

SOLIDARITEIT 2012



Een bevolkingsonderzoek

Mark Elchardus & Bram Spruyt

Deelrapport 3 risico en persoonlijke verantwoordelijkheid

Deelrapport 3: risico en persoonlijke verantwoordelijkheid

1 Risicosolidariteit

Onder risicosolidariteit verstaan we solidariteit met mensen die een risico lopen of een risico nemen. Er zijn redenen, waar we aanstonds dieper op ingaan, om aan te nemen dat die vormen van solidariteit vandaag op de proef worden gesteld en dat verschillende ontwikkelingen ertoe leiden dat mensen verantwoordelijk of aansprakelijk worden gesteld voor de risico's die ze lopen of nemen. In het eerste geval, risico's lopen, spreken we van levensloopaansprakelijkheid omdat mensen aansprakelijk worden gesteld voor risico's die grotendeels buiten hun eigen keuze vallen, zoals deze verbonden aan het ouder worden of het beroep dat men uitoefent. In het andere geval spreken we van levensstijlaansprakelijkheid omdat mensen aansprakelijk worden gesteld voor handelingen en gedragspatronen die door velen worden beschouwd als het gevolg van een levensstijlkeuze.

2 Levensloopaansprakelijkheid

2.1 VAN ONWETENDHEID NAAR RISICO-CALCULUS EN AANSPRAKELIJKHEID?

Solidariteit steunt op wat Rawls "the veil of ignorance", de sluier van de onwetendheid heeft genoemd. We weten niet wie ziek of werkloos zal worden en zijn daarom bereid samen te leggen, in het spreekwoordelijke en historische sigarenkistje, opdat degene bij wie het risico zich, onvoorspelbaar, realiseert daaruit zou kunnen putten om de kosten van verzorging en een vervanginkomen te dekken. Onder de sluier van onwetendheid sporen solidariteit en welbegrepen eigenbelang mooi samen. Verschillende ontwikkelingen hebben de sluier van de onwetendheid echter gescheurd en de verdeling van risico's wordt veel duidelijker dan voorheen (o.a. Rosanvallon, 1995). De zeer grote impact van de aard en het niveau van het genoten onderwijs op gezondheid, levensverwachting, de kans op werkloosheid en armoede is genoegzaam gekend en speelt daarin een belangrijke rol. Werkloosheid is niet meer een onvoorspelbaar ongeluk (Elchardus, Glorieux et

al. 1996) en wordt in grote mate een voorspelbaar ongeluk. Op basis van de onderwijsvorm die in het secundair onderwijs werd gevolgd en van het hoogst behaalde diploma kan men vrij goed de kans op werkloosheid en langdurige werkloosheid voorspellen. In het sigarenkistje leggen om daaruit werklozen te laten putten wordt voor de hogeropgeleiden daarom in mindere mate een kwestie van eigen risicodekking, meer een kwestie van solidariteit en zelfs liefdadigheid, en misschien van welbegrepen eigenbelang, maar dan op basis van de overtuiging dat een samenleving met veel armoede minder veilig, minder aangenaam, minder dynamisch... is.

Het gaat bij het verscheuren van de sluier van onwetendheid niet alleen om maatschappelijke veranderingen zoals de toegenomen rol van onderwijs in de toewijzing van levenskansen en levensmogelijkheden, maar ook om de ontwikkeling van kennis en technologie. De kennis en technologie zijn nu voorhanden om in zeer groot detail de levensloop van individuen in kaart te brengen en op basis van de individuele biografie de toekomstige risico's te voorspellen. In sommige sectoren wordt die kennis en technologie al aangewend (meestal voor commerciële doelen), maar een aanwending in het kader van de sociale zekerheid en de ziekteverzekering is niet uitgesloten. De vragenlijst die bij het aankopen van een commerciële hospitalisatieverzekering moet worden ingevuld, biedt een voorsmaakje van wat mogelijk is. Verschillende auteurs hebben er al voor de eeuwwisseling op gewezen dat dit, samen met de grotere kennis van het menselijke genoom, een veel grotere voorspelbaarheid van de ziekte en invaliditeit van individuen mogelijk maakt (Thompson & Chadwich, 1999; Novas & Rose, 2000; Austin et al., 2000).

De Franse auteur Rosavallon heeft de gevolgen van dat scheuren van de sluier van de onwetendheid omschreven als de "nieuwe sociale kwestie":

'L'Etat-providence (...) fonctionnait sous 'voile d'ignorance'. Le principe assurantiel sur lequel il s'appuyait présupposait que les individus étaient égaux devant les différents risques sociaux susceptibles d'affecter l'existence. L'opacité du social était ainsi une condition implicite du sentiment d'équité. Tous les membres de la société pouvaient se considérer comme solidaires dans la mesure où ils percevaient la nation comme une classe de risques relativement homogène. C'est de moins en moins le cas. (...) La meilleure connaissance que la société a de ses différences tend à modifier très

sensiblement la perception du juste et de l'injuste.(...) Si je sais que je profiterai statistiquement moins longtemps de ma retraite que d'autres, pourquoi accepterai-je de cotiser au même taux qu'eux? Je considérerai comme juste qu'il soit tenu compte de cette disparité.' (Rosanvallon 1995: 54-55).

Anders gesteld, men kan verwachten dat onder de sluier van de onwetendheid het welbegrepen eigenbelang en het verzekeringsprincipe zal tenderen naar solidariteit, onder condities van grotere kennis en inzicht zal het welbegrepen eigenbelang en het verzekeringsprincipe tenderen naar risicocalculatie, risicoselectie en de vraag bijdragen aan (of de uitkeringen van) de sociale zekerheid proportioneel te maken aan het risico. Dat is ten minste wat men verwacht als men ervan uitgaat dat mensen uit eigenbelang handelen. In dat geval verwacht men weinig steun voor levensloopaansprakelijkheid van mensen die zelf hoge risico's lopen en veel steun van mensen die veel risico's lopen of, vertaalt naar de factoren die een belangrijke rol spelen in de risicoverdeling in de hedendaagse samenleving, verwacht men veel steun voor de levensloopaansprakelijkheid van jonge, gezonde, hoogopgeleide mensen, weinig steun van oudere, laagopgeleide mensen met gezondheidsproblemen.

Die verwachting is zorgwekkend omdat zij wijst in de richting van een afhaken van solidariteit vanwege mensen die ter wille van hun hogere opleiding in belangrijke mate kunnen bijdragen aan een solidair stelsel van verplichte ziekteverzekering. De theorieën of modellen die ervan uitgaan dat mensen uit eigenbelang handelen, blijken echter niet altijd zo'n goede gedragsvoorspellingen op te leveren. Onderzoek heeft herhaaldelijk aangetoond dat in Europa en zeker in de Europese welvaartstaten het draagvlak voor de sociale zekerheid heel stevig is en blijft. Wel maken mensen een vrij scherp onderscheid tussen wat in het Engels "deserving" en "undeserving poor" wordt genoemd, tussen mensen die buiten hun wil om beroep moeten doen op solidariteit en de mensen die, in de ogen van velen, eigenlijk zelf verantwoordelijk zijn voor hun hulpbehoevendheid. De solidariteit is veel groter met de eersten dan met de tweeden (zie o.m. Van Oorschot, 1996). Dat onderscheid is natuurlijk van heel groot belang voor het verschil tussen levensloop- en levensstijlaansprakelijkheid. Daarom is het boeiend te kijken naar het verschil tussen beide, maar ook om na te gaan of de nieuwe sociale kwestie zich effectief stelt: brokkelt solidariteit af met risicogroepen die men bezwaarlijk de schuld kan geven van hun risico en ziet men over de tijd een toename van levensloopaansprakelijkheid in Vlaanderen?

2.2 LEVENSLOOPAANSPRAKELIJKHEID METEN

Of een gedrag en het daarmee verbonden risico wordt beschouwd als een gevolg van keuze, is in grote mate een kwestie van conventie en overtuiging. Sommigen beschouwen het hebben van een gehandicapt kind vandaag als een vrijwillige keuze, anderen niet. In 2000 werd een vooronderzoek uitgevoerd naar welke bronnen van risico mensen niet beschouwen als het gevolg van een individuele keuze. Daaruit bleek dat de grote tot overgrote meerderheid van de Vlamingen veroudering, het individuele genoom, het uitgeoefende beroep en zelfs de schoolloopbaan en de algemene voedingspatronen niet of slechts in geringe mate beschouwen als een kwestie van persoonlijke keuze. Daarom werden zij, samen met een uitspraak over het beoefenen van gevaarlijke sporten gebruikt om een schaal van levensloopaansprakelijkheid te ontwerpen. Deze werd gebruikt in een onderzoek van 2001 bij een op het Rijksregister getrokken zuiver toevallige steekproef van 7500 mensen 18 tot 75 jaar oud uit het Vlaamse gewest. Na vier golven bedroeg de bruto respons toen 49% (3692 respondenten). We hebben die zelfde schaal in *Solidariteit 2012* gebruikt, om de ontwikkeling over de tijd van 2001 tot 2012 te kunnen nagaan.

De uitspraken waaruit de schaal bestaat zijn opgenomen in tabel 1, samen met het percentage van de respondenten dat akkoord gaat, in 2001 en 2012. Voor het gemak van de presentatie werden de vijf antwoordmogelijkheden samengevoegd tot drie categorieën: niet akkoord (niet akkoord en helemaal niet akkoord), de tussenpositie en akkoord (akkoord en helemaal akkoord). We bespreken eerst de vaststellingen in 2012.

TABEL: FREQUENTIEVERDELING ITEMS DIE PEILEN NAAR LEVENLOOPSAAKSELKHEID IN 2001 EN 2012 IN VLAANDEREN

Items ^a	(Helemaal) niet akkoord	Tussen beide	(Helemaal) akkoord	N geldig
Ouderen zijn vaker ziek en zouden dus meer moeten bijdragen aan de ziekteverzekering dan jongeren – SOLIDARITEIT 2012	82,6	10,6	6,8	2709
DS 2001	86,2	7,8	6,0	3584
Sommige beroepen zijn gevaarlijk, daarom moeten die deze beroepen uitoefenen meer bijdragen aan de verzekering voor arbeidsongeschiktheid – SOLIDARITEIT 2012	73,6	12,9	13,5	2681
DS 2001	69,3	13,2	17,5	3570
Laaggeschoolden die een hogere kans op werkloosheid hebben, moeten een hogere bijdrage betalen aan de werkloosheidsverzekering – SOLIDARITEIT 2012	81,7	12,7	5,6	2683
DS 2001	85,7	8,5	5,8	3572
Mensen die gezond leven door bv. te letten op hun voeding, worden minder ziek en zouden daarom minder moeten bijdragen aan de ziekteverzekering – SOLIDARITEIT 2012	66,6	18,8	14,6	2700
DS 2001	76,6	12,2	11,2	3580
Mensen van wie genetisch is vastgesteld dat ze in de toekomst een ernstige ziekte zullen krijgen, zouden meer moeten bijdragen aan de ziekteverzekering – SOLIDARITEIT 2012	87,7	8,2	4,1	2697
DS 2001	89,2	7,0	3,9	3573
Mensen die gevaarlijke sporten beoefenen, zouden een hogere bijdrage aan de ziekteverzekering moeten betalen – SOLIDARITEIT 2012	34,4	20,8	44,8	2701
DS 2001	48,4	17,8	33,7	3568

^a Items bevraagd op 5 puntschaal. Voor presentatieredenen nemen we de uiterste categorieën samen.

Cronbach's alfa 2012: 0,722 ; Cronbach's alfa 2001: 0,647

Bron: SOLIDARITEIT 2012 en DS 2001.

Met de uitzondering van het beoefenen van gevaarlijke sporten (een uitspraak die, zo blijkt, eigenlijk beter past bij de levensstijlaansprakelijkheid) wordt de idee van een aansprakelijkheid of verantwoordelijkheid voor de gelopen risico's voor de levenslooprisico's door een grote tot overweldigende meerderheid verworpen. De idee van mensen verantwoordelijk te stellen voor de gevolgen van hun leeftijd, onderwijsniveau of genen, wordt door 82 à 88% van de respondenten verworpen. De proportie van de respondenten die aansprakelijkheid in die gevallen verwerpt is

12 tot 21 keer groter dan de proportie die zo'n aansprakelijkheid gereflecteerd wil zien in de bijdragen.

De meerderheid die aansprakelijkheid verwerpt voor de gevolgen van het uitgeoefende beroep en het (on)gezond eten, is iets minder groot, hoewel nog zeer solide, respectievelijk 74 en 67%. De proportie die hier aansprakelijkheid verwerpt is telkens 5 keer groter dan de proportie die ze wil geïmplementeerd zien. Het gaat waarschijnlijk om twee factoren – het uitgeoefende beroep en de eetgewoonten – die al in grotere mate als een kwestie van persoonlijke keuze worden beschouwd. Dat laatste is heel sterk het geval voor het beoefenen van gevaarlijke sporten. Hier is de groep die aansprakelijkheid verwerpt (34%) kleiner dan de groep die aansprakelijkheid toewijst (45%). Besluitend kunnen we stellen dat een solide tot overweldigend meerderheid levensloopaansprakelijkheid verwerpt en dus tegen differentiële bijdragen (en zo kan men aannemen, ook uitkeringen) zijn voor risico's die worden beschouwd als niet het gevolg van een eigen keuze. Het gevaar van een nieuwe sociale kwestie tekent zich dus nog niet af in de opstelling van de overgrote meerderheid van de bevolking.

Over de tijd zien we geen grote verschuivingen, wat de indruk versterkt dat de nieuwe sociale kwestie (voorlopig) de solidariteit niet ondergraaft. De bereidheid van mensen om solidair te blijven met grotere, gekende risico's, zolang die niet aan een persoonlijke keuze worden toegeschreven, blijft nagenoeg onveranderd. Voor twee van de zes uitspraken is de proportie die aansprakelijkheid verwerpt in 2012 zelfs groter dan in 2001: voor de gevolgen van leeftijd en beroep. Voor de gevolgen van genen is er geen noemenswaardig verschil. Voor drie uitspraken is de tendens mensen aansprakelijk te stellen iets toegenomen. Het gaat om een bescheiden verschil in het geval van het onderwijsniveau waarvoor het percentage dat aansprakelijkheid verwerpt daalt van 86 naar 82%, het percentage dat akkoord gaat met de aansprakelijkheid stabiel blijft en wat meer mensen zich in de twijfelende midden-categorie plaatsen, die stijgt van 9 naar 13%. De verschuiving is belangrijker voor het beoefenen van gevaarlijke sporten. In 2001 wou 48% in dat verband niet horen van aansprakelijkheid. Die proportie is in 2012 geslonken tot 34%. In 2001 was 34% voorstander van aansprakelijkheid in dat geval, in 2012 is dat 45%. Voor de gevolgen van gezonde eetgewoonten evolueerde het verwerpen van aansprakelijkheid van 77 naar 67% en het toewijzen ervan van 11 naar 15%

Samenvattend kunnen we stellen dat de nieuwe sociale kwestie de solidariteit (voorlopig nog) niet op de helling plaatst. Voor risico's waarvoor men geen persoonlijke verantwoordelijkheid toewijst, verwerpt een overweldigende meerderheid het idee van aan het risico aangepast bijdragen. Die proportie is over het laatste decennium zelfs nog heel lichtjes toegenomen. Wel tekent zich hier blijkbaar een ontwikkeling af waarbij men sommige gedragingen wel meer aan persoonlijke verantwoordelijkheid koppelt (sport en eetgewoonten) en daar neemt de neiging om aansprakelijk te stellen toe. Als deze interpretatie klopt zouden we moeten vaststellen dat levensstijlaansprakelijkheid niet alleen hoger is dan levensloopaansprakelijkheid, maar ook over de tijd, over de laatste 11 jaar, is toegenomen.

3 Levensstijlaansprakelijkheid

3.1 NAAR EEN SAMENLEVING VAN DE PERSOONLIJKE VERANTWOORDELIJKHEID

Van onze samenleving wordt dikwijls beweerd dat zij sterk geïndividualiseerd is. Die stelling steunt op een begripsverwarring tussen individualisme en individualisering. *Individualisme*, zoals de uitgang "isme" duidelijk weergeeft, is een geloofsovertuiging of een ideologie: de overtuiging dat persoonlijke autonomie mogelijk, goed en nastrevenswaardig is. Dat is ons dominant geloof. Wij zijn een zeer individualistische samenleving. Individualisering zou betekenen dat die persoonlijke autonomie ook in grote mate verwezenlijkt is. Dat laatste is niet het geval. Het denken, voelen en doen van de mensen is nog steeds sterk bepaald door en voorspelbaar op basis van hun sociale en persoonlijke kenmerken (verschillende opstellen in Elchardus & Glorieux, 2002; Elchardus 2009; Elchardus en De Keere, 2010). Wat mensen denken, voelen en doen is vrij goed voorspelbaar op basis van hun opleiding, de wijze waarop ze in contact komen met de massamedia, bloot staan aan reclame, en ook nog steeds voorspelbaar op basis van andere sociale kenmerken of collectieve indentificatoren zoals geslacht, leeftijd, sociale klasse, levensbeschouwing. Er zijn zelfs aanwijzingen dat die voorspelbaarheid toeneemt. Een daarvan, het gevaar van een nieuwe sociale kwestie, werd daarnet uitvoerig besproken. Wij zijn geen geïndividualiseerde samenleving, maar een samenleving die een zeer hoge graad van individualisme combineert met een betrekkelijk en waarschijnlijk dalende graad van individualisering.

De hoge graad van individualisme doet echter ons geloven in individualisering, brengt er meer en meer mensen toe meer en meer gedragspatronen te beschouwen als een kwestie van persoonlijke keuzen... en dus van persoonlijke verantwoordelijkheid. De Derde Weg was in grote mate een pleidooi om de sociaaldemocratische nadruk op de omstandigheden en de structurele factoren die individueel gedrag produceren, te vervangen door een grotere nadruk op individuele vrijheid en individuele verantwoordelijkheid (Giddens, 1998). Het steunde zeer expliciet op de stelling dat collectieve determinanten van het gedrag, zoals sociale klasse, grotendeels hun belang hadden verloren en vervangen waren door geïndividualiseerde gedragspatronen die tot individuele risico's leiden (Beck, 1992).

De groeiende nadruk op individuele vrijheid en persoonlijke verantwoordelijkheid spoort mooi met de groeiende vraag naar een fijnere en gevolgrijker evaluatie van de persoonlijke prestaties. Het gebruik van een persoonlijke prestatiebeoordeling als basis van het personeelsbeleid is een van de centrale doelstellingen van het moderne personeelsbeleid (HRM). Al in 1986 heeft General Motors 11.000 arbeiders onder een opvolgsysteem van persoonlijke prestatiebeoordeling geplaatst (Kanter, 1988). Dergelijke praktijken hebben zich inmiddels veralgemeend, in de privé zowel als in de openbare sector. We zitten in een fase van maatschappijontwikkeling waarin zowel de omgevende cultuur, het heersende individualisme, als de hedendaagse vormen van bedrijfsvoering de vraag naar persoonlijke verantwoordelijkheid vergroten.

Er is, uiteraard, een sterke kruisbestuiving tussen deze culturele en economische druk richting persoonlijke verantwoordelijkheid en de toename van onze informatie en kennis over de relatie tussen persoonlijk gedrag en gerealiseerde risico's, die centraal stond in de bespreking van de nieuwe sociale kwestie en de levensloopaansprakelijkheid. Het moment waarop die gevolgrijk samenvloeiden kan voor wat de gezondheid en de ziekteverzekering betreft, zelfs vrij precies worden gedateerd. In 1977 verscheen een spraakmakend essay van de Amerikaanse arts John Knowles (Bernts, 1991) waarin deze vertrekt van de vaststelling dat infectieziekten verdrongen zijn door chronische en gedragsafhankelijke aandoeningen. Levenswijze en levensstijl verschijnen dan heel zichtbaar als belangrijke bronnen van medische risico's. John Knowles spreekt van het recht op gezondheid, maar tevens ook de plicht tegenover de eigen gezondheid. Centraal bij

hem staat de eigen verantwoordelijkheid tegenover de eigen gezondheid, een thema dat over de laatste decennia wereldwijd aan belang heeft gewonnen.

3.2 LEVENsstIJLAANSprakELIJKHEID METEN, 2001-2012

Om levensstijlaansprakelijkheid te meten werden op basis van bestaand onderzoek (Halfens et al., 1984; Bernts, 1991) en een vooronderzoek in 2000 een aantal uitspraken ontwikkeld die samen een schaal vormen. Zij worden in 2001 in het reeds vermelde onderzoek opgenomen. We gebruikten ze eveneens in 2012 om een vergelijking over de tijd mogelijk te maken.

Koen is een verstokte roker. Hij heeft last van zijn longen, werd door zijn dokter herhaaldelijk gezegd te stoppen met roken. Hij doet dat niet en krijgt longkanker. Moet het ziekenfonds de kosten voor zijn verzorging terugbetalen zoals bij iedereen?

Kim duikt zoals elke week het nachtleven in. Zij neemt drugs en drinkt een paar glazen alcohol. Om zes uur 's morgens besluit ze naar huis te rijden. Ze verliest de controle over het stuur en rijdt tegen een boom met als gevolg dat ze in coma ligt. Moet het ziekenfonds de kosten van haar verzorging terugbetalen zoals bij iedereen?

Frank houdt van eten, maar eet vaak veel meer dan nodig en vaak vetzig en ongezond. Ook doet hij nauwelijks aan lichaamsbeweging. Als gevolg van dit alles is hij zwaarlijvig. De dokter heeft hem reeds meerdere malen gezegd gezonder te eten en aan sport te doen. Frank volgde die raad niet op. Nu ligt hij in het ziekenhuis ten gevolge van een hartinfarct. Moet het ziekenfonds de kosten van zijn verzorging terug betalen zoals bij iedereen?

Piet krijgt een ernstige ziekte aan de lever nadat hij jarenlang op een overdreven manier alcohol heeft gedronken. Moet het ziekenfonds de kosten van zijn verzorging terug betalen zoals bij iedereen?

Nathalie krijgt AIDS omdat zij er een onvoorzichtige en losbandige seksuele leefstijl op nahoudt. Moet het ziekenfonds de kosten van haar verzorging terug betalen zoals bij iedereen?

Luc rijdt met zijn motor zonder helm omdat hij een helm dragen belachelijk vindt. Hij heeft een ongeluk waarbij hij zwaar gewond raakt aan het hoofd en blind is voor de rest van zijn leven. Heeft hij recht op een invaliditeitsuitkering?

We bespreken wederom eerst de vaststellingen in 2012 (zie tabel 2). De percentages die hier aansprakelijkheid toewijzen en zich uitspreken voor een verminderde terugbetaling zijn veel groter dan voor de levensloopaansprakelijkheid, wat al meteen bevestigt dat opvattingen over persoonlijke verantwoordelijkheid een

belangrijke rol spelen in de mate waarin mensen solidair willen zijn. Op twee uitzonderingen na variëren de percentages die voor een verminderde terugbetaling zijn tussen de 30 en de 38. Er zijn twee uitschieters. In het vignet over Kim duiken drugs op, daar spreekt 42% zich uit voor een verminderde terugbetaling. Bij Frank zijn de problemen het gevolg van ongezond en vettig eten. Misschien herkennen heel wat Vlamingen zich daarin. In elk geval spreekt slechts 24% zich uit voor een gereduceerde terugbetaling in dat geval; bijna de helft, 47%, wil de medische kosten van Frank vergoeden zoals die van iedereen.

Tabel 2: Frequentieverdeling items die verwijzen naar levensstijlaansprakelijkheid in Vlaanderen in 2001 en 2005

Items ^a	Moet de ziekteverzekering opdraaien voor de kosten?			
	Neen	Tussen beide	Ja	N geldig
Koen is een verstokte roker - SOLIDARITEIT 2012	37,7	24,7	37,6	2733
DS 2001	25,0	18,4	56,6	3583
Kim duikt het nachtleven in - SOLIDARITEIT 2012	41,8	25,6	32,6	2733
DS 2001	34,4	22,7	42,9	3598
Frank eet te veel - SOLIDARITEIT 2012	23,6	29,0	47,4	2733
DS 2001	18,5	23,1	58,5	3593
Piet drinkt teveel alcohol - SOLIDARITEIT 2012	35,4	27,4	37,3	2728
DS 2001	26,4	23,0	50,6	3585
Nathalie krijgt leidt losbandig leven - SOLIDARITEIT 2012	29,9	27,0	43,1	2728
DS 2001	26,1	23,3	50,7	3589
Luc rijdt zonder helm - SOLIDARITEIT 2012	32,9	28,7	38,4	2738
DS 2001	27,3	25,2	47,5	3580

^a Items bevraagd op 5 puntschaal. Voor presentatieredenen nemen we de uiterste categorieën samen.
Cronbach's alfa 2012: 0,927, Cronbach's alfa 2001: 0,921

Er zijn ook altijd wat twijfelende mensen, 20 à 25%, wat voor dergelijke vragen niet zo heel veel is. Drie kwart of meer van de mensen heeft een uitgesproken mening en deze wijst toch op een belangrijke kwetsbaarheid van de solidariteit. Het gaat natuurlijk niet om de in de vignetten beschreven gedragspatronen en gebeurtenissen. Het gaat er om dat van zodra men naar risico gedifferentieerde bijdragen of naar gedragspatroon gedifferentieerde terugbetalingstarieven hanteert, men op een hellend vlak belandt dat kan leiden tot een ernstige afbouw van de solidariteit omdat grenzen die duidelijk weergeven wat persoonlijke verantwoordelijkheid is en wat niet heel moeilijk te trekken zijn. Wie alle twijfelaars kan overtuigen haalt een meerderheid voor differentiële terugbetaling op alle

beschreven gevallen; wie de helft van de twijfelaars kan overtuigen haalt voor de meeste van de beschreven gevallen een meerderheid.

De tendens van 2001 naar 2012 is ook heel duidelijk. Voor alle beschreven gevallen is er een vrij sterke toename van de proportie voorstanders van een differentiële terugbetaling. In procentpunten toename gaat deze van 4% (aids) naar 13% (roken). De procentuele toename ligt voor 4 van de 6 beschreven gevallen tussen de 22 en de 34%. Voor aids is ze 15% en voor roken 52%. Een betrekkelijk grote proportie van de bevolking, een ruim derde, wil mensen verantwoordelijk stellen voor hun levensstijl door middel van verminderde terugbetalingen van de verplichte ziekteverzekering. Die proportie is over de laatste 10 jaar vrij sterk toegenomen met ongeveer een kwart.

3.3 EN WAT MET HET EIGEN KIND EN PARTNER?

In 2012 werd een vraag toegevoegd die naar dezelfde basisidee verwijst als de items van levensloopaansprakelijkheid – nl. moet de ziekteverzekering opdraaien voor kosten verbonden met risicogedrag – maar toegepast op het eigen kind of partner:

Uw kind of partner moet naar aanleiding van hartproblemen een hartoperatie ondergaan. Hij of zij lijdt aan overgewicht wat mede oorzaak is van zijn/haar aandoening. Kunt u voor elke uitspraak aangeven in welke mate u ermee akkoord gaat? (voor de antwoorden, zie tabel 3).

TABEL 3: FREQUENTIEVERDELING ITEMS DIE VERWIJZEN NAAR LEVENSTIJLAANSPRAKELIJKHEID IN GEVAL VAN EIGEN KIND/PARTNER IN VLAANDEREN.

Items ^a	(Helemaal) niet akkoord	Tussen beide	(Helemaal) akkoord	N geldig
De ziekteverzekering moet de medische kosten voor de operatie van mijn kind/partner terugbetalen	4,2	19,0	76,8	2609
De ziekteverzekering moet vanwege het overgewicht van mijn kind/partner minder terugbetalen dan normaal	62,2	21,7	16,8	2540
De ziekteverzekering moet naar aanleiding van het overgewicht van mijn kind/partner niet terugbetalen	82,3	13,9	3,8	2541
Deze ziekteverzekering moet deze operatie terugbetalen, maar moet nadien niet meer tussen komen bij aandoeningen te wijten aan overgewicht zolang mijn kind/partner overgewicht heeft	45,0	29,7	25,3	2579

^a Items bevraagd op 5 puntschaal. Voor presentatieredenen nemen we de uiterste categorieën samen.

Cronbach's alfa: 0,755

Bron: SOLIDARITEIT 2012

Die vraag bevond zich ver van de andere vragen over levensstijlaansprakelijkheid in de vragenlijst, zodat de kans op besmetting gering is. Aangezien het item in dit geval verwijst naar de gevolgen van overgewicht, kunnen de antwoorden het best vergeleken worden met deze op het item over Frank in tabel 2. Terwijl in 2012 47% vond dat Frank recht heeft op terugbetaling door de ziekteverzekering, bedraagt dat percentage bijna 77% indien de betrokkene een eigen kind of partner is. Dus de aanspraak op volledige terugbetaling en het beroep op de collectieve solidariteit is daadwerkelijk groter als de eigen kring betreft. Het personaliseren van de risico's kan dus een doeltreffende strategie zijn om hogere premies of gereduceerde terugbetalingen op basis van levensstijlaansprakelijkheid tegen te gaan. Toch stemmen de vaststellingen niet al te optimistisch. Er is een sterke relatie ($r=0,5$) tussen de algemene houding ten opzichte van levensstijlaansprakelijkheid en de toepassing daarvan op het eigen kind of de eigen partner. Wie de levensstijl van anderen verantwoordelijk wil stellen, is ook in grote mate geneigd dat te doen met de eigen kinderen en partner. Verder verklaart 17% zich in het geval van de partner of het kind akkoord met een gereduceerde terugbetaling ter wille van de zwaarlijvigheid en verklaart 25% dat dit de laatste keer is dat de ziekteverzekering moet opdraaien voor de zwaarlijvigheid. Het discours van de levensstijlverantwoordelijkheid is sterk verspreid en zit diep in de bevolking en wordt, in mildere vorm weliswaar, door een vijfde tot een vierde van de bevolking ook op de eigen kinderen en partner toegepast.

4 Kunnen de houdingen ten opzichte van levensloop- en levensstijlaansprakelijkheid worden verklaard?

Zoals eerder verduidelijkt gebruikten we de verschillende uitspraken om achterliggende latente opvattingen over levensloop- en levensstijlaansprakelijkheid te meten. Als we de verdeling van die opvattingen onder diverse subpopulaties van de bevolking willen bestuderen, combineren we deze verschillende uitspraken tot schalen. In dit rapport presenteren we de resultaten voor somschalen (0-100)¹.

4.1 VERKLARINGEN VOOR LEVENSLOOP-AANSPRAKELIJKHEID

Bij het zoeken naar verklaringen gaan we na of er een invloed is van de leeftijd, het geslacht, de economische positie, de opleiding, de gezinssamenstelling, de eigen gezondheid en het gezondheidsgedrag, de kennis van de verplichte ziekteverzekering en de ideologische positie. Die laatste wordt bepaald aan de hand van twee variabelen: de mate van gelijkheidsstreven (in welke mate is men voorstander van meer gelijkheid en is men van oordeel dat de overheid daarvoor moet zorgen) en de zogeheten nieuwe breuklijn. Deze laatste onderscheidt in verschillende Europese landen heel duidelijk de nieuw-linkse en groene partijen van de extreemrechtse en populistisch-rechtse partijen. De houding wordt gemeten op basis van ethnocentrisme, en voorkeur voor harde repressie, argwaan ten opzichte

¹ Somschalen hebben het voordeel van intuïtief gemakkelijk te interpreteren te zijn. Zij hebben ten opzichte van factorschalen het nadeel dat er niet gecontroleerd kan worden voor meetfouten. Bij de voorbereiding van dit rapport werden alle analyses met beide types schalen uitgevoerd. We vonden op geen enkel moment substantiële verschillen tussen de resultaten voor de factor- en de somschalen.

van de democratie en utilitair individualisme of een sociaal-Darwinistische houding die van oordeel is dat aangezien iedereen uit eigen belang handelt solidariteit maar praatjes zijn en iedereen voor zich moet zorgen.

TABEL 5: REGRESSIEANALYSE LEVENSLLOOPAANSPRAKELIJKHEID IN VLAANDEREN

Onafhankelijke kenmerken	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
	β^a	p^b	β	P	β	p	β	p
Leeftijd (0: Max. 25 jaar)								
25-35 jaar	-0,025		-0,020		-0,018		-0,014	
35-45 jaar	-0,069		-0,065		-0,062		-0,054	
45-55 jaar	-0,088	*	-0,084	*	-0,083	*	-0,065	
55-65 jaar	-0,033		-0,036		-0,039		-0,019	
65-75 jaar	-0,001		-0,009		-0,014		0,000	
Geslacht (0: vrouw)								
	0,033		0,041		0,043		0,015	
Opleiding (0: Max Lager secundair)								
Hoger secundair	0,015		0,012		0,016		0,022	
Hoger onderwijs	0,065	*	0,059		0,066	*	0,103	***
Economische positie	-0,067	*	-0,069	*	-0,063	*	-0,055	
Partner (0: Inwonende partner)								
Wel partner, niet samenwonend	-0,067	**	-0,063	*	-0,064	*	-0,048	
Geen partner								
	-0,021		-0,019		-0,018		-0,009	
Aantal kinderen								
	0,010		0,008		0,009		0,024	
Inwonende anderen (0: Geen)								
	-0,033		-0,035		-0,036		-0,027	
Gezondheidspositie								
			0,014		0,012		0,015	
In de naaste omgeving mensen die								
langdurig ziek of invalide zijn (0: neen)			-0,035		-0,032		-0,018	
Matig tot ziekelijk overgewicht (0: neen)			0,006		0,003		-0,006	
Drinkt meer dan 7 glazen alcohol per week (0: neen)								
			-0,009		-0,010		-0,005	
Rookt regelmatig of meer (0: neen)								
			-0,038		-0,037		-0,031	
Gevaarlijk beroep (0: neen)								
			-0,027		-0,026		-0,050	*
Kennis ziekteverzekering								
					-0,065	**	-0,029	
Gelijkheidsstreven (somschaal 0-100)								
							-0,101	***
Nieuwe breuklijn (somschaal 0-100)								
							0,195	***
Adjusted R ²	0,007		0,008		0,011		0,053	

^a Gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt

^b Significatieniveau's: ***: $p < 0,001$; **: $p < 0,010$; *: $p < 0,050$

Bron: SOLIDARITEIT 2012

Allereerst blijkt dat als met al die variabelen rekening wordt gehouden er nog niet veel variatie in de houding ten opzichte van de levensloopaansprakelijkheid wordt verklaard (5%). Waarschijnlijk is dit het gevolg van de vrij grote mate van eensgezindheid over dat soort aansprakelijkheid dat door een ruime tot overweldigende meerderheid van de respondenten wordt verworpen.

We bespreken eerst het model 3 waarin alle variabelen behalve de ideologische posities zijn opgenomen. Men kan niet echt zeggen dat de ouderen de levensloopaansprakelijkheid meer verwerpen dan de anderen. De aanvaarding is het hoogst bij de min 25-jarigen, maar hun positie verschilt niet significant van die van de andere leeftijdsgroepen, behalve dan van de 45 tot 55-jarigen die de levensloopaansprakelijkheid in grotere mate verwerpen dan de min 25-jarigen. Het geslacht heeft geen effect. Mensen met een hogere opleiding zijn iets meer voorstander dan de laagopgeleiden van levensloopverantwoordelijkheid. Dit is in het model de enige bevinding die de verwachtingen van de theorie van de nieuwe sociale kwestie bevestigt. Mensen met een betere economische positie en alleenstaanden zijn minder voorstander van levensloopaansprakelijkheid. Gezondheid en gezondheidsgedrag hebben geen effect. Wie meer kennis heeft van de verplichte ziekteverzekering verwerpt in grote mate de levensloopaansprakelijkheid. Maar, allemaal samen verklaren die variabele een nagenoeg verwaarloosbaar één percent van de variatie in de houding ten opzichte van levensloopaansprakelijkheid.

Het enige wat enige echte verklaringskracht heeft zijn de ideologische posities (zie tabel 5, model 4). Als daarmee rekening wordt gehouden zijn er trouwens nog maar twee andere variabele die een betekenisvol effect hebben. Hoger opgeleiden blijven meer geneigd levensloopverantwoordelijkheid toe te wijzen. Het effect wordt zelfs nog iets sterker. Mensen die een gevaarlijk beroep uitoefenen tonen zich nu tegenstander van levensloopaansprakelijkheid. Alle andere effecten waren te wijten aan relaties tussen die variabele en de ideologische posities.

De effecten van die laatste zijn vrij sterk. Samen verklaren zij het leeuwenaandeel van de 5% die door het model wordt verklaard. Wie voor meer gelijkheid is en van oordeel is dat de overheid moet tussenkomen om meer gelijkheid te scheppen, heeft een grotere kans de levensloopaansprakelijkheid te verwerpen. De vaststelling is in zekere zin vanzelfsprekend omdat man mag aannemen dat gelijkheidsstreven leidt naar een meer solidaire opstelling. Het opvallende is dat het

effect van de nieuwe breuklijn bijna dubbel zo sterk is als dat van het gelijkheidsstreven. Een rechtse positie op de nieuwe breuklijn gaat gepaard met een voorkeur voor meer levensloopaansprakelijkheid. De sterkte van dat verband wijst in het algemeen op de belangrijke rol die deze breuklijn is gaan spelen in het ideologische en politieke landschap van de hedendaagse Europese samenlevingen. Het wijst er echter ook op dat het relevant worden van die breuklijn waarschijnlijk wel onderdeel is van de crisis van de solidariteit en de verschuiving naar meer persoonlijke aansprakelijkheid.

4.2 VERKLARINGEN VOOR LEVENSTIJL-AANSPRAKELIJKHEID

Het eerste wat opvalt (zie tabel 6) is dat de levensstijlaansprakelijkheid veel beter kan worden verklaard op basis van de gebruikte variabelen dan de levensloopaansprakelijkheid (14 versus 5%). De ideologische posities blijken ook hier belangrijk. Zij verhogen de verklaarde variantie van 7 naar 14%. In feite, daar komen we dadelijk op terug, is slechts één van de twee ideologische posities van belang.

We bekijken eerst model 3 in tabel 6, zonder controle voor de ideologische posities. Vrouwen blijken minder geneigd dan mannen levensstijlaansprakelijkheid te hanteren. Dit is een in de sociologie heel dikwijls gevonden effect. Ongeacht bijna de specifieke kwestie die wordt bekeken, blijken mannen onverdraagzamer en minder meedogend dan vrouwen. Heel wat studies suggereren dat vrouwen zich beter kunnen inleven in de situaties van anderen, in dit geval, meer oog hebben voor de gevolgen van een niet terugbetaling of verminderde terugbetaling, terwijl mannen vooral het onverantwoordelijke gedrag opvalt. Verder zien we een hele reeks effecten die kunnen wijzen op eigenbelang of op de mogelijkheid zich gemakkelijker in te leven in het gedrag van mensen die door hun levensstijl in de problemen zijn geraakt. Wie zelf overgewicht heeft, meer dan zeven glazen alcohol per week drinkt en regelmatig rookt, is minder geneigd mensen verantwoordelijk te stellen voor hun levensstijl. Ook voor levensstijlaansprakelijkheid blijkt kennis bij te dragen tot een solidaire opstelling. Een effect dat verdwijnt na controle op de ideologische positie. Het zou dus wel eens kunnen dat kennis en de ideologische positie met elkaar verbonden zijn, dat kennis leidt tot gelijkheidsstreven en het verwerpen van een rechtse positie op de nieuwe breuklijn. Alle andere effecten blijven nagenoeg ongewijzigd bestaan na controle op de ideologische posities.

Wat die laatste betreft zijn er twee opmerkelijke en belangrijke vaststellingen. De eerste is dat het gelijkheidsstreven geen significant effect heeft op de mate waarop men mensen verantwoordelijk wil stellen voor de gevolgen van hun levensstijl. Dat betekent dat, minstens op een belangrijk vlak zoals gezondheidsgedrag en de tussenkomst van de verplichte ziekteverzekering, het gelijkheidsstreven zich heeft losgemaakt van (of nooit verbonden geweest is met) de wijze waarop persoonlijke verantwoordelijkheid wordt gehanteerd. In het vertrouwde sociaaldemocratische ideologische arsenaal, opgebouwd rond het gelijkheidsstreven, kan men dan ook geen munitie vinden om de verspreiding van levensstijlverantwoordelijkheid te controleren. De positie die op de nieuwe breuklijn wordt ingenomen, heeft daarentegen een sterk effect op de mate waarin mensen levensstijlverantwoordelijkheid willen hanteren. Dat is waarschijnlijk een gevolg van het feit dat een dergelijke houding goed past bij het sociaal-Darwinisme en het repressief-punitieve van die positie.

TABEL 6: REGRESSIEANALYSE LEVENSTIJLAANSPRAKELIJKHEID IN VLAANDEREN

Onafhankelijke kenmerken	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
	β^a	p^b	β	p	β	p	β	p
Leeftijd (0: Max. 25 jaar)								
25-35 jaar	-0,051		-0,022		-0,020		-0,027	
35-45 jaar	-0,048		-0,019		-0,017		-0,021	
45-55 jaar	-0,075		-0,041		-0,039		-0,037	
55-65 jaar	-0,046		-0,022		-0,024		-0,018	
65-75 jaar	0,040		0,043		0,039		0,038	
Geslacht (0: vrouw)	0,112	***	0,136	***	0,138	***	0,111	***
Opleiding (0: Max Lager secundair)								
Hoger secundair	0,019		0,007		0,009		0,026	
Hoger onderwijs	-0,021		-0,042		-0,036		0,037	
Economische positie	-0,022		-0,039		-0,034		0,004	
Partner (0: Inwonende partner)								
Wel partner, niet samenwonend	-0,026		-0,006		-0,007		0,017	
Geen partner	-0,044		-0,031		-0,030		-0,011	
Aantal kinderen	-0,032		-0,037		-0,037		-0,013	
Inwonende anderen (0: Geen)	-0,012		-0,027		-0,027		-0,013	
Gezondheidspositie								
In de naaste omgeving mensen die langdurig ziek of invalide zijn (0: neen)			-0,041		-0,038		-0,023	
Matig tot ziekelijk overgewicht (0: neen)			-0,057	**	-0,059	**	-0,074	***
Drinkt meer dan 7 glazen alcohol per week (0: neen)			-0,067	**	-0,067	**	-0,057	**
Rookt regelmatig of meer (0: neen)			-0,205	***	-0,204	***	-0,206	***
Gevaarlijk beroep (0: neen)			0,030		0,031		-0,006	
Kennis ziekteverzekering					-0,056	**	-0,007	
Gelijkheidsstreven (somschaal 0-100)							-0,036	
Nieuwe breuklijn (somschaal 0-100)							0,290	***
Adjusted R ²	0,022		0,070		0,073		0,142	

^a Gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt

^b Significantieniveau's: ***: $p < 0,001$; **: $p < 0,010$; *: $p < 0,050$

Bron: SOLIDARITEIT 2012

5 Samenvattend besluit en uitdagingen

Levensloopaansprakelijkheid en dus differentiële bijdragen (en zo kan men aannemen, ook uitkeringen) wordt verworpen door een grote tot overweldigende meerderheid van de mensen, toch als het gaat om risico's die worden beschouwd als niet het gevolg van een eigen keuze. Het gevaar van een nieuwe sociale kwestie tekent zich dus nog niet af in de opstelling van de overgrote meerderheid van de bevolking. Wel zien we dat de hoger opgeleiden, die op nagenoeg alle vlakken

minder risico's lopen, zich iets meer dan de anderen uitspreken voor levensloopaansprakelijkheid. Toch is ook dit effect zeer bescheiden, wat er op wijst dat bij vele mensen solidariteit met risico's waarvoor mensen niet verantwoordelijk worden geacht, sterker is dan het al dan niet welbegrepen eigenbelang.

Dit betekent dat in de verdediging van de solidariteit het verwerpen van levensloopaansprakelijkheid heel uitgesproken en agressief kan zijn. Men spreekt hier in naam van een ruime meerderheid van de bevolking. Wel dient men er rekening mee te houden dat de verdeling tussen wat tot de persoonlijke verantwoordelijkheid behoort en wat niet in vele gevallen niet een natuurlijk gegeven is, maar een kwestie van conventie, kennis en opvatting. De genen zijn een uiterste geval, maar de leeftijd bijvoorbeeld zou in grotere mate het voorwerp kunnen worden van persoonlijke verantwoordelijkheid en is dat, onder meer door de nadruk die de Europese Commissie, met de beste bedoelingen overigens, op "active aging" legt ook effectief aan het worden. Dat betekent dat er nood is aan een communicatie die de limieten van de persoonlijke verantwoordelijkheid belicht, aangeeft in welke mate de mensen, zeker de mensen die via het onderwijs minder kansen hebben gekregen, in hun denken, voelen en handelen worden gedreven door krachten waar zij geen vat op hebben.

Het cruciale gegeven blijkt met andere woorden de levensstijlverantwoordelijkheid te zijn of, ruimer bekeken, de groei van een cultuur die nadruk legt op individuele vrijheid en de daaraan verbonden verantwoordelijkheid, alsook van een reeks institutionele praktijken die persoonlijke verantwoordelijkheid aangrijpen om het (waargenomen en geregistreerde) persoonlijke gedrag en de individuele prestaties op een veel meer ingrijpende en systematische wijze te gebruiken bij het belonen (en bestraffen) van individuen. Levensstijlaansprakelijkheid, het moduleren van bijdragen, terugbetalingen en uitkeringen op basis van de vermeende relatie tussen gedrag en risico, is een evidente uitloper van die bredere maatschappelijke, culturele en institutionele ontwikkeling. Er is, bij ongeveer een derde van de bevolking steun voor levensstijlaansprakelijkheid. De proportie die zich voor die vorm van aansprakelijkheid uitspreekt is over de laatste tien jaar daarenboven nog betekenisvol toegenomen.

Het moduleren van bijdragen, uitkeringen en terugbetalingen op basis van vermeende persoonlijke verantwoordelijkheid zet de ganse solidariteit op de helling.

Dit plaatst de verdedigers van solidariteit voor een grote en moeilijke uitdaging.

In het onderzoek werd een poging gedaan om de mogelijke effecten van persoonlijke betrokkenheid te schatten door de vraag toe te spitsen op het eigen kind en de eigen partner. De steun voor een volledige terugbetaling, ondanks de mogelijkheid levensstijlaansprakelijkheid toe te wijzen, neemt in dat geval gevoelig toe. Toch stemmen de vaststellingen niet al te optimistisch. De steun voor volledige terugbetaling (het ging om een casus van zwaarlijvigheid) steeg van 47 naar 77%. Dat betekent wel dat zelfs in het geval het gaat om het eigen kind of partner 23% voor levensstijlaansprakelijkheid blijft pleiten. Verder verklaart 17% zich in het geval van de partner of het kind akkoord met een gereduceerde terugbetaling ter wille van de zwaarlijvigheid en verklaart 25% dat dit de laatste keer is dat de ziekteverzekering moet opdraaien voor de zwaarlijvigheid. Het discours van de levensstijlverantwoordelijkheid is sterk verspreid en zit diep in de overtuigingen van een betrekkelijk grote groep mensen. Er bestaat ook een sterke relatie ($r=0,5$) tussen de algemene houding ten opzichte van levensstijlaansprakelijkheid en de toepassing daarvan op het eigen kind of de eigen partner. Wie de levensstijl van anderen verantwoordelijk wil stellen, is ook in grote mate geneigd dat te doen met de eigen kinderen en partner.

Kennis van het stelsel, het gaat dan vooral om kennis van het verschil tussen een solidaire verplichte verzekering en privéverzekeringen, draagt bij tot het verwerpen van zowel levensloop- als levensstijlaansprakelijkheid. Die effecten verdwijnen echter als gecontroleerd wordt voor de ideologische posities. Dat betekent dat het verspreiden van die kennis, het duidelijk maken van de verschillen tussen een verplichte ziekteverzekering en een meer geprivatiseerd stelsel een goede manier is om bij te dragen tot het behoud van solidariteit en het tegengaan van levensloop- en levensstijlaansprakelijkheid. Dat effect komt echter onrechtstreeks tot stand omdat die kennis samenhangt met de ideologische posities.

De sterkste verklaringskracht gaat uit van die ideologische posities. Wie voor meer gelijkheid is en van oordeel is dat de overheid moet tussenkomen om meer gelijkheid te scheppen, heeft een grotere kans de levensloopaansprakelijkheid te verwerpen. De vaststelling is in zekere zin vanzelfsprekend omdat men mag aannemen dat gelijkheidsstreven leidt naar een meer solidaire opstelling. Het is opvallend dat het effect van de nieuwe breuklijn op de levensloopaansprakelijkheid bijna dubbel zo sterk is als dat van het gelijkheidsstreven. Die breuklijn is waarschijnlijk onderdeel van de crisis van de solidariteit en de verschuiving naar meer persoonlijke aansprakelijkheid. Heel opvallend is ook dat het

gelijkheidsstreven geen significant effect heeft op de mate waarop men mensen verantwoordelijk wil stellen voor de gevolgen van hun levensstijl. In een belangrijk domein zoals gezondheidsgedrag en de tussenkomst van de verplichte ziekteverzekering, heeft het gelijkheidsstreven zich losgemaakt van (of is het nooit verbonden geweest met) de wijze waarop persoonlijke verantwoordelijkheid wordt gehanteerd.

Dat alles betekent dat een beroep op het gelijkheidsstreven waarschijnlijk niet erg doeltreffend zal zijn om de spreiding van levensloopaansprakelijkheid en levensstijlaansprakelijkheid tegen te gaan. Het complex van houdingen waarop men zich moet richten wordt gevat door de nieuwe breuklijn. Het effect van de positie op de nieuwe breuklijn op de steun voor levensstijlaansprakelijkheid is waarschijnlijk een gevolg van het feit dat het op die manier responsabiliseren van mensen goed past bij het sociaal-Darwinisme en de repressief-punitieve houding eigen aan een rechtse positie op die nieuwe breuklijn.

De vraag stelt zich hoe die ontwikkeling kan worden tegengegaan. Er moet veel meer aandacht komen voor de omstandigheden en de structurele factoren die individueel gedrag sterk beïnvloeden.

Uitermate belangrijk is ook dat kan worden aangetoond dat communicatie, gezondheidsvorming even doeltreffend kan zijn als de repressieve aanpak die schuilt in de levensstijlaansprakelijkheid. Verder zijn er ook de budgettaire overwegingen. Uit de bevindingen blijkt dat deze waarschijnlijk niet zo belangrijk zijn, maar zij spelen een rol. Het afkeuren van de ongezonde levensstijl steunt bij een aantal mensen op de overtuiging dat degenen die ongezond leven meer kosten aan de gemeenschap, in grotere mate een beroep doen op de collectieve middelen en voorzieningen. Maar is dat zo als de kost over de levensloop wordt geschat?

6 Bibliografie

Austin A.A., Peyser P.A. & Khoury M.J. (2000) The Interface of Genetics and Public Health: Research and Educational Challenges. *Annual Reviews of Public Health*, 21 (1): 81-99.

Beck, U. (1992) *Risk Society*. Cambridge: Polity.

Bernts T. (1991) *Leven zonder zorg. Oordelen over risico's, rechtvaardigheid en solidariteit in de gezondheidszorg*. Amsterdam: Swets en Zeitlinger.

Elchardus, M. (2009) Self-control as social control. The emergence of symbolic society. *Poetics*, 2009, 37 (2): 146-161.

Elchardus, M. & I. Glorieux (2002) *De symbolische samenleving*. Tiel: Lannoo.

Elchardus, M. & K. De Keere (2010) Institutionalizing the new self. A comparative analysis. *European Societies*. 12 (5): 743-764.

Elchardus, M., I. Glorieux, A. Derks & K. Pelleriaux (1996) *Voorspelbaar ongeluk. Over letsels die werkloosheid nalaat bij mannen en hun kinderen*. Brussel: VUBPress

Giddens, A. (1998) *The Third Way. The Renewal of Social Democracy*. Cambridge: Polity.

Kanter R. M. (1988) Van positie naar bijdrage: organisatorische gevolgen van een wijziging in de uitgangspunten van de loonbepaling. In: *Effectief beloningsbeleid*. Antwerpen, Deventer: Kluwer.

Knowles J. (1977) In: Bernts T. (1991) *Leven zonder zorg. Oordelen over risico's, rechtvaardigheid en solidariteit in de gezondheidszorg*. Swets en Zeitlinger, Amsterdam, p 143.

Novas C. & Rose N. (2000) Genetic risk and the birth of the somatic individual. *Economy and Society*, 29 (4): 485-513.

Rosanvallon P. (1995) *La nouvelle question sociale. Repenser l'Etat providence*. Paris: Seuil.

Thompson A.K. & Chadwick R.F. (1999) *Genetic Information: Acquisition, Access and Control*. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

Van Oorschot W. (1996) *Nederland over sociale zekerheid en arbeid: eerste resultaten van een uitgebreid onderzoek naar de publieke opinie*. Tilburg.