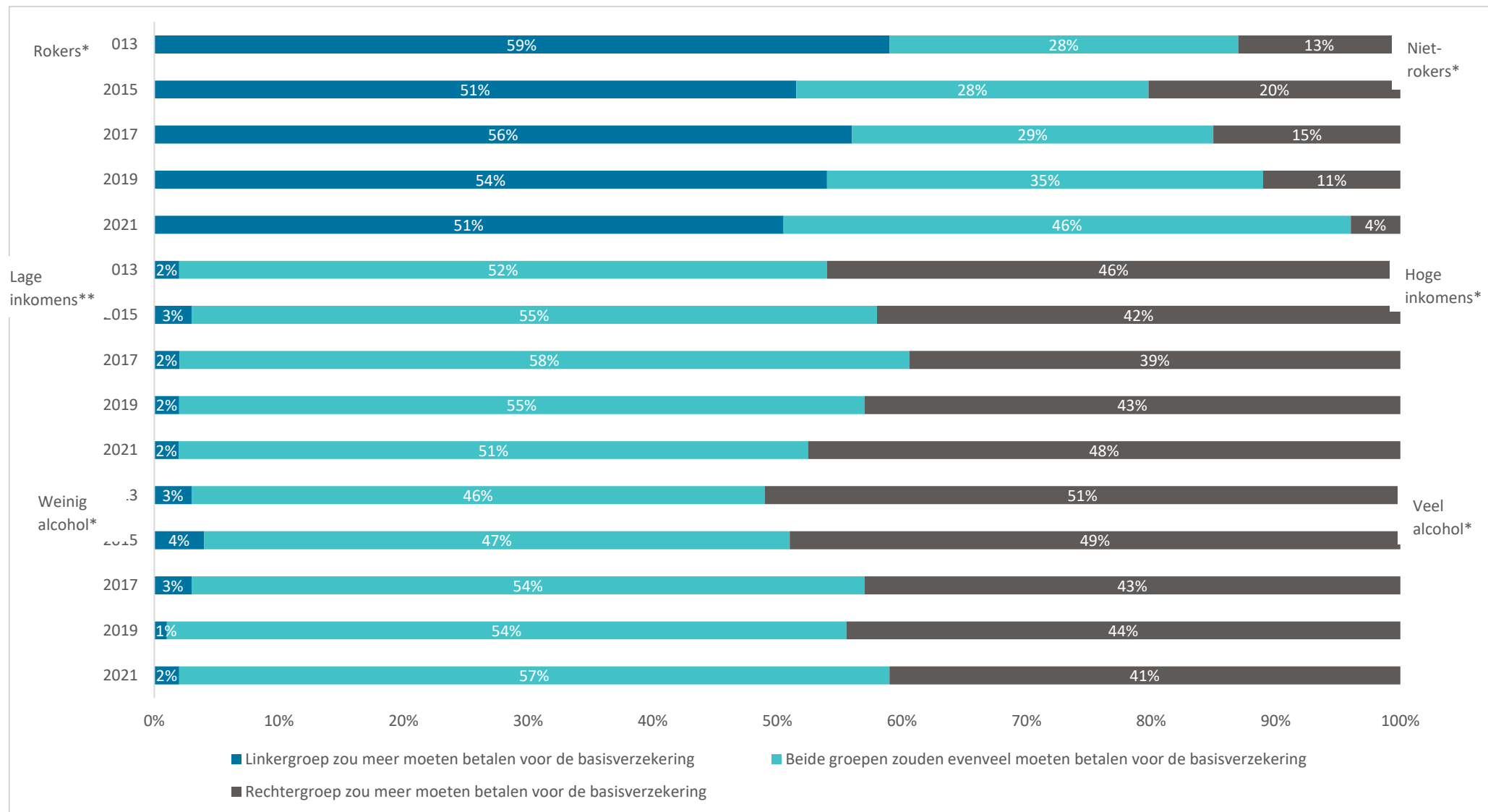
Voor de groep 'inkomen' is een kwadratische trend (zie ** in de figuren) waargenomen. Het percentage mensen dat vindt dat mensen met een hoog inkomen meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering daalde tussen 2013 en 2017 en nam daarna weer toe tot 2021. Er is ten slotte geen significante trend waargenomen voor de groep 'gezondheid'. Dit betekent dat de mate van solidariteit met mensen die niet zo'n goede gezondheid hebben niet is veranderd tussen 2013 en 2021.

Figuur 4.1 Solidariteit met specifieke groepen – leeftijd, levensstijl en genetische aanleg voor ziektes. Gewogen naar leeftijd en geslacht (N=566-774)



* = significante lineaire trend (p ≤ 0,0045)

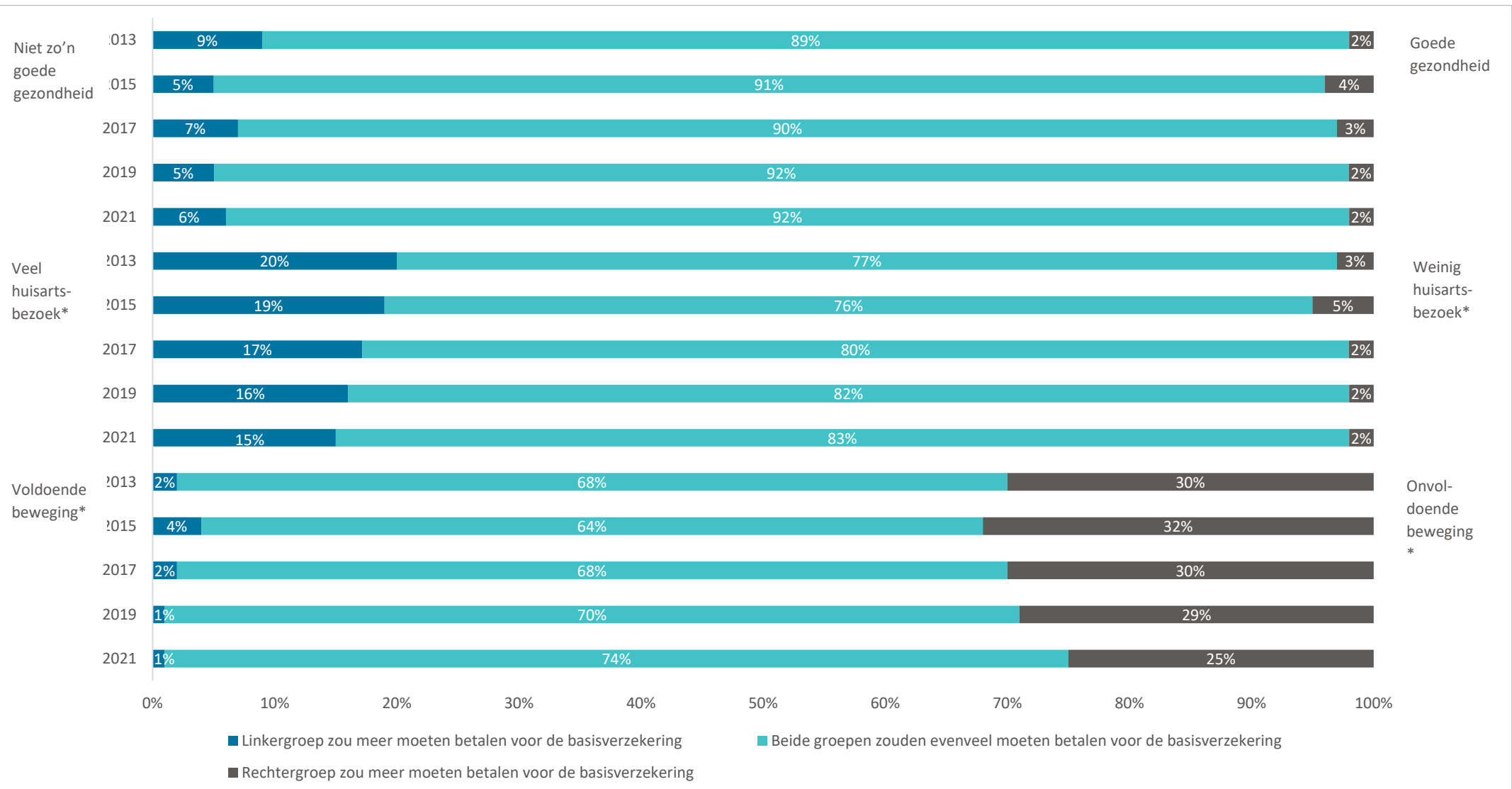
Figuur 4.2 Solidariteit met specifieke groepen – roken, inkomen en alcohol. Gewogen naar leeftijd en geslacht (N=567-771)



* = significante lineaire trend (p ≤ 0,0045)

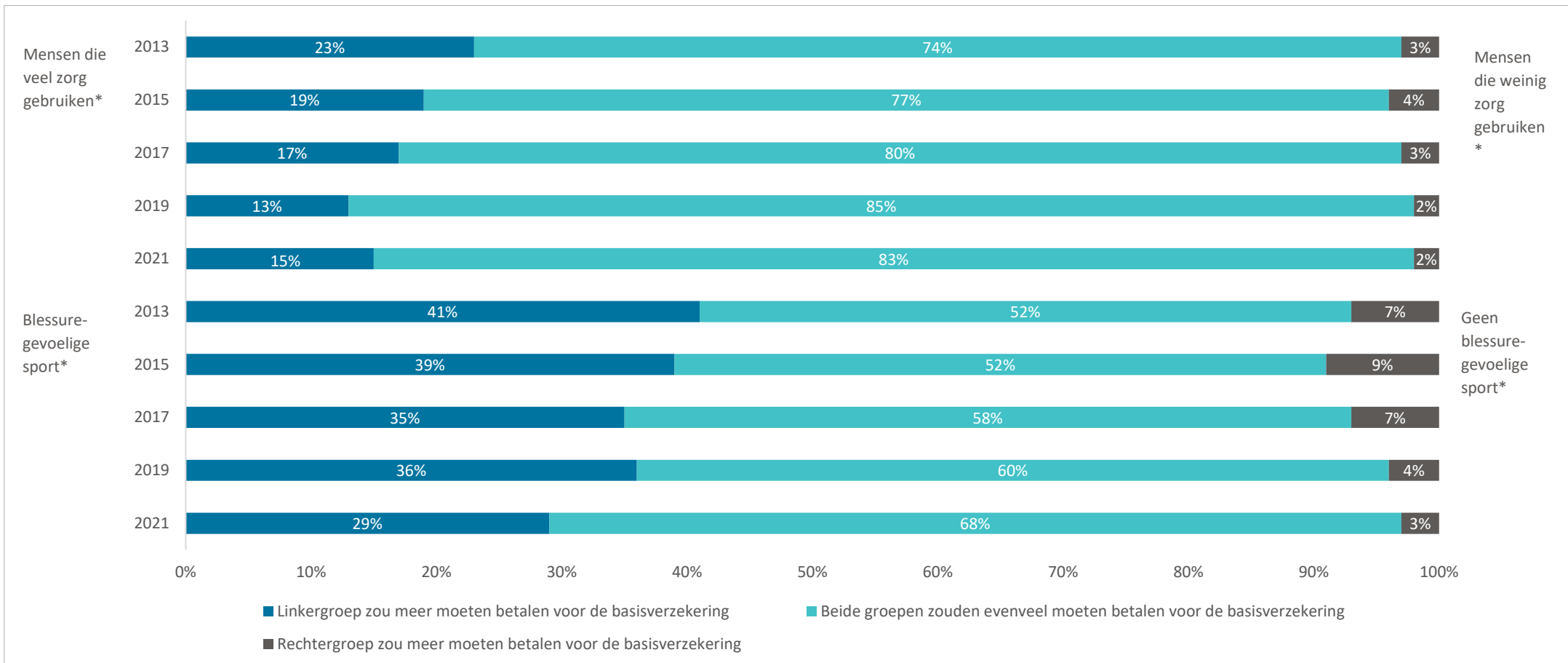
** = significante kwadratische trend (p ≤ 0,0045)

Figuur 4.3 Solidariteit met specifieke groepen – gezondheid, huisartsbezoek en beweging. Gewogen naar leeftijd en geslacht (N=570-771)



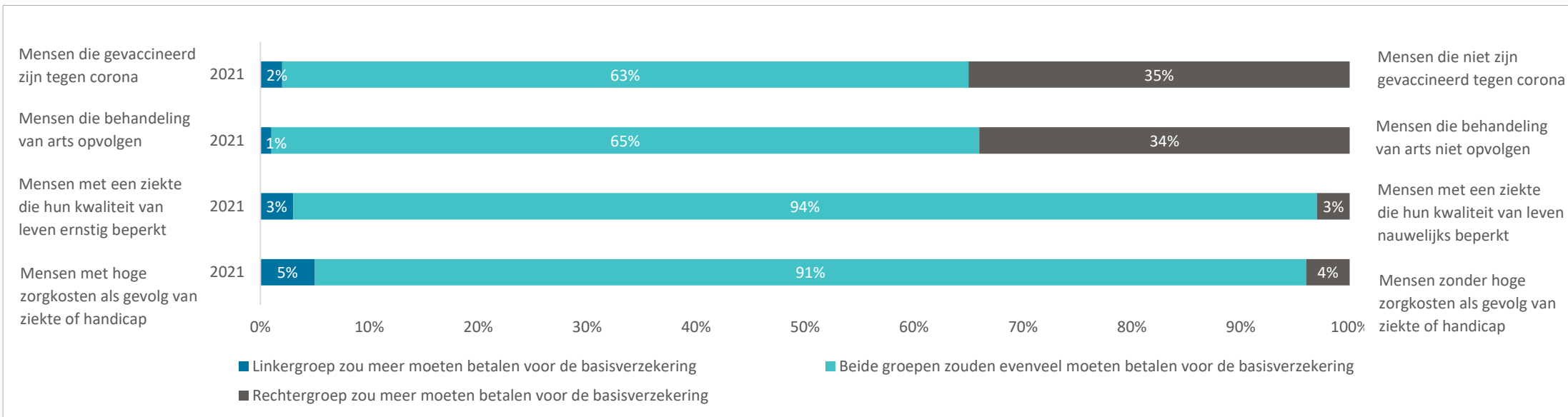
* = significante lineaire trend ($p \leq 0,0045$)

Figuur 4.4 Solidariteit met specifieke groepen – zorggebruik en blessuregevoelige sport. Gewogen naar leeftijd en geslacht (N=569-771)



* = significante lineaire trend ($p \leq 0,0045$)

Figuur 4.5 Solidariteit met specifieke groepen – vaccinatiestatus, opvolgen behandeling van arts, kwaliteit van leven en hoge zorgkosten. Gewogen naar leeftijd en geslacht (N=767-769)



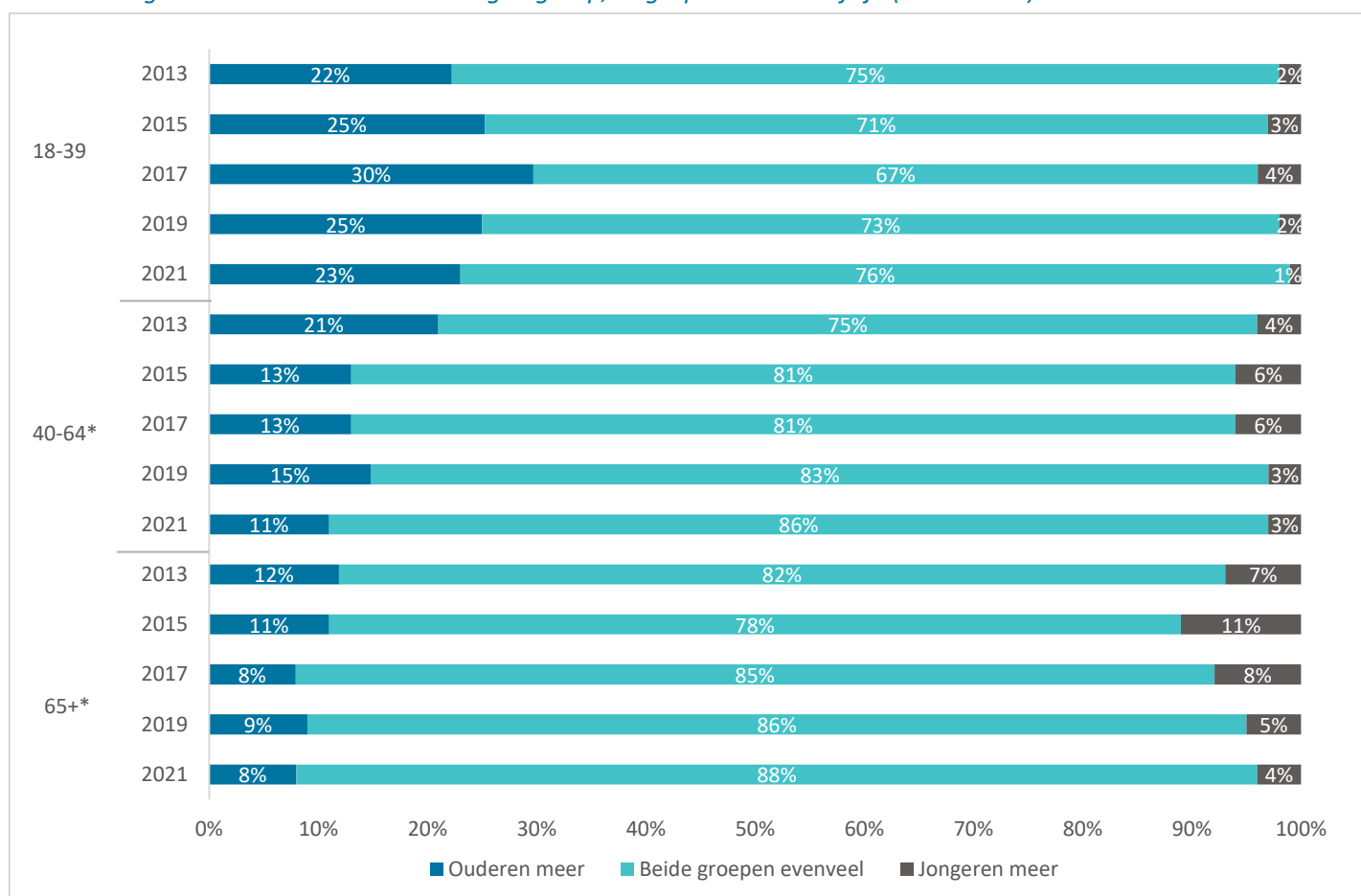
4.2 De ontwikkeling van de bereidheid om te betalen voor de eigen groep

Er is ook gekeken naar de bereidheid om te betalen voor specifieke groepen onder subgroepen. Dit is gedaan omdat mensen over het algemeen meer solidair zijn met de groep waartoe zij zelf behoren. De figuren 4.6 t/m 4.10 laten de mate zien waarin mensen solidair zijn met de eigen groep en de ontwikkeling hiervan tussen 2013 en 2021. Er is gekeken naar groepen op basis van de volgende achtergrondkenmerken: leeftijd, inkomen, roken, alcoholgebruik en mate van bewegen.

4.2.1 Leeftijd

Uit figuur 4.6 blijkt dat er onder alle drie de leeftijdsgroepen over het algemeen sprake is van een hoge mate van solidariteit met ouderen. Wel is te zien dat mensen van 18 tot 39 jaar vaker aangeven dat ouderen meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering dan mensen van 65 jaar en ouder. Onder 65-plussers lijkt dus meer sprake te zijn van solidariteit met ouderen. Wanneer we naar de ontwikkeling van solidariteit op basis van leeftijd kijken, zien we dat voor de groepen 40 tot 64 jaar en 65 jaar en ouder het percentage mensen dat aangeeft dat ouderen en jongeren evenveel zouden moeten betalen voor de basisverzekering is toegenomen tussen 2013 en 2021. Dit duidt op een toenemende leeftijdssolidariteit.

Figuur 4.6 Solidariteit met de eigen groep, uitgesplitst naar leeftijd (N=578-770)

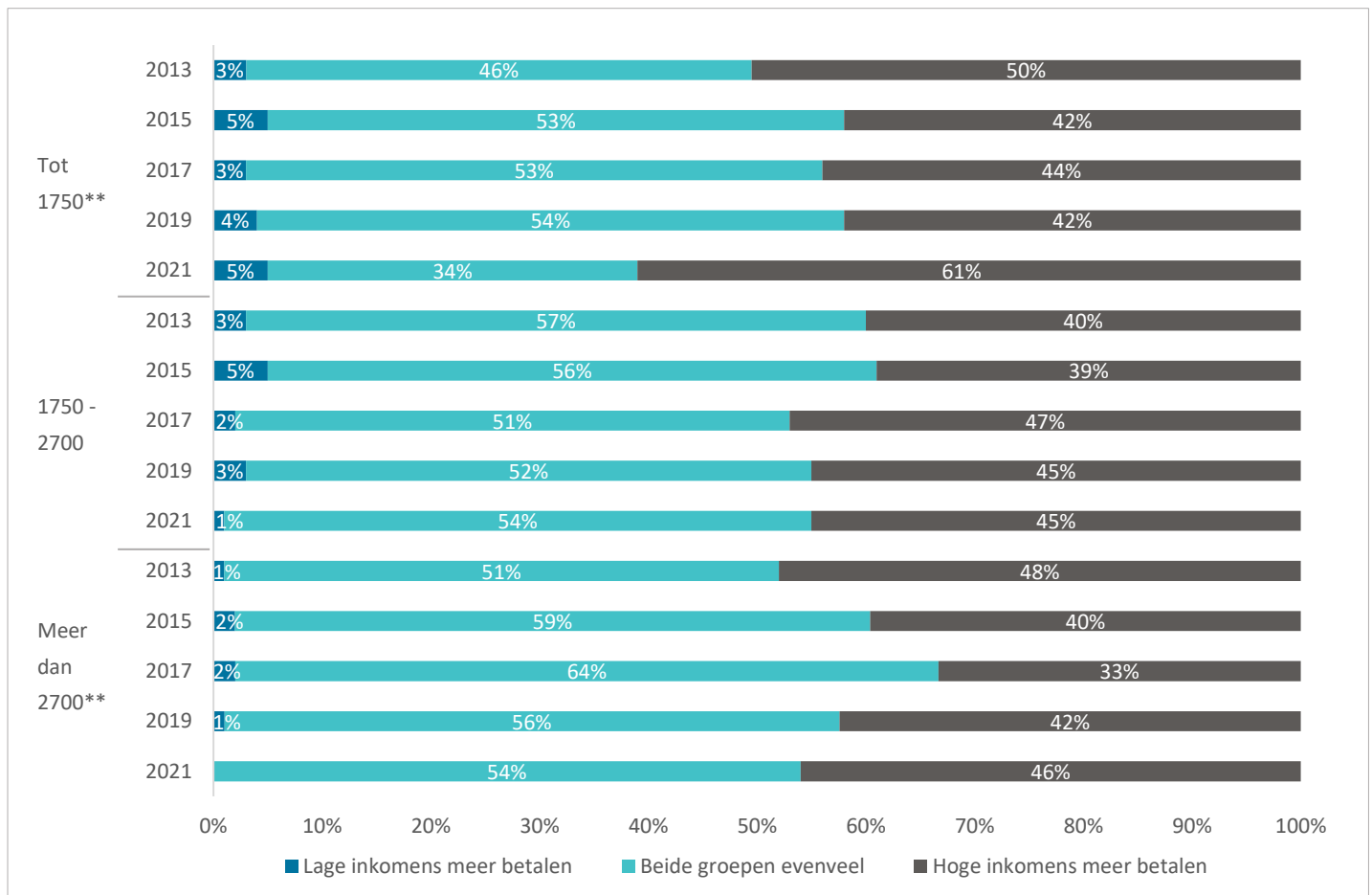


* = significante lineaire trend ($p \leq 0,05$)

4.2.2 Inkomen

Wanneer we kijken naar solidariteit op basis van inkomen is te zien dat ongeveer de helft van de mensen met een laag, midden en hoog inkomen vindt dat mensen met een laag en hoog inkomen evenveel zouden moeten betalen voor de basisverzekering (zie figuur 4.7). Daarnaast geeft bij alle drie de inkomensgroepen een aanzienlijk deel aan dat mensen met een hoog inkomen meer zouden moeten betalen. Er zijn dus geen grote verschillen te zien in inkomenssolidariteit tussen de groepen. De ontwikkeling over de tijd laat zien dat voor de groep met een netto huishoudinkomen tot 1750 euro per maand en voor de groep met een inkomen van meer dan 2700 euro per maand de mate van solidariteit met mensen met een hoog inkomen schommelt. Voor laag- en hoogopgeleiden nam het percentage mensen dat vindt dat mensen met een lager en hoger inkomen evenveel zouden moeten betalen voor de basisverzekering vanaf 2013 eerst toe. Hierna daalde dit percentage weer tot 2021. Omgekeerd nam het percentage dat vindt dat mensen met een hoog inkomen meer zouden moeten betalen eerst af onder beide groepen en nam dit daarna weer toe.

Figuur 4.7 Solidariteit met de eigen groep, uitgesplitst naar inkomen (N=560-694)



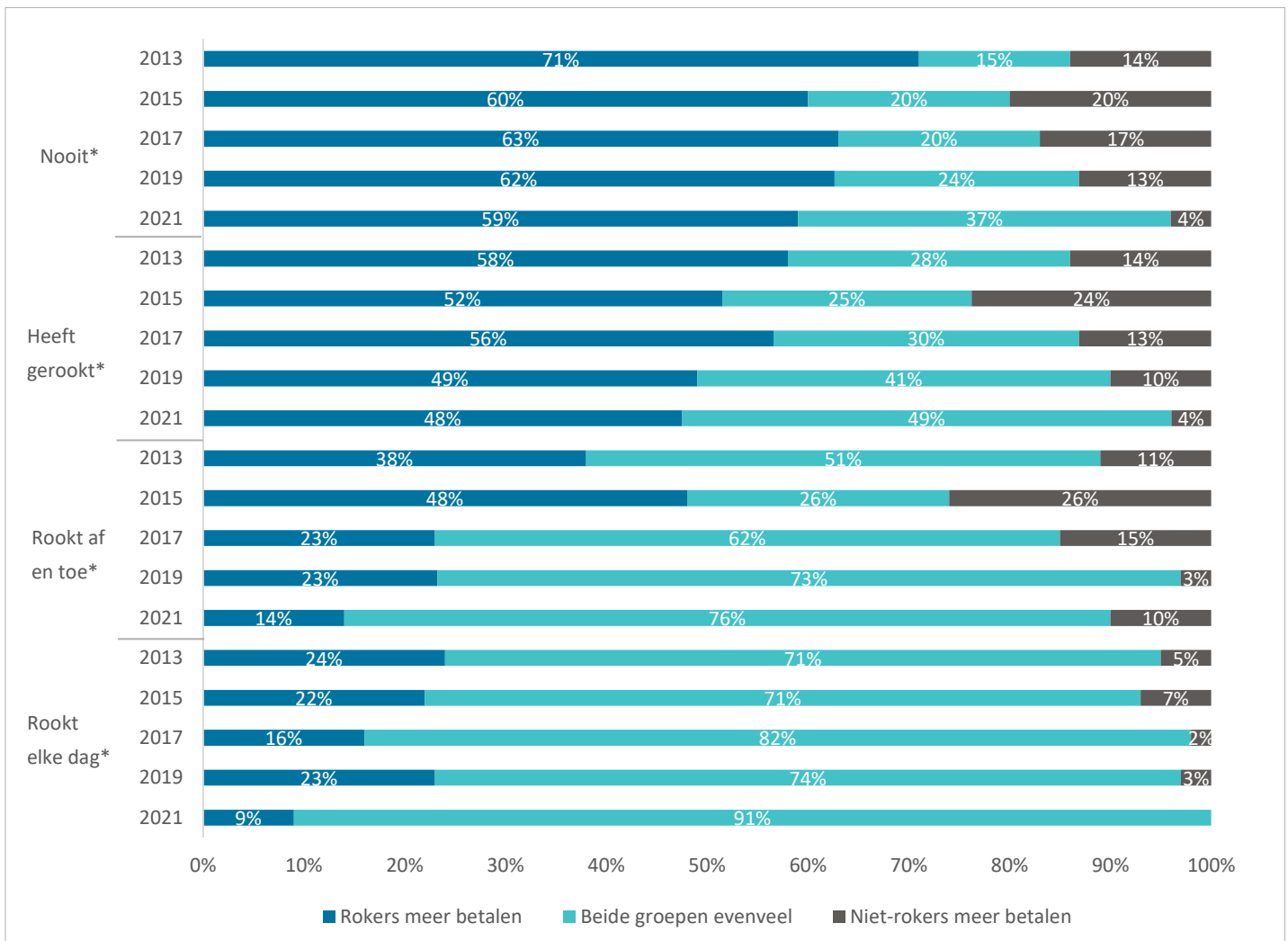
** = significante kwadratische trend ($p \leq 0,05$)

4.2.3 Roken

In figuur 4.8 is te zien dat onder de groep die nooit heeft gerookt in alle jaren een meerderheid aangeeft dat rokers meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering. Mensen die roken vinden daarentegen dat rokers en niet-rokers evenveel zouden moeten betalen. Mensen die zelf roken zijn dus meer solidair met rokers dan mensen die niet roken. Wanneer we kijken naar de ontwikkeling van solidariteit met mensen die roken, zien we dat onder alle groepen het percentage

dat vindt dat beide groepen evenveel zouden moeten betalen is gestegen tussen 2013 en 2021. Omgekeerd vinden steeds minder mensen dat rokers meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering. De solidariteit met rokers is dus toegenomen, zowel onder mensen die zelf roken als onder mensen die niet roken.

Figuur 4.8 Solidariteit met de eigen groep, uitgesplitst naar rokers en niet-rokers (N=564-714)

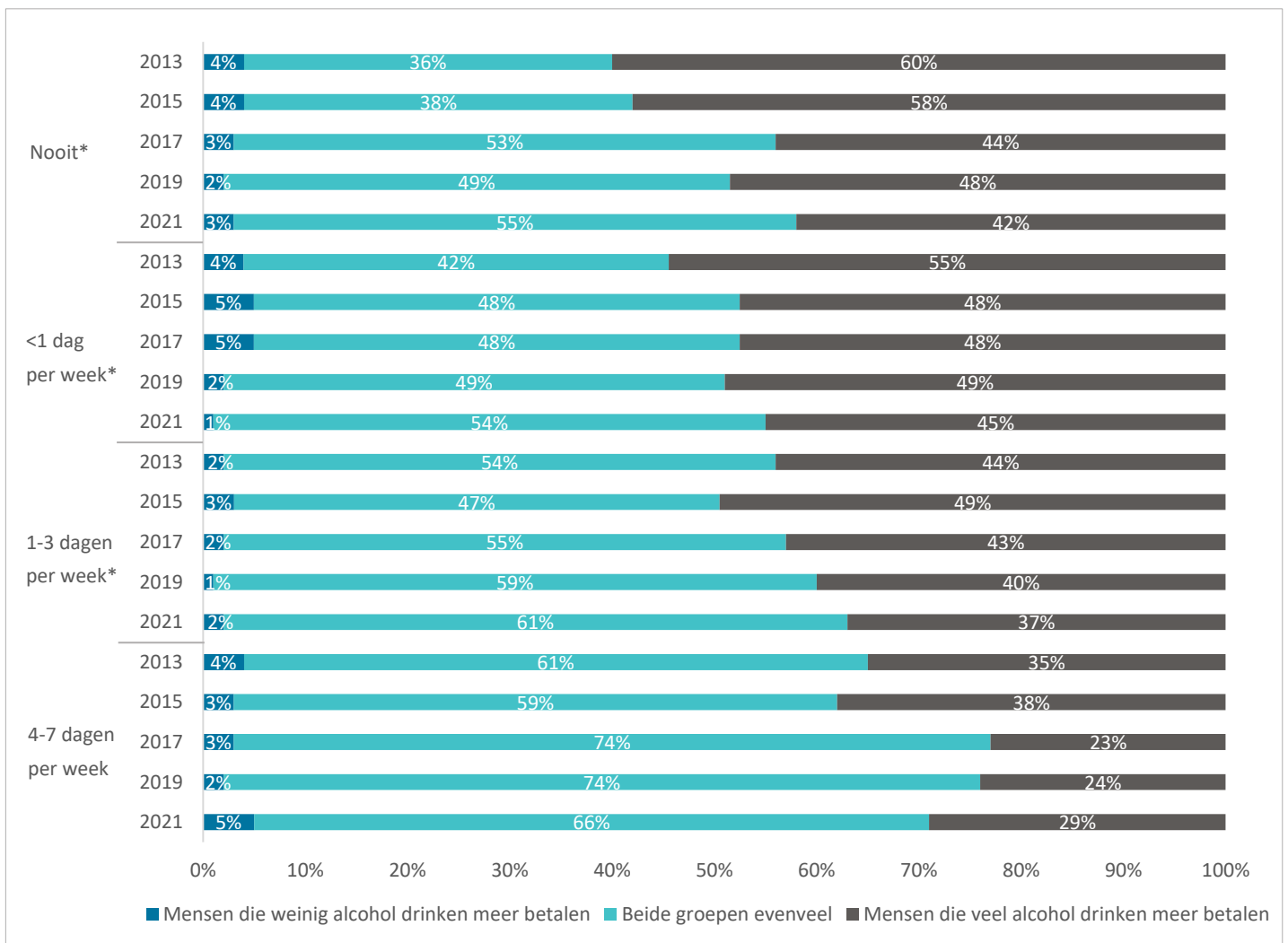


* = significante lineaire trend ($p \leq 0,05$)

4.2.4 Alcohol

Mensen die vier tot zeven dagen per week alcohol drinken, vinden vaker dat mensen die weinig alcohol drinken en mensen die veel alcohol drinken evenveel zouden moeten betalen voor de basisverzekering dan mensen die nooit alcohol drinken (zie figuur 4.9). Dit wijst op solidariteit met de eigen groep onder mensen die veel alcohol drinken. Onder de groep die nooit alcohol drinkt is het percentage dat vindt dat mensen die weinig alcohol drinken en mensen die veel alcohol drinken evenveel zouden moeten betalen door de jaren heen echter wel toegenomen. Ook onder de groep die minder dan één dag per week alcohol drinkt en de groep die één tot drie dagen per week alcohol drinkt, zien we een toename van het percentage dat vindt dat beide groepen evenveel zouden moeten betalen. Voor deze groepen is er sprake van een stijgende, lineaire trend. De solidariteit met mensen die veel alcohol drinken is dus toegenomen. Er zijn geen significante trends gevonden voor de groep die veel alcohol drinkt.

Figuur 4.9 Solidariteit met de eigen groep, uitgesplitst naar alcoholgebruik (N=564-719)

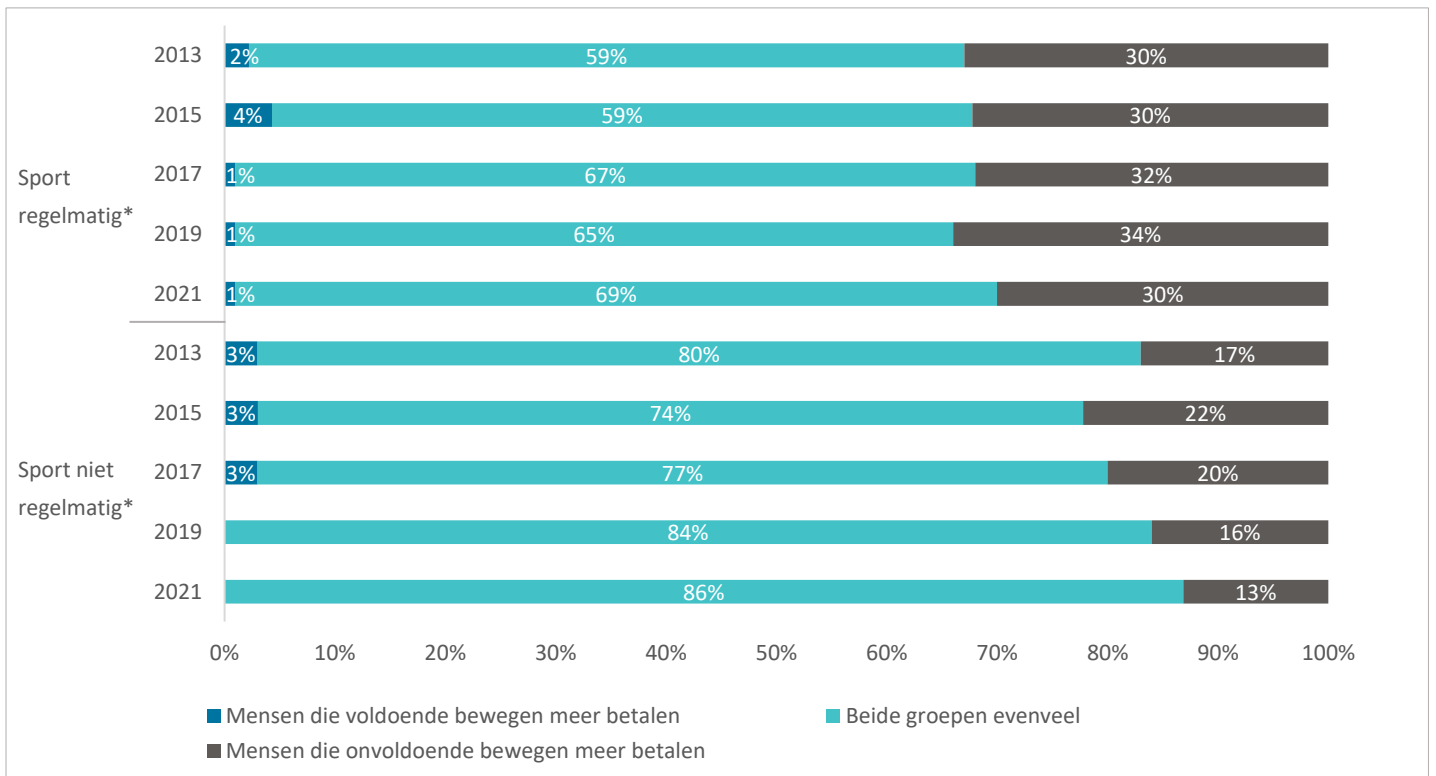


* = significante lineaire trend ($p \leq 0,05$)

4.2.5 Bewegen

In figuur 4.10 is te zien dat in alle jaren een meerderheid van zowel de mensen die niet regelmatig sporten als van de mensen die wel regelmatig sporten, vindt dat mensen die voldoende en mensen die onvoldoende bewegen evenveel zouden moeten betalen voor de basisverzekering. Wel is dit percentage lager onder de groep die regelmatig sport: deze groep vindt vaker dat mensen die onvoldoende bewegen meer zouden moeten betalen. Als we kijken naar de ontwikkeling van solidariteit zien we dat zowel mensen die regelmatig sporten als mensen die niet regelmatig sporten meer solidair zijn geworden met mensen die onvoldoende bewegen. Voor beide groepen is tussen 2013 en 2021 een toename te zien van het percentage mensen dat aangeeft dat beide groepen evenveel zouden moeten betalen voor de basisverzekering.

Figuur 4.10 Solidariteit met de eigen groep, uitgesplitst naar sportgedrag (N=562-716)



* = significante lineaire trend (p ≤ 0,05)

5 Discussie en conclusie

Het doel van dit onderzoek was om de ontwikkeling van de bereidheid tot solidariteit in Nederland over de tijd in kaart te brengen. Doordat zorgstelsels gefinancierd volgens het solidariteitsbeginsel steeds meer onder druk staan, onder andere door stijgende zorgkosten, was de verwachting dat solidariteit door de jaren heen was afgenomen. Om deze verwachting te toetsen is de ontwikkeling van solidariteit onderzocht aan de hand van gegevens die zijn verzameld in vijf peilingen in de periode 2013-2021 van de Nivel Barometer Solidariteit in het Nederlandse Zorgstelsel. Daarbij is er zowel gekeken naar algemene solidariteit als naar solidariteit met specifieke groepen.

5.1 Algemene solidariteit in Nederland niet gedaald

De eigen bereidheid om te betalen voor zorgbehandelingen waar zelf (nog) geen gebruik van wordt gemaakt, maar anderen wel, is licht toegenomen onder de algemene bevolking in Nederland, van 73% in 2013 naar 78% in 2021. De verwachte bereidheid van anderen om voor deze behandelingen te betalen, is niet veranderd tussen 2013 (60%) en 2021 (61%). Doordat mensen de neiging hebben om hun eigen gedrag te overschatten, is de inschatting van de verwachte betalingsbereidheid van anderen mogelijk een betere weergave van de daadwerkelijke bereidheid om te betalen dan de inschatting van de eigen betalingsbereidheid. Als dit het geval is, wijzen onze resultaten erop dat de solidariteit in Nederland in ieder geval niet aan het dalen is. Mensen blijven bereid om bij te dragen aan de zorgkosten van anderen. Dit komt overeen met recent onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau, waaruit bleek dat mensen in Nederland vinden dat de stijgende zorgkosten niet alleen betaald moeten worden door mensen die veel zorg gebruiken (Den Ridder et al., 2019). We weten echter niet hoeveel mensen bereid zijn om te betalen. De afgelopen jaren was de stijging van de premie voor de zorgverzekering beperkt (De Jong & Brabers, 2019). Voor de komende jaren wordt echter een sterke stijging van de premies verwacht (Baltesen, 2022). Hierdoor zijn mensen in de toekomst mogelijk minder bereid of niet meer in staat om bij te dragen aan de zorgbehandelingen van anderen, hoewel zij nog wel achter het idee van solidariteit kunnen staan. Er wordt daarom aanbevolen om vervolgonderzoek te doen naar de maximale zorgpremie die mensen bereid zijn om te betalen. Daarnaast bedreigen stijgende zorgkosten en personeelstekorten de financiële en personele houdbaarheid van solidaire stelsels (WRR, 2021). Hierdoor ontstaat spanning: uit dit onderzoek blijkt dat mensen het op solidariteit gebaseerde zorgstelsel steunen, maar dit stelsel is mogelijk niet houdbaar in de huidige vorm. Om solidaire zorgstelsels te kunnen behouden, is het van belang om prioriteiten te stellen in de zorg en keuzes te maken over de inhoud van het basispakket (WRR, 2021).

5.2 Mensen met een lagere sociaaleconomische status en een minder goede gezondheid zijn minder bereid om te betalen

De bereidheid tot solidariteit in Nederland is over het algemeen hoog. Ruim driekwart van de mensen geeft in 2021 aan bereid te zijn te betalen voor zorgbehandelingen van anderen. Zo'n zes op de tien mensen verwachten dat anderen bereid zijn om te betalen voor deze zorgbehandelingen. Daarin zien we wel verschillen tussen groepen. Mensen met een hoog opleidingsniveau zijn meer bereid om te betalen voor zorgbehandelingen waar ze zelf (nog) geen gebruik van maken dan mensen met een laag opleidingsniveau. Daarnaast verwachten ze vaker dat anderen hiertoe bereid

zijn. De eigen en verwachte betalingsbereidheid zijn ook hoger onder mensen met een hoog inkomen en mensen die hun gezondheid als uitstekend of goed ervaren, in vergelijking met mensen met een laag inkomen en mensen die hun gezondheid als matig of slecht ervaren. Dit is opvallend, omdat mensen met een lagere sociaaleconomische status en een minder goede gezondheid over het algemeen meer zorg gebruiken (CBS, 2014). Deze groepen hebben dus baat bij een zorgstelsel gebaseerd op solidariteit. We weten niet waarom de bereidheid om te betalen lager ligt onder mensen met een lager opleidingsniveau, mensen met een lager inkomen en mensen met een matige of slechte ervaren gezondheid. Mogelijk speelt kennis over het zorgstelsel een rol. Mensen zijn mogelijk meer bereid om te betalen wanneer ze weten hoe solidariteit is ingebed in het zorgstelsel en daarmee weten op welke manier zij baat hebben bij het stelsel. Ook de mate waarin mensen in staat zijn om te betalen voor de zorgbehandelingen van anderen speelt mogelijk een rol.

5.3 Veel solidariteit met mensen met ‘pech’, minder solidariteit met mensen met een ongezonde levensstijl of hoog inkomen

Er is veel solidariteit met mensen met een genetische aanleg voor een ernstige ziekte en mensen met hoge zorgkosten als gevolg van een ziekte of handicap. Mensen zijn minder solidair met mensen die roken of veel alcohol drinken. Ook zien we dat er relatief weinig solidariteit is met mensen met een hoog inkomen. Dit komt overeen met resultaten van eerder onderzoek (De Witt, 2019; Kloosterman, 2011; 2015). Van Oorschot (2000) onderscheidt verschillende criteria die van invloed zijn op de mate waarop groepen kunnen rekenen op solidariteit (*deservingness*). Eén van deze criteria is eigen verantwoordelijkheid. Dit criterium stelt dat mensen die zelf geen schuld hebben aan hun situatie en/of niet de mogelijkheid hebben om uit hun situatie te komen op meer solidariteit kunnen rekenen (Roosma, 2019). Aan de hand hiervan kan worden verklaard waarom mensen die buiten hun schuld om te maken hebben met ziekte op meer solidariteit kunnen rekenen dan mensen die gezondheidsrisico's lopen als gevolg van factoren die beïnvloedbaar lijken, zoals een ongezonde levensstijl. Een ander criterium dat Van Oorschot (2000) onderscheidt is behoefte. Volgens dit criterium kunnen mensen die meer ondersteuning nodig hebben op meer solidariteit rekenen (Roosma, 2019). Mensen met een hoog inkomen hebben minder behoefte aan (financiële) steun in geval van ziekte dan mensen met een laag inkomen. Dit kan verklaren waarom er relatief weinig solidariteit is met mensen met een hoog inkomen.

5.4 Solidariteit met mensen met een ongezonde levensstijl neemt toe, ook onder mensen die gezond leven

Er is ook gekeken hoe de solidariteit met specifieke groepen zich heeft ontwikkeld. Hieruit blijkt dat de solidariteit met ouderen, mensen met een ongezonde levensstijl, mensen met een genetische aanleg voor ernstige ziektes, rokers, mensen die veel alcohol drinken, mensen die vaak naar de huisarts gaan, mensen die onvoldoende bewegen, mensen die veel zorg gebruiken en mensen die aan blessuregevoelige sporten doen, is toegenomen tussen 2013 en 2021. We zien dus een toename van de mate van solidariteit met een groot aantal groepen. Dat geldt ook voor groepen waar over het algemeen niet zo veel solidariteit mee is, zoals mensen die roken of veel alcohol drinken. Opvallend daarbij is dat de solidariteit met mensen met een ongezonde levensstijl zowel is toegenomen onder de groep met een ongezonde levensstijl zelf als onder de groep die zegt wel gezond te leven. Er is dus niet alleen sprake van solidariteit met de eigen groep.

Over de tijd geven meer mensen aan dat verschillende, tegengestelde groepen evenveel zouden moeten betalen voor de basisverzekering. Mensen zijn dus in steeds mindere mate voorstander van premiedifferentiatie. Dit wijst op een ontwikkeling in de richting van meer algehele solidariteit. Dit bleek ook uit eerder onderzoek op basis van gegevens van de Nivel Barometer Solidariteit in het Nederlandse Zorgstelsel (Kooijman et al., 2018). De ontwikkeling in de richting van meer algehele solidariteit die in dit onderzoek werd gepresenteerd lijkt dus door te zetten. Dit lijkt goed nieuws te zijn voor zorgstelsels gebaseerd op solidariteit, omdat het aantal mensen met leefstijlgerelateerde aandoeningen in de toekomst naar verwachting zal toenemen. Ook neemt door de vergrijzing het aandeel ouderen in de samenleving toe. Er zal daardoor een groter beroep worden gedaan op de solidariteit met deze groepen (WRR, 2021). Deze bereidheid tot solidariteit lijkt er te zijn. Toch laten de resultaten van dit onderzoek zien dat er nog steeds een aanzienlijke groep is die vindt dat mensen met een ongezonde levensstijl meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering. In 2021 vond bijvoorbeeld de helft dat mensen die roken meer zouden moeten betalen. Dit kan de solidariteit in het zorgstelsel ondermijnen (De Jong & Meijer, 2022). Het is daarom van belang om de solidariteit met specifieke groepen te blijven monitoren.

5.5 De mogelijke invloed van de coronacrisis

Als we kijken naar de ontwikkeling van de eigen betalingsbereidheid zien we dat de grootste toename plaatsvond tussen 2019 en 2021. In deze periode vond de uitbraak van het coronavirus plaats. Tijdens de coronapandemie werd gefocust op het belang van solidariteit met kwetsbare groepen. Ook werd benadrukt dat het van belang was om het virus samen te bestrijden, waardoor een gevoel van eenheid ontstond (Ham, 2020). Mogelijk waren mensen hierdoor meer bereid om bij te dragen aan de zorgbehandelingen van anderen. Tegelijkertijd zagen we tijdens de coronaperiode ook een tweedeling ontstaan, onder andere tussen mensen die wel en niet zijn gevaccineerd tegen het coronavirus (Den Ridder et al., 2021). In ons onderzoek zagen we ook dat een derde vindt dat mensen die niet zijn gevaccineerd tegen het coronavirus meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering. Het is dus niet duidelijk of en hoe de coronacrisis heeft bijgedragen aan de toename van algemene solidariteit.

Ook bij de toenemende mate van solidariteit met specifieke groepen is de rol van de uitbraak van het coronavirus niet duidelijk. Enerzijds is er mogelijk een beeld ontstaan dat iedereen het risico loopt om ziek te worden, ook mensen die gezond leven, doordat er in de media berichten verschenen dat jonge, gezonde mensen in het ziekenhuis terecht kwamen als gevolg van een coronabesmetting (bijv. Visser, 2020). Mogelijk waren hierdoor minder mensen voorstander van premiedifferentiatie. Anderzijds zagen we ook voor de uitbraak van het coronavirus al een toename van de solidariteit met mensen die veel alcohol drinken, mensen met een ongezonde levensstijl en mensen die veel zorg gebruiken (Kooijman et al., 2018). We weten dus niet precies in hoeverre de coronapandemie heeft bijgedragen aan een toename van de solidariteit. Er wordt daarom aanbevolen om te blijven monitoren hoe de solidariteit in Nederland zich ontwikkelt. Op deze manier kan worden gekeken of de hoge mate van solidariteit aanhoudt of dat de solidariteit weer gaat dalen.

5.6 Sterke en zwakte punten van het onderzoek

Een sterk punt van het onderzoek is dat we gebruik hebben gemaakt van gegevens over de bereidheid tot solidariteit uit verschillende jaren. Daardoor wordt niet alleen inzicht geboden in de huidige mate van solidariteit in Nederland, maar ook in de ontwikkeling van solidariteit. Ook het feit

dat er voor iedere meting gebruik is gemaakt van een grote steekproef, die representatief was op basis van leeftijd en geslacht voor de algemene bevolking van 18 jaar en ouder in Nederland, is een sterk punt van dit onderzoek. Een laatste punt is dat vragenlijsten zowel schriftelijk als online konden worden ingevuld, afhankelijk van de voorkeur van de respondent. Daardoor konden ook respondenten met weinig digitale vaardigheden worden meegenomen in het onderzoek.

Het onderzoek kent daarnaast ook minder sterke punten. Voor iedere meting is een nieuwe steekproef getrokken. De ontwikkeling van de bereidheid tot solidariteit is daardoor niet onderzocht onder dezelfde groep respondenten. Hierdoor is het mogelijk dat de gevonden verschillen tussen de jaren het resultaat zijn van verschillen tussen de groepen respondenten, in plaats van daadwerkelijke verschillen in solidariteit. In de analyses hebben we echter gecontroleerd voor verschillende achtergrondkenmerken. Daarmee hebben we gecorrigeerd voor mogelijke verschillen als gevolg van de samenstelling van de steekproeven. De respons in de verschillende jaren varieert van 42% tot 56%. Deze respons is vergelijkbaar met die van andere onderzoeken binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg. De groep respondenten is niet geheel representatief, ook al waren de steekproeven wel representatief voor de Nederlandse bevolking op basis van leeftijd en geslacht. In vergelijking met de Nederlandse bevolking bevat de groep respondenten in alle jaren minder jongeren en meer mensen met een hoog opleidingsniveau. Wel zijn alle subgroepen voldoende groot voor de regressieanalyses. Ten slotte is er voor dit onderzoek gebruik gemaakt van vragenlijsten die zijn ingevuld door leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Panelleden hebben toestemming gegeven om regelmatig vragenlijsten in te vullen over de gezondheidszorg. Het is mogelijk dat mensen die geen lid van het Consumentenpanel willen worden en dus niet in ons onderzoek vertegenwoordigd zijn, minder bereid zijn om bij te dragen aan het zorgstelsel.

5.7 Conclusie

Mensen in Nederland zijn over het algemeen bereid om bij te dragen aan de zorgkosten van anderen. Ongeveer driekwart is bereid om te betalen voor zorgbehandelingen waar ze zelf (nog) geen gebruik van maken, maar anderen wel. Deze bereidheid om te betalen voor anderen is licht toegenomen tussen 2013 en 2021. Ongeveer zes op de tien mensen verwachten dat anderen bereid zijn om te betalen voor zorgbehandelingen waar ze zelf geen gebruik van maken. De verwachte betalingsbereidheid is niet veranderd over de tijd. De algemene solidariteit in Nederland lijkt dus niet te dalen. Er zijn wel verschillen tussen groepen wat betreft de mate waarin zij kunnen rekenen op solidariteit. Mensen zijn het meest solidair met mensen die buiten hun schuld om te maken hebben met ziekte, zoals mensen met een genetische aanleg voor een ernstige ziekte of mensen met hoge zorgkosten als gevolg van een ziekte of handicap. Er is minder solidariteit met mensen met een hoog inkomen en mensen die roken of veel alcohol drinken. Toch zien we dat de solidariteit met de meeste groepen die in dit onderzoek worden onderscheiden is toegenomen tussen 2013 en 2021. Steeds meer mensen geven aan dat verschillende, tegengestelde groepen evenveel zouden moeten betalen voor de basisverzekering. Dat geldt ook voor groepen die gezondheidsrisico's lopen als gevolg van factoren die beïnvloedbaar lijken. Deze ontwikkeling wijst op een voorkeur voor meer algehele solidariteit in plaats van premiedifferentiatie.

Literatuur

- Balcetis, E., & Dunning, D. (2013). Considering the Situation: Why People are Better Social Psychologists than Self-psychologists. *Self and Identity*, 12(1): 1-15.
- Baltesen, F. (2022). *Zorgpremies schieten omhoog vanaf volgend jaar*. Geraadpleegd op 6 oktober 2022, van <https://www.skipr.nl/nieuws/zorgpremies-schieten-omhoog-vanaf-volgend-jaar/>.
- Belastingdienst (2018). *Toeslagen in 2018*. Geraadpleegd op 6 mei 2022, van <https://overons.belastingdienst.nl/organisatie/feiten-en-cijfers/toeslagen-in-2018/>.
- Brabers, A.E.M., & De Jong, J.D. (2022). *Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg: Basisrapport met informatie over het panel 2022*. Utrecht: Nivel.
- CBS (2014). *Zorggebruik verschilt per opleidingsniveau*. Geraadpleegd op 27 juli 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2014/46/zorggebruik-verschilt-per-opleidingsniveau>
- De Beer, P. (2012). Solidariteit onder druk. *Socialisme en Democratie*, 69(7/8): 30-38.
- De Beer, P., & Koster, F. (2009). *Sticking together or falling apart? Solidarity in an era of individualization and globalisation*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- De Jong, J., & Brabers, A.E.M. (2019). Switching health insurer in the Netherlands: price competition but lacking competition on quality. *Eurohealth*, 24(4): 22-25.
- De Jong, J., & Meijer, M. (2022). Solidariteit in de zorg: voor wie zijn mensen bereid om te betalen? *De Actuaris*, 29(9): 22-23.
- Den Ridder, J., Van Houwelingen, P., Kooiker, S., & Dekker, P. (2019). *Burgerperspectieven. 2019 | 2*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Den Ridder, J., Vermeij, L., Maslowski, R., & Hul, L. van 't. (2021). *Burgerperspectieven. 2021 | kwartaal 4*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- De Witt, S. (2019). *Solidariteit in de gezondheidszorg; opvattingen over zorgpremie en leefstijl*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Gevers, J., Gelissen, J., Arts, W., & Muffels, R. (1999). *Public Health Care in the Balance: Exploring Popular Support for Health Care Systems in the European Union*. (WORC-paper; Vol. 99.12.04). Tilburg: Tilburg University.
- Ham, M. (2020). *Socioloog en geograaf Justus Uitermark: 'Corona is een les in wederzijdse afhankelijkheid'*. Geraadpleegd op 4 juli 2022, van <https://www.socialevraagstukken.nl/interview/socioloog-en-geograaf-justus-uitermark-corona-is-een-les-in-wederzijdse-afhankelijkheid/>.
- Hansen, J., Arts, W., & Muffels, R. (2005). Solidair tegen (w)elke prijs? Een quasi-experimenteel onderzoek naar de voorkeuren van Nederlanders voor ruimere of beperkte pakketten in de zorgverzekering. *Sociale Wetenschappen*, 48(1/2): 61-84.

- Jeurissen, P., & Maarse, H. (2021). *The market reform in Dutch health care. Results, lessons and prospects*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Kloosterman, R. (2011). Solidariteit in de gezondheidszorg. *Bevolkingstrends*, 59(3): 33-38.
- Kloosterman, R. (2015). *Solidariteitsvoorkeuren in de zorg*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Komter, A.E., Burgers, J., & Engbersen, G. (2004). *Het cement van de samenleving. Een verkennende studie naar solidariteit en cohesie*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Kooijman, M., Brabers, A.E.M., & De Jong, J.D. (2018). *Solidariteit in de zorg. Een onderzoek naar de bereidheid om voor anderen te betalen onder de algemene bevolking in 2013, 2015 en 2017*. Utrecht: Nivel.
- Kroneman, M., Boerma, W., Van den Berg, M., Groenewegen, P., De Jong, J., & Van Ginneken, E. (2016). The Netherlands: health system review. *Health Systems in Transition*, 18(2): 1-239.
- Maarse, H. (2011). *Markthervorming in de zorg. Een analyse vanuit het perspectief van de keuzevrijheid, solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- Meijer, M.A., Brabers, A.E.M., & De Jong, J.D. (2022). *Barometer Solidariteit in het Nederlandse Zorgstelsel*. Nivel. Geraadpleegd op 14 april 2022, van <https://www.nivel.nl/nl/consumentenpanel-gezondheidszorg/barometer-solidariteit>.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016). *Het Nederlandse Zorgstelsel*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Missinne, S., Meuleman, B., & Bracke, P. (2012). The popular legitimacy of European healthcare systems: A multilevel analysis of 24 countries. *Journal of European Social Policy*, 23(3): 231-247.
- Polder, J. (2020). Duurzame solidaire zorg. In: E. Van den Akker-Van Marle, E. Koffijberg, & K. Van Winssen (Eds.), *Thema: health economics in the low lands: roots and trends. VGE bulletin*. Vereniging voor Gezondheidseconomie, 37(1): 7-9.
- Roosma, F. (2019). Wie verdient nog onze solidariteit? Veranderingen in solidariteitsgevoelens met ouderen, zieken en gehandicapten, werklozen en immigranten in de 21ste eeuw. *Mens en Maatschappij*, 94(4): 483-505.
- Stegeman, I., Willems, D.L., Dekker, E., & Bossuyt, P.M. (2014). Individual responsibility, solidarity and differentiation in healthcare. *Journal of Medical Ethics*, 40(11): 770-773.
- Van der Aa, M.J. (2018). *Financial risks of illness: a shared responsibility? Solidarity and deservingness in health insurance and disability insurance in the Netherlands*. Thesis. Maastricht: Maastricht University.
- Van der Geest, L. (2005). *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg. Schipperen tussen rechtvaardigheid, doelmatigheid en betrokkenheid*. Utrecht: Nyfer.
- Van der Horst, A., & Ter Rele, H. (2013). *Solidariteit onder druk? Zorg op maat heeft de toekomst*. Centraal Planbureau.

Van Oorschot, W.J.H. (2000). Who should get what, and why? On deservingness criteria and the conditionality of solidarity among the public. *Policy and Politics: Studies of local government and its services*, 28(1): 33-48.

Visser, M. (2020). *Het coronavirus raakt óók jonge, relatief gezonde personen*. Geraadpleegd op 6 juli 2022, van <https://www.trouw.nl/zorg/het-coronavirus-raakt-ook-jonge-relatief-gezonde-personen~bad010b4/>.

Vollaard, H. (2004). Solidarity, Territoriality, and Healthcare: Cross-National Policy Learning in Europe. In: D. Levi-Faur, & E. Vigoda-Gadot (eds), *International Public Policy and Management. Policy Learning Beyond Regional, Cultural and Political Boundaries* (pp. 267-296). New York: Marcel Dekker.

Vonk, R.A.A., Hilderink, H.B.M., Plasmans, M.H.D., Kommer, G.J., & Polder, J.J. (2020). *Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060: Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Deel 1: toekomstprojecties. RIVM-Rapport 2020-0059*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR] (2021). *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak. WRR-Rapport 104*. Den Haag: WRR.

Bijlage A Vragenlijst

Achtergrondgegevens

1. Wat is uw geboortedatum? (*dag - maand - jaar*)
____ - ____ - _____
2. Wat is uw geslacht?
 Man
 Vrouw

Betalen voor zorg

3. 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 via de basisverzekering voor deze zorgbehandelingen te betalen?
 Nee
 Ja
4. Denkt u dat anderen bereid zijn om toch via de basisverzekering voor deze zorgbehandelingen te betalen?
 Nee
 Ja
5. 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

	<i>veel meer</i>	<i>iets meer</i>	<i>beiden evenveel</i>	<i>iets meer</i>	<i>veel meer</i>	
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
Mensen die gevaccineerd zijn tegen het coronavirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mensen die niet gevaccineerd zijn tegen het coronavirus
Mensen die zich houden aan de behandeling die hun arts hen heeft voorgeschreven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mensen die zich niet houden aan de behandeling die hun arts hen heeft voorgeschreven
Mensen met een ziekte die hun kwaliteit van leven ernstig beperkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mensen met een ziekte die hun kwaliteit van leven nauwelijks beperkt
Mensen met hoge zorgkosten als gevolg van een ziekte of handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mensen zonder hoge zorgkosten als gevolg van een ziekte of handicap

Aanvullende gegevens

6. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?
 Uitstekend Zeer goed Goed Matig Slecht

7. Kunt u aangeven wat het **netto maandinkomen van uw huishouden** in **2021** was?

i *We bedoelen hier uw eigen inkomen plus dat van uw eventuele partner. Het gaat om het inkomen uit arbeid, uitkering en/of vermogen dat u **per maand** 'schoon' in handen krijgt (dat is na aftrek van belastingen en premies). Het inkomen van inwonende kinderen moet u alleen meetellen voor zover dit aan het huishouden wordt afgedragen (kostgeld). Vakantiegeld moet u niet meerekenen. Indien u uw inkomen per jaar ontvangt, bijvoorbeeld als u zelfstandige bent, wilt u dan uw jaarinkomen door twaalf delen?*

Het netto maandinkomen van mijn huishouden bedroeg in **2021**:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> minder dan €900,- | <input type="checkbox"/> tussen €2.700,- en €2.900,- |
| <input type="checkbox"/> tussen €900,- en €1.050,- | <input type="checkbox"/> tussen €2.900,- en €3.100,- |
| <input type="checkbox"/> tussen €1.050,- en €1.200,- | <input type="checkbox"/> tussen €3.100,- en €3.300,- |
| <input type="checkbox"/> tussen €1.200,- en €1.350,- | <input type="checkbox"/> tussen €3.300,- en €3.500,- |
| <input type="checkbox"/> tussen €1.350,- en €1.450,- | <input type="checkbox"/> tussen €3.500,- en €3.750,- |
| <input type="checkbox"/> tussen €1.450,- en €1.600,- | <input type="checkbox"/> tussen €3.750,- en €4.000,- |
| <input type="checkbox"/> tussen €1.600,- en €1.750,- | <input type="checkbox"/> tussen €4.000,- en €4.250,- |
| <input type="checkbox"/> tussen €1.750,- en €1.900,- | <input type="checkbox"/> tussen €4.250,- en €4.500,- |
| <input type="checkbox"/> tussen €1.900,- en €2.100,- | <input type="checkbox"/> tussen €4.500,- en €4.750,- |
| <input type="checkbox"/> tussen €2.100,- en €2.300,- | <input type="checkbox"/> tussen €4.750,- en €5.000,- |
| <input type="checkbox"/> tussen €2.300,- en €2.500,- | <input type="checkbox"/> tussen €5.000,- en €5.500,- |
| <input type="checkbox"/> tussen €2.500,- en €2.700,- | <input type="checkbox"/> meer dan €5.500,- |

8. Rookt u weleens?
 Ja, elke dag
 Ja, af en toe
 Nee, vroeger elke dag
 Nee, vroeger af en toe
 Nee, nooit gerookt

9. 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

10. Sport u regelmatig?
 Ja
 Nee