

Bachelorscriptie

Solidariteit in de Zorg

Het effect van ongezond gedrag op de solidariteit

Rotterdam, 16- 07- 2008

Erasmus Universiteit Rotterdam
Gezondheidswetenschappen 2007-2008
Bachelorscriptie

Naam: Elise Hooijmaijers
Adres: Opzoomerstraat 26
Postcode: 3023 SH Rotterdam
Studentnr: 296244
Begeleider: Prof. dr. W. van de Ven
Meelezer: Dr. T. Laske Aldershof

Voorwoord

Deze scriptie vormt het afsluitende werkstuk voor de bachelorstudie Beleid en Management in de Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit van Rotterdam. Deze scriptie is een kwantitatief onderzoek naar de invloed van het toenemende aantal Nederlanders met een ongezonde leefstijl op de solidariteit in de zorg. Hierbij zal worden onderzocht of vermindering van solidariteit voor deze doelgroep is gewenst. In deze scriptie staat de volgende vraag centraal: *Komt de solidariteit in de zorg onder druk te staan door de ongezonde leefstijl van een deel van de Nederlanders?*

Dit onderwerp van mijn scriptie heb ik gekozen, omdat ik erg geïnteresseerd ben in de ontwikkelingen in de maatschappij en hoe hier mee wordt omgesprongen in de zorg. Het lijkt dat bij de steeds meer individualistische maatschappij een zorgstelsel past, waarbij eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid gewenst is in een aantal gevallen. Dit is een verkennend onderzoek naar deze mogelijke veranderingen in de gewenste solidariteit voor een ongezonde leefstijl.

Het schrijven van deze scriptie is een tijdrovend proces gebleken waarin veel energie is gestoken. Dit geldt niet alleen voor mij zelf, maar zeker ook voor mijn begeleiders gedurende het onderzoek en schrijven van de scriptie. Bij deze wil ik mijn scriptiebegeleider Prof. Dr. W. van de Ven bedanken voor zijn inspanningen en inzichten, die hebben geholpen om te komen tot het uiteindelijke resultaat. Ook zou ik mijn meelezers Dr. T. Laske-Aldershof willen bedanken voor de begeleiding bij de start van de scriptie en de ondersteuning bij het interpreteren van de gegevens uit de enquête.

Voor deze enquête zijn veel van mijn vrienden en kennissen bereid geweest om tijd vrij te maken voor het beantwoorden van de vragen. Bij deze zou ik hen willen bedanken.

Tot slot wil ik mijn familie, mijn lieve vriend en goede vriendinnen bedanken voor hun steun en vertrouwen in mij gedurende het proces en voor het bieden van een luisterend oor. In het bijzonder wil ik mijn broer bedanken voor zijn hulp en wiskundige inzichten.

Elise Hooijmaijers

Rotterdam, juli 2008

Samenvatting

De ongezonde leefstijl van mensen is een onderwerp dat de afgelopen jaren zeer actueel is. Overgewicht, roken, overmatig alcoholgebruik en lichamelijke inactiviteit zijn determinanten van een ongezonde leefstijl die hierbij het meest worden genoemd. Het hebben van een ongezonde leefstijl zorgt ervoor dat mensen hogere risico's hebben voor bepaalde aandoeningen als hart- en vaatziekten en vormen van kanker. Voor deze aandoeningen moet zorg worden geconsumeerd wat leidt tot ziektekosten. Deze zorg kan echter worden vermeden aangezien een ongezonde leefstijl kan worden veranderd. Om deze reden kan worden gedacht dat er eigen verantwoordelijkheid bestaat voor de gevolgen van een ongezonde leefstijl. Of dit werkelijk het geval is, kan worden bekritiseerd. Zo kan worden gedacht dat ook de opvoeding en omgeving bijvoorbeeld een rol spelen bij het hebben van een ongezonde leefstijl. In de literatuur is beargumenteerd dat er wel een eigen verantwoordelijkheid bestaat voor een ongezonde leefstijl, omdat dit een determinant is van gezondheid die beïnvloedbaar is, in tegenstelling tot genetische afwijkingen. Indien dit het geval is, is het mogelijk dat er minder solidariteit in het huidige zorgstelsel is gewenst voor een ongezonde leefstijl. Dit wordt in deze scriptie onderzocht aan de hand van de volgende hoofdvraag:

Komt de solidariteit in de zorg onder druk te staan door de ongezonde leefstijl van een deel van de Nederlanders?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is onderzoek gedaan naar de solidariteit in Nederland en de motieven van de overheid voor deze afgedwongen solidariteit. Er is tevens onderzoek gedaan naar de trends en kosten van een ongezonde leefstijl. Met behulp van kwantitatief onderzoek is bestudeerd of er minder solidariteit is gewenst voor een ongezonde leefstijl. Het onderzoek is gebaseerd op een steekproef. Deze steekproef is niet representatief voor heel Nederland. De resultaten kunnen dus niet worden vertaald naar de Nederlandse maatschappij.

Uit de literatuurstudie blijkt dat er sprake is van een negatieve trend voor een aantal aspecten van een ongezonde leefstijl. De zorgkosten van een ongezonde leefstijl blijken een aanzienlijk deel van de totale kosten in de Nederlandse gezondheidszorg te zijn. Door roken wordt er jaarlijks twee miljard euro aan zorg uitgegeven. De zorgkosten van zowel obesitas als lichamelijke inactiviteit bedragen ongeveer twee procent van de totale zorgkosten in Nederland. Ook blijkt dat mensen met een ongezonde leefstijl hogere zorgkosten maken per jaar vergeleken met gezond levende leeftijdsgenoten. Over de gehele levensloop gezien zijn mensen met een ongezonde leefstijl goedkoper. Dit is het gevolg van een lagere

levensverwachting en het feit dat in de laatste levensjaren hogere zorgkosten worden gemaakt.

Door middel van het afnemen van een enquête zijn gegevens verzameld over de gewenste solidariteit voor mensen met een ongezonde leefstijl. Uit de analyses is gebleken dat er minder solidariteit is gewenst voor deze doelgroep. Dit geldt zowel onder mensen die gezond leven als onder mensen die zelf een ongezonde leefstijl hebben. De eigenschappen van de respondenten blijken weinig tot geen invloed te hebben op de gewenste hoeveelheid solidariteit. Indien een eigen bijdrage zou worden ingevoerd om minder solidariteit te realiseren voor mensen met een ongezonde leefstijl, zou deze eigen bijdrage inkomensafhankelijk moeten zijn, zo blijkt uit de analyse. Opvallend is dat er geen verschil bestaat tussen de gewenste solidariteit voor mensen die roken, overgewicht hebben of te veel alcohol gebruiken.

In de conclusie zijn de opgestelde hypothesen weerlegd of bevestigd. Uit de analyses is gebleken dat de solidariteit in de zorg onder druk komt te staan. Dit is waarschijnlijk het gevolg van stijgende zorgkosten en het gevoel dat voor een ongezonde leefstijl een eigen verantwoordelijkheid bestaat. Dit blijkt uit de analyses waarbij de bereidheid om mee te betalen aan de zorgkosten van mensen met een ongezonde leefstijl lager is, lager is dan nu in het zorgstelsel wordt afgedwongen.

In de discussie is ingegaan op de methoden gebruikt tijdens deze scriptie, maar ook op de mogelijkheden en problemen die ontstaan als de solidariteit voor een ongezonde leefstijl zou worden verminderd. Ter afsluiting worden er enkele aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek.

Abstract

The unhealthy way of life of people is a subject that has been very current the past few years. Overweight, smoking, excessive use of alcohol and physical inactivity are the most named determinants of an unhealthy way of life. Adopting an unhealthy way of life increases the risks for getting certain affections, like cancer and heart disease. It is necessary to consume health care in order to treat these affections. This health care leads to health expenses. This care can be avoided, because an unhealthy way of life can be changed into healthy behaviour. For this reason people might think that for the consequences of an unhealthy way of life, own responsibility applies. If this is actually the case, can be criticized. It can be thought that factors like environment and education for example can influence an unhealthy way of life. In the literature is argued that there is in fact an own responsibility for an unhealthy way of life, because It's a determinant of health that can be influenced, in contrast to genetic abnormalities.

It is possible, that in this case, less solidarity is wanted for an unhealthy way of life.

Therefore, in this thesis the following problem will be addressed:

Will the solidarity in health care be endangered by the unhealthy way of life of part of the Dutch inhabitants?

The solidarity in The Netherlands and the motifs of the government have been explored in order to answer this question. The expenses and trends for an unhealthy way of life have also been researched. Furthermore, quantitative research is used to examine if people want less solidarity for an unhealthy way of life. The research is based on a sample. This sample is not representative for The Netherlands. The results can not be translated to the Dutch society.

According to the literature, there is question of a negative trend for several determinants of an unhealthy way of life. The health expenditures of an unhealthy way of life seem to be a substantial part of the total expenses in Dutch health care. Smoking leads to two billion euro's of health care expenditures. Two percent of the total health expenditures in The Netherlands is a result of treatments for extreme overweight as well as for physical inactivity. The literature also shows that people with an unhealthy way of life make more health care costs a year compared to healthy living people of the same age.

The expenses in health care over a lifetime are lower for people with an unhealthy way of life. This is the result of the fact that these people have a lower life expectation and the fact that the largest part of the expenditures in health care are made in the final life years.

By questioning people with a survey, it was possible to collect data about the wanted level of solidarity for people with an unhealthy way of life. Analyses showed that people want less solidarity for this group. This applies for healthy living people as well as for people who themselves have an unhealthy way of life.

The characteristics of the respondents seem to have very little to none influence on the wanted level of solidarity. If co-payment would be introduced for people with an unhealthy way of life in order to decrease the solidarity, this co-payment should be dependent on income. It is conspicuous that there is no significant difference in the wanted level of solidarity for smoking, overweight and excessive use of alcohol.

The hypotheses are confirmed or disproved in the conclusion of the thesis. The analysis shows that the solidarity in health care is being pressured. This is a probable result of increasing health care expenditures and the feeling that people should take responsibility for having an unhealthy way of life. This follows from the analysis, which showed the result that the willingness to pay for health expenses made by people with an unhealthy way of life is less than is arranged in the Dutch health care system.

The answer to the main question is formulated: the solidarity is being endangered by developments in the unhealthy way of life. The methods used in this thesis are criticised in the discussion. The possible problems and measures that can be taken in order to decrease the solidarity are also being discussed. Several suggestions for future research will be mentioned.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1. Inleiding	8
Hoofdstuk 2. Probleemstelling en Deelvragen	9
2.1 Probleemstelling	9
2.2 Leeswijzer	10
Hoofdstuk 3. Solidariteit in de zorg	11
3.1 Wat is solidariteit	11
3.2 Hoe wordt solidariteit in het Nederlandse zorgstelsel gerealiseerd?	11
3.2.1 <i>Solidariteit op een vrije markt</i>	12
3.2.2 <i>Risicoverevening</i>	13
3.2.3 <i>Acceptatieplicht</i>	14
3.2.4 <i>Basispakket</i>	15
3.2.5 <i>Verbod op premiedifferentiatie</i>	15
3.2.6 <i>Inkomensafhankelijke bijdrage</i>	16
3.3 Waarom dwingt de overheid verplichte solidariteit af?	18
3.4 Conclusie	20
Hoofdstuk 4. Ongezonde leeftijd	21
4.1 Trends in Nederland wat betreft ongezond gedrag	21
4.2 Het effect van ongezond gedrag op de zorgkosten	25
4.2.1 <i>Onderzoek naar zorgkosten</i>	25
4.2.2 <i>Zorgkosten roken</i>	26
4.2.3 <i>Zorgkosten obesitas</i>	27
4.2.4 <i>Zorgkosten lichamelijke inactiviteit</i>	29
4.2.5 <i>Zorgkosten overmatig alcoholgebruik</i>	29
4.3 Conclusie	30
Hoofdstuk 5. Methoden	31
5.1 Methode dataverzameling	31
5.2 Statistische analyse	32
5.3 Hypothesen	37
Hoofdstuk 6. Resultaten	40
6.1 Beschrijving van de onderzoekspopulatie	40
6.2 Analyses Solidariteit	42
6.2.1 Variabelen voor solidariteit	42
6.2.2 Testen van de solidariteit	45
6.3 Verschillen in de gewenste solidariteit	46
6.4 Eigen bijdrage ongezonde leefstijl	48

6.5	Vergelijken van roken, overgewicht en alcoholgebruik	52
6.6	Logistische regressie analyse	54
Hoofdstuk 7.	Conclusie	57
7.1	Conclusie literatuurstudie	57
7.2	Conclusie kwantitatief onderzoek	59
7.3	Beantwoording van de hoofdvraag	63
Hoofdstuk 8.	Discussie en Aanbevelingen	67
8.1	Discussie literatuurstudie	67
8.2	Discussie kwantitatief onderzoek	68
8.3	Aanbevelingen	69
Literatuurlijst		70
Bijlage 1	Enquête	75
Bijlage 2	Frequentietabel casussen enquête	81

Hoofdstuk 1. Inleiding

Het is de laatste tijd vaak in het nieuws en wordt besproken in verschillende media: de ongezonde leefstijl van mensen. Sinds enkele jaren is er veel aandacht voor dit fenomeen. Deze aandacht is vooral ontstaan na het Volksgezondheid Toekomst Verkenningen rapport uit 2002 waarin te lezen is dat Nederland wat betreft gezondheid erg achter loopt op andere Europese landen (VTV 2002). Dit komt volgens het rapport vooral door het ongezonde gedrag van Nederlanders (Polder 2006).

Vooraf roken, overgewicht, overmatig alcoholgebruik en lichamelijke inactiviteit zijn factoren van de leefstijl van mensen die de gezondheid het meest beïnvloeden (Baal et al. 2006:15). De leefstijl van mensen wordt gezien als een determinant van de gezondheid van mensen die beïnvloedbaar is. Dit kan immers worden veranderd, anders dan aangeboren afwijkingen (ibid.:15).

De leefstijl van mensen is een punt waar momenteel veel aandacht aan wordt gegeven. Dit is het gevolg van verschillende ontwikkelingen in de zorg. Zo nemen de kosten van de zorg in Nederland toe door de vergrijzing die gaande is, maar ook door medische ontwikkelingen (Goudriaan 2006:16). Omdat de leefstijl van mensen beïnvloedbaar is, zou door hier aandacht aan te schenken kunnen worden gezorgd voor een betere gezondheid.

Ongezonder gedrag heeft veel consequenties. Niet alleen voor de persoon zelf in de vorm van allerlei mogelijke aandoeningen ten gevolge van de ongezonde leefstijl, maar ook voor de maatschappij die de gerelateerde zorgkosten moet opbrengen. Gezien de ontwikkelingen zullen deze kosten steeds hoger worden (Polder 2006).

Met de invoering van de zorgverzekeringswet is de acceptatie- en verzekerplicht ingevoerd. Mensen zijn verplicht zich te verzekeren en verzekeraars zijn verplicht de cliënten te accepteren voor de basisverzekering (Hermans 2005:56,86). Dit betekent dat ook mensen met een ongezonde leefstijl moeten worden geaccepteerd bij zorgverzekeraars. Hierbij mag de premie niet hoger zijn dan bij andere mensen die verzekerd zijn bij dezelfde zorgverzekeraar (Hermans 2005). Mensen met een ongezonde leefstijl hebben verhoogde risico's op bepaalde aandoeningen. Dit zou kunnen leiden tot hogere zorgkosten onder mensen met een ongezonde leefstijl. Aangezien iedere verzekerde bij dezelfde verzekeraar een gelijke premie moet betalen, brengt dit met zich mee dat 'gezonde' mensen meebetalen aan de ziektekosten van 'ongezonde' mensen. Wanneer de gemiddelde ziektekosten van mensen met een 'ongezonde' leefstijl hoger zijn dan de gemiddelde ziektekosten van mensen die wel gezond leven, zou dit betekenen dat deze groep mensen wordt gedwongen mee te betalen aan de ziektekosten van mensen met een ongezonde leefstijl. Voor verzekeraars is het slechts mogelijk om premiedifferentiatie toe te passen bij de aanvullende verzekeringen.

Dit stelsel zorgt ervoor dat Nederlanders gedwongen worden solidair te zijn. Gezonde mensen betalen als het ware mee aan de ziektekosten die zieke mensen maken. Dit betekent ook dat mensen met een gezonde leefstijl moeten betalen voor de ziektekosten die mensen met een ongezonde leefstijl maken. Dit roept de vraag op of dit wel wordt geaccepteerd door de Nederlanders.

Hoofdstuk 2. Probleemstelling en Deelvragen

§ 2.1 Probleemstelling

Hierboven is geschetst hoe het ongezonde gedrag van Nederlanders kan leiden tot een stijging in de zorgkosten per persoon per jaar. Daarnaast worden Nederlanders wel gedwongen om te blijven meebetalen aan de zorgkosten van anderen. Dit geldt ook voor de zorgkosten die worden gemaakt door ongezond gedrag. De vraag is of Nederlanders de solidariteit in het zorgstelsel blijven accepteren wanneer blijkt dat de zorgkosten ten gevolge van ongezond gedrag een steeds groter aandeel hebben in de totale zorgkosten in Nederland. Deze vraag zal worden onderzocht in deze scriptie aan de hand van de volgende probleemstelling:

Komt de solidariteit in de zorg onder druk te staan door de ongezonde leefstijl van een deel van de Nederlanders?

Onder ongezonde leefstijl wordt hierbij verstaan: roken, overmatig alcoholgebruik, lichamelijke inactiviteit en overgewicht.

Onder solidariteit wordt verstaan: De bereidheid van mensen om mee te betalen voor anderen.

Deze probleemstelling wordt onderzocht aan de hand van de volgende deelvragen:

Deel 1: Theoretisch Kader: Literatuuronderzoek

1. Wat is solidariteit, hoe wordt dit in het Nederlandse zorgstelsel geregeld en wat zijn de motieven van de overheid om verplichte solidariteit af te dwingen?

Om een onderzoek naar solidariteit in de zorg te kunnen uitvoeren, is het van belang eerst te onderzoeken wat solidariteit is en hoe dit vorm krijgt in het Nederlandse zorgstelsel.

Daarnaast wordt ook in de literatuur gezocht naar motieven van de overheid voor solidariteit in de zorg. Door deze deelvraag wordt een beeld geschetst van de huidige situatie wat betreft de solidariteit in de zorg in Nederland.

2. Welke trends zijn er in Nederland wat betreft een ongezonde leefstijl?

Deze deelvraag tracht een beeld te schetsen van de ontwikkelingen in Nederland wat betreft een ongezonde leefstijl. Hierbij wordt onderzoek gedaan in literatuur naar de trends van de afgelopen vijftientig jaar en de verwachting voor de toekomst.

3. Wat is het effect van een ongezonde leefstijl op de zorgkosten op lange en korte termijn?

Door deze deelvraag wordt achterhaald wat voor effect een ongezonde leefstijl heeft op de zorgkosten in Nederland. Hierbij wordt gekeken naar de kosten per persoon en de totale kosten. De kosten van een ongezonde leefstijl zouden invloed kunnen hebben op de solidariteit in de zorg.

Deel 2: Verdiepende fase: kwantitatief onderzoek

4. In welke gevallen zijn Nederlanders bereid mee te betalen aan de zorgkosten van andere Nederlanders en in welke gevallen niet?

De gegevens die zijn verzameld door middel van een enquête over solidariteit en een ongezonde leefstijl worden door deze deelvraag geanalyseerd om te onderzoeken of er minder solidariteit gewenst is in de zorg voor mensen met een ongezonde leefstijl.

5. Komt de solidariteit in de zorg onder druk te staan door de ongezonde leefstijl van een deel van de Nederlanders?

Deze deelvraag wordt behandeld in de conclusie en discussie van deze scriptie. Er wordt antwoord op de hoofdvraag gegeven en de resultaten zullen worden bekritiseerd.

§ 2.2 Leeswijzer

Deze scriptie is opgebouwd aan de hand van de deelvragen. Eerst zullen in het theoretisch kader de eerste drie deelvragen worden beantwoord. Zo wordt een beeld geschetst van de huidige situatie in de zorg. In hoofdstuk drie wordt aandacht besteed aan het begrip solidariteit en hoe dit tot uiting komt in de gezondheidszorg. In hoofdstuk vier wordt uiteengezet wat een ongezonde leefstijl is, wat de trends hierbij zijn en wat de kosten zijn van een ongezonde leefstijl.

In het tweede deel worden de laatste twee deelvragen beantwoord. In hoofdstuk vijf wordt beschreven welke methoden zijn gebruikt bij de analyse. Vervolgens worden de gegevens uit een enquête geanalyseerd in hoofdstuk zes, zodat duidelijk wordt of er minder solidariteit is gewenst voor mensen die ongezond leven. Vervolgens worden er in hoofdstuk zeven conclusies getrokken uit de resultaten. Tot slot wordt er in hoofdstuk acht kritisch gereflecteerd op het onderzoek en worden aanbevelingen gedaan.

Hoofdstuk 3. Solidariteit in de zorg

§ 3.1 Wat is solidariteit

In deze paragraaf zal worden besproken wat het begrip solidariteit inhoudt en welke vormen van solidariteit van toepassing zijn op de Nederlandse gezondheidszorg.

Solidariteit is saamhorigheid, het gevoel van één-zijn met anderen (Koenen & Drewes 1992:1035). In de zorg kan onderscheid worden gemaakt tussen kanssolidariteit, risicosolidariteit en inkomenssolidariteit. Kanssolidariteit houdt in dat de premiehoogte tot stand komt volgens het equivalentiebeginsel. Het risico bepaalt de hoogte van de premie, voor goede risico's betekent dit een lage premie en voor slechte risico's een hoge premie. Risicosolidariteit betekent dat 'goede' risico's bijdragen aan de ziektekosten gemaakt door 'slechte' risico's. Inkomenssolidariteit tot slot houdt in dat mensen met een hoog inkomen een bijdrage leveren ter compensatie van mensen met een laag inkomen (Jeurissen 2005:12). De solidariteit in de zorg moet ervoor zorgen dat de kosten van ziekte zo gelijk mogelijk onder de Nederlanders wordt verdeeld. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat rijke mensen meer kunnen bijdragen aan zorg dan mensen met weinig geld (inkomenssolidariteit) en dat de gezondheidssituatie van mensen niet mag leiden tot een extreem hoge premie (risicosolidariteit). Deze twee vormen van solidariteit zorgen voor een zo gelijk mogelijke toegang tot de zorg. Dit blijkt uit het feit dat er in Nederland geen duidelijke verschillen zijn waar te nemen in de toegang tot de zorg bij mensen uit verschillende etnische groepen of verschillende sociaal-economische groeperingen (Jeurissen 2005:15). Kanssolidariteit wordt in de zorg niet toegepast, omdat die juist zorgt voor een scheve verdeling van de ziektekosten tussen slechte en goede risico's.

Solidariteit in de zorg zorgt er niet voor dat de zorguitkomsten en behandelprocessen gelijk zijn. Dit is een gevolg van het feit dat gelijke toegang tot de zorg geen effect behoeft te hebben op hoe de zorg eruit ziet. De culturele achtergrond van mensen, voorkeuren en gedrag hebben invloed op de behandeling zelf en daarmee ook op de zorguitkomsten (Jeurissen 2005:15).

§ 3.2 Hoe wordt solidariteit in het Nederlandse zorgstelsel gerealiseerd?

In deze paragraaf zal worden besproken hoe risicosolidariteit en inkomenssolidariteit in het Nederlandse zorgstelsel is geregeld.

§ 3.2.1. Solidariteit op een vrije markt

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 is marktwerking ingevoerd.

Marktwerking in de zorg moet ervoor zorgen dat er een financiële prikkel ontstaat om zo de steeds hoger wordende kosten in de zorg in bedwang te houden. Alle partijen in de zorg moeten door de Zorgverzekeringswet meer gaan letten op de prijs, doelmatigheid en de kwaliteit. Wat voor invloed heeft een vrije markt in de zorg op de gewenste solidariteit?

Op een vrije markt is sprake van het equivalentiebeginsel. Dit houdt in dat op de zorgverzekeringsmarkt een zo groot mogelijke gelijkheid moet bestaan tussen de hoogte van de premie en de te verwachten uitgaven van die persoon (Van de Ven et al. 1995:3). Dit betekent dat 'slechte' risico's maandelijks een hogere premie zullen hebben dan de 'goede' risico's, aangezien hun verwachte ziektekosten hoger zullen zijn. Elk afgesloten contract bij zorgverzekeraars moet volgens het equivalentiebeginsel voorspelbaar niet-verliesgevend zijn (Van de Ven et al. 1995:3). In een vrije markt is er in de zorg hierdoor geen sprake van risicosolidariteit. De 'goede' risico's betalen volgens het equivalentiebeginsel immers niet mee aan de ziektekosten van de 'slechte' risico's. Voor een deel van de verzekerden zal een zo groot beroep op de zorg worden gedaan dat de maandelijkse premie zo hoog wordt dat deze niet langer is op te brengen (Van de Ven et al. 1995:4). De toegankelijkheid tot de zorg komt hiermee in het geding. Hieruit volgt dat een vrije markt in de zorg en het equivalentiebeginsel leiden tot premiedifferentiatie (Van de Ven et al. 1995:6).

Marktwerking in de zorg leidt tot een prikkel tot premiedifferentiatie van de zorgverzekeraars en een prikkel tot antiselectie van de consument. Premiedifferentiatie is een actie van de zorgverzekeraars waarbij de hoogte van de maandelijkse premie per verzekerde verschilt. Antiselectie is een actie van de consument, waarbij de 'goede' risico's geneigd zijn zich minder te verzekeren dan 'slechte' risico's (Van de Ven et al. 1995:8). Doordat 'goede' risico's zich minder verzekeren bij antiselectie, is het bestand van verzekeraars relatief ongezonder. Premiedifferentiatie kan ertoe leiden dat 'slechte' risico's, die zich tegen ziektekosten willen verzekeren, een zeer hoge maandelijkse premie moeten betalen. De zorgverzekeraar vraagt deze hoge premie, omdat er anders een voorspelbaar verlies wordt geleden. Selectie in de zorg heeft ook tot gevolg dat er minder solidariteit in de zorg is. Wanneer 'goede' risico's ervoor kiezen zich niet te verzekeren, betalen zij niets mee aan de ziektekosten van verzekerden.

Op een vrije markt in de gezondheidszorg is geen sprake van solidariteit. In Nederland is solidariteit in de zorg door de overheid gewenst. Om deze reden zijn er enkele maatregelen genomen die zijn vastgelegd in de wet om solidariteit in de zorg toch te realiseren. Het gaat hier om maatregelen die moeten leiden tot meer solidariteit, maar die er ook voor moeten zorgen dat marktwerking in de zorg nog steeds mogelijk is. De maatregelen tot solidariteit

hebben er mede voor gezorgd dat er geen sprake is van een vrije markt in de gezondheidszorg na invoering van de Zorgverzekeringswet, maar dat er een gereguleerde markt met gereguleerde concurrentie in de zorg is.

§ 3.2.2. Risicoverevening

Op een vrije markt worden zorgverzekeraars door concurrentie gedwongen tot risicoselectie en/of premiedifferentiatie (Stam & Van De Ven 2006:4). Risicoselectie en premiedifferentiatie hebben tot gevolg dat er minder solidariteit wordt gerealiseerd. Om de prikkels voor risicoselectie en premiedifferentiatie tegen te gaan en risicosolidariteit in de zorg te bereiken, wordt in Nederland een risicovereveningssysteem gehanteerd (Hermans 2005:23).

Het risicovereveningssysteem creëert een zo eerlijk mogelijk speelveld voor alle zorgverzekeraars, waardoor de prikkel tot risicoselectie afneemt (Hoogervorst 2007:2). Het risicovereveningssysteem in 2007 bestaat uit een model met de criteria leeftijd/geslacht, farmaceutische kostengroepen, diagnose kostengroepen, aard van het inkomen en een regiocriterium (Hoogervorst 2007:2). De verschillen die bestaan tussen zorgverzekeraars wat betreft deze vijf criteria worden ex ante gecompenseerd met geld uit het vereveningsfonds. Dit betekent dat zorgverzekeraars met een goed bestand een bijdrage leveren aan een vereveningsfonds en zorgverzekeraars met een slecht bestand uit dit fonds een financiële compensatie ontvangen. Dit zogenaamde vereveningsfonds bestaat uit de bijdragen van zorgverzekeraars met een goed bestand, uit de inkomensafhankelijke bijdragen en uit een bijdrage van de overheid voor de verzekerden onder de achttien jaar.

Er vindt ook ex post verevening plaats. Er vindt een nacalculatie plaats waarbij een verrekening met het zorgverzekeringsfonds plaatsvindt voor het verschil tussen de kosten en de ex ante vereveningsbijdrage. Er vindt ook generieke verevening plaats, waarbij een onderlinge verrekening tussen zorgverzekeraars plaatsvindt van het verschil tussen kosten en de vereveningsbijdrage (Hoogervorst 2007:5).

Daarnaast bestaat de Hogekostenverevening waarbij zorgverzekeraars voor de ziektekosten boven de 12.500 euro per verzekerde voor negentig procent worden verevend (Hoogervorst 2007:5).

Bij een perfect vereveningssysteem zouden slechte risico's, zoals chronisch zieken, financieel aantrekkelijk zijn voor doelmatige zorgverzekeraars (Van De Ven et al. 2005:1). Voor deze groep verzekerden zou de zorgverzekeraar een grote bijdrage uit het vereveningsfonds ontvangen en door goede contracten af te sluiten, zou de zorgverzekeraar winst kunnen behalen. Bij een niet perfect vereveningssysteem zijn de slechte risico's voorspelbaar verliesgevend en dus niet aantrekkelijk voor de zorgverzekeraars. Gevolgen hiervan kunnen zijn dat zorgverzekeraars zo weinig mogelijk inspringen op de preferenties

van deze groep (Van De Ven 2005:1). Naast deze vorm van selectie zijn ook andere vormen van risicoselectie en premiedifferentiatie gevolgen van een slechte verevening.

Het risicovereveningssysteem in Nederland is niet perfect. Van premiedifferentiatie is geen sprake, omdat dit volgens de Zorgverzekeringswet verboden is.

Om de risicosolidariteit in de zorg te verbeteren, is het zaak het vereveningsmodel completer te maken. Het aantal criteria waarop nu wordt verevend, is niet voldoende om risicoselectie uit te sluiten. Door toevoegen van andere criteria aan het model, zal de verevening een ideale vorm naderen, waarbij de solidariteit toeneemt en prikkels tot risicoselectie en premiedifferentiatie afnemen.

§ 3.2.3. Acceptatieplicht

Alle inwoners van Nederland zijn verplicht zich te verzekeren volgens artikel twee van de zorgverzekeringswet (Hermans 2005:53). Dit kan echter alleen wanneer er een acceptatieplicht geldt voor de zorgverzekeraars, omdat het anders voor de zorgverzekeraars aantrekkelijk is de 'slechte risico's' te weigeren. Deze acceptatieplicht is in artikel drie van de Zorgverzekeringswet bepaald. De acceptatieplicht houdt in dat een zorgverzekeraar iedereen die zich aanmeldt voor de basisverzekering moet accepteren. De basisverzekering moet ook voor iedereen bij dezelfde verzekeraar gelijk zijn per variant. Voor wanbetalers of mensen die de verzekeraar hebben misleid, geldt een uitzondering op de acceptatieplicht. Voor deze mensen geldt dat de betreffende verzekeraar hen voor vijf jaar lang mag weigeren, ook voor de basisverzekering (Hermans 2005:56).

De acceptatieplicht zorgt er ook voor dat risicoselectie van de zorgverzekeraars afneemt. De zorgverzekeraar heeft door de bepaling in artikel drie van de Zorgverzekeringswet niet meer de macht of het recht om mensen te weigeren en moet dus ook de 'slechte' risico's accepteren voor de basisverzekering.

De acceptatieplicht zorgt ervoor dat risicosolidariteit in het Nederlandse zorgstelsel wordt vergroot.

Zowel de acceptatieplicht als de verzekeringsplicht uit de Zorgverzekeringswet zijn gericht op de basisverzekering, maar zijn niet van toepassing op de aanvullende verzekering. Deze bepaling leidt tot de mogelijkheid dat er alsnog veel risicoselectie zal plaatsvinden bij de aanvullende verzekering (Paolucci 2007:111). Voor de 'slechte' risico's kan het voorkomen dat er een beperkte keus bestaat, omdat zij kunnen worden geweigerd voor de aanvullende verzekering. In dat geval kan het verstandig lijken om niet te kijken naar het aanbod, met de kans op afwijzing, maar om te blijven bij de huidige verzekering (Paolucci 2007:111).

Uit onderzoek is gebleken dat zorgverzekeraars aan mensen met een basisverzekering bij een andere verzekeraar een hoge prijs vragen voor de aanvullende verzekering. Op deze manier kan de vrijwillige aanvullende verzekering in Nederland worden gebruikt als

instrument voor risicoselectie (Paolucci 2007:122). Uit de praktijk blijkt dat het grootste deel van de verzekerden de aanvullende verzekering afsluit bij dezelfde verzekeraar als is gekozen voor de basisverzekering. Dit gegeven geeft de zorgverzekeraars een prikkel tot risicoselectie op basis van de aanvullende verzekering.

§ 3.2.4. Basispakket

Een ander instrument voor risicosolidariteit in het zorgstelsel is het basispakket. De overheid heeft vastgesteld welke vormen van zorg via het basispakket worden verzekerd. Iedere Nederlander is verplicht zich te verzekeren en is daarom voor de zorg in het basispakket verzekerd.

De zorg in het basispakket is vastgesteld in artikel 10 van de zorgverzekeringswet. Hierin staat beschreven dat verzekerden recht hebben op: geneeskundige zorg, mondzorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelenzorg, verpleging, verzorging, verblijf in verband met geneeskundige zorg en vervoer (Hermans 2005:78).

Vanaf 2008 is het basispakket uitgebreid met de anticonceptiepil, het spiraaltje, pessarium en de Nuva ring ongeacht de leeftijd, tandheelkunde tot 22 jaar, vier uur extra kraamzorg en geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (Ministerie VWS).

Ongeacht het risico moet iedere Nederlander zich verzekeren voor deze vormen van zorg. Hoe meer zorg het basispakket omvat, hoe meer risicosolidariteit in de zorg bestaat (Jeurissen 2005:55). Het basispakket is aan de hand van de criteria noodzakelijkheid, werkzaamheid, doelmatigheid en eigen rekening samengesteld. Deze criteria zijn afgeleid van de resultaten van de Commissie Dunning in de jaren negentig (Jeurissen 2005:56).

De samenstelling van het basispakket door de overheid geeft inhoud aan de acceptatieplicht en draagt daarmee bij aan de risicosolidariteit (Hermans 2005:23). Bij een acceptatieplicht moet immers wel duidelijk zijn waarvoor de verzekerde moet worden geaccepteerd.

§ 3.2.5. Verbod op premiedifferentiatie

Om premiedifferentiatie te voorkomen en daarmee risicosolidariteit af te dwingen heeft de overheid ervoor gekozen een verbod op premiedifferentiatie in te voeren. Dit verbod staat beschreven in artikel 17 van de Zorgverzekeringswet (Hermans 2005: 95). Het verbod op premiedifferentiatie houdt in dat een zorgverzekeraar voor iedere polisvariant slechts één prijs mag vragen. Ongeacht het risico van de verzekerde is de prijs voor dezelfde polis bij dezelfde verzekeraar gelijk. Er mogen wel verschillen in prijs bestaan tussen verschillende zorgverzekeraars en verschillende polisvarianten (Hermans 2005:95). Dit verbod op premiedifferentiatie is alleen van toepassing op de basisverzekering. Voor aanvullende verzekeringen mogen zorgverzekeraars wel differentiëren in de prijs.

Net als het vaststellen van het basispakket, is ook het verbod op premiedifferentiatie een instrument dat de uitvoering van de acceptatieplicht mogelijk maakt (Hermans 2005:23). Als er premiedifferentiatie plaats mag vinden, kunnen zorgverzekeraars ervoor kiezen iedereen wel volgens de wet te accepteren, maar aan slechte risico's heel hoge premies te vragen. Zonder het verbod op premiedifferentiatie kan de toegankelijkheid van de zorg onder druk komen te staan, omdat de premie voor slechte risico's onbetaalbaar wordt.

Voor zorgverzekeraars bestaat wel de mogelijkheid om korting op een premie te geven aan collectiviteiten. Verzekerden onder een collectiviteit kunnen een premiekorting van maximaal tien procent ontvangen ten opzichte van verzekerden zonder collectiviteit (Jeurissen 2005:55). De korting mag niet gerelateerd worden aan het verzekeringsrisico, omdat dan de risicosolidariteit onder druk komt te staan (Hermans 2005:37).

§ 3.2.6. Inkomensafhankelijke bijdrage

De acceptatieplicht, het basispakket en het verbod op premiedifferentiatie zorgen ervoor dat er solidariteit is tussen mensen met verschillende risico's. Hiermee is nog geen inkomenssolidariteit aanwezig in de zorg. Om inkomenssolidariteit in de zorg te realiseren is de inkomensafhankelijke bijdrage ingevoerd. Naast de maandelijkse premie die een verzekerde dient te betalen aan de zorgverzekeraar, betaalt de verzekerde ook een inkomensafhankelijke bijdrage aan de overheid. Hoe hoger het inkomen is, hoe hoger de inkomensafhankelijke bijdrage. Deze bijdrage wordt automatisch ingehouden op het loon. Afhankelijk van het soort inkomen wordt deze bijdrage vergoed door de werkgever of uitkeringsinstantie. De verzekerde betaalt dan wel loonbelasting en premie volksverzekeringen over de vergoeding (Hermans 2005:143).

De hoogte van de inkomensafhankelijke bijdrage is afhankelijk van de hoogte van het inkomen, maar er is wel een plafond vastgesteld. In 2007 werd er een inkomensafhankelijke bijdrage berekend over een inkomen tot 30.623 euro. In 2008 zal dit worden verhoogd tot een bijdrage over een inkomen van maximaal 31.231 euro. Wanneer de inkomensafhankelijke bijdrage wordt vergoed door de werknemer, dan was de bijdrage in 2007 6,5 procent en in 2008 wordt dit 7,2 procent. De maximale bijdrage hierbij is 1990 euro in 2007 (Belastingdienst).

Wanneer de inkomensafhankelijke bijdrage niet wordt vergoed door de werkgever, dan is de hoogte van de bijdrage in 2007 4,4 procent in 2008 5,1 procent. Hierbij geldt een maximaal bedrag van 1347 euro.

De inkomensafhankelijke bijdrage wordt dus deels door de werkgever en deels door de verzekerde zelf betaald (Hermans 2005:143).

Hoe hoger het inkomen van mensen is, hoe hoger de inkomensafhankelijke bijdrage is. Door deze maatregel, die is vastgelegd in artikel 41 van de zorgverzekeringswet, ontstaat er

solidariteit tussen mensen met verschillende inkomens. Mensen met een hoog inkomen, dragen een hoger bedrag bij aan de zorg. Op deze manier blijft de zorg voor iedereen in Nederland, ongeacht het inkomen, betaalbaar en toegankelijk.

In de wet is bepaald dat van de verzekeringsplicht mag worden afgeweken op basis van de geloofsovertuiging van mensen. Deze groep mensen betaalt geen maandelijkse premie, aangezien zij niet verzekerd zijn (Hermans 2005:34). Dit betekent echter ook dat deze groep mensen geen inkomensafhankelijke bijdrage aan de zorg leveren. Deze mensen zouden hierdoor ook geen inkomenssolidariteit opbrengen. Om deze reden is deze groep mensen verplicht een hoger bedrag aan inkomstenbelasting te betalen, zodat zij alsnog een deel van hun inkomen aan de zorg van mensen met een lager inkomen meebetalen (Hermans 2005:34).

Voor een deel van de Nederlanders is de premie die maandelijks moet worden betaald toch te hoog, ongeacht de inkomensafhankelijke bijdrage. Om de zorg betaalbaar te maken voor iedereen is daarom een zorgtoeslag ingevoerd (Hermans 2005:22). Er is door de overheid gekozen voor een toeslag in plaats van lage premies voor lage inkomens, omdat zo wordt gehoopt het kostenbewustzijn van mensen te stimuleren. Dit zou moeten leiden tot het actief zoeken naar en het verzekeren bij de goedkopere zorgverzekeraars (Basisverzekeringonline).

Voor alleenstaanden geldt dat het recht op een zorgtoeslag bestaat tot een inkomen van 26.000 euro bruto per jaar. Hierbij is de maximale zorgtoeslag 432 euro per persoon per jaar in 2007. Mensen die samen met anderen een huishouden vormen hebben recht op een zorgtoeslag wanneer het gezamenlijke toetsingsinkomen maximaal 41.850 euro bruto per jaar omvat. Hierbij is de maximale zorgtoeslag 1223 euro per jaar in 2007 (KiesBeter). Verzekerden in Nederland met een laag inkomen ontvangen maandelijks deze zorgtoeslag, waardoor de kosten van de zorgverzekering beter zijn op te brengen. Door de zorgtoeslag is de solidariteit tussen mensen met hoge inkomens en met lage inkomens gestegen. Mensen met hoge inkomens betalen immers een hoge inkomensafhankelijke bijdrage bovenop de kosten van de premie aan de zorgverzekeraar iedere maand. De mensen met lage inkomens hoeven een lage tot geen inkomensafhankelijke bijdrage te betalen bovenop de maandelijkse zorgpremie en ontvangen bovendien een subsidie in de vorm van zorgtoeslag. Voor de laagste inkomens bestaat de maandelijkse uitgave aan zorg uit de premie die wordt betaald aan de zorgverzekeraar minus de ontvangen zorgtoeslag.

§ 3.3 Waarom dwingt de overheid verplichte solidariteit af?

De overheid kent op basis van artikel 22 van de grondwet drie taken voor de zorg. De overheid is verantwoordelijk voor de toegankelijkheid, de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg (Van Der Grinten 2006).

Om de toegankelijkheid van de zorg te borgen, is solidariteit in de financiering in de zorg noodzakelijk (Jeurissen 2005:9). De zorg moet voor iedere Nederlander betaalbaar zijn. Om dit te realiseren moet ervoor worden gezorgd dat de premie niet te hoog is. Risicosolidariteit is daarom nodig in het zorgstelsel, omdat dit ervoor zorgt dat de premie voor slechte risico's niet te hoog wordt. Inkomenssolidariteit zorgt ervoor dat iedereen de premie, ongeacht inkomen kan betalen. Slechts wanneer aan deze twee vormen van solidariteit is voldaan, kan de overheid de toegankelijkheid tot de zorg borgen (Hermans 2005:22).

Er zijn enkele argumenten voor het afdwingen van solidariteit in de zorg door de overheid. Een van deze argumenten zijn de externe effecten van afgedwongen solidariteit (Paolucci 2007:30). De externe effecten ontstaan door preferenties van mensen. Deze preferenties zijn te verdelen in altruïstische preferenties en egoïstische preferenties. De altruïstische preferenties ontstaan als het welzijn van een ander, bijdraagt aan het welzijn van het individu. Het individu heeft er dan baat bij dat anderen zich tegen ziektekosten verzekeren en zo toegankelijkheid tot de zorg realiseren (Paolucci 2007:30).

Type 1 altruïstische preferenties betekenen dat het individu zorg heeft voor het welzijn van anderen. Hierbij respecteert het individu de wensen van anderen. Indien anderen verschillende ideeën hebben over welzijn en zorg dan is het individu ook bereid aan deze andere zorgproducten mee te betalen.

Dit type altruïstische preferenties is te bereiken middels een inkomenstransfer van het individu naar anderen (Paolucci 2007:31).

Bij type 2 altruïstische motieven acht het individu de gezondheidsstatus van anderen van belang. Het gaat hierbij niet om het welzijn van anderen, maar om de gezondheid. Om dit te bereiken zouden transacties tussen personen moeten plaatsvinden, die het nut van beiden verhogen. Deze transacties zouden inkomens- en risico afhankelijke subsidies moeten zijn voor diensten of producten die kunnen bijdragen aan de gezondheid (Paolucci 2007:32).

In de huidige maatschappij willen mensen anderen geen zorg ontzeggen die lijkt bij te dragen aan de gezondheid. De zorg van het individu voor de gezondheid van anderen lijkt niet alleen samen te hangen met de effectiviteit van de behandelingen, maar ook met de kosten van de behandeling, de ernst van de aandoening en de verantwoordelijkheid van de consument voor de incidentie van de ziekte (Paolucci 2007:32). Omdat de bezorgdheid van het individu voor de gezondheid van anderen samen lijkt te hangen met de bovengenoemde vier aspecten van de te leveren zorg, kan worden geconcludeerd dat de bereidheid om mee te betalen niet voor iedere behandeling of ziekte gelijk is (Paolucci 2007:32).

De vier aspecten die de bereidheid om mee te betalen aan de ziektekosten van anderen beïnvloeden zullen achtereenvolgens worden besproken.

De kosten-effectiviteit van een behandeling wordt gemeten aan de hand van de kosten-effectiviteitsratio. Deze ratio vergelijkt de kosten van een behandeling met de baten van de behandeling voor de gezondheid van het individu (Paolucci 2007:33). De uitkomst hiervan wordt vaak uitgedrukt in kosten per qaly. Qaly staat voor quality adjusted life year en is een maat voor de kwaliteit van leven. Bij de kosten-effectiviteit wordt gekeken naar de stijging in het aantal qaly's ten gevolge van de behandeling, gedeeld door de kosten van de behandeling. Hoe lager deze kosten per qaly zijn, hoe hoger de kosteneffectiviteit (Paolucci 2007:33).

De kosteneffectiviteitsratio van behandelingen kan het nut van individuen beïnvloeden bij een systeem van kruissubsidies. Hoe lager de ratio, dus hoe efficiënter de behandeling is, hoe meer effect kruissubsidies hebben op het nut van mensen met altruïstische preferenties (Paolucci 2007:33).

De kosteneffectiviteit van behandelingen is niet de enige grond waarop de overheid bepaalt of kruissubsidies moeten gelden (Paolucci 2007:33). Zo gelden bij hart- en longtransplantaties bijvoorbeeld wel kruissubsidies, terwijl de kosteneffectiviteit heel laag is en Viagra valt niet onder het basispakket van de zorgverzekering, terwijl de kosteneffectiviteit van dit medicijn erg hoog is (Paolucci 2007:33). De gezondheidsstatus van de ontvanger van de zorg heeft ook invloed op het invoeren van kruissubsidies of niet. Bij mensen met altruïstische preferenties vindt er een grotere stijging in het nut plaats naarmate de gezondheidsstatus van de ontvanger van de zorg lager is (Paolucci 2007:34).

Het nut van individuen met altruïstische preferenties bij een systeem van kruissubsidies wordt ook beïnvloed door de verwachte kosten van de behandeling. Bij een systeem van kruissubsidies worden altruïstische preferenties het meest tevreden gesteld indien het systeem de toegang tot anders onbetaalbare zorg vergroot (Paolucci 2007:35). Hoe hoger de kosten van een behandeling zijn, hoe meer nut een systeem van kruissubsidies oplevert voor mensen met altruïstische preferenties. Immers, hoe hoger de kosten van een behandeling, hoe minder mensen toegang zouden hebben tot deze zorg als er geen sprake is van kruissubsidies (paolucci 2007:35).

Een andere factor die de bereidheid van individuen om aan de zorgkosten van anderen mee te betalen, kan beïnvloeden, is de verantwoordelijkheid van de consument voor de aanwezigheid van de aandoening (Paolucci 2007:36). Hoe groter de eigen verantwoordelijkheid voor de aandoening is, hoe minder een systeem van kruissubsidies de mensen met altruïstische preferenties tevreden zou stellen. In de praktijk is het echter zeer lastig vast te stellen wanneer een aandoening het gevolg is van het handelen van de consument zelf of dat andere factoren ook een rol hebben gespeeld (Paolucci 2007:36).

Egoïstische preferenties hebben te maken met het nut van het individu. Het welzijn van anderen is hierbij slechts van belang indien dit bijdraagt aan het nut van het individu (Paolucci 2007:36). Een voorbeeld hiervan is het belang van inenting. Door deze preventieve zorg bij anderen, heeft het individu minder kans om zelf ziek te worden. Een ander voorbeeld is het verlangen van mensen dat de ontvangen zorg niet van lagere kwaliteit is dan bij anderen. Iedereen moet gelijke toegang tot zorg krijgen, zodat er onderling geen verschillen en jaloerse gedachten heersen. Dit kan worden gerealiseerd door kruissubsidies in te voeren (Paolucci 2007:37).

Naast de externe effecten bestaan er ook andere argumenten voor het afdwingen van solidariteit in de zorg.

Een reden om solidariteit in de zorg af te dwingen is het financiële risico dat bestaat om een hoog risico te worden (Paolucci 2007:38). Bij chronische ziekten zijn de kosten zeer hoog en deze zijn niet door individuen op te brengen. Door kruissubsidies is het ook mogelijk voor mensen met een hoog risico of mensen met een laag inkomen, om zich te verzekeren tegen mogelijke ziektekosten (Paolucci 2007:39). Zo heeft iedere Nederlander bij ziekte toegang tot zorg, onafhankelijk van de kosten van deze zorg.

Het verzekeren tegen ziektekosten leidt tot moral hazard onder de verzekerden. Dit houdt in dat mensen, doordat er geen prijsprikkel wordt ervaren, meer zorg consumeren dan nodig is (Paolucci 2007:40). Moral hazard zou een motief zijn voor de overheid om toegang voor iedereen door middel van kruissubsidies niet te realiseren, omdat het een stijging in onnodige zorg tot gevolg heeft. Daarentegen kan het ook leiden tot de keuze van verzekerden voor goedkopere alternatieven, omdat deze bijvoorbeeld wel worden vergoed door de verzekeraar. Dit kan een motief zijn om een systeem met kruissubsidies in te voeren (Paolucci 2007:40).

§ 3.4 Conclusie

In Nederland is sinds 2006 de Zorgverzekeringswet van kracht. Door deze wet is er sprake van een gereguleerde markt in de zorg. Op een markt is geen sprake van solidariteit. Om deze reden heeft de overheid een aantal maatregelen getroffen om solidariteit in de zorg te realiseren. Er is sprake van risicoverevening, een acceptatieplicht en een vastgesteld basispakket. Daarnaast is een verbod op premiedifferentiatie ingevoerd en betaalt iedere Nederlander boven een bepaalde inkomensgrens een inkomensafhankelijke bijdrage.

De overheid heeft meerdere redenen om solidariteit in de zorg te verplichten door de Zorgverzekeringswet. Een van de redenen zijn de externe effecten die volgen uit altruïstische en egoïstische preferenties van mensen.

Type 1 altruïstische preferenties houden in dat het individu zorg heeft voor het welzijn van anderen. Hierbij worden de wensen van anderen gerespecteerd, ook als deze verschillen van de wensen van het individu.

Bij type 2 altruïstische motieven acht het individu de gezondheidsstatus van anderen van belang. Het gaat hierbij niet om het welzijn van anderen, maar om de gezondheid. Deze bezorgdheid is afhankelijk van factoren: de kosten-effectiviteit van de behandeling, de gezondheidsstatus van de ontvanger van de zorg, de verwachte kosten van de behandeling per consument en de verantwoordelijkheid van de consument voor de incidentie van de ziekte.

Bij egoïstische preferenties is het welzijn van anderen slechts van belang indien het bijdraagt aan het nut van het individu, hierbij kan worden gedacht aan inenting.

Een andere reden voor het afdwingen van solidariteit is het risico om zelf een hoog risico te worden. Door de verzekering te verplichten, kan iedere Nederlander bij ziekte een behandeling betalen. Een andere reden kan zijn, dat door een verplichte verzekering mensen kiezen voor alternatieven die wel worden vergoed.

Hoofdstuk 4. Ongezonde leefstijl

In dit hoofdstuk zal aandacht worden besteed aan het begrip 'ongezonde leefstijl'. Eerst zullen de trends wat betreft de ongezonde leefstijl worden besproken. Het gaat hierbij om de ontwikkelingen wat betreft roken, overmatig alcoholgebruik, overgewicht en lichamelijke inactiviteit.

Vervolgens zullen de kosten die een ongezonde leefstijl met zich meebrengt worden besproken. Het gaat hierbij om zowel de kosten op de korte termijn, als de kosten van een ongezonde leefstijl op lange termijn.

§ 4.1 Trends in Nederland wat betreft ongezond gedrag

Er zijn drie determinanten die de gezondheid van mensen beïnvloeden. Deze determinanten zijn leefstijl, persoonsgebonden factoren en omgevingsfactoren (Baal et al. 2006:15). De leefstijl van mensen is een determinant van gezondheid die beïnvloedbaar is, anders dan aangeboren afwijkingen etc.

Roken, overmatig alcoholgebruik, lichamelijke inactiviteit en overgewicht zijn factoren van een ongezonde leefstijl die het grootste effect hebben op de gezondheid van mensen. Deze factoren zorgen voor een stijging in het risico op chronische aandoeningen (ibid.:15). Dit leidt niet alleen tot verlies in levensjaren, maar ook tot verlies van het aantal jaren dat wordt geleefd in een goede gezondheid (ibid.:15). Dit brengt met zich mee dat het vermijden van

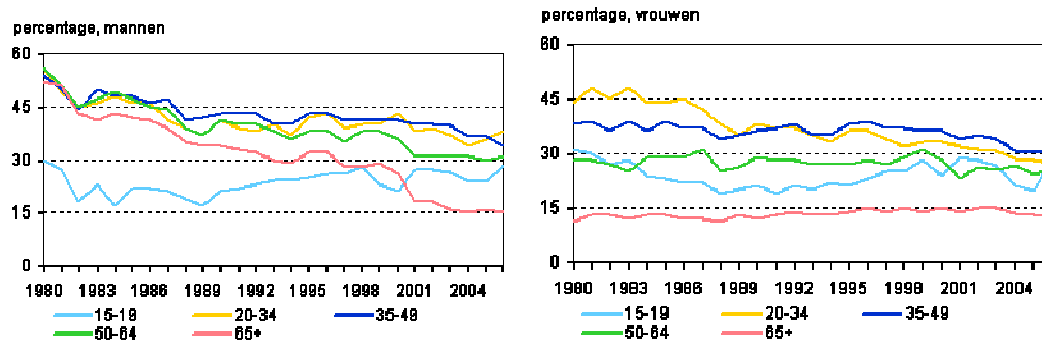
de ziekten die het gevolg zijn van een ongezonde leefstijl, bijdragen aan langer leven in gezondheid en de kwaliteit van leven (ibid.:15).

Om het probleem en de gevolgen van een ongezonde leefstijl te schetsen, is het van belang de omvang van het probleem duidelijk te maken. De meest bekende determinanten van een ongezonde leefstijl, roken, overmatig alcohol gebruik, lichamelijke (in)activiteit en slechte voeding zullen worden besproken.

In Nederland rookt ongeveer achtentwintig procent van de bevolking ouder dan achttien jaar. De gevolgen van regelmatig roken zijn groot. Roken zorgt namelijk voor een verhoogd risico op longkanker, COPD en coronaire hartziekten. Deze ziekten hebben invloed op de kwaliteit van leven en het aantal jaar dat wordt geleefd in een goede gezondheid. Door roken vindt een daling in het aantal verwachte levensjaren van de persoon plaats (RIVMa 2007). Anders gezegd, mensen die roken, leven gemiddeld minder lang dan mensen die niet roken.

Het aantal mensen in Nederland dat rookt is in de jaren tachtig gedaald en in de jaren negentig stabiliseerde het aantal rokers tot drieëndertig procent van de bevolking (RIVMa 2007). De laatste jaren is het aantal rokers weer gedaald naar achtentwintig procent van de bevolking in 2006. Deze daling in het aantal rokers in Nederland geldt voor de meeste leeftijdsgroepen. Deze daling is ook te zien in de onderstaande figuren. Alleen voor de groep mensen tussen de 14 en 19 en de groep mannen tussen de 20 en 34 lijkt er sprake te zijn van een lichte stijging in het aantal rokers.

Figuur 1: Percentage rokers in de periode 1980-2006^a naar leeftijd en geslacht (Bron: STIVORO volwassenen).



Uit onderzoek blijkt ook dat het aantal sigaretten dat gemiddeld per dag wordt gerookt door Nederlanders de afgelopen jaren is gedaald. Het aantal rokers is dus afgenomen en het aantal sigaretten dat wordt gerookt is gedaald (RIVMa 2007).

Uit de figuur is af te lezen dat niet alleen de afgelopen jaren het aantal rokers is gedaald, maar ook dat het waarschijnlijk is, dat deze daling zich verder gaat voortzetten.

Het overmatig gebruik van alcohol is een andere determinant van de leefstijl die grote invloed heeft op de gezondheid van deze mensen. De effecten van overmatig alcohol gebruik op anderen zullen bij deze scriptie niet worden behandeld. Ongeveer veertien procent van de mannen en tien procent van de vrouwen gebruikt meer dan drie glazen alcohol per dag (RIVMb 2007). Van deze mensen behoort negentien procent van de mannen en vier procent van de vrouwen tot de groep die zwaar overmatig drank nuttigen. Gevolgen voor de gezondheid zijn verhoogde risico's op kanker, hart- en vaatziekten, onvruchtbaarheid, depressies en angstaanvallen (RIVMb 2007).

Het totale alcoholgebruik per Nederlander is van de jaren zestig tot begin jaren tachtig gestegen. Vanaf dat moment is het alcoholgebruik per hoofd van de bevolking gedaald in de jaren tachtig tot het huidige alcoholgebruik (RIVMb 2007).

Hoewel de gemiddelde alcoholconsumptie per Nederland de afgelopen jaren gelijk is gebleven, vinden er wel onderliggende verschuivingen plaats. Zo is er een stijging waar te nemen in de wijnconsumptie, terwijl de bierconsumptie afneemt. Ook zijn er meer mensen in Nederland die nooit alcoholhoudende dranken consumeren, terwijl het aantal alcoholgebruikers onder jongeren toeneemt. Het schadelijk alcoholgebruik onder volwassenen is wel stabiel gebleven (RIVMb 2007).

Een andere determinant van een ongezonde leefstijl is de voeding die wordt gebruikt. Slechts acht procent van alle Nederlanders gebruikt dagelijks de aanbevolen hoeveelheid verzadigde vetzuren. Voor de inname van transvetzuren geldt dat zestig procent van de mannen en achtentwintig procent van de vrouwen de aanbevolen hoeveelheid consumeert (RIVMc 2007). Daarnaast blijkt ook dat Nederlanders over het algemeen te weinig fruit, vezels en groenten eten. Het consumeren van ongezond eten en het te weinig innemen van gezond voedsel heeft veel gevolgen voor de gezondheid. Problemen als overgewicht, hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2, osteoporose en kanker komen vaker voor bij mensen die een ongezond voedingspatroon hebben (RIVMc 2007).

De totale gemiddelde inname vet per Nederlander is de afgelopen twintig jaar steeds dichterbij de aanbevolen hoeveelheid genaderd. De gemiddelde vet inname is per persoon afgenomen. De gemiddelde inname verzadigde vetzuren per Nederlander is in het begin van de jaren negentig gedaald, maar in de jaren daarop is de inname gestegen. Er is daarom maar een zeer beperkte daling in de gemiddelde consumptie verzadigde vetzuren waar te nemen (RIVMc 2007). De gemiddelde inname van transvetzuren per Nederlander is de afgelopen twintig jaar sterk gedaald.

Voor de gemiddelde inname van het totaal aan vetten per Nederlander is dus een gunstige trend waar te nemen. Dit geldt niet voor de consumptie van groenten en fruit. Zowel de consumptie van fruit als van groenten is de afgelopen jaren gemiddeld per persoon gedaald.

Ook voor de inname van voedingsvezels is een negatieve trend waar te nemen (RIVMc 2007). Nederlanders zijn gemiddeld dus ongezonder gaan eten, wat de kans op bepaalde aandoeningen doet stijgen.

Lichamelijke activiteit kan zorgen voor het voorkomen van allerlei aandoeningen en ziekten, zoals overgewicht en een hoge bloeddruk. Wanneer er te weinig lichamelijke activiteit plaatsvindt, ontstaan er verhoogde risico's op andere aandoeningen. Deze aandoeningen zijn bijvoorbeeld: diabetes mellitus type 2, coronaire hartziekten, beroerte, osteoporose, kanker, depressies en dementie. In Nederland beweegt slechts vijftig procent van de mensen voldoende en is tien procent van de mensen zeer inactief (RIVMd 2007).

Wanneer de Nederlandse Norm Voor Gezond Bewegen als richtlijn wordt gebruikt, blijkt dat sinds 2000 de Nederlander gemiddeld niet minder is gaan bewegen. Wordt er echter gekeken naar de lange termijn, dan blijkt dat een daling van tweeënzestig procent norm-actieven in 1975 tot drieënzestig procent norm-actieven in 2000 heeft plaatsgevonden (RIVMd 2007). Op de lange termijn zijn Nederlanders gemiddeld minder gaan bewegen. Deze daling is het gevolg van een daling in het bewegen voor huishoudelijk werk. Indien deze activiteit namelijk niet wordt meegerekend, blijkt er amper sprake te zijn van een daling in het aantal Nederlanders dat voldoet aan de Nederlandse Norm Voor Gezond Bewegen (RIVMd 2007). Een andere trend die is waar te nemen, is de tijd die Nederlanders gemiddeld zittend doorbrengen. Dit is een gevolg van de komst van de televisie en de computer.

Er heeft ook een positieve ontwikkeling wat betreft beweging van de Nederlanders plaatsgevonden. De afgelopen dertig jaar is een stijging in het aantal sporters in Nederland waar te nemen. Het gaat hier voornamelijk om een stijging van het aantal sporters in de leeftijdscategorie van vijfendertig jaar en ouder (RIVMd 2007).

Het is duidelijk dat deze determinanten van de leefstijl een groot negatief effect hebben op de algehele gezondheid van mensen. Deze factoren zorgen alle vier voor verhoogde risico's op bepaalde ziekten. Dit kan op verschillende manieren tot uiting komen. Zo kunnen de factoren uiteindelijk zorgen voor vroegtijdig sterven, maar ook voor een daling in de kwaliteit van leven en een daling in het aantal jaren dat wordt geleefd in goede gezondheid (Hoeymans et al. 2007). Roken zorgt voornamelijk voor een grote daling in het aantal verwachte levensjaren van de persoon, terwijl obesitas voornamelijk een sterke daling in de kwaliteit van het leven tot gevolg heeft (Hoeymans et al. 2007).

Wat betreft roken is de trend in Nederland echter positief. Dit heeft ook tot gevolg dat de gevolgen van deze leefstijl ook steeds minder zullen voorkomen.

Alcoholmisbruik is de afgelopen jaren in Nederland gelijk gebleven, wat ook zal gelden voor de gevolgen van overmatige alcoholinname.

Lichamelijke beweging en voedselinname zijn twee factoren van de leefstijl die de afgelopen jaren in Nederland een negatieve trend kennen. Als deze ontwikkelingen zich voortzetten, zullen ook steeds meer mensen zorg nodig hebben voor aandoeningen die ontstaan door de leefstijl.

§ 4.2 Het effect van ongezond gedrag op de zorgkosten

In de vorige paragraaf zijn de gevolgen van vier factoren van een ongezonde leefstijl op de gezondheid van deze mensen weergegeven. Hierbij is vermeld hoeveel mensen in Nederland deze leefstijl aannemen en wat de belangrijkste gezondheidsgevolgen en risico's kunnen zijn. In deze paragraaf zullen de kosten van zorg ten gevolge van een ongezonde leefstijl worden besproken. De factoren van een ongezonde leefstijl: roken, overmatig alcoholgebruik, obesitas en lichamelijke inactiviteit zullen ieder apart worden behandeld.

§ 4.2.1 Onderzoek naar zorgkosten

De mate waarin een ongezonde leefstijl wordt aangenomen en de gezondheidsgevolgen hiervan, hebben een grote invloed op de zorgkosten in Nederland. De mensen met een ongezonde leefstijl leven over het algemeen in een slechtere gezondheid en dit brengt kosten met zich mee (Brouwer 2007). Wanneer het zo wordt bekeken zijn 'ongezonde' mensen duurder voor de samenleving wat betreft ziektekosten. Mensen met een ongezonde leefstijl leven echter gemiddeld ook minder lang (ibid.). Dit brengt een kostenreductie met zich mee, aangezien er als het ware minder lang gebruik wordt gemaakt van de zorg.

In het onderzoek van Baal et al. (2006) is geprobeerd de zorgkosten van twee factoren van een ongezonde leefstijl te schatten, namelijk de zorgkosten van roken en van overgewicht. Hierbij is gebruik gemaakt van het Chronische Ziekten Model (CZM) van het RIVM. Met behulp van dit model kunnen zorgkosten per kalenderjaar worden toegeschreven aan ongezond gedrag en andere determinanten van ziekte (Baal et al. 2006:16).

In het CZM bepalen de aanwezigheid van risicofactoren, zoals roken, de kans op het ontstaan van een ziekte. De aanwezigheid van een ziekte bepaalt daarop de kans op sterfte. Door dit model kunnen verschillen in de levensverwachting en in de zorgkosten worden geschat tussen bijvoorbeeld mensen die roken en mensen die niet roken (Baal et al. 2006:17). Zo kan ook worden berekend hoeveel winst er kan worden behaald als niemand in Nederland zou roken.

De kosten van een ziekte worden geschat aan de hand van CZM, zijn gebaseerd op de kosten per patiënt per ziekte per jaar, gekoppeld aan het aantal gevallen (Baal et al. 2006:17).

Het onderzoek van Baal et al. (2006) is gebaseerd op drie cohorten mensen die met elkaar worden vergeleken om te komen tot de verschillen in kosten. De drie cohorten zijn:

1. Een gezond levend cohort. Mensen die nooit hebben gerookt en in de toekomst ook niet gaan roken. Deze mensen hebben allen een BMI van minimaal 18,5 tot maximaal 25.
2. Een rokend cohort. Mensen die gedurende hun hele leven roken en een BMI hebben tussen de 18,5 en 25.
3. Een obees cohort. Mensen die nooit hebben gerookt en in de toekomst ook niet zullen gaan roken, maar wel een BMI hebben van hoger dan 30.

(Baal et al. 2006:17).

§ 4.2.2 Zorgkosten roken

Roken kan zorgen voor gezondheidsproblemen, wat kosten in de zorg door medicijngebruik of behandelingen met zich meebrengt (Baal et al. 2006:28). In het geval van roken gaat het niet alleen om kosten van zorg voor degene die zelf rookt, maar ook kosten van zorg voor derden die schade ondervinden door meeroken. Om de omvang van de kosten van gezondheidszorg voor meeroken te illustreren, kan een voorbeeld uit de Verenigde Staten worden genoemd. Daar is in bepaald dat voor vier staten, Texas, Mississippi, Florida en Minnesota, de tabaksindustrie in vijftientig jaar zesendertig miljard dollar moet betalen als vergoeding voor de gemaakte ziektekosten ten gevolge van meeroken. Dit bedrag is bepaald aan de hand van schattingen van de kosten van roken (Baal et al. 2006:28).

Van de totale zorgkosten die ieder jaar in Nederland worden gemaakt, kan twee miljard euro worden toegeschreven aan behandelingen en medicijnen waarvan gebruik is gemaakt als direct gevolg van roken. Dit komt overeen met een bedrag van 143 dollar per Nederlander (Baal et al 2006:28).

Uit het onderzoek van Baal et al. (2006) blijkt uit de studie naar drie cohorten, dat het rokende cohort meer zorgkosten per persoon per jaar maakt dan het gezond levende cohort. Vanaf de leeftijd van dertig jaar beginnen de gemiddelde zorgkosten per persoon per jaar te stijgen ten opzichte van het gezond levende cohort. Op de leeftijd van vijfenvijftig betreft het een verschil van 250 euro per persoon per jaar in het nadeel van het rokende cohort. Het verschil loopt echter snel op tot 1750 euro meer aan zorgkosten per persoon per jaar voor het rokende cohort op de leeftijd van tweeëntachtig jaar (Baal et al. 2006:18). Het gaat hierbij echter om de gemiddelde zorgkosten per persoon. Er kan ook worden gekeken naar de totale zorgkosten die in Nederland worden gemaakt gedurende de levensloop van de cohorten. Hieruit blijkt dat, al zijn rokers gemiddeld per persoon per jaar duurder dan het gezond levende cohort, de totale kosten van het rokende cohort ten opzichte van het gezond levende cohort zijn lager (Baal et al. 2006:18). Dit komt doordat de totale zorgkosten afhankelijk zijn van het aantal mensen dat op een bepaald moment nog leeft in het cohort.

Mensen die roken, leven gemiddeld minder lang. In de studie is het rokende cohort als het ware eerder uitgestorven. De totale zorgkosten zijn dan een totaal van minder mensen.

De totale zorgkosten die worden gemaakt door het rokende cohort zijn lager dan de totale zorgkosten van het gezond levende cohort. Dit verschil ontstaat echter pas na de leeftijd van zeventig jaar. Voor deze tijd blijken de totale zorgkosten van beide groepen ongeveer gelijk te blijven (Baal et al. 2006:18).

Op twintigjarige leeftijd hebben de mensen in het rokende cohort een lagere levensverwachting van elf procent ten opzichte van het gezond levende cohort. Dit komt erop neer dat de levensverwachting van mensen die roken ongeveer zes tot acht jaar lager ligt dan de levensverwachting van mensen zonder obesitas en die niet roken (Baal et al. 2006:15). Dit zorgt ervoor dat de totale zorgkosten voor het rokende cohort in totaal achtentwintig procent lager zijn dan de totale zorgkosten in het gezond levende cohort (Baal et al. 2006:18). Uit het onderzoek van Barendregt et al. (1997) volgen andere percentages. Uit dit onderzoek blijkt dat mannen die roken gemiddeld vijftien procent minder zorgkosten maken gedurende het hele leven en voor vrouwen zou dit achttien procent zijn (Baal et al. 2006:31).

De kosten per jaar per roker liggen dus aanzienlijk hoger dan de kosten per jaar per gezond levend persoon. Aangezien de mensen die roken gemiddeld minder lang leven en het grootste verschil in kosten tussen de twee groepen, wordt gemaakt op oudere leeftijd, liggen de totale zorgkosten voor mensen die roken lager (Baal et al. 2006:18). Hieruit kan worden geconcludeerd dat mensen die roken, ongeacht de gemiddeld slechtere gezondheid, goedkoper zijn voor de samenleving wat betreft zorgkosten.

§ 4.2.3 Zorgkosten overgewicht

In de studie van Baal et al. (2006) is niet alleen onderzoek gedaan naar het verschil in ziektekosten tussen een rokend cohort en een gezond levend cohort, maar er is ook een cohort met mensen met obesitas, dat wil zeggen mensen met een BMI van hoger dan dertig, meegenomen (Baal et al. 2006:17).

Wanneer wordt gekeken naar de kosten die mensen met obesitas gemiddeld per persoon per jaar maken, zijn deze kosten hoger dan de ziektekosten van mensen uit het gezond levende cohort. Het verschil in ziektekosten ontstaat vanaf het twintigste levensjaar in het nadeel van mensen met obesitas. Het verschil tussen de twee cohorten neemt langzaam toe tot een verschil van ongeveer 250 euro per jaar per persoon op de leeftijd van vijftig en een verschil van 1250 euro per persoon per jaar rond het tweeëntachtigste levensjaar (Baal et al. 2006:18). Gemiddeld zijn mensen met obesitas per jaar duurder dan mensen die een gezond gewicht hebben. Dit is het gevolg van de verhoogde risico's op bepaalde aandoeningen bij het hebben van overgewicht. Opvallend is dat de zorgkosten van mensen met obesitas

tussen de leeftijd van twintig en zestig hoger zijn dan de zorgkosten van mensen die roken. Na het zestigste jaar stijgen de zorgkosten van mensen die roken snel en liggen dan hoger dan de zorgkosten van mensen met obesitas (Baal et al. 2006:18). Dit lijkt erop te duiden dat het hebben van overgewicht, zorgt voor ziektekosten vanaf jongere leeftijd.

De bovenstaande gegevens slaan op de ziektekosten die gemiddeld worden gemaakt door de cohorten per persoon per jaar. Er kan ook worden gekeken naar de ziektekosten die gemiddeld over de gehele levensloop worden gemaakt. Net als bij het rokende cohort zijn in dit geval de totale zorgkosten van het obees cohort lager dan de totale zorgkosten die worden gemaakt door het gezond levende cohort. Tot de leeftijd van zeventig jaar zijn de totale zorgkosten van de drie cohorten nagenoeg gelijk. Vanaf die leeftijd begint een verschil te ontstaan waarbij het obees cohort lagere totale zorgkosten maakt dan het gezond levende cohort. De totale zorgkosten van het obees cohort zijn echter wel hoger dan de totale zorgkosten van het rokende cohort (Baal et al. 2006:19).

De lagere totale zorgkosten van het obees cohort, komt voort uit het feit dat de levensverwachting van mensen met obesitas op twintigjarige leeftijd gemiddeld zeven procent lager ligt dan de levensverwachting van mensen die niet roken of overgewicht hebben. Dit komt neer op ongeveer viereneenhalf jaar minder dan de levensverwachting van mensen die niet roken en geen obesitas hebben (Baal et al. 2006:15). De levensverwachting is dus wel hoger dan de levensverwachting van mensen die roken (Baal et al. 2006:18). De totale verwachte ziektekosten van mensen met obesitas liggen zestien procent lager dan mensen zonder overgewicht die niet roken.

De zorgkosten in Nederland die direct kunnen worden toegeschreven aan obesitas bedragen volgens een studie van Baal et al. (2003) rond de twee procent van de totale jaarlijkse ziektekosten. Dit komt neer op zevenenzeventig dollar per hoofd van de bevolking (Baal et al. 2006:33). Twee procent van de totale ziektekosten in Nederland is in totaal ongeveer 1,2 miljard euro (Baal et al. 2006:9). Er zijn veel studies die dit hebben berekend en er blijkt een groot verschil te bestaan tussen de uitkomsten. Dit verschil ontstaat doordat een deel van de studies ook de indirecte kosten van obesitas heeft meeberekend, zoals het verlies aan arbeidsproductiviteit. Dit zorgt er voor dat de totale kosten hoger zijn dan bij andere studies. De zevenenzeventig dollar die zijn berekend in het onderzoek van Baal et al. (2003), zijn slechts berust op de directe kosten van obesitas voor de zorg (Baal et al. 2006:33).

§ 4.2.4 Zorgkosten lichamelijke inactiviteit

De kosten van mensen die te weinig bewegen in Nederland zijn niet meegenomen in een cohort bij de studie van Baal et al. (2006). Wel zijn andere onderzoeken uitgevoerd om de kosten van lichamelijke inactiviteit te schatten.

Er zijn een aantal top-down studies uitgevoerd naar de ziektekosten van lichamelijke inactiviteit. Nederland is niet een van de landen waar een dergelijk onderzoek is uitgevoerd.

Uit de studies blijkt dat de totale jaarlijkse uitgave aan ziektekosten ten gevolge van lichamelijke inactiviteit uiteenlopen van 1,1 procent in Australië (Stephenson et al. 2000) tot 2,5 procent in Canada (Katzmarzyk 2000) van de totale zorgkosten in dat land (Baal et al. 2006:37).

Naast deze top-down studies zijn ook een aantal bottom-up studies uitgevoerd. Uit de studie van Pratt et al. (2000) blijkt dat mensen met te weinig lichaamsbeweging gemiddeld 330 dollar per persoon meer aan zorgkosten hebben per jaar (Baal et al. 2006:38). Ook uit het onderzoek van Wang et al. (2005) blijkt een negatief verband te bestaan tussen te weinig bewegen en de gemiddelde zorgkosten per jaar.

Wanneer wordt gekeken naar zowel de top-down studies als de bottom-up studies blijkt dat er weinig overeenstemming is in de zorgkosten die jaarlijks per persoon kunnen worden toegeschreven aan lichamelijke inactiviteit. De uitkomsten variëren van veertien dollar per persoon tot 504 dollar per persoon. Het enige wat wel overeenkomt, is dat alle studies aangeven dat mensen met lichamelijke inactiviteit gemiddeld per jaar hogere ziektekosten hebben dan mensen die voldoende bewegen (Baal et al. 2006:39).

§ 4.2.5 Zorgkosten overmatig alcoholgebruik

Ook de zorgkosten ten gevolge van het overmatig alcoholgebruik in Nederland zijn niet meegenomen in de studie van Baal et al. (2006). Om een beeld te krijgen van de kosten die worden gemaakt in de zorg ten gevolge van overmatig alcoholgebruik worden in deze paragraaf de resultaten van een aantal top-down en bottom-up studies.

Door overmatig alcoholgebruik worden zowel kosten gemaakt die direct worden besteed aan de zorg, maar een groot deel van de kosten, zijn kosten door arbeidsverzuim en dergelijke.

Er zijn geen Nederlandse top-down studies naar de ziektekosten van alcoholgebruik, maar er is wel onderzoek gedaan in andere delen van Europa. Uit de studie van Brecht et al. (1996) bleek dat alcoholgebruik jaarlijks per inwoner van West-Duitsland ongeveer vijftig dollar aan ziektekosten oplevert (Baal et al. 2006:40). Een studie van Lima en Esquerdo (2003) in Portugal gaf als resultaat ongeveer vijf dollar aan ziektekosten per inwoner. Een kanttekening bij deze studie, is dat slechts de kosten van de ziekenhuisbehandeling en de medicijnen in het ziekenhuis zijn berekend. Een top-down studie in Frankrijk door Reynaud et al. (2001) kwam tot een schatting van veertig tot zeventig dollar per inwoner aan

ziektekosten ten gevolge van alcoholgebruik (Baal et al. 2006:40). In deze studies zijn alleen de directe kosten van alcoholgebruik meegerekend. De directe kosten die per jaar per hoofd van de bevolking worden gemaakt variëren sterk per studie. Hierbij moet worden meegenomen dat de gemiddelde alcoholinname per land ook sterk varieert en daardoor van invloed kan zijn op de medische gevolgen.

Bij de top-down studies moeten veel aannames worden gemaakt (Baal et al. 2006:40). Om deze reden is het interessant om bottom-up studies uit te voeren.

Uit de bottom-up studie van Anzai et al. (2005) is gekeken naar het verband tussen alcoholgebruik en zorgkosten voor mannen in Japan. Uit de studie bleek dat mensen die veel alcohol drinken hogere zorgkosten maken, maar dat dit ook geldt voor mannen die juist niet drinken. Matig gebruik van alcohol leidt tot lagere zorgkosten, zo bleek uit de studie (Baal et al. 2006:41). Een andere bottom-up studie naar verbanden tussen alcoholgebruik en zorgkosten is uitgevoerd door Haapanen-Niemi et al. (1999). Uit dit onderzoek bleek dat er geen eenduidig verband bestaat tussen alcoholgebruik en ziekenhuiskosten, maar dat dit per geval verschilde (Baal et al. 2006:42).

Uit zowel de top-down studies als de bottom-up studies blijkt dat het leggen van verbanden tussen alcoholgebruik en zorgkosten moeilijk is. Vergelijken bij de andere determinanten van een ongezonde leefstijl, roken, obesitas en lichamelijke inactiviteit, lijkt een lineair verband minder aanwezig te zijn (Baal et al. 2006:42).

§ 4.3 Conclusie

Er zijn een aantal trends waar te nemen wat betreft een ongezonde leefstijl in Nederland. Het aantal rokers is in Nederland aan het dalen, net als het gemiddeld aantal sigaretten dat wordt gerookt. De alcoholconsumptie in Nederland is de laatste jaren ongeveer gelijk gebleven. Wel is een toename waar te nemen in het aantal jongeren dat alcohol consumeert. Wat betreft vet inname is in Nederland een matig positieve trend waar te nemen, dat wil zeggen dat de gemiddelde vet inname de aanbevolen hoeveelheid nadert. Dit geldt echter niet voor het eten van groenten, fruit en vezels. Hiervoor is een daling waar te nemen.

De afgelopen twintig jaar is een daling waar te nemen in de lichamelijke activiteit van mensen. Het aantal uur dat zittend wordt doorgebracht stijgt.

Naast de trends in Nederland is er in dit hoofdstuk ook onderzoek gedaan naar de zorgkosten ten gevolge van een ongezonde leefstijl. Hierbij is naar de kosten ten gevolge van roken, overgewicht, overmatig alcoholgebruik en lichamelijke inactiviteit gekeken. In de onderstaande tabel zijn de resultaten van de studies af te lezen.

Tabel 1. Zorgkosten ongezonde leefstijl

Determinant	Soort studie	Resultaten
Roken	Cohortstudie	143 dollar ¹ per Nederlander per jaar 15-28 % minder kosten over levensloop 6-8 jaar lagere levensverwachting
Overgewicht	Cohortstudie	77 dollar ¹ per Nederlander per jaar 7 % minder kosten over levensloop 4,5 jaar lagere levensverwachting
Lichamelijke inactiviteit	Top-down	1,1-2,5 % van totale ziektekosten
	Bottom-up	14-504 dollar per inwoner
Alcoholgebruik	Top-down	5-57 dollar per inwoner
	Bottom-up	Geen lineair verband.

5. Methoden

§ 5.1 Methode van data verzameling

Dit onderzoek is gebaseerd op de resultaten van een enquête onder Nederlanders over een ongezonde leefstijl en solidariteit in de zorg. Deze vragenlijst voor deze scriptie is door mij ontwikkeld. Het betreft geen a-selecte steekproef van de bevolking van Nederland. De respondenten zijn mensen uit alle leeftijdscategorieën, maar de verdeling over deze categorieën in de steekproef is niet gelijk aan de verdeling over de categorieën in Nederland. Om deze reden zullen de uitkomsten van dit onderzoek niet representatief zijn voor Nederland, maar als verkennend onderzoek zullen de resultaten wel een eerste beeld geven over de solidariteit in de zorg en de ongezonde leefstijl van Nederlanders.

De respondenten zijn allen door mij persoonlijk benaderd voor het invullen van de enquête. De ondervraagden zijn bekenden uit mijn omgeving. Het invullen van de enquête heeft schriftelijk plaatsgevonden. Voor mondelinge ondervraging is de enquête namelijk te complex en te lang.

De enquête is opgebouwd in drie delen. Het eerste deel betreft vragen over de respondent zelf. Dit zijn zowel vragen over leeftijd etc. als vragen over de leefstijl van de respondenten. Over de vier determinanten van een ongezonde leefstijl, te weten roken, lichamelijke inactiviteit, obesitas en overmatig alcoholgebruik, worden vragen gesteld om te achterhalen in hoeverre de respondenten zelf een ongezonde leefstijl hebben.

¹ De studie van Baal et al. is uitgevoerd in 2006. Voor de juiste waarde in euro's, zou moeten worden gerekend met de wisselkoers in dit jaar.

In het tweede deel van de enquête wordt op twee manieren gevraagd naar de gezondheid van de respondent, via de ervaring van de gezondheid en via het aantal chronische aandoeningen. Ook wordt gevraagd of de respondent een vrijwillig eigen risico heeft, omdat dit kan aangeven dat de respondent gezond is.

Het derde onderdeel van de enquête is een twaalfstal casussen waarbij de respondent wordt gevraagd aan te geven of mensen met een ongezonde leefstijl in specifieke gevallen moet worden benadeeld. Dit benadelen wordt uitgedrukt in het betalen van een eigen bijdrage en het aangeven van onderscheid bij het ontvangen van donororganen.

In de volgende paragraaf wordt besproken hoe de variabelen die zijn meegenomen in de enquête zijn opgebouwd. Ook wordt beschreven hoe de variabelen met behulp van het programma SPSS zijn aangepast om bruikbaar te zijn voor het onderzoek.

§ 5.2 Statistische analyses

Om de statistische analyses uit te kunnen voeren, is gebruik gemaakt van het programma SPSS. De variabelen die worden gebruikt bij de analyse, zijn afkomstig uit de enquête. Deze enquête is te vinden in bijlage 1. Voor deze variabelen zijn frequentietabellen gemaakt om de kenmerken en eventuele onvolkomenheden te ontdekken. In deze paragraaf zullen de vragen die worden gesteld in de enquête worden besproken en gemotiveerd.

Leeftijd

In de enquête wordt de respondent gevraagd naar de leeftijd. Deze vraag wordt gesteld om uiteindelijk te kunnen onderzoeken of er een verschil is in solidariteit met een ongezonde leefstijl tussen mensen uit verschillende leeftijdscategorieën.

Omdat het vooral gaat om een verschil in leeftijdscategorie, wordt deze variabele omgezet tot een variabele in drie categorieën:

- 1 : 15 – 25 jaar
- 2 : 26 – 45 jaar
- 3 : 46 – 80 jaar

Geslacht

Deze vraag is meegenomen in de enquête om te kunnen onderzoeken of er een significant verschil bestaat in solidariteit voor een ongezonde leefstijl tussen vrouwen en mannen. In SPSS worden de antwoorden van de respondenten als volgt ingevoerd:

- 0 : man
- 1 : vrouw

BMI

De variabelen lengte en gewicht zijn in de enquête meegenomen om het BMI, body mass index, van de respondent te kunnen berekenen. Hieruit kan worden opgemaakt of een respondent overgewicht heeft ($BMI > 25$). Als er respondenten zijn die overgewicht hebben, kan worden onderzocht of zij significant anders antwoorden wat betreft vragen over overgewicht dan mensen met een gezond gewicht. Het BMI wordt uitgerekend door gewicht gedeeld door lengte in het kwadraat. Vervolgens wordt een variabele gemaakt waarbij de mensen met een BMI hoger dan 25 een waarde van '0' krijgen en mensen met een BMI lager dan 25 een waarde van '1'.

Roken

De respondent wordt gevraagd naar het aantal sigaretten dat hij/zij per dag rookt. Deze variabele geeft een indicatie of de respondent rookt en zo ja, of de respondent veel of weinig rookt. In SPSS zal deze vraag als volgt worden verwerkt:

1 : 0 sigaretten

2 : 1-5 sigaretten

3 : 6-10 sigaretten

4 : meer dan 10 sigaretten

In SPSS is een nieuwe variabele gemaakt waarbij de waarde '1' staat voor 'niet roker'. Deze categorie krijgt de waarde '0'. De waarden 2 tot en met 4 staan voor 'roker' en krijgt de waarde '1'.

Alcoholgebruik

Een vraag uit de enquête betreft het alcoholgebruik. Het gaat hierbij om de inname per week. De antwoordcategorieën zijn opgesteld op basis van POLS, een onderzoek naar gezondheid en welzijn naar schadelijke consumptieniveaus. Hierbij staat de eerste categorie voor niet-drinker, de tweede voor niet-schadelijk drinken, de derde voor geregeld drinken, de vierde voor overmatig alcoholgebruik en de laatste voor zwaar drinken (Kuunders 2007). De antwoordcategorieën zijn in de enquête zelf al aangepast voor mannen en vrouwen. In SPSS hoeft om deze reden geen onderscheid te worden gemaakt in het geslacht. De categorieën zijn:

	Vrouw:	Man:
1 :	0 glazen	0 glazen
2 :	1-7 glazen	1-14 glazen
3 :	8-13 glazen	15-20 glazen
4 :	14-35 glazen	21-50 glazen
5 :	meer dan 35 glazen	meer dan 50 glazen

In SPSS is een nieuwe variabele gemaakt waarbij de categorieën 1 en 2 worden samengevoegd tot 'gezonde drinker' met als waarde '0'. De categorieën 3 tot en met 5 worden samengevoegd tot 'ongezonde drinker' met als waarde '1'. Deze indeling is gebaseerd op het POLS-onderzoek (Kuunders 2007).

Ongezonde voeding

Dit wordt gemeten aan de hand van een vraag of de dagelijkse inname van snoep, koek en chips en de wekelijkse inname van fastfood of snackbar-eten.

Voor de vragen geldt dat de categorieën een nummer toegewezen krijgen van 1 – 4.

In SPSS zullen deze twee vragen worden samengevoegd door middel van de Compute functie:

Ongezonde voeding = tussendoortjes + fastfood

Hierbij zullen de value labels worden gedefinieerd als:

1 : 2

2 : 3-4

3 : 5-6

4 : 7-8

In SPSS zijn de categorieën 1 en 2 samengevoegd tot 'gezond eten' met de waarde '0' en categorie 3 en 4 tot 'ongezond eten' met de waarde '1'.

Lichamelijke beweging

Lichamelijke beweging wordt gemeten aan de hand van het aantal uur sport per week en de hoeveelheid beweging per week naast sport. Deze variabelen hebben beide dezelfde antwoordcategorieën:

1 : 0 uur

2 : 1-2 uur

3 : 3-4 uur

4 : 5 uur of langer

Deze twee variabelen zullen in SPSS worden samengevoegd tot een variabele. De volgende categorieën ontstaan²:

1 : 0 uur = geen beweging

2 : 1-4 uur = matige beweging

3 : 5-8 uur = geregelde beweging

4 : 8 uur of langer = veel beweging

² Bij het samenvoegen van de variabelen is gekeken naar het aantal uur totale beweging. Indien de respondent als antwoord categorie 4 heeft gekozen, is dit meegerekend als 5 uur beweging. Hierbij moet de kanttekening worden geplaatst, dat het aantal uur in deze categorie minimaal 5 is, maar kan oplopen tot meerdere uren. Of het meer uur beweging betreft is echter niet bekend, daarom is gekozen voor 5 uur.

Deze categorieën worden vervolgens samengevoegd tot twee categorieën. Categorie 1 en 2 vormen samen 'te weinig beweging' met de waarde '0'. Categorie 3 en 4 vormen samen 'voldoende beweging' met de waarde '1'.

Gezondheid

Aan de hand van drie vragen wordt in de enquête aandacht besteed aan de gezondheid van de respondenten. Ten eerste wordt gevraagd hoe de respondenten hun gezondheid zelf ervaren. Hierbij kan worden gekozen uit vijf antwoordcategorieën: zeer goed, goed, niet goed, niet slecht, slecht en zeer slecht (Hoeymans et al. 2005). In SPSS worden deze categorieën ingevuld als:

1 : zeer goed

2 : goed

3 : niet goed, niet slecht

4 : slecht

5 : zeer slecht

De respondent wordt ook gevraagd naar chronische ziekten. Indien er sprake is van een chronische ziekte, wordt ook gevraagd om hoeveel aandoeningen het gaat.

Vrijwillig eigen risico:

Tot slot wordt de respondent ook gevraagd naar een vrijwillig eigen risico. Mensen die kiezen voor een vrijwillig eigen risico zijn vaak gezonder, omdat het anders een onvoordelige regeling is. Het is niet zo dat het niet hebben van een vrijwillig eigen risico, aangeeft dat iemand minder gezond is, aangezien ook risico aversie een rol speelt. Indien de respondent een vrijwillig eigen risico heeft, wordt de waarde '0' ingevuld. Als niet is gekozen voor een vrijwillig eigen risico, wordt de waarde '1' ingevuld.

Casussen

De casussen in het laatste deel van de enquête stellen de respondent de vraag of er onderscheid moet worden gemaakt tussen mensen met een gezonde leefstijl en mensen met een ongezonde leefstijl.

Er zijn drie casussen die zich richten op de behandeling van mensen die roken, mensen met obesitas of mensen met leverfalen ten gevolge van hun leefstijl. De respondent wordt gevraagd aan te geven of deze mensen een eigen bijdrage moeten betalen voor hun behandeling en hoe hoog deze eigen bijdrage zou moeten zijn per inkomensklasse.

Er zijn drie casussen die erop zijn gericht om onderscheid tussen de drie determinanten van ongezond gedrag aan te geven.

Er zijn drie casussen die de respondent vragen of mensen met een ongezonde leefstijl in aanmerking komen voor een transplantatie indien nodig.

De laatste drie casussen maken onderscheid tussen mensen met een aandoening door hun leefstijl en mensen met een aandoening door genetische afwijkingen. De vraag is of een van beiden voorrang moet krijgen bij het ontvangen van een donororgaan.

De twaalf casussen geven samen een indicatie voor de solidariteit die bestaat voor de ongezonde leefstijl.

Na het invoeren van de data in SPSS worden van alle variabelen frequentietabellen gemaakt. Deze tabellen geven aan hoe de verdeling over de antwoordcategorieën is. Het zou mogelijk kunnen zijn dat bijvoorbeeld slechts een respondent schadelijke hoeveelheden alcohol consumeert. In dit geval moeten resultaten uit toetsen worden genuanceerd. Deze frequentietabellen zijn samengevat in een tabel die in het volgende hoofdstuk te vinden is.

De gegevens die volgen uit de casussen zullen worden omgezet tot variabelen waarbij twee categorieën mogelijk zijn: gelijke solidariteit of minder solidariteit. De verdeling van deze variabelen is daarom binomiaal. Het percentage van de mensen dat minder solidariteit wil, zal worden berekend. Hierbij zal ook een betrouwbaarheidsinterval van 95 procent worden berekend. Dit geeft aan dat met 95 procent betrouwbaarheid kan worden gezegd dat de waarden binnen het interval vallen.

Door dit te onderzoeken kunnen uitspraken worden gedaan over hoeveel mensen minder solidariteit voor een ongezonde leefstijl willen in de zorg.

Bij het onderzoeken of er een verschil bestaat in de hoeveelheid solidariteit die is gewenst tussen mensen met een ongezonde leefstijl en mensen die gezond leven, wordt gebruik gemaakt van kruistabellen. Deze tabellen geven weer hoeveel mensen met een ongezonde leefstijl minder solidariteit wil en hoeveel mensen die gezond leven dit willen. Vervolgens zal worden onderzocht aan de hand van betrouwbaarheidsintervallen tussen welke waarden deze percentages kunnen liggen. Hiermee kan worden onderzocht of de percentages significant van elkaar verschillen. Hiermee kan dus worden getest of het aantal mensen dat bijvoorbeeld rookt en minder solidariteit voor rokers wil, anders is dan het aantal die dit wil maar zelf niet rookt.

Om de gemiddelde eigen bijdragen per inkomensklasse die volgen uit de data met elkaar te kunnen vergelijken, kan gebruik worden gemaakt van de paired samples t test. Deze test vergelijkt twee gemiddelden met elkaar. Uit de resultaten kan worden opgemaakt of de gemiddelden significant verschillend van elkaar zijn of niet. Deze test is nodig om te kunnen toetsen of de eigen bijdragen die zijn gewenst voor een ongezonde leefstijl, inkomensafhankelijk zijn.

Naast deze drie soorten toetsen zal ook gebruik worden gemaakt van logistische regressie analyse. Logistische regressie analyse wordt gebruikt om te onderzoeken wat voor invloed onafhankelijke variabelen hebben op een afhankelijke variabelen. Bij deze scriptie wordt gebruik gemaakt van binaire logistische regressie analyse. Hierbij hebben alle variabelen die worden meegenomen in de analyse als mogelijke antwoordwaarden '0' of '1'. Er kan onderzoek worden gedaan naar de invloed van variabelen als de leeftijd of het geslacht van mensen op het willen van gelijke of minder solidariteit voor rokers, mensen met overgewicht of mensen die te veel drinken.

§ 5.3 Hypothesen

Aan de hand van de informatie uit de theorie en de vragen uit de enquête worden de volgende hypothesen geformuleerd, die vervolgens zullen worden onderzocht met behulp van de dataset verkregen uit de enquêtes en het programma SPSS.

Hoofdhypothese:

Mensen willen minder solidariteit in de zorg voor mensen met een ongezonde leefstijl.

Deze hypothese is afgeleid van het feit dat het aantal mensen met een ongezonde leefstijl in Nederland toeneemt en doordat de zorg duurder wordt in verband met de vergrijzing. Als mensen dan zelf verantwoordelijk zijn voor medische aandoeningen zal daar minder een gevoel van solidariteit bij bestaan.

Door het toetsen van deze hypothese zal uiteindelijk een antwoord kunnen worden gegeven op de hoofdvraag van deze scriptie:

Komt de solidariteit in de zorg onder druk te staan door de ongezonde leefstijl van een deel van de Nederlanders?

Het is echter niet mogelijk om de hoofdhypothese in een keer te beantwoorden. Hiervoor zullen een aantal deelhypothesen moeten worden getoetst om uiteindelijk tot de hoofdhypothese te komen. De deelhypothesen zijn:

Hypothese 1:

Mensen willen minder solidariteit in het zorgstelsel voor mensen die een ongezonde leefstijl hebben dan nu het geval is.

Dit zal in delen worden onderzocht. De hypothese zal eerst worden getoetst voor roken, overgewicht en alcoholgebruik afzonderlijk. Vervolgens zullen deze gegevens samen leiden tot het toetsen van de hypothese.

De eerste hypothese is gericht op solidariteit ten opzichte van mensen met een ongezonde leefstijl. Naast deze hypothese is het ook interessant om te onderzoeken of er verschillen bestaan voor het willen van solidariteit voor een ongezonde leefstijl tussen mensen die gezond leven en mensen die zelf een ongezonde leefstijl hebben. Om deze reden is de volgende hypothese opgesteld:

Hypothese 2:

Mensen met een gezonde leefstijl willen minder solidariteit in het zorgstelsel dan mensen met een ongezonde leefstijl, voor mensen met een ongezonde leefstijl.

Ook deze hypothese zal eerst worden onderzocht per determinant van een ongezonde leefstijl. Hierbij wordt een vergelijking gemaakt tussen mensen die wel de determinant van een ongezonde leefstijl hebben en mensen die dat niet hebben. De resultaten van de drie toetsen samen zullen leiden tot het toetsen van de opgestelde hypothese.

Naast deze hypothesen zal er ook onderzoek worden gedaan naar een mogelijke eigen bijdrage voor mensen met een ongezonde leefstijl. Hiervoor is de volgende hypothese opgesteld:

Hypothese 3:

Voor mensen met een ongezonde leefstijl is een eigen bijdrage voor de medische kosten gewenst.

Deze hypothese zal worden onderzocht door eerst te onderzoeken hoeveel mensen wel of niet een eigen bijdrage voor een ongezonde leefstijl willen invoeren. Dit zal worden gedaan per determinant van een ongezonde leefstijl. Hieruit zal worden opgemaakt wat dit betekent voor een eigen bijdrage voor een ongezonde leefstijl in het algemeen.

Tevens zal hierbij worden gekeken naar de gewenste hoogte van de eigen bijdrage en of dit inkomensafhankelijk is verdeeld.

Er zal worden onderzocht of er verschil bestaat in de hoeveelheid solidariteit die is gewenst tussen de verschillende determinanten van een ongezonde leefstijl. De volgende hypothese geldt hierbij:

Hypothese 4:

Er bestaat geen verschil tussen de gewenste hoeveelheid solidariteit tussen de verschillende determinanten van een ongezonde leefstijl.

Voor het toetsen van deze hypothese zal gebruik worden gemaakt van de gegevens uit de casussen waarin de respondent is gevraagd aan te geven of er verschil moet bestaan in solidariteit tussen de verschillende determinanten van een ongezonde leefstijl. De drie determinanten zullen ieder ten opzichte van elkaar worden getoetst om de hypothese te kunnen testen.

Tot slot zal worden onderzocht wat voor invloed een aantal eigenschappen van de respondent hebben op het wel of niet willen van minder solidariteit voor een ongezonde leefstijl. Hiervoor is de volgende hypothese opgesteld:

Hypothese 5:

De eigenschappen van de respondent (o.a. leeftijd, geslacht en gezondheid) hebben invloed op de gewenste solidariteit voor mensen met een ongezonde leefstijl.

Bij deze hypothese geldt de hoeveelheid solidariteit voor roken, overgewicht en overmatig alcoholgebruik als afhankelijke variabele.

De eigenschappen van de respondenten zijn de onafhankelijke variabelen. In de analyse worden de volgende eigenschappen meegenomen: leeftijd, geslacht, overgewicht, roken, alcoholgebruik, beweging, eetgewoonten, chronische aandoeningen en vrijwillig eigen risico.

In het volgende hoofdstuk worden de hypothesen getest, die hierboven zijn genoemd. Er wordt gebruik gemaakt van de methoden die zijn geïllustreerd in dit hoofdstuk. Er zullen korte conclusies worden getrokken, die uitgebreid besproken zullen worden in het Conclusie hoofdstuk.

6. Resultaten

§ 6.1 Beschrijving van de onderzoekspopulatie

Voor de enquête over solidariteit in de zorg voor mensen met een ongezonde leefstijl zijn 150 mensen benaderd. Hiervan waren 86 mensen bereid om de enquête in te vullen.

Om de onderzoekspopulatie te beschrijven, worden frequentietabellen gemaakt van de variabelen uit de enquête. De resultaten uit deze frequentietabellen zijn af te lezen in de onderstaande tabel.

Tabel 2. Resultaten frequentietabellen

Variabele	Categorieën	Uitkomst	Uitkomst	Mean	B.I. interval 95% ³	
		(in %)	(in freq)		Lower	Upper
Leeftijd	15-25 jaar	50 %	43	1,71	1,54	1,88
	26-45 jaar	29 %	25			
	46-80 jaar	21 %	18			
Geslacht	Man	37 %	32	0,63	0,52	0,73
	Vrouw	63 %	54			
Overgewicht	Overgewicht	28 %	24	0,72	0,62	0,82
	Gezond Gewicht	72 %	62			
Roken	Niet Roker	81 %	70	0,19	0,10	0,27
	Roker	19 %	16			
Alcoholgebruik	Gezonde Drinker	86 %	74	0,14	0,06	0,21
	Ongezonde Drinker	14 %	12			
Eetgewoonten	Gezond Eten	71 %	61	0,29	0,19	0,39
	Ongezond Eten	29 %	25			
Lichamelijke	Te Weinig Beweging	36 %	31	0,64	0,54	0,74
Activiteit	Voldoende Beweging	64 %	55			
Ervaren	Zeer Goed	19 %	16	1,99	1,86	2,12
Gezondheid	Goed	64 %	55			
	Niet Goed, Niet Slecht	17 %	15			
	Slecht	0 %	0			
	Zeer Slecht	0 %	0			
Chronische	Ja	14 %	12	0,86	0,79	0,94
Aandoeningen	Nee	86 %	74			
Vrijwillig	Ja	25 %	22	0,76	0,66	0,85
Eigen Risico	Nee	75 %	64			

Voor iedere categorie geldt n=86

³ B.I. 95% is een betrouwbaarheidsinterval van 95 procent.

In de tabel is voor iedere variabele te zien hoe groot percentage van de respondenten voor welke categorie heeft gekozen. In de kolom naast de percentages is af te lezen hoeveel respondenten geantwoord hebben in de categorieën.

Het gemiddelde geeft aan wat de gemiddelde waarde is van het gekozen antwoord op de variabele. De variabelen kunnen hierbij de waarden '0' en '1' aannemen. Het gemiddelde ligt tussen deze twee waarden. Voor de variabelen 'Leeftijd' en 'Ervaren Gezondheid' geldt een uitzondering. De variabele 'Leeftijd' kan de waarden '1', '2' en '3' aannemen en de variabele 'Ervaren Gezondheid' kan de waarden '1' tot en met '5' aannemen. Om deze reden kan het gemiddelde voor deze variabelen variëren van respectievelijk 1 tot 3 en 1 tot 5.

Het aantal respondenten in de steekproef is vrij laag. De standaardafwijking is daardoor groot en om deze reden is het gemiddelde niet heel betrouwbaar. Een betrouwbaarheidsinterval is daarom weergegeven in de laatste kolom. Een betrouwbaarheidsinterval van 95 procent geeft aan dat met 95 procent zekerheid kan worden gezegd dat het gemiddelde valt tussen de laagste en hoogste waarden van het interval.

De ondervraagden hebben een leeftijd tussen de 16 en 76 jaar oud. Hierbij is 31,5 de gemiddelde leeftijd. De helft van de respondenten heeft een leeftijd tussen de 15 en 25 jaar, waarbij de meerderheid 20 of 21 jaar oud is. 29 procent heeft een leeftijd van 26-45 jaar en 21 procent een leeftijd van 46 tot 80 jaar.

Het merendeel van de ondervraagden is vrouw, namelijk 63 procent. De overige 37 procent geeft aan man te zijn.

Door het gewicht van de respondenten te delen door de lengte in het kwadraat wordt de BMI gevonden. 28 procent van de ondervraagden heeft een BMI hoger dan 25, wat betekent dat er sprake is van overgewicht. De overige 72 procent heeft een gezond gewicht.

Op de vraag of de respondenten roken of niet, is in 81 procent van de gevallen negatief geantwoord. 19 procent van de ondervraagden geeft aan wel te roken.

De categorie 'gezonde drinker' omvat 86 procent van de mensen uit de steekproef. De overige 14 procent consumeert een ongezonde hoeveelheid alcohol per week en behoort daarom tot de categorie 'ongezonde drinker'.

De hoeveelheid tussendoortjes en fastfood/snackbareten samengevoegd geeft een indicatie over de eetgewoonten van de respondenten. 71 procent van de ondervraagden is een gezonde eter, terwijl 29 procent een ongezonde eter is.

Voor het meten van de lichamelijke activiteit is het aantal uren sport en beweging gevraagd. Hieruit blijkt dat 36 procent van de respondenten te weinig beweegt, tegenover 64 procent van de ondervraagden die voldoende bewegen.

Er is ook gevraagd naar de ervaring van de gezondheid van de ondervraagde. Opvallend is dat geen enkele respondent zijn gezondheid als slecht of zeer slecht ervaart. Het merendeel,

64 procent, ervaart zijn gezondheid als goed. 10 procent vindt dat zijn gezondheid zelfs zeer goed is en 17 procent antwoordt dat de gezondheid niet goed en niet slecht is.

Slechts 14 procent van de respondenten geeft aan een chronische ziekte te hebben. Hierbij gaat het in alle gevallen om één aandoening. 86 procent van de ondervraagden heeft geen enkele chronische aandoening.

Tot slot heeft een vierde van de ondervraagden aangegeven te hebben gekozen voor een vrijwillig eigen risico naast het verplichte eigen risico van 150 euro. De overige 75 procent heeft hier niet voor gekozen.

§ 6.2 Analyses Solidariteit

Om solidariteit te kunnen meten, is in de enquête een aantal casussen opgenomen waarin de respondent wordt gevraagd te beslissen of er minder solidariteit moet bestaan voor een determinant van een ongezonde leefstijl. In deze paragraaf wordt besproken hoe de data worden verwerkt.

§ 6.2.1 Variabelen voor solidariteit

In SPSS worden de casussen als volgt bewerkt. Indien het antwoord op een casus staat voor geen verandering in de solidariteit in het zorgstelsel, krijgt het antwoord de waarde '0'. Indien het antwoord aangeeft dat er minder solidariteit moet zijn voor een determinant van een ongezonde leefstijl, krijgt het antwoord de waarde '1'.

De casussen 1-3 en 7-12 richten zich op verschillen in solidariteit tussen mensen met een ongezonde leefstijl en gezond levende mensen. De casussen 4-6 richten zich op verschillen tussen de verschillende determinanten van een ongezonde leefstijl.

De casussen 1,9 en 12 richten zich op solidariteit voor rokers. In SPSS worden deze drie variabelen samengevoegd tot een variabele Casusroken.

De casussen 2,8 en 11 richten zich op solidariteit voor mensen met obesitas. In SPSS worden deze drie variabelen samengevoegd tot een variabele Casusobesitas.

De casussen 3,7 en 10 richten zich op solidariteit voor zware alcoholgebruikers. In SPSS worden deze drie variabelen samengevoegd tot een variabele Casusalcohol.

Voor de drie variabelen geldt dat een score van '0' betekent gelijke solidariteit tussen de determinant van een ongezonde leefstijl en gezond levende mensen. Een score van '3' betekent dat bij alle casussen is aangegeven dat er minder solidariteit moet bestaan tussen mensen met een ongezonde leefstijl en gezond levende mensen.

Solidariteit in de zorg

0 : gelijke solidariteit

1 : minder solidariteit

2 : veel minder solidariteit

3 : geen solidariteit

Om inzichtelijk te maken hoe er op de casussen is geantwoord door de respondenten, zullen frequentietabellen worden gemaakt van de samengevoegde variabelen over roken, obesitas en alcoholgebruik. De resultaten uit de frequentietabellen zijn samengevat in de onderstaande tabel.

Tabel 3. Resultaten frequentietabellen solidariteit

Variabele	Categorieën	Uitkomst (in %)	Uitkomst (in freq)
Casussen over roken	Gelijke solidariteit	19,8 %	17
	Minder solidariteit	32,6 %	28
	Veel minder solidariteit	36,0 %	31
	Geen solidariteit	11,6 %	10
Casussen over overgewicht	Gelijke solidariteit	20,9 %	18
	Minder solidariteit	39,5 %	34
	Veel minder solidariteit	30,2 %	26
	Geen solidariteit	9,3 %	8
Casussen over alcoholgebruik	Gelijke solidariteit	18,6 %	16
	Minder solidariteit	29,1 %	25
	Veel minder solidariteit	36 %	31
	Geen solidariteit	16,3 %	14

Voor iedere casus geldt n=86

Uit de frequentietabellen blijkt dat bij zowel roken als overgewicht en alcoholgebruik het meest geantwoord wordt in de categorieën 'minder solidariteit' en 'veel minder solidariteit'. In alle drie de gevallen wordt het minst geantwoord in de categorie 'geen solidariteit'.

In Bijlage 2 is een volledig overzicht te vinden van de frequentietabellen van alle casussen uit de enquête.

Om onderzoek te doen naar de solidariteit voor een ongezonde leefstijl worden de antwoordcategorieën samengevoegd tot twee categorieën: de solidariteit blijft gelijk of de solidariteit wordt minder. Om deze reden worden de categorieën 'minder solidariteit', 'veel minder solidariteit' en 'geen solidariteit' samengevoegd tot een categorie, namelijk 'minder solidariteit voor ongezonde leefstijl'. Het samenvoegen tot twee categorieën maakt de gegevens hanteerbaarder voor analyse.

Voor deze indeling in twee categorieën is gekozen, omdat alle drie de categorieën aangeven dat er een vermindering van de solidariteit is gewenst. De mate van vermindering van solidariteit verschilt echter. Indien bij een van de drie casussen is geantwoord ten nadele van personen met een ongezonde leefstijl, wordt dit in de analyse gezien als dat er minder solidariteit is gewenst. Hier kan tegenin worden gebracht dat in dit geval bij twee van de drie casussen ten voordele van de persoon met een ongezonde leefstijl is geantwoord. Dit lijkt meer te neigen naar gelijke solidariteit (2/3) dan minder solidariteit (1/3). Er is toch besloten dit te rekenen tot minder solidariteit. Hoewel er bij twee casussen gelijke solidariteit is gewenst, is er ook 1 casus waarbij minder solidariteit is gewenst. Er kan dus niet worden gezegd dat er gelijke solidariteit is gewenst. Wat wel kan worden gezegd, is dat minder solidariteit is gewenst bij een van de drie casussen. Hoewel de gewenste verandering in solidariteit gering is, is er wel degelijk sprake van een gewenste verandering. Om deze reden kan deze categorie worden meegenomen bij 'minder solidariteit'.

Wanneer de variabelen worden omgezet, zodat er twee categorieën ontstaan, ontstaan de volgende frequentietabellen. In de tabel is zowel het percentage van de respondenten weergegeven als de frequenties.

Tabel 4. Resultaten frequentietabellen solidariteit

Variabele	Categorie	Uitkomst (in %)	Uitkomst (in freq)
Casussen over roken	Gelijke solidariteit	19,8 %	17 respondenten
	Minder solidariteit	80,2 %	69 respondenten
Casussen over overgewicht	Gelijke solidariteit	20,9 %	18 respondenten
	Minder solidariteit	79,1 %	68 respondenten
Casussen over alcoholgebruik	Gelijke solidariteit	18,6 %	16 respondenten
	Minder solidariteit	81,4 %	70 respondenten

Voor iedere casus geldt n=86

Bij de casussen over roken, overgewicht en alcoholgebruik blijkt de verdeling over de categorieën per onderwerp nagenoeg gelijk te zijn. Gemiddeld 17 respondenten willen gelijke solidariteit in de zorg voor een ongezonde leefstijl, terwijl gemiddeld 69 respondenten kiezen voor minder solidariteit voor een ongezonde leefstijl. In procenten betekent dit dat ongeveer 20 procent van de respondenten slechts wil dat er gelijke solidariteit voor mensen met een ongezonde leefstijl blijft in het zorgstelsel.

In de volgende paragrafen zullen de drie onderdelen van een ongezonde leefstijl verder worden onderzocht.

§ 6.2.2 Testen van de solidariteit

Of er minder solidariteit is gewenst voor mensen met een ongezonde leefstijl, zal worden onderzocht per determinant van een ongezonde leefstijl. Achtereenvolgens is dit roken, overgewicht en overmatig alcoholgebruik.

Er zal worden gekeken naar de gemiddelde waarde die als antwoord is gegeven. De respondent kon kiezen tussen waarde '0' : gelijke solidariteit en waarde '1' : minder solidariteit. Dit gemiddelde is gelijk aan de fractie van de respondenten dat heeft gekozen voor minder solidariteit voor een ongezonde leefstijl. Voor deze fractie wordt een betrouwbaarheidsinterval van 95 procent berekend. De werkelijke fractie mensen die minder solidariteit voor een ongezonde leefstijl wil, ligt met 95 procent betrouwbaarheid binnen het interval. Hierbij moet als kanttekening worden vermeld dat de steekproef niet representatief is.

In tabel 5. zijn de betrouwbaarheidsintervallen weergegeven.

Tabel 5. Resultaten toetsen gemiddelde Casussen solidariteit

Variabele	Mean	B.I. 95 %	
		Lower	Upper
Casussen over roken	0,80	0,72	0,89
Casussen over overgewicht	0,79	0,70	0,88
Casussen over overmatig alcoholgebruik	0,81	0,73	0,90

Voor ieder casus geldt n=86

In de tabel is te zien dat de fracties van de respondenten die kiezen voor minder solidariteit bij alle drie de determinanten van een ongezonde leefstijl ongeveer 0,8 is. Het betrouwbaarheidsinterval geeft aan dat met 95 procent betrouwbaarheid kan worden gezegd dat het percentage mensen dat minder solidariteit wil voor mensen die roken, valt tussen de 72 procent en 89 procent. Dit is een opvallend hoog percentage.

Voor overgewicht wil tussen de 70 en 88 procent van de mensen minder solidariteit (B.I. 95%) en voor overmatig alcoholgebruik wil tussen de 73 en 90 procent van de mensen minder solidariteit in de zorg (B.I. 95%).

Hieruit kan worden geconcludeerd dat de meerderheid van de mensen minder solidariteit in de zorg wil voor mensen met een ongezonde leefstijl.

§ 6.3 Verschillen in de gewenste solidariteit

Uit de vorige paragraaf is gebleken dat de meerderheid van de respondenten minder solidariteit in het zorgstelsel willen voor mensen met een ongezonde leefstijl. Het is interessant om te onderzoeken of deze wens verschilt tussen mensen die gezond leven en mensen die een ongezonde leefstijl hebben. Anders gezegd: Willen mensen die gezond leven minder solidariteit voor een ongezonde leefstijl, dan mensen die zelf een ongezonde leefstijl hebben?

In deze paragraaf zal hypothese twee worden getoetst. Eerst zullen de determinanten van een ongezonde leefstijl afzonderlijk worden onderzocht. Vervolgens zal worden gekeken naar een ongezonde leefstijl in het algemeen.

In de onderstaande tabel zijn de percentages van respondenten af te lezen die wel of niet kiezen voor gelijke solidariteit, afhankelijk van het feit of ze zelf ongezond leven:

Tabel 6. Percentages respondenten waarbij leefstijl is afgezet tegen gewenste solidariteit

Variabele	Gewenste solidariteit	Aantal (in %)	Aantal (in freq)
Niet roken	Gelijke solidariteit	18,6 %	13
	Minder solidariteit	81,4 %	57
Roken	Gelijke solidariteit	25,0 %	4
	Minder solidariteit	75,0 %	12
Gezond gewicht	Gelijke solidariteit	19,4 %	12
	Minder solidariteit	80,6 %	50
Ongezonder gewicht	Gelijke solidariteit	25,0 %	6
	Minder solidariteit	75,0 %	18
Gezond drinken	Gelijke solidariteit	20,3 %	15
	Minder solidariteit	79,7 %	59
Ongezonder drinken	Gelijke solidariteit	8,3 %	1
	Minder solidariteit	91,7 %	11

Voor iedere casus geldt n=86

Uit de tabel blijkt dat voor een aantal variabelen weinig waarnemingen aanwezig zijn. Zo is er maar één respondent die te veel alcohol consumeert en gelijke solidariteit wil voor mensen die te veel alcohol gebruiken. Het aantal mensen dat zelf een ongezonde leefstijl heeft, blijkt ook aanzienlijk lager te zijn dan het aantal mensen dat gezond leeft. Dit zorgt ervoor dat de percentages minder betrouwbaar zijn.

Wat kan worden opgemaakt uit de tabel is dat in alle gevallen meer mensen kiezen voor minder solidariteit dan voor gelijke solidariteit. Dit blijkt te gelden voor zowel mensen die zelf ongezond leven als voor mensen die gezond leven.

Om te onderzoeken of mensen die gezond leven minder solidariteit willen dan mensen die ongezond leven wordt de gemiddelde waarde van het antwoord dat gezond levende mensen geven, vergeleken met de gemiddelde waarde van het antwoord dat ongezonde levende mensen geven. Dit betekent dat de fractie van de mensen die gezond leven en minder solidariteit wil, wordt vergeleken met de fractie van de mensen die ongezond leven en minder solidariteit wil. Hierbij wordt een betrouwbaarheidsinterval van 95 procent berekend. Hierdoor kan met 95 procent zekerheid worden gezegd dat de gemiddelde waarde van het antwoord ligt tussen de laagste en hoogste waarde van het interval. Onderzocht wordt of de betrouwbaarheidsintervallen van gewenste solidariteit van gezond levende mensen en gewenste solidariteit van ongezond levende mensen elkaar overlappen. Bij overlap kan niet worden geconcludeerd dat de fracties significant van elkaar verschillen.

In de onderstaande tabel zijn de resultaten hiervan weergegeven voor de determinanten roken, overgewicht en overmatig alcoholgebruik.

Tabel 7. Gemiddelden en Betrouwbaarheidsintervallen voor de gewenste solidariteit per determinant van een ongezonde leefstijl, bekeken vanuit gezond of ongezond leven.

Variabele	Eigenschap respondent	Mean	B.I. 95 %	
			Lower	Upper
Gewenste solidariteit voor roken	Niet roken	0,81	0,72	0,91
	Roken	0,75	0,51	0,99
Gewenste solidariteit voor overgewicht	Gezond gewicht	0,81	0,71	0,91
	Overgewicht	0,75	0,56	0,94
Gewenste solidariteit voor overmatig alcoholgebruik	Gezond drinken	0,80	0,70	0,89
	Ongezond drinken	0,92	0,73	1,00

Voor iedere casus geldt n=86

Wanneer wordt gekeken naar de gewenste solidariteit voor rokers kan worden geconcludeerd dat met 95 procent betrouwbaarheid kan worden gezegd dat het percentage mensen dat zelf niet rookt en kiest voor minder solidariteit voor rokers valt tussen de 72 en 91 procent. Bij mensen die zelf roken valt dit tussen de 51 en 99 procent.

Uit de tabel blijkt dat de betrouwbaarheidsintervallen van rokers en niet-rokers elkaar overlappen. Dit betekent dat niet kan worden gezegd dat de gemiddelde waarden significant van elkaar verschillen (bij een betrouwbaarheidsinterval van 95%). Mensen die niet roken willen niet meer of minder solidariteit voor mensen die roken, dan de mensen die wel roken willen.

Wanneer wordt gekeken naar de gewenste solidariteit voor mensen met overgewicht kan hetzelfde worden geconcludeerd als bij de gewenste solidariteit voor mensen met overgewicht. De gemiddelde waarde is hoger bij mensen die zelf een gezond gewicht

hebben. Gezien de overlap van de betrouwbaarheidsintervallen kan worden geconcludeerd dat mensen die een gezond gewicht hebben niet meer of minder solidariteit willen voor mensen met overgewicht, dan mensen met overgewicht willen.

Wanneer wordt gekeken naar de gewenste solidariteit voor mensen die te veel alcohol consumeren blijkt een andere conclusie te gelden. De fractie mensen die zelf te veel alcohol gebruiken en minder solidariteit willen, is met 0,92 hoger dan de fractie van de mensen die gezond drinken en minder solidariteit wil. Met 95 procent betrouwbaarheid kan worden gezegd dat het percentage mensen die gezonde drinkers zijn en minder solidariteit wil voor mensen die te veel alcohol consumeren, valt tussen de 70 en 89 procent. Voor mensen die zelf te veel alcohol consumeren valt dit tussen de 73 en 100 procent. De betrouwbaarheidsintervallen van beide variabelen blijken te overlappen. Dit betekent dat de gemiddelde waarden niet significant van elkaar verschillen.

Hieruit kan worden geconcludeerd dat mensen die zelf gezond leven niet significant minder solidariteit willen in het zorgstelsel voor mensen met een ongezonde leefstijl, dan mensen die zelf ongezond leven. Dit blijkt ook uit het feit dat alle betrouwbaarheidsintervallen uit de tabel elkaar overlappen. Dit geeft aan dat ook de gemiddelde waarden voor gewenste solidariteit voor roken, overgewicht en overmatig alcoholgebruik onderling niet van elkaar verschillen.

§ 6.4 Eigen bijdrage ongezonde leefstijl

In de enquête is de respondenten gevraagd aan te geven of mensen met een ongezonde leefstijl een eigen bijdrage moeten betalen voor hun medische behandelingen en hoe hoog deze bijdrage moet zijn per inkomensklasse. In deze paragraaf zal worden onderzocht of mensen een eigen bijdrage willen voor mensen met een ongezonde leefstijl en of deze bijdrage inkomensafhankelijk moet zijn.

In de volgende tabel staan de percentages voor het wel of niet kiezen voor een eigen bijdrage voor mensen met een ongezonde leefstijl:

Tabel 8. Frequenties en Percentages eigen bijdragen

Variabele	Categorie	Uitkomst (in %)	Uitkomst (in freq)
Eigen bijdrage roken	Ja	45,3 %	39
	Nee	54,7 %	47
Eigen bijdrage overgewicht	Ja	40,7 %	35
	Nee	59,3 %	51
Eigen bijdrage alcohol gebruik	Ja	53,5 %	46
	Nee	46,5 %	40

Voor iedere casus geldt n=86

Opvallend is dat in tegenstelling tot een eigen bijdrage voor rokers of mensen met overgewicht, het merendeel van de respondenten vindt dat mensen die te veel alcohol gebruiken een eigen bijdrage moeten betalen.

Nu kan worden onderzocht wat het betrouwbaarheidsinterval van 95 procent is voor de percentages mensen die wel of niet een eigen bijdrage voor een ongezonde leefstijl willen. Hierbij is het gemiddelde gelijk aan de fractie mensen die geen eigen bijdrage wil voor een ongezonde leefstijl. De resultaten van de betrouwbaarheidsintervallen staan in tabel 9.

Tabel 9. Gemiddelde en betrouwbaarheidsinterval eigen bijdragen

Variabele	Mean	B.I. 95 %	
		Lower	Upper
Eigen Bijdrage Roken	0,55	0,44	0,65
Eigen Bijdrage Overgewicht	0,59	0,49	0,70
Eigen Bijdrage Overmatig alcoholgebruik	0,47	0,36	0,57

Voor iedere casus geldt n=86

In de tabel is te zien dat bij de vraag naar een eigen bijdrage voor mensen die roken of overgewicht hebben in iets meer dan de helft van de gevallen is aangegeven dat er geen eigen bijdrage is gewenst. Bij overmatig alcoholgebruik is juist door iets meer dan de helft van de respondenten aangegeven dat een eigen bijdrage wel is gewenst.

De betrouwbaarheidsintervallen geven aan dat de percentages mensen die geen eigen bijdrage voor een ongezonde leefstijl willen rond de vijftig procent liggen. Het aantal mensen dat een eigen bijdrage wil voor een ongezonde leefstijl blijkt dus niet erg hoog of laag te zijn.

Indien respondenten hebben aangegeven dat een eigen bijdrage moet worden betaald, is ook gevraagd hoe hoog deze eigen bijdrage zou moeten zijn per inkomensklasse. De categorieën waaruit kan worden gekozen zijn per casus verschillend, afhankelijk van de kosten van de behandeling. In de onderstaande tabellen staan de percentages weergegeven per categorie. Ook is de gemiddelde eigen bijdrage per inkomensklasse berekend.

De linkerkolom geeft de hoogte van het inkomen aan. Een laag inkomen betreft een inkomen tot 20.000 euro. Een middel inkomen is van 20.000 euro tot 50.000 euro. Een hoog inkomen betekent een hoger inkomen dan 50.000 euro.

In de bovenste rij is de gewenste hoogte van de eigen bijdrage weergegeven. Voor het berekenen van het gemiddelde is gekozen voor de gemiddelde waarden. Voor de laatste categorie is het startbedrag meegenomen in de berekening.

Tabel 9. Casus Eigen Bijdrage voor Roken

Variabele	1.	2.	3.	4.	Geen	N	Mean
	Tot	€1.000 tot	€7.000 tot	Meer dan	eigen		
	€1.000	€7.000	€10.000	€10.000	bijdrage		
Laag	31,4 %	11,6 %	0 %	2,3%	54,7 %	86	€ 855
Middel	12,8 %	20,9 %	7,0 %	4,7 %	54,7 %	86	€ 1.959
Hoog	8,1 %	17,4 %	10,5 %	9,3 %	54,7 %	86	€ 2.558

Tabel 10. Casus Eigen Bijdrage voor Overgewicht

Variabele	1.	2.	3.	4.	Geen	N	Mean
	Tot € 100	€ 100 tot	€ 500 tot	Meer dan	eigen		
		€ 500	€1.000	€1.000	bijdrage		
Laag	18,6 %	17,4 %	3,5 %	1,2 %	59,3%	86	€ 109
Middel	5,8 %	17,4 %	11,6 %	5,8 %	59,3 %	86	€ 203
Hoog	3,5 %	10,5 %	11,6 %	15,1 %	59,3 %	86	€ 273

Tabel 11. Casus Eigen Bijdrage voor Overmatig Alcoholgebruik

Variabele	1.	2.	3.	4.	Geen	N	Mean
	Tot	€1.000 tot	€10.000	Meer dan	eigen		
	€1.000	€10.000	tot	€20.000	bijdrage		
			€20.000				
Laag	43,0 %	8,1 %	1,2 %	1,2 %	46,5 %	86	€ 1.285
Middel	20,9 %	24,4 %	4,7 %	3,5 %	46,5 %	86	€ 2.948
Hoog	14,0 %	18,6 %	15,1 %	5,8 %	46,5 %	86	€ 4.593

Voor iedere casus geldt n=86

53,5 procent van de respondenten wil dat een eigen bijdrage wordt ingevoerd voor de kosten van medische behandelingen van mensen die te veel drinken. Bij de casus over overgewicht zijn is maar 40,7 procent van de respondenten hier voorstander van.

Te zien is dat bij iedere casus de gemiddelde eigen bijdrage oploopt naarmate het inkomen hoger wordt. Hoe lager de inkomensklasse, hoe vaker wordt gekozen voor een lage eigen bijdrage.

Om te onderzoeken of de hoogte van de eigen bijdrage inkomensafhankelijk is, zal worden getoetst of de gemiddelde eigen bijdragen per casus significant verschillend van elkaar zijn.

Dit kan worden onderzocht met behulp van een paired samples t test. Hierbij wordt de volgende hypothese getest:

$$H_0 : \mu_1 = \mu_2$$

$$H_a : \mu_1 \neq \mu_2$$

Hierbij zijn μ_1 en μ_2 de gemiddelden van de eigen bijdragen per inkomensklasse. De gemiddelden zijn normaal verdeeld en er wordt getest met een significantieniveau van $\alpha = 0,05$.

Uit de toetsen komen de volgende resultaten:

Tabel 12. Resultaten paired samples t test

Casus	Toets	Verskil gemiddelden	Overschrijdingskans
Casus 1	Laag inkomen : middel inkomen	€ -1.104,65	0,000
	Middel inkomen : hoog inkomen	€ -598,84	0,000
	Laag inkomen : Hoog inkomen	€ -1.703,49	0,000
Casus 2	Laag inkomen : middel inkomen	€ -94,77	0,000
	Middel inkomen : hoog inkomen	€ -69,77	0,000
	Laag inkomen : Hoog inkomen	€ -164,55	0,000
Casus 3	Laag inkomen : middel inkomen	€ -1662,79	0,000
	Middel inkomen : hoog inkomen	€ -1645,35	0,000
	Laag inkomen : Hoog inkomen	€ -3308,14	0,000

Voor iedere casus geldt $n=86$

In de tabel is af te lezen dat voor iedere vergelijking tussen de gemiddelden geldt dat de overschrijdingskans gelijk is aan 0,000. Dit is lager dan het significantieniveau van $\alpha = 0,05$. Daarom wordt de nulhypothese voor alle paired samples t testen verworpen. De gemiddelden van de eigen bijdrage per inkomensklasse zijn per casus in alle gevallen niet gelijk aan elkaar.

Hieruit kan worden geconcludeerd dat het inkomen van de persoon met een ongezonde leefstijl een rol speelt in de hoogte van de eigen bijdrage die is gewenst door de respondenten. Hoe hoger het inkomen van de persoon met de ongezonde leefstijl is, hoe hoger de eigen bijdrage moet zijn.

Met de paired samples t test is berekend of de gewenste eigen bijdrage voor een ongezonde leefstijl inkomensafhankelijk is verdeeld. Dit bleek het geval. Het is ook interessant om te onderzoeken hoe hoog de gemiddelde eigen bijdrage moet zijn. Eerder is wel het gemiddelde gegeven van de eigen bijdrage, maar door het berekenen van

betrouwbaarheidsintervallen kan met 95 procent betrouwbaarheid worden gezegd tussen welke waarden de gewenste hoogte van de eigen bijdrage valt. De resultaten staan in de volgende tabel.

Tabel 13. Betrouwbaarheidsintervallen van de gemiddelde hoogten van de gewenst eigen bijdrage.

Casus	Inkomen	Gemiddelde eigen bijdrage	B.I. 95 %	
			Lower	Upper
Casus Eigen bijdrage voor roken	Laag inkomen	€ 855	€ 449	€ 1.260
	Middel inkomen	€ 1.959	€ 1.304	€ 2.615
	Hoog inkomen	€ 2.558	€ 1.777	€ 3.340
Casus Eigen bijdrage voor overgewicht	Laag inkomen	€ 109	€ 67	€ 150
	Middel inkomen	€ 203	€ 136	€ 271
	Hoog inkomen	€ 273	€ 189	€ 357
Casus Eigen bijdrage voor overmatig alcoholgebruik	Laag inkomen	€ 1.285	€ 656	€ 1.914
	Middel inkomen	€ 2.948	€ 1.906	€ 3.989
	Hoog inkomen	€ 4.593	€ 3.196	€ 5.990

Voor iedere casus geldt n=86

Uit de tabel is af te lezen tussen welke waarden de hoogte van de eigen bijdrage met 95 procent betrouwbaarheid vallen. Goed te zien is dat de gewenste hoogten van eigen bijdragen zeer verschilt per inkomensklasse. Bij overmatig alcoholgebruik varieert de hoogte van de eigen bijdrage van bijna zevenhonderd euro tot bijna zesduizend euro. Opvallend is dat de betrouwbaarheidsintervallen per casus elkaar in een aantal gevallen elkaar overlappen.

§ 6.5 Vergelijken van roken, overgewicht en alcoholgebruik

In de vorige paragrafen zijn toetsen uitgevoerd waarmee per determinant van de ongezonde leefstijl de gewenste solidariteit is onderzocht. In deze paragraaf zal onderzoek worden gedaan naar een mogelijke rangorde tussen de determinanten. De vraag hierbij is of voor de drie determinanten evenveel solidariteit is gewenst of dat er verschillen bestaan. Dit zal worden onderzocht door gebruik te maken van de gegevens die volgen uit de casussen vier tot en met zes.

Bij deze casussen is de respondent gevraagd te kiezen tussen de determinanten. Het is ook mogelijk dat mensen geen verschil willen. Uit frequentietabellen van de drie casussen volgen deze resultaten:

Tabel 14. Resultaten frequentietabellen casus 4-6

Variabele	Categorie	Uitkomst (in %)	Uitkomst (in freq)
Casus roken vs overgewicht	Roken	10,5 %	9
	Overgewicht	19,8 %	17
	Neutraal	69,8 %	60
Casus Roken vs alcoholgebruik	Roken	15,1 %	13
	Alcoholgebruik	10,5 %	9
	Neutraal	74,4 %	64
Casus Overgewicht vs Alcoholgebruik	Overgewicht	26,7 %	23
	Alcoholgebruik	5,8 %	5
	Neutraal	67,4 %	58

Voor iedere casus geldt n=86

In de tabel is te zien dat bij alle drie de casussen het merendeel van de respondenten aangeeft, dat er geen verschil in solidariteit zou moeten bestaan tussen de verschillende determinanten van een ongezonde leefstijl. Indien een respondent heeft aangegeven dat er wel verschil zou moeten zijn, is dit in de meeste gevallen in het voordeel voor de mensen met overgewicht. Het minst vaak wordt voordeel gewenst voor mensen die te veel alcohol gebruiken.

Indien neutraal is gegeven als antwoord, betekent dit dat de respondent vindt dat er geen verschil moet bestaan in de solidariteit voor de verschillende determinanten van een ongezonde leefstijl. Als een van de andere categorieën is gegeven als antwoord, betekent dit dat er wel een verschil in solidariteit gewenst is. Om te onderzoeken welk percentage van de mensen wil dat er geen verschil bestaat tussen de determinanten en welk percentage wel verschil wil, worden de twee categorieën die verschil aangeven, samengevoegd.

Vervolgens worden betrouwbaarheidsintervallen van 95 procent berekend, zodat bekend wordt tussen welke waarden het percentage met 95 procent betrouwbaarheid valt. De resultaten zijn in tabel 15 weergegeven.

Tabel 15. Betrouwbaarheidsintervallen voor wel of geen verschil in solidariteit tussen de verschillende determinanten van een ongezonde leefstijl.

Variabele	Solidariteit	Mean	B.I. 95 %	
			lower	upper
Casus Roken vs. Overgewicht	Vershil	0,30	0,20	0,40
	Geen verschil	0,70	0,60	0,80
Casus Roken vs. Alcoholgebruik	Vershil	0,26	0,16	0,35
	Geen verschil	0,74	0,65	0,84
Casus Overgewicht vs. Alcoholgebruik	Vershil	0,33	0,23	0,42
	Geen verschil	0,67	0,57	0,78

Voor iedere casus geldt n=86

Uit de tabel is af te lezen dat bij alle drie de casussen de meerderheid van de respondenten aangeeft geen verschil te willen in de hoeveelheid solidariteit tussen de verschillende determinanten van een ongezonde leefstijl. Dit volgt ook uit de betrouwbaarheidsintervallen van 95 procent. Met 95 procent betrouwbaarheid kan worden gezegd dat het percentage mensen dat geen verschil wil in solidariteit valt tussen ongeveer 60 procent en 80 procent. In de tabel zijn de werkelijke percentages af te lezen. Omdat de meerderheid van de respondenten aangeeft geen verschil te willen in solidariteit, kan worden geconcludeerd dat, hoewel mensen minder solidariteit willen voor een ongezonde leefstijl, er geen verschil is gewenst in solidariteit tussen de verschillende determinanten van een ongezonde leefstijl.

§ 6.6 Logistische regressie analyse

In de vorige paragrafen is onderzoek gedaan naar solidariteit en een ongezonde leefstijl. Hierbij is vastgesteld dat er minder solidariteit gewenst is voor mensen die een ongezonde leefstijl hebben. In deze paragraaf zal worden onderzocht wat voor invloed de eigenschappen van de respondent hebben op het wensen van minder solidariteit voor mensen met een ongezonde leefstijl. Dit kan worden onderzocht door het toepassen van logistische regressie analyse. Bij logistische regressie analyse wordt het effect van onafhankelijke variabelen op een afhankelijke variabele gemeten. Hierbij zijn alle variabelen gecodeerd als dummy-variabelen met de mogelijke waarden van '0' en '1'. De variabele leeftijd is hiervoor omgezet in twee categorieën: namelijk '0' :van 0 tot 30 jaar en '1' : van 31 jaar tot 80 jaar.

De analyses zullen als afhankelijke variabelen de gewenste solidariteit voor rokers, mensen met overgewicht en mensen die te veel drinken hebben.

De onafhankelijke variabelen die worden meegenomen in de analyse zijn: leeftijd, geslacht, overgewicht, roken, alcoholgebruik, beweging, eetgewoonten, chronische aandoeningen en vrijwillig eigen risico.

In de analyse zijn de gegevens van de 86 respondenten meegenomen waarbij geen missing values waren. De volgende resultaten komen uit de toets:

Tabel 16. Resultaten logistische regressie analyse

Afhankelijke Variabele	Variabele	Bèta	Overschrijdingskans	R Square
Solidariteit voor roken	Leeftijd	-0,323	0,595	Tussen de 0,050 en 0,080
	Geslacht	-0,282	0,648	
	Overgewicht	0,006	0,993	
	Roken	-0,168	0,822	
	Alcoholgebruik	-0,185	0,816	
	Beweging	-0,737	0,258	
	Eetgewoonten	0,315	0,636	
	Chronische aandoeningen	-1,002	0,365	
	Vrijwillig eigen risico	-0,504	0,494	
Solidariteit voor overgewicht	Leeftijd	-0,015	0,981	Tussen de 0,160 en 0,249
	Geslacht	0,095	0,881	
	Overgewicht	0,388	0,573	
	Roken	-0,627	0,414	
	Alcoholgebruik	0,870	0,348	
	Beweging	-1,508	0,038	
	Eetgewoonten	0,921	0,222	
	Chronische aandoeningen	-19,997	0,999	
	Vrijwillig eigen risico	-0,567	0,466	
Solidariteit voor alcoholgebruik	Leeftijd	-0,243	0,709	Tussen de 0,112 en 0,181
	Geslacht	-0,173	0,798	
	Overgewicht	-0,241	0,746	
	Roken	-0,626	0,436	
	Alcoholgebruik	1,586	0,171	
	Beweging	-1,793	0,029	
	Eetgewoonten	0,225	0,750	
	Chronische aandoeningen	-1,101	0,349	
	Vrijwillig eigen risico	-0,116	0,881	

Voor iedere variabele geldt n=86

Bij de toets naar de solidariteit voor rokers is te zien dat geen van de variabelen in het model een significante invloed hebben op het wel of niet willen van solidariteit voor rokers. De overschrijdingskansen van deze variabelen zijn immers hoger dan het significantieniveau van $\alpha=0,05$. De variabelen in het model leveren dus geen significante bijdrage aan de verklaring van de variantie in het wel of niet willen van solidariteit voor rokers. De R square van het model valt tussen de 0,050 en 0,080. Dit betekent dat slechts vijf tot acht procent van de variantie van gelijke of minder solidariteit wordt verklaard door de variabelen die nu in het model zijn meegenomen.

Bij de toets naar de solidariteit voor mensen met overgewicht is te zien dat de variabele 'beweging' een significante bijdrage levert in de verklaring van de variantie in het wel of niet willen van minder solidariteit voor mensen met overgewicht. De overschrijdingskans is immers lager dan het significantieniveau van $\alpha=0,05$. Bij deze variabele staat de waarde '0' voor te weinig beweging en de waarde '1' voor voldoende beweging. De bèta van deze variabele is in het model gelijk aan -1,508. Het hebben van voldoende beweging zorgt dus voor een daling van -1,508 in het wel of niet willen van minder solidariteit. De uitkomstwaarde zal dichterbij '0' komen, die staat voor het willen van gelijke solidariteit voor mensen met overgewicht.

De overige variabelen die zijn meegenomen in het model, blijken geen significantie bijdrage te leveren in de verklaring van de variantie van het wel of niet willen van minder solidariteit voor mensen met overgewicht.

De R square van het model ligt tussen de 0,160 en 0,249. Dit betekent dat het model tussen de zestien en vijftien procent van de variantie verklaart.

Bij de toets naar de solidariteit voor mensen die te veel alcohol gebruiken, is te zien dat de variabele 'beweging' net als in het vorige model als enige een significante bijdrage levert in de verklaring van de variantie in het wel of niet willen van minder solidariteit voor mensen die te veel alcohol gebruiken. De bèta bij deze variabele in het model heeft de waarde van -1,793. Dat betekent dat voldoende beweging een negatief effect heeft op de uitkomst van het willen van gelijke of minder solidariteit. De uiteindelijke waarde in het model zal dichterbij de waarde '0' naderen, wat zou betekenen dat er gelijke solidariteit is gewenst tussen mensen die te veel alcohol gebruiken en andere mensen.

De R square van het model ligt tussen de 0,112 en 0,181. Dat betekent dat tussen de elf en achttien procent van de variantie in het willen van gelijke of minder solidariteit in de zorg voor mensen die te veel alcohol gebruiken, wordt verklaard door de variabelen die in het model zijn meegenomen.

7. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan het beantwoorden van de probleemstelling waarop deze scriptie is gebaseerd. Eerst zullen de belangrijkste conclusies uit de literatuurstudie worden genoemd. Vervolgens zullen de conclusies die kunnen worden getrokken uit de analyses met de data uit de enquête worden besproken. Tot slot zal aan de hand van deze informatie een antwoord worden gegeven op de probleemstelling:

Komt de solidariteit in de zorg onder druk te staan door de ongezonde leefstijl van een deel van de Nederlanders?

§ 7.1 Conclusie literatuurstudie

Tijdens de literatuurstudie zijn de begrippen solidariteit en een ongezonde leefstijl onderzocht.

Solidariteit is saamhorigheid, het gevoel van één-zijn met anderen (Koenen & Drewes 1992:1035). In de zorg is sprake van risicosolidariteit en inkomenssolidariteit. Deze vormen van solidariteit komen tot uiting in de Zorgverzekeringswet die in 2006 is ingevoerd. Door het invoeren van een acceptatieplicht, een verplicht basispakket, een verbod op premiedifferentiatie, een inkomensafhankelijke bijdrage en risicoverevening is solidariteit in het zorgstelsel gewaarborgd. Deze regels zorgen ervoor dat er geen sprake is van een vrije markt waar premiedifferentiatie mogelijk is en het equivalentiebeginsel geldt. De gezondheidszorg in Nederland is een gereguleerde markt. Op deze markt geldt dat iedereen verplicht is tot het sluiten van een basisverzekering en dat de verzekeraar hierbij geen onderscheid mag maken tussen verschillende Nederlanders. Er is dus solidariteit tussen gezonde en niet gezonde mensen en tussen mensen met een hoog inkomen en een laag inkomen.

De overheid heeft verschillende motieven om solidariteit te verplichten in het zorgstelsel. Deze motieven zijn onder andere de altruïstische en egoïstische preferenties van mensen. Mensen hebben zorg voor de gezondheid van anderen of hebben hier zelf baat bij. Deze zorg voor de gezondheid van anderen wordt bepaald door een aantal factoren: de kosteneffectiviteit van de behandeling, de gezondheidsstatus van de ontvanger van de zorg, de verwachte kosten van de behandeling per consument en de verantwoordelijkheid van de consument voor de incidentie van de ziekte. Bij deze scriptie gaat het voornamelijk over deze eigen verantwoordelijkheid en de kosten van de behandeling. Een ongezonde leefstijl valt immers onder de eigen verantwoordelijkheid van mensen en kan veel ziektekosten met zich meebrengen.

Naast deze motieven voor afgedwongen solidariteit door de overheid is een ander motief de onvoorspelbare kans om een hoog risico voor ziekten te worden. Of iemand ziek wordt is

vaak niet te voorspellen en zonder verzekering zou veel zorg onbetaalbaar zijn. Tot slot kiezen mensen bij een verzekering eerder voor de behandelingen of medicijnen die worden vergoed. Indien de verzekerde middelen goedkopere alternatieven zijn, worden er minder ziektekosten gemaakt. Dit kan ook een motief voor de overheid zijn om de zorgverzekering voor iedereen te verplichten.

In Nederland is met de Zorgverzekeringswet dus geen onderscheid gemaakt tussen mensen die gezond leven en mensen die een ongezonde leefstijl hebben. Er bestaat echter wel verschil in de verwachte ziektekosten tussen deze twee groepen. Mensen die overgewicht hebben of roken, hebben vanaf respectievelijk hun twintigste en dertigste jaar hogere ziektekosten per jaar vergeleken met andere leeftijdsgenoten. Per jaar zijn deze mensen dus duurder voor de maatschappij. Mensen die roken of overgewicht hebben, leven echter ook minder lang, waardoor zij minder jaren lang kosten maken. Dit zorgt ervoor dat de totale kosten over de levensloop gemiddeld lager zijn dan die van gezond levende mensen. De kosten van lichamelijke inactiviteit en overmatig alcoholgebruik blijken een aanzienlijk deel van de jaarlijkse totale ziektekosten in Nederland uit te maken. Bij overmatig alcoholgebruik blijkt geen lineair verband te bestaan tussen drinken en ziektekosten. Wel is duidelijk dat veel drinken leidt tot hogere zorgkosten.

Per jaar zijn mensen met een ongezonde leefstijl dus duurder voor de maatschappij wanneer wordt gekeken naar ziektekosten. Deze hogere kosten samen met de trends wat betreft een ongezonde leefstijl in Nederland leiden tot een negatief beeld. De lichamelijke inactiviteit is de laatste jaren toegenomen. Bij het consumeren van gezond voedsel is een negatieve trend waar te nemen. Dat wil zeggen dat er steeds minder vezels, fruit en groenten worden geconsumeerd. Het aantal jongeren dat alcohol gebruikt is stijgende. Bij een trend die een negatief gevolg heeft op de gezondheid van mensen, hebben meer mensen een ongezonde leefstijl en dus meer risico op aandoeningen waar zorg voor nodig is. De verwachting voor deze mensen is dat zij meer zorg nodig hebben en dus meer zorgkosten maken per jaar. Voor roken en vet inname is een positieve trend waar te nemen. Het aantal mensen dat de gevolgen van deze aspecten van een ongezonde leefstijl zal krijgen, zal naar verwachting afnemen.

Een ongezonde leefstijl valt onder de eigen verantwoordelijkheid van mensen, aangezien het een determinant van gezondheid is die kan worden beïnvloed. Dit kan echter worden genuanceerd. Een ongezonde leefstijl kan ook het resultaat zijn of beïnvloedt worden door de opvoeding, de omgeving en bijvoorbeeld de sociaal economische status. Dit neemt niet weg dat in veel gevallen een keuze bestaat in het wel of niet gezond leven, zeker voor volwassenen en bestaat er wel degelijk een eigen verantwoordelijkheid voor een ongezonde leefstijl. In het zorgstelsel komt dit echter niet tot uiting in premiedifferentiatie of eigen

bijdragen. In Nederland worden mensen dus niet gedwongen hun verantwoordelijkheid te nemen, want de kosten van de gevolgen worden door de hele maatschappij gedeeld. Dit lijkt tegenstrijdig te zijn en kan mogelijk tot problemen gaan leiden, gezien de toename in incidentie bij een aantal determinanten van een ongezonde leefstijl. Het is mogelijk dat er weerstand ontstaat onder de Nederlandse bevolking over de regelingen wat betreft solidariteit voor een ongezonde leefstijl. Of de solidariteit voor een ongezonde leefstijl onder druk komt te staan door de ontwikkelingen in de maatschappij is in deze scriptie onderzocht met behulp van kwantitatief onderzoek.

§ 7.2 Conclusie kwantitatief onderzoek

Bij het kwantitatief onderzoek zijn de gegevens uit de enquête geanalyseerd met behulp van verschillende toetsen in het programma SPSS.

Eerst is de volgende hypothese getest:

Hypothese 1:

Mensen willen minder solidariteit in het zorgstelsel voor mensen die een ongezonde leefstijl hebben dan nu het geval is.

Deze hypothese is getoetst voor roken, overgewicht en overmatig alcoholgebruik afzonderlijk. Voor ieder onderwerp zijn drie casussen in de enquête opgenomen die op verschillende manieren vragen naar solidariteit voor een van de determinanten van een ongezonde leefstijl. Indien bij minimaal een van de drie casussen een antwoord is gegeven dat staat voor minder solidariteit voor de ongezonde leefstijl en bij twee van de drie casussen is aangegeven dat verandering in solidariteit niet gewenst is, wordt dit gezien als dat er minder solidariteit is gewenst. Voor zowel roken en overgewicht als overmatig alcoholgebruik geeft ongeveer 80 procent van de respondenten aan dat minder solidariteit is gewenst. Er zijn betrouwbaarheidsintervallen berekend voor de percentages mensen die voor de verschillende determinanten van een ongezonde leefstijl minder solidariteit wensen. Hieruit volgt dat met 95 procent betrouwbaarheid kan worden gezegd dat het percentage mensen dat minder solidariteit wil voor mensen die ongezond leven valt tussen de 70 en 90 procent. Hieruit volgt dus dat de meerderheid van de mensen wil dat er minder solidariteit in het zorgstelsel wordt geregeld voor mensen die roken, overgewicht hebben of overmatig veel alcohol gebruiken. Dit betekent dat uit de gegevens van de enquête blijkt dat mensen pleiten voor of een eigen bijdrage, geen aanspraak op donororganen of een lagere plaats op de wachtlijst voor mensen met een ongezonde leefstijl. Hierbij moet echter niet worden vergeten dat er wel degelijk mensen zijn die niet willen dat er iets verandert aan de solidariteit in de zorg zoals dat nu is geregeld. Ook moet worden opgemerkt dat de steekproef niet representatief is.

Naast het toetsen van de gewenste solidariteit op zich, is ook onderzoek gedaan naar het mogelijke verschil in gewenste solidariteit tussen mensen die zelf gezond leven en mensen met een ongezonde leefstijl. Hiervoor is de volgende hypothese opgesteld:

Hypothese 2:

Mensen met een gezonde leefstijl willen minder solidariteit in het zorgstelsel dan mensen die zelf een ongezonde leefstijl hebben, voor mensen met een ongezonde leefstijl.

Deze hypothese is onderzocht aan de hand van kruistabellen. Door het maken van deze tabellen wordt inzichtelijk welk percentage van de mensen die gezond leven minder solidariteit willen en welk percentage van de mensen met een ongezonde leefstijl dit willen. Uit de analyse blijkt dat de percentages niet ver van elkaar verschillen. Voor roken en overgewicht is het percentage van de mensen dat gezond leeft en minder solidariteit wil gelijk aan 81 procent. Voor de ongezond levende mensen geldt hiervoor een percentage van 75 procent. Bij de solidariteit voor overmatig alcoholgebruik blijkt dat mensen die zelf te veel alcohol consumeren minder solidariteit willen, namelijk 92 procent, dan mensen die zelf gezonde drinkers zijn, namelijk 80 procent. De verschillen tussen gezond levende mensen en mensen met een ongezonde leefstijl in de gewenste hoeveelheid solidariteit blijken niet groot te zijn.

Met behulp van betrouwbaarheidsintervallen kan met 95 procent betrouwbaarheid worden gezegd tussen welke waarden de percentages liggen. Hieruit blijkt van de gezond levende mensen ongeveer tussen de 70 en 90 procent van de mensen minder solidariteit wil. Aangezien het aantal mensen met een ongezonde leefstijl in de steekproef aanzienlijk lager is, zijn de betrouwbaarheidsintervallen voor deze groepen groter, de standaardafwijking is in dit geval immers groter. Het percentage van de mensen dat een ongezonde leefstijl heeft en minder solidariteit wil valt ongeveer tussen de 50 en 100 procent.

De betrouwbaarheidsintervallen van de gezond levende mensen en de ongezond levende mensen overlappen. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de percentages niet significant van elkaar verschillen. Mensen die gezond leven willen dus niet minder solidariteit voor een ongezonde leefstijl dan mensen die zelf ongezond leven.

Hierbij moet worden opgemerkt dat bij een grotere steekproef de betrouwbaarheidsintervallen waarschijnlijk kleiner zouden worden en er mogelijk geen sprake zou zijn van overlap tussen de verschillende percentages. In dat geval zou er misschien wel verschil aantoonbaar zijn tussen de gewenste solidariteit tussen gezond levende mensen en mensen met een ongezonde leefstijl.

De verwachting zoals beschreven in de hypothese blijkt dus niet te kloppen. Geconcludeerd kan worden dat de meerderheid van de mensen, ongeacht hun eigen leefstijl, vinden dat er minder solidariteit moet bestaan voor een ongezonde leefstijl. Dit zou betekenen dat het zorgstelsel zoals dit nu bestaat, moet worden aangepast en een manier moet worden

gevonden hoe mensen met een ongezonde leefstijl minder solidariteit ontvangen. Het is opvallend dat mensen die zelf roken, overgewicht hebben of te veel drinken vinden dat voor deze leefstijl minder solidariteit moet bestaan. Dit zou bijvoorbeeld kunnen betekenen dat zij zelf hun eigen leefstijl afkeuren. Het zou ook kunnen betekenen dat zij zichzelf niet tot die groep vinden behoren, hoewel zij in deze scriptie wel tot deze groep worden gerekend. Een voordeel van deze uitkomst is, dat bij naleving van de resultaten er waarschijnlijk minder weerstand zou ontstaan. Aangezien het merendeel van de mensen die zelf ongezond leven ook willen dat er voor hen minder solidariteit bestaat, is de verwachting dat zij er niet tegenin zullen gaan wanneer dit wordt gerealiseerd in het zorgstelsel.

Er is ook onderzoek gedaan naar een mogelijke eigen bijdrage voor de zorgkosten die worden gemaakt door mensen met een ongezonde leefstijl. Het invoeren van een eigen bijdrage zou immers een manier zijn om minder solidariteit te realiseren in het zorgstelsel voor mensen met een ongezonde leefstijl. Een eigen bijdrage is ook mogelijk in te voeren zonder dat het verbod op premiedifferentiatie moet worden opgeheven. De volgende hypothese is opgesteld om te onderzoeken of een eigen bijdrage is gewenst:

Hypothese 3:

Voor mensen met een ongezonde leefstijl is een eigen bijdrage voor de medische kosten gewenst.

Om deze hypothese te toetsen is eerst gekeken naar de fracties mensen die wel of niet een eigen bijdrage ingevoerd willen voor roken, overgewicht of overmatig alcoholgebruik. 45 procent van de respondenten wil een eigen bijdrage voor mensen die roken. Voor mensen met overgewicht is dit 41 procent en voor mensen die overmatig veel alcohol gebruiken is dit percentage 54 procent. Opvallend is dat alleen voor overmatig alcohol gebruik de meerderheid van de respondenten kiest voor invoering van een eigen bijdrage.

Om met 95 procent betrouwbaarheid te kunnen zeggen hoe hoog het percentage van de respondenten is dat geen eigen bijdrage voor een ongezonde leefstijl wil, zijn betrouwbaarheidsintervallen berekend. Het percentage mensen dat geen eigen bijdrage wil voor de zorgkosten ten gevolge van roken valt tussen de 44 en 65 procent. Voor overgewicht valt dit percentage tussen de 49 en 70 procent.

Voor mensen die te veel alcohol consumeren blijkt het percentage mensen dat geen eigen bijdrage hiervoor wil met 95 procent betrouwbaarheid te vallen tussen 36 en 57 procent. Aangezien de betrouwbaarheidsintervallen elkaar overlappen, lijkt er geen sprake te zijn van een significant verschil tussen roken, overgewicht en overmatig alcohol gebruik in het percentage mensen dat hiervoor een eigen bijdrage wil.

Vervolgens is onderzocht hoe hoog een eigen bijdrage per inkomensklasse zou moeten zijn en of dit inkomensafhankelijk verdeeld is.

Met behulp van een paired samples t test is onderzocht of de gewenste eigen bijdragen per inkomensklasse van elkaar verschillen. Uit de test blijkt dit het geval te zijn, omdat de overschrijdingskans kleiner is dan het significantieniveau van $\alpha=0,05$. De gemiddelde hoogten van de eigen bijdragen per inkomensklasse zijn dus inkomensafhankelijk verdeeld. Dit betekent dat indien een eigen bijdrage zou worden ingevoerd voor mensen met een ongezonde leefstijl, de eigen bijdrage hoger zou moeten zijn naarmate het inkomen stijgt. Vervolgens zijn betrouwbaarheidsintervallen berekend voor de gemiddelde eigen bijdragen per inkomensklasse. Hierdoor kan met 95 procent betrouwbaarheid worden gezegd tussen welke waarden de eigen bijdrage zou moeten vallen. Hierbij varieert de uitkomst tussen bijna honderd euro tot bijna zesduizend euro.

Er is ook onderzoek gedaan naar de determinanten van een ongezonde leefstijl onderling. Uit eerder toetsen is gebleken dat er minder solidariteit is gewenst voor een ongezonde leefstijl en voor de drie determinanten afzonderlijk. Hierbij is nog niet onderzocht of er verschil bestaat in de gewenste hoeveelheid solidariteit tussen roken, overgewicht en overmatig alcoholgebruik. Of er verschil bestaat wordt getoetst met de volgende hypothese:

Hypothese 4:

Er bestaat geen verschil tussen de gewenste hoeveelheid solidariteit tussen de verschillende determinanten van een ongezonde leefstijl.

Om deze hypothese te onderzoeken wordt berekend welk percentage van de mensen wel verschil wil in de hoeveelheid solidariteit tussen roken, overgewicht en overmatig alcoholgebruik en welk percentage wil dat hiervoor gelijke solidariteit geldt. Hieruit blijkt dat ongeveer 30 procent van de respondenten wil dat er wel verschil bestaat tussen de verschillende determinanten in de hoeveelheid solidariteit en ongeveer 70 procent wil dit niet. Hiervoor worden ook betrouwbaarheidsintervallen van 95 procent berekend, zodat met 95 procent betrouwbaarheid kan worden gezegd tussen welke waarden de percentages vallen. Uit de intervallen blijkt dat geldt dat het percentage van de mensen dat verschil wil tussen de determinanten ongeveer tussen de 20 en 40 procent valt. Voor het percentage mensen die willen dat de solidariteit tussen de determinanten gelijk blijft, geldt dat dit ongeveer valt tussen de 60 en 80 procent. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de meerderheid van de mensen wil dat er geen verschil bestaat in de solidariteit voor roken, overgewicht of overmatig alcoholgebruik.

Dit zou betekenen dat indien er maatregelen worden ingevoerd om minder solidariteit voor een ongezonde leefstijl te realiseren, er geen verschil moet bestaan in de maatregelen voor de determinanten onderling.

Tot slot is er onderzoek gedaan naar het effect van de eigenschappen van de respondenten op de gewenste solidariteit. De verwachting hierbij is dat de eigenschappen effect hebben op het wel of niet willen van solidariteit voor een ongezonde leefstijl. Zo kan worden verwacht dat hoe ouder iemand is, hoe vaker wordt gekozen voor gelijke solidariteit, terwijl jongere mensen die zijn opgegroeid in een individualistische maatschappij eerder kiezen voor minder solidariteit voor een ongezonde leefstijl. Of dit het geval is wordt getoetst aan de hand van de volgende hypothese:

Hypothese 5:

De eigenschappen van de respondent (o.a. leeftijd, geslacht en gezondheid) hebben invloed op de gewenste solidariteit voor mensen met een ongezonde leefstijl.

Om deze hypothese te kunnen testen is gebruik gemaakt van logistische regressie analyse. Hierbij is het effect van de eigenschappen van de respondenten op de gewenste solidariteit voor roken, overgewicht en overmatig alcoholgebruik afzonderlijk van elkaar getoetst. Bij het onderzoek naar solidariteit voor roken, blijkt dat geen van de eigenschappen van de ondervraagden een significant effect heeft op de gewenste solidariteit voor roken. Bij het onderzoek naar solidariteit voor overgewicht en voor overmatig alcoholgebruik blijkt alleen de hoeveelheid beweging effect te hebben op het wel of niet willen van minder solidariteit. Maar weinig eigenschappen van de respondenten hebben dus effect op de gewenste solidariteit. Dit gaat tegen de verwachting in. Hieruit kan worden geconcludeerd dat mensen minder solidariteit voor een ongezonde leefstijl willen, ongeacht de kenmerken van de respondent.

§ 7.3 Beantwoording van de hoofdvraag

In deze scriptie staat de volgende vraag centraal:

Komt de solidariteit in de zorg onder druk te staan door de ongezonde leefstijl van een deel van de Nederlanders?

Door de conclusies uit de literatuurstudie en het kwantitatieve onderzoek samen te voegen, kan een antwoord op deze vraag worden geformuleerd.

Uit de analyses en de ontwikkelingen in de maatschappij die zijn vermeld in het theoretisch kader, kan worden geconcludeerd dat de solidariteit in de zorg onder druk komt te staan. Mensen blijken minder bereid om mee te betalen aan de zorgkosten van mensen met een ongezonde leefstijl en willen maatregelen, die ervoor zorgen dat mensen die ongezond leven hiervoor verantwoordelijkheid moeten dragen. Hierbij valt te denken aan eigen bijdragen of een lagere positie op wachtlijsten. Hieronder zal worden vermeld hoe tot deze conclusie is gekomen.

Uit het kwantitatieve onderzoek is gebleken dat de meerderheid van de mensen, tussen de 70 en 90 procent, minder solidariteit willen voor mensen met een ongezonde leefstijl. Hierbij

kwam ook naar voren dat dit een algemene wens is, ongeacht de eigenschappen van een persoon. Het blijkt zelfs zo te zijn dat ook mensen die zelf een ongezonde leefstijl hebben, minder solidariteit voor hun eigen doelgroep willen. Uit de literatuur blijkt dat voor een aantal determinanten van een ongezonde leefstijl geldt, dat er een trend is waar te nemen die negatief is voor de gezondheid van mensen. De incidentie van alcoholgebruik, inname van te weinig vezels, groenten en fruit en lichamelijk inactiviteit neemt toe. Voor deze drie determinanten van een ongezonde leefstijl lijkt het dus voor de hand te liggen dat er minder solidariteit onder de Nederlandse bevolking is. De maatschappij wordt steeds meer individualistisch en de kosten die jaarlijks worden gemaakt in de zorg nemen toe. Als in een dergelijke situatie blijkt dat een aanzienlijk deel van deze kosten wordt gemaakt door het hebben van een bepaalde leefstijl, die beïnvloedbaar is, lijkt het een logisch gevolg te zijn dat hier weerstand tegen ontstaat. De zorg wordt steeds duurder, dus de bereidheid om voor zorg te betalen die door mensen met een ongezonde leefstijl is geïnduceerd neemt af. Uit de literatuur blijkt ook dat mensen met overgewicht, ten gevolge van lichamelijke inactiviteit en overmatige voedselconsumptie, gemiddeld per jaar hogere ziektekosten maken dan gezond levende mensen. Dit zorgt er voor dat de druk op de solidariteit voor mensen met een ongezonde leefstijl toeneemt, aangezien de maandelijkse premie voor de zorgverzekering voor de basisverzekering voor iedereen bij dezelfde verzekeraar gelijk is. Als de totale zorgkosten stijgen, zal de maandelijkse premie ook stijgen. Dit zou gelden voor iedere Nederlander en niet alleen voor de mensen met een ongezonde leefstijl. Voor deze determinanten van een ongezonde leefstijl lijken de uitkomsten van het onderzoek te passen. Voor roken en vetinname is echter een trend waar te nemen die positieve gevolgen heeft op de gezondheid van mensen: steeds minder Nederlanders roken en consumeren te veel vetten. De druk op de solidariteit in de zorg op deze determinanten van een ongezonde leefstijl zou moeten afnemen aangezien de incidentie ook afneemt. Dit neemt niet weg dat uit het onderzoek blijkt, dat ook voor roken en overgewicht minder solidariteit in de zorg is gewenst. Dit kan voortkomen uit het feit dat de zorgkosten ten gevolge van roken en te veel vet inname een aanzienlijk deel van de totale zorgkosten uitmaken. De incidentie neemt dus af, maar dat neemt niet weg dat er kosten worden gemaakt die zijn te voorkomen door een andere leefstijl aan te nemen. De incidentie neemt niet zo sterk af dat te verwachten is dat er over een aantal jaar geen rokers meer zijn of geen mensen die te veel vet consumeren. Het feit dat er minder solidariteit is gewenst, ook voor determinanten van een ongezonde leefstijl waarbij de incidentie afneemt, zou ook kunnen voortkomen uit invloeden vanuit de media. Er wordt in de media veel aandacht geschonken aan een ongezonde leefstijl en het wordt openlijk afgekeurd. Hierbij kan worden gedacht aan de steeds strengere maatregelen wat betreft alcoholconsumptie en het rookverbod dat sinds 1 juli jongstleden van kracht is.

Hierdoor kan een gevoel in de maatschappij ontstaan dat het een 'must' is om een ongezonde leefstijl af te keuren en dus minder solidariteit hiervoor te wensen.

Indien minder solidariteit voor mensen met een ongezonde leefstijl zou worden gerealiseerd in het zorgstelsel, botst dit mogelijk met de motieven van de overheid om juist wel solidariteit in de zorg te realiseren. Een van deze motieven was de altruïstische preferenties van de mensen. Hierbij bleek uit de literatuur dat deze preferenties worden versterkt of verzwakt door een aantal factoren, waaronder de eigen verantwoordelijkheid voor het bestaan van de aandoening. Hoe hoger de eigen verantwoordelijkheid van de persoon in kwestie voor de ziekte, hoe minder anderen zijn bereid om mee te betalen aan de kosten en hoe minder goed een systeem van kruissubsidies zou werken. Dit lijkt in overeenstemming te zijn met de resultaten uit de analyses. Voor een ongezonde leefstijl geldt een hoge eigen verantwoordelijkheid. Dit verklaart het resultaat van minder solidariteit voor mensen die ongezond leven. Het motief van de overheid voor solidariteit in de zorg, blijkt een zwakker motief te zijn wanneer het gaat om ziekten waarbij een eigen verantwoordelijkheid geldt. Dit gegeven, lijkt het erop dat ook de overheid vermindering van de solidariteit voor een ongezonde leefstijl in het zorgstelsel, kan verantwoorden.

Uit de literatuur blijkt dat wanneer rokers en mensen met overgewicht worden vergeleken met gezond levende mensen, zij meer ziektekosten per jaar maken. Het gaat hierbij om een vergelijking met leeftijdsgenoten. Uit de literatuur blijkt echter ook dat mensen die roken of overgewicht hebben, gemiddeld minder lang leven. Door dit kortere leven, blijken de totale ziektekosten over het gehele leven voor rokers en mensen met overgewicht lager te liggen dan de totale zorgkosten voor gezond levende mensen:

Tabel 17. Kosten en levensverwachting rokers en mensen met overgewicht

	Levensverwachting	Totale zorgkosten
Rokers	- 6-8 jaar	- 15-28 procent
Overgewicht	- 4,5 jaar	- 7 procent

De levensverwachting is lager dan die van gezond levende mensen, maar de totale zorgkosten zijn nog lager dan verwacht bij de kortere levensverwachting. Dit komt doordat in de laatste levensjaren hogere zorgkosten worden gemaakt in vergelijking met de zorgkosten per jaar bij een lagere leeftijd. Deze levensfase bereikt een deel van de rokers en mensen met overgewicht niet, dus de zorgkosten zijn lager. De gemiddelde zorgkosten per jaar zijn hierdoor ook lager.

Uit het kwantitatieve onderzoek bleek dat er minder solidariteit is gewenst voor mensen met een ongezonde leefstijl. Dit zou betekenen dat deze mensen een hogere premie zouden moeten gaan betalen of een eigen bijdrage moeten leveren bij behandelingen die het gevolg zijn van hun leefstijl. Dit lijkt in strijd te zijn met het feit dat de zorgkosten van deze groepen over de levensloop gezien, lager zijn. De vraag is hoe een dergelijke maatregel te verantwoorden zou zijn. Het zou immers meer in lijn zijn met de resultaten als de verandering in solidariteit, zou betekenen dat mensen met een ongezonde leefstijl minder gaan betalen, omdat zij minder ziektekosten maken. Dit geldt voor de primaire kosten, maar er zou zelfs nog kunnen worden gekeken naar de accijnzen die worden betaald door mensen die roken.

Hoewel over de levensloop gezien mensen met overgewicht en rokers minder kosten maken, zijn de kosten per leeftijd vergeleken met gezond levende mensen hoger. Per jaar zijn deze mensen dus wel duurder voor de maatschappij. Een zorgverzekering wordt ook per jaar afgesloten en betaald. Doordat mensen die roken of overgewicht hebben minder lang leven, betalen zij ook minder jaren lang een premie aan de zorgverzekeraar. Wanneer de kosten per jaar worden benaderd, maken mensen met overgewicht of rokers wel degelijk hogere ziektekosten.

Daarnaast kan als argument worden aangevoerd dat mensen die gezond leven wel hogere totale ziektekosten hebben, maar dat deze kosten het gevolg zijn van ouderdom of genetische afwijkingen. Deze aandoeningen kunnen niet door de persoon in kwestie worden voorkomen, anders dan de gevolgen van roken of overgewicht. Deze kosten dienen anders te worden behandeld dan kosten van onvermijdelijke zorg. Dit argument kan gelden ongeacht de hoogte van de kosten of welke groep meer ziektekosten maakt. Er kan worden gedacht dat ziektekosten die worden veroorzaakt door mensen zelf en die vermijdelijk zijn, voor eigen rekening moeten komen.

Tot slot moet er worden stilgestaan bij de afbakening van 'eigen verantwoordelijkheid'. In deze scriptie wordt een ongezonde leefstijl gezien als vermijdelijk en een keuze van mensen zelf. Dit is onderbouwd met de literatuur waaruit blijkt dat een ongezonde leefstijl een van de factoren van gezondheid is die kan worden beïnvloed.

Hierbij is echter niet stilgestaan bij psychische problemen die bijvoorbeeld effect kunnen hebben op het consumptiegedrag van mensen.

Overgewicht kan bijvoorbeeld het gevolg zijn van te veel eten en te weinig lichamelijke beweging. Dit zou kunnen worden gezien als een keuze. Het is echter ook mogelijk dat dit te veel eten een gevolg is van psychische problemen als depressie en lichamelijke inactiviteit zou kunnen voortkomen uit angststoornissen waardoor mensen niet naar buiten durven. In dat geval is het lastiger te zeggen dat de ongezonde leefstijl een keuze is, die kan worden

beïnvloed. Er zullen gevallen bestaan waarbij een ongezonde leefstijl volledig kan worden toegerekend aan de eigen verantwoordelijkheid van de persoon in kwestie. Maar er moet niet worden vergeten dat dit niet in alle gevallen opgaat. Ook de omgeving, de sociaal economische status en de omgeving van een persoon kan invloed hebben op de leefstijl. Dit geeft aan dat het zeer moeilijk en controversieel zal zijn om passende maatregelen te vinden, die minder solidariteit regelen in de zorg voor een ongezonde leefstijl. Het zal een langdurig proces zijn om te onderzoeken in welke gevallen een persoon op zijn leefstijl kan worden aangesproken in de vorm van financiële belastingen.

Hoofdstuk 8. Discussie en Aanbevelingen

In dit hoofdstuk zullen de methoden, die zijn gebruikt om te komen tot het uiteindelijke resultaat, kritisch worden beoordeeld. Eerst zal worden gereflecteerd op de methoden die gebruikt zijn bij het literatuuronderzoek. Vervolgens zullen de methoden van het kwantitatieve onderzoek worden bekritiseerd. Deze discussie zal leiden tot een aantal aanbevelingen voor verder onderzoek naar de solidariteit in de zorg en een ongezonde leefstijl in Nederland.

§ 8.1 Discussie methoden literatuurstudie

Bij de literatuurstudie is gebruik gemaakt van bronnen die niet in dit jaar zijn gepubliceerd. De gegevens die uit de literatuur zijn gehaald, kunnen daardoor verouderd zijn. De hoogte van de zorgkosten van de verschillende determinanten van een ongezonde leefstijl zijn gebaseerd op internationaal onderzoek. Hierbij was in enkele gevallen geen Nederlandse studie voor handen. De kosten kunnen daardoor vertekenen aangezien de incidentie van een ongezonde leefstijl per land verschillend is en de kosten van zorg ook per land verschillen. Voor overmatig alcoholgebruik en lichamelijke inactiviteit was geen cohortstudie voorhanden. Dit betekent dat hiervoor wel een indicatie van de jaarlijkse zorgkosten kan worden gegeven, maar geen vergelijking kan worden gemaakt met de kosten van gezond levende mensen.

De kosten van de verschillende determinanten van een ongezonde leefstijl zijn gegeven in dollars. Dit kan het beeld vertekenen aangezien de waarde van de dollar ten opzichte van de euro de afgelopen jaren veranderd is. Het onderzoek waaruit de cijfers komen is in 2006 gepubliceerd. Voor een juist beeld van de kosten in euro's, zou de waarde van de dollar op dat moment moeten worden achterhaald.

§ 8.2 Discussie kwantitatief onderzoek

Het kwantitatieve onderzoek in deze scriptie is gebaseerd op een enquête die door mij zelf is opgesteld. Bij deze enquête kunnen een aantal kanttekeningen worden gemaakt, Ten eerste kan een opmerking worden gemaakt over het aantal respondenten op de enquête. Het totaal aantal respondenten is 86, wat vrij laag is voor een kwantitatief onderzoek. Gezien de beschikbare tijd was het niet mogelijk om meer mensen te ondervragen, maar het onderzoek is hierdoor wel minder betrouwbaar. Het onderzoek wordt ook minder betrouwbaar doordat er geen sprake is geweest van een aselechte steekproef. De respondenten zijn bekenden van mij. Dit betekent dat het merendeel van de respondenten een leeftijd tussen de twintig en veertig jaar heeft. Daarnaast zijn veel ondervraagden hoogopgeleid wat invloed kan hebben op de mening over solidariteit. Een hoge opleiding maakt de kans op het hebben van een ongezonde leefstijl kleiner, aangezien dit in een hoger percentage voorkomt onder mensen met een lage sociaal economische status. Een deel van de respondenten is bekend van een sportvereniging, het gaat hier om mensen die geregeld sporten. De onderzoekspopulatie bestaat hierdoor voornamelijk uit gezonde mensen die ook zorg hebben voor een gezonde leefstijl. Dit geldt niet voor de gehele onderzoekspopulatie. De enquête gaat over solidariteit. De vraag hierbij is echter hoe solidariteit kan worden gemeten. Hier zijn niet veel aanwijzingen voor te vinden. In de enquête is de solidariteit getest aan de hand van casussen waarin de respondent wordt gevraagd of mensen met een ongezonde leefstijl een eigen bijdrage moeten leveren, aanspraak maken op een donororgaan en of deze mensen lager op de wachtlijst moeten worden geplaatst. Solidariteit zou echter ook op andere manieren kunnen worden gemeten.

Bij de verwerking van de gegevens over solidariteit uit de enquête is gekozen voor twee mogelijke niveaus van solidariteit: gelijke solidariteit en minder solidariteit. Gelijke solidariteit betekent dat een respondent bij iedere casus heeft geantwoord dat er geen verschil zou moeten zijn in de hoeveelheid solidariteit voor gezond levende mensen en mensen met een ongezonde leefstijl. Als een van de drie casussen is beantwoord ten nadele van de persoon met een ongezonde leefstijl, is dit verwerkt als 'minder solidariteit'. Dit is een subjectieve keuze, met als argument dat ook een kleine verandering, verandering is. Het is mogelijk dat bij een andere keuze in het afbakenen van minder solidariteit er andere uitkomsten uit de analyses zouden komen. Dit zelfde geldt ook voor andere variabelen waarbij de antwoordcategorieën in de enquête tijdens de analyse zijn samengevoegd tot twee categorieën. Hierbij kan altijd de kanttekening worden geplaatst dat de samenvoeging anders kan of dat het samenvoegen op zich zorgt voor een vetekenend beeld.

Er kunnen ook kanttekeningen worden geplaatst bij de analyses die zijn uitgevoerd. Doordat het aantal respondenten vrij laag is, zijn de analyses minder betrouwbaar. Bij de analyse naar het verschil in gewenste solidariteit tussen gezond levende mensen en ongezond

levende mensen, is het lastig gebleken conclusies te trekken aangezien voor sommige waarnemingen slechts een respondent in de categorie bleek te vallen. Hiervoor zijn wel aanpassingen gemaakt in de analyses om de resultaten meer betrouwbaar te maken. Bij een grotere steekproef zouden de resultaten echter meer betrouwbaar zijn.

De toetsen die zijn gebruikt in deze scriptie passen bij de variabelen die in de enquête zijn opgenomen en bij de hypothesen die zijn getest. Het zou echter mogelijk zijn om andere hypothesen, die niet zijn opgenomen in dit onderzoek, te testen. Hierbij zou gebruik kunnen worden gemaakt van andere statistische analyses en zouden nieuwe resultaten kunnen worden gevonden.

§ 8.3 Aanbevelingen

Deze scriptie vormt een verkennend kwantitatief onderzoek naar ontwikkelingen in de solidariteit in de zorg voor mensen met een ongezonde leefstijl. Aangezien het een kleinschalig onderzoek is, is verder onderzoek aan te bevelen waarbij een grotere steekproef wordt gehouden. Door de steekproef uit te bereiden kunnen de resultaten uit dit onderzoek beter worden onderbouwd. Daarnaast zou deze steekproef aselekt moeten zijn. Op deze manier kan in beeld worden gebracht wat er speelt in de huidige maatschappij en niet in een bepaalde groep in de maatschappij.

Het onderzoek kan worden uitgebreid, maar het is ook interessant om een kwalitatief onderzoek te doen naar de solidariteit voor een ongezonde leefstijl. In deze scriptie is onderzocht of er minder solidariteit is gewenst. Door middel van een kwalitatief onderzoek is het mogelijk onderzoek te doen naar de argumentatie voor de keuze van de respondent. Uit dit onderzoek wordt de conclusie getrokken dat er minder solidariteit gewenst is, omdat deze mensen een ongezonde leefstijl hebben. Bij een kwalitatief onderzoek zouden andere motieven naar voren kunnen komen. Zo is het mogelijk dat er voor iedere groep minder solidariteit is gewenst.

Zoals in de discussie is gebleken, speelt er een aantal vraagstukken voor als er daadwerkelijk minder solidariteit zou komen voor mensen met een ongezonde leefstijl. Het is aan te bevelen dat er verder onderzoek wordt uitgevoerd naar de mogelijkheden om de solidariteit voor een ongezonde leefstijl in het zorgstelsel te verminderen. Het opheffen van het verbod op premiedifferentiatie zou hiervoor kunnen zorgen, maar dan zou het zorgstelsel geheel moeten worden herzien. Het is mogelijk dat andere maatregelen tot minder solidariteit voor een ongezonde leefstijl kunnen leiden, zoals het invoeren van eigen bijdragen.

Tot slot is het aan te bevelen onderzoek te doen naar het causale verband tussen een ongezonde leefstijl en medische aandoeningen. Indien er geen causaal verband kan worden aangetoond, lijkt het onmogelijk om vermindering van de solidariteit voor een ongezonde leefstijl te realiseren.

Literatuurlijst

Boeken:

- Hermans, H.E.G.M. 2005. *Zorgverzekeringswet*. Den Haag: Sdu uitgevers bv. [2005]
- Koenen, M.J. & J.B. Drewes. 1992. *Wolters'Handwoordenboek Nederlands*. Utrecht: Wolters'Woordenboeken. [1897]

Artikelen:

- Grinten, T.E.D. van der. (2006). *Zorgen om beleid. Over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg*. Afscheidsrede Erasmus Universiteit Rotterdam, nov. 2006.
- Ven, W.P.M.M. van de, Barneveld, E.M. van, Schut, F.T. & R.C.J.A. van Vliet. 1995. *Premiebandbreedte en acceptatieplicht op een concurrerende zorgverzekeringsmarkt*. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, april 1995, Hoofdstuk 2+3, Bijlage 1.
- Van, W.P.M.M. van de, Bruijn, D. de, Prinsze, F.J. & F.T. Schut. 2005. *Nieuw zorgstelsel vereist betere risicoverevening*. ESB 20-05-2005, 223-225.

Elektronische artikelen:

- Baal, P.H.M. van., Heijink, R., Hoogenveen, R.T. & J.J. Polder. 2006. *Zorgkosten van Ongezond Gedrag* [Internet]. RIVM, 2006 [aangehaald op 03-11-2007]. Bereikbaar op <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270751015.pdf>
- Baan, C.A. & M.J.J.C. Poos. 2005. *Hoe vaak komt diabetes mellitus voor en hoeveel mensen sterven eraan?* [Internet] RIVM, 17-04-2008 [aangehaald op 17-05-2008] Bereikbaar op http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1259n17502.html
- Baan, C.A. & S. van Wieren. 2007. *Welke zorg gebruiken patiënten en wat zijn de kosten?* [Internet] RIVM 17-04-2008 [aangehaald op 17-05-2008] Bereikbaar op http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1268n17502.html

- (Belastingdienst) *De inkomensafhankelijke bijdrage voor uw zorgverzekering* [Internet]. Belastingdienst, [04-02-2008] Bereikbaar op http://www.belastingdienst.nl/variabel/zorgverzekering/wet/zorgverzekering/wet-17.html#P206_17348
- (Basisverzekeringonline) *Zorgtoeslag* [Internet]. Basisverzekeringonline, [04-02-2008] Bereikbaar op http://www.basisverzekeringonline.nl/basisverzekering_zorgtoeslag.htm
- Goudriaan, G. 2006. *De verzorging van morgen* [Internet]. Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden [20-11-2007] Bereikbaar op http://www.avvv.nl/uploaded/publicaties/inhoudelijk/De_verzorging_van_morgen_febr_2006.pdf
- Hoekstra, J. 2007. *Welke zorg gebruiken patiënten en wat zijn de kosten?* [Internet] RIVM, 17-04-2008 [aangehaald op 16-05-2008] Bereikbaar op http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o4563n17274.html
- Hoeymans, N., Hoogenveen, R.T. & M.J.J.C. Poos. 2007. *Ziektelast in Daly's, oorzaak en gevolg, Wat is de bijdrage van risicofactoren?* [Internet] RIVM 2007 [aangehaald op 26-10-2007] Bereikbaar op http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2879n18840.html
- Hoeymans, N., Picavet, H.S.J. & M.A.R. Tijhuis. 2005. *Wat is ervaren gezondheid en hoe wordt het gemeten?* [Internet] RIVM, 17-04-2008 [aangehaald op 16-05-2008] Bereikbaar op http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1078n18744.html
- Hoogervorst, H. 2007. *Risicovereveningssysteem 2007* [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, [19-02-2008] Bereikbaar op http://www.minvws.nl/images/risicoverevening_tcm19-136506.pdf
- Jeurissen, P.P.T. 2005. *Houdbare Solidariteit in de Gezondheidszorg* [Internet]. RIVM, [02-02-2008] Bereikbaar op <http://www.rvz.net/data/download/solidariteit.pdf>

- (KiesBeter) 2006. *Hoogte zorgtoeslag 2007 vastgesteld* [Internet]. RIVM, 01-12-2006 [19-02-2008] Bereikbaar op <http://www.kiesbeter.nl/Zorgverzekeringen/algemeen/nieuwsbericht/?nieuwsberichtId=905267>
- Klerk, M.M.Y. de. 2002. *Rapportage gehandicapten 2002. Maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps* [Internet]. Sociaal en Cultureel Planbureau [aangehaald op 16-05-2008] Bereikbaar op http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o5726n30606.html
- KPMG. 2001. *Kosten en baten van alcoholzorg en preventie* [Internet]. Alcoholinfo 13-08-2007 [aangehaald op 18-05-2008] Bereikbaar op <http://www.alcoholinfo.nl/index.cfm?act=esite.tonen&a=2&b=316&c=323>
- Kuunders, M.M.A.P. 2007. *Vormen van schadelijk alcoholgebruik en hoeveel het voorkomt* [Internet]. RIVM, 17-04-2008 [aangehaald op 17-05-2008] Bereikbaar op http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o7183n19086.html
- Kuunders, M.M.A.P. & M.W. van Laar. 2007. *Wat is alcoholgebruik en hoe wordt het gemeten?* [Internet]. RIVM, 17-04-2008 [aangehaald op 17-05-2008] Bereikbaar op http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o7161n19086.html
- Nederlands Transplantatie Centrum. 2007. *Transplantatie- en wachtlijstcijfers 2007* [Internet]. Nederlandse Leverpatiënten Stichting [aangehaald op 07-05-2008] Bereikbaar op http://www.leverpatientenvereniging.nl/index.php?option=com_content&task=view&id=314&Itemid=28
- Paolucci, F. 2007. *The design of basic and supplementary health care financing schemes: Implications for efficiency and affordability* [Internet]. Erasmus Universiteit Rotterdam, [02-02-2008] Bereikbaar op http://publishing.eur.nl/ir/repub/asset/10758/071206_Paolucci%2C%20Francesco%20PhD%20thesis.pdf

- Polder, J.J. 2006. *De verlies- en winstrekening van (on)gezond gedrag* [Internet]. Phforum Economie van de gezondheidszorg, 12-07-2006 [aangehaald op 28-10-2007]. Bereikbaar op http://www.phforum.nl/docs/2006/TSG_5_EXTERN_katern_v3.pdf
- Prismant. 2005. *Klinische opnames in algemene ziekenhuizen met een aan alcohol gerelateerde problematiek* [Internet]. Alcoholinfo 27-08-2007 [aangehaald op 18-05-2008] Bereikbaar op <http://www.alcoholvoorlichting.nl/index.cfm?act=esite.tonen&pagina=321>
- a (RIVM). 2007. *Roken* [Internet] RIVM 2007 [aangehaald op 26-10-2007] Bereikbaar op http://www.rivm.nl/vtv/object_class/kom_roken.html
- b (RIVM). 2007. *Alcoholgebruik* [Internet] RIVM 2007 [aangehaald op 26-10-2007] Bereikbaar op http://www.rivm.nl/vtv/object_class/kom_alcohol.html
- c (RIVM). 2007. *Voeding* [Internet] RIVM 2007 [aangehaald op 26-10-2007] Bereikbaar op http://www.rivm.nl/vtv/object_class/kom_voeding.html
- d (RIVM). 2007. *Lichamelijke activiteit* [Internet] RIVM 2007 [aangehaald op 26-10-2007] Bereikbaar op http://www.rivm.nl/vtv/object_class/kom_inactief.html
- Stam, P.J.A. & W.P.M.M. van de Ven. 2006. *Risicoverevening in de Zorgverzekering* [Internet]. NPCF, [19-02-2008] Bereikbaar op <http://www.npcf.nl/uploads/files////evalrisicoverevening06.pdf>
- (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) 2008. *Zorgverzekering* [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 21-01-2008 [21-02-2008] Bereikbaar op <http://www.minvws.nl/dossiers/zorgverzekering/>
- Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. 2002. *Gezondheid op koers?* [Internet] RIVM 2002 [aangehaald op 16-01-2008] Bereikbaar op <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270551001.pdf>

- Zandwijk, N. van., Leeuwen, F.E. van., & M.J.J.C. Poos. 2005. *Hoe vaak komt longkanker voor en hoeveel mensen sterven eraan?* [Internet] RIVM, 17-04-2008 [aangehaald op 16-05-2008] Bereikbaar op http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1064n17274.html

Bijlage 1. Enquête

Wat is uw leeftijd?

Wat is uw geslacht?

Wat is uw lengte?

Wat is uw gewicht?

Leefstijl

Hoeveel sigaretten rookt u gemiddeld per dag?

0 sigaretten 1-5 sigaretten 6-10 sigaretten meer dan 10 sigaretten

Hoeveel glazen alcoholhoudende dranken drinkt u gemiddeld per week?

Antwoord in de volgende categorieën als u een vrouw bent:

0 glazen 1-7 glazen 8-13 glazen 14-35 glazen meer dan 35 glazen

Antwoord in de volgende categorieën als u een man bent:

0 glazen 1-14 glazen 15-20 glazen 21-50 glazen meer dan 50 glazen

(Kuunders 2007)

Hoe vaak per dag eet u een tussendoortje in de vorm van snoep, koek of chips?

0 maal 1 maal 2-4 maal 5 of meer maal

Hoe vaak nuttigt u eten van fastfoodketens of snackbar eten per week?

0 maal 1 maal 2-4 maal 5 of meer maal

Hoeveel tijd besteedt u per week aan sport?

0 uur 1-2 uur 3-4 uur 5 uur of langer

Hoeveel lichamelijke beweging, naast sporten, heeft u per week (wandelen, fietsen naar werk etc)

0 uur 1-2 uur 3-4 uur 5 uur of langer

Gezondheid

Hoe ervaart u uw gezondheid in het algemeen?

zeer goed goed niet goed,niet slecht slecht zeer slecht

(Hoeymans et al. 2005)

Heeft u chronische aandoeningen (= 'onomkeerbare aandoeningen, zonder uitzicht op volledig herstel en met een gemiddeld lange ziekteduur' (Klerk 2002))

ja nee

Zo ja, hoeveel chronische aandoeningen heeft u?

.....

Heeft u gekozen voor een vrijwillig eigen risico?

ja nee

Casus 1

Een man heeft de afgelopen veertig jaar iedere week 3 pakjes sigaretten gerookt. Nu wordt vastgesteld dat deze man longkanker heeft. Deze man kan behandeld worden in het ziekenhuis en er bestaat een kans op genezing.

De behandeling van longkanker kost ongeveer 14.000 euro per persoon per jaar ((Hoekstra 2005) (Zandwijk et al. 2005)).

De kosten van de behandeling van longkanker worden nu volledig vergoed vanuit het basispakket van de zorgverzekering.

Vindt u dat in deze specifieke situatie een eigen bijdrage door de persoon in kwestie moet worden betaald (naast het verplichte eigen risico)?

ja nee

Zo ja, hoe hoog moet de eigen bijdrage zijn, bij een inkomen tot 20.000 euro?

tot 1000 euro 1000 tot 7000 euro 7000 tot 10.000 euro 10.000 euro of meer

Zo ja, hoe hoog moet de eigen bijdrage zijn, bij een inkomen tussen 20.000 euro en 50.000 euro?

tot 1000 euro 1000 tot 7000 euro 7000 tot 10.000 euro 10.000 euro of meer

Zo ja, hoe hoog moet de eigen bijdrage zijn, bij een inkomen hoger dan 50.000 euro?

tot 1000 euro 1000 tot 7000 euro 7000 tot 10.000 euro 10.000 euro of meer

Casus 2

Een man heeft jarenlang iedere dag te veel gegeten en ongezond gegeten. Door deze eetgewoonte is de man zeer zwaarlijvig en heeft obesitas. Door het overgewicht lijdt de man aan diabetes en krijgt hiervoor insuline.

De kosten van de behandeling van diabetes bedragen ongeveer 1300 euro per persoon per jaar ((Baan & Van Wieren 2008) (Baan et al. 2005)). Deze behandeling zal moeten worden gegeven zolang iemand leeft. De kosten gelden dus voor ieder jaar.

De kosten van de behandeling van diabetes worden nu volledig vergoed vanuit het basispakket van de zorgverzekering.

Vindt u dat in deze specifieke situatie een eigen bijdrage door de persoon in kwestie moet worden betaald (naast het verplichte eigen risico)?

ja nee

Zo ja, hoe hoog moet de eigen bijdrage zijn, bij een inkomen tot 20.000 euro?

tot 100 euro 100 tot 500 euro 500 tot 1.000 euro 1.000 euro of meer

Solidariteit in de zorg

Zo ja, hoe hoog moet de eigen bijdrage zijn, bij een inkomen tussen 20.000 euro en 50.000 euro?

tot 100 euro 100 tot 500 euro 500 tot 1.000 euro 1.000 euro of meer

Zo ja, hoe hoog moet de eigen bijdrage zijn, bij een inkomen hoger dan 50.000 euro?

tot 100 euro 100 tot 500 euro 500 tot 1.000 euro 1.000 euro of meer

Casus 3

Een man is al jaren aan alcohol verslaafd. Door het overmatige alcoholgebruik is de lever aangetast en is een ziekenhuisopname met behandeling noodzakelijk.

De kosten van een opname in het ziekenhuis ten gevolge van overmatig drankgebruik betreft ongeveer 25.000 euro ((KPMG 2001) (Prismant 2005)).

De kosten van de behandeling van de lever worden nu volledig vergoed vanuit het basispakket van de zorgverzekering.

Vindt u dat in deze specifieke situatie een eigen bijdrage door de persoon in kwestie moet worden betaald (naast het verplichte eigen risico)?

ja nee

Zo ja, hoe hoog moet de eigen bijdrage zijn, bij een inkomen tot 20.000 euro?

tot 1000 euro 1000 tot 10.000 euro 10.000 tot 20.000 euro 20.000 euro of meer

Zo ja, hoe hoog moet de eigen bijdrage zijn, bij een inkomen tussen 20.000 euro en 50.000 euro?

tot 1000 euro 1000 tot 10.000 euro 10.000 tot 20.000 euro 20.000 euro of meer

Zo ja, hoe hoog moet de eigen bijdrage zijn, bij een inkomen hoger dan 50.000 euro?

tot 1000 euro 1000 tot 10.000 euro 10.000 tot 20.000 euro 20.000 euro of meer

Casus 4

Meneer 1 heeft longkanker ten gevolge van jarenlang roken.

Meneer 2 heeft hartproblemen door obesitas, dat is ontstaan na jarenlang te veel en vaak ongezond eten.

Als u zou moeten kiezen, aan welke behandeling zou u prioriteit geven om op te nemen in de verplichte basisverzekering?

Meneer 1 Meneer 2 neutraal

Casus 5

Meneer 1 heeft longkanker ten gevolge van jarenlang roken.

Meneer 2 lijdt aan leverfalen door jarenlang alcoholmisbruik.

Als u zou moeten kiezen, aan welke behandeling zou u prioriteit geven om op te nemen in de verplichte basisverzekering?

Meneer 1 Meneer 2 neutraal

Casus 6

Meneer 1 lijdt aan leverfalen door jarenlang alcoholmisbruik.

Meneer 2 heeft hartproblemen door obesitas, dat is ontstaan na jarenlang te veel en vaak ongezond eten.

Als u zou moeten kiezen, aan welke behandeling zou u prioriteit geven om op te nemen in de verplichte basisverzekering?

Meneer 1 Meneer 2 neutraal

Casus 7

Een man heeft door een alcoholverslaving leverfalen. De lever is in een zeer slechte conditie en een transplantatie is noodzakelijk.

Er is een tekort aan donororganen en er bestaat een wachtlijst van 130 mensen die wachten op een nieuwe lever (Nederlandse Transplantatie Stichting 2007).

Vindt u dat deze man in aanmerking moet komen voor een nieuwe lever?

ja nee geen mening

Casus 8

Een man heeft door te veel en vaak ongezond eten obesitas. Ten gevolge daarvan heeft de man zwaar hartfalen en een harttransplantatie moet de man redden.

Er is een tekort aan donororganen en er bestaat een wachtlijst van 44 mensen die wachten op een nieuw hart (Nederlandse Transplantatie Stichting 2007).

Vindt u dat de man in aanmerking komt voor een nieuw hart?

ja nee geen mening

Casus 9

Een man heeft door jarenlang veel roken longproblemen. De long is in een zeer slechte conditie en een transplantatie is noodzakelijk.

Er is een tekort aan donororganen en er bestaat een wachtlijst van 158 mensen die wachten op een nieuwe long (Nederlandse Transplantatie Stichting 2007).

Vindt u dat de man in aanmerking komt voor een nieuwe long?

ja nee geen mening

Casus 10

Meneer 1 heeft door een alcoholverslaving leverfalen. De lever is in een zeer slechte conditie en een transplantatie is noodzakelijk.

Meneer 2 heeft een genetische afwijking aan de lever waardoor een transplantatie nodig is.

Vindt u dat Meneer 2 voorrang moet krijgen op de donorlijst?

ja nee geen mening

Casus 11

Meneer 1 heeft door te veel en vaak ongezond eten obesitas. Ten gevolge daarvan heeft de man zwaar hartfalen en een harttransplantatie moet de man redden.

Meneer 2 heeft een genetische afwijking aan het hart waardoor een transplantatie nodig is.

Vindt u dat Meneer 2 voorrang moet krijgen op de donorlijst?

ja nee geen mening

Casus 12

Meneer 1 heeft door jarenlang veel roken longproblemen. De long is in een zeer slechte conditie en een transplantatie is noodzakelijk.

Meneer 2 heeft een genetische afwijking aan de long waardoor een transplantatie nodig is.

Vindt u dat Meneer 2 voorrang moet krijgen op de donorlijst?

ja nee geen mening

Bijlage 2. Frequentietabel casussen enquête

Variabele	Categorie	Uitkomst (in %)
Casus 1 Eigen bijdrage roken	Ja	45,3 %
	Nee	54,7 %
Casus 2 Eigen bijdrage overgewicht	Ja	40,7 %
	Nee	59,3 %
Casus 3 Eigen bijdrage overmatig alcohol gebruik	Ja	53,5 %
	Nee	46,5 %
Casus 4 Roken vs Overgewicht	Roken	10,5 %
	Overgewicht	19,8 %
	Neutraal	69,8 %
Casus 5 Roken vs Alcoholgebruik	Roken	15,1 %
	Alcoholgebruik	10,5 %
	Neutraal	74,4 %
Casus 6 Alcoholgebruik vs Overgewicht	Alcoholgebruik	5,8 %
	Overgewicht	26,7 %
	Neutraal	67,4 %
Casus 7 Donororgaan bij overmatig alcoholgebruik	Ja	64,0 %
	Nee	24,4 %
	Neutraal	11,6 %
Casus 8 Donororgaan bij overgewicht	Ja	69,8 %
	Nee	17,4 %
	Neutraal	12,8 %
Casus 9 Donororgaan bij roken	Ja	64,0 %
	Nee	23,3 %
	Neutraal	12,8 %
Casus 10 Wachtlijst donororganen lever	Ja	72,1 %
	Nee	20,9 %
	Neutraal	7,0 %
Casus 11 Wachtlijst donororganen hart	Ja	69,8 %
	Nee	20,9 %
	Neutraal	9,3 %
Casus 12 Wachtlijst donororganen long	Ja	70,9 %
	Nee	20,9 %
	Neutraal	8,1 %

Voor iedere casus geldt n=86