

**Project: het draagvlak van de solidariteit**

**Deelrapport 3:**

**Levensstijl- en  
levensloopaansprakelijkheid**

MARK ELCHARDUS

CHRISTINE TRESIGNIE

ANTON DERKS

Vakgroep Sociologie  
Onderzoeksgroep TOR  
Vrije Universiteit Brussel

## Inhoud

<b>1</b>	<b><i>Kennismaatschappij en individuele verantwoordelijkheid</i></b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b><i>Levensstijl- en levensloopaansprakelijkheid</i></b> .....	<b>8</b>
2.1	<b>Levensstijlaansprakelijkheid</b> .....	<b>8</b>
2.2	<b>Levensloopaansprakelijkheid</b> .....	<b>12</b>
<b>3</b>	<b><i>Levensstijlaansprakelijkheid verklaard</i></b> .....	<b>15</b>
<b>3.1</b>	<b><u>Een beschrijvend beeld van de mensen die voor levensstijl-aansprakelijkheid zijn</u></b> .....	<b>15</b>
3.1.1	Sociodemografische kenmerken .....	16
3.1.2	Socio-economische kenmerken.....	18
3.1.3	Socioculturele kenmerken.....	20
3.1.4	Risicopositie .....	21
<b>3.2</b>	<b><u>Een tussentijs model met achtergrondkenmerken</u></b> .....	<b>22</b>
<b>3.3</b>	<b><u>Houdingen en levensstijlaansprakelijkheid</u></b> .....	<b>23</b>
<b>3.4</b>	<b><u>Finaal model voor levensstijlaansprakelijkheid</u></b> .....	<b>27</b>
<b>3.5</b>	<b><u>Eindconclusie</u></b> .....	<b>29</b>
<b>4</b>	<b><i>Levensloopaansprakelijkheid verklaard</i></b> .....	<b>32</b>

<b>4.1</b>	<b><u>Een beschrijvend beeld van de mensen die voor levensloopaansprakelijkheid zijn</u></b> .....	<b>32</b>
4.1.1	Sociodemografische kenmerken .....	32
4.1.2	Sociaal-economische kenmerken.....	33
4.1.3	Socioculturele kenmerken.....	34
4.1.4	Risicopositie .....	35
<b>4.2</b>	<b><u>Een tussentijds model met achtergrondkenmerken</u></b> .....	<b>36</b>
<b>4.3</b>	<b><u>Houdingen en levensloopaansprakelijkheid</u></b> .....	<b>37</b>
<b>4.4</b>	<b><u>Finaal model voor levensloopaansprakelijkheid</u></b> .....	<b>39</b>
<b>5</b>	<b><i>Eindconclusie</i></b> .....	<b>42</b>
<b>6</b>	<b><i>Bijlage</i></b> .....	<b>45</b>
<b>6.1</b>	<b><u>Schalen</u></b> .....	<b>45</b>
<b>6.2</b>	<b><u>Houdingen finaal model levensstijlaansprakelijkheid</u></b> .....	<b>47</b>
<b>6.3</b>	<b><u>Houdingen finaal model levensloopaansprakelijkheid</u></b> .....	<b>48</b>
<b>6.4</b>	<b><u>Grafische voorstelling structureel model levensstijl-aansprakelijkheid</u></b> .....	<b>50</b>
<b>6.5</b>	<b><u>Grafische voorstelling structureel model levensloop-aansprakelijkheid</u></b> .....	<b>51</b>
<b>7</b>	<b><i>Bibliografie</i></b> .....	<b>52</b>

*Onder risicosolidariteit verstaan we solidariteit met personen die een risico nemen of een risico lopen. Er zijn redenen om aan te nemen dat die solidariteit, ten gevolge van een reeks maatschappelijke ontwikkelingen, vandaag onder druk staat. Zeker het nemen van risico's, bijvoorbeeld door een gevaarlijke of ongezonde levenswijze, zou de vraag naar responsabilisering en de connotatie van schuld oproepen. Vandaar de behoefte om de omvang van de risicosolidariteit te meten en te speuren naar de oorzaken van de gebeurlijke afbraak ervan. In het eerste deel van dit rapport beschrijven we de maatschappelijke ontwikkelingen die leiden tot een vraag naar responsabilisering en een mogelijke afbraak van de risicosolidariteit. In het tweede deel meten we de risicosolidariteit. In het derde en vierde deel identificeren we de factoren die haar bevorderen en afremmen.*

## **1 Kennismaatschappij en individuele verantwoordelijkheid**

Het stijgende onderwijspeil van onze samenleving maakt persoonlijke vaardigheden belangrijk en vergroot de nadruk die op zelfontplooiing en zelfbeschikking wordt gelegd (zie bv. verschillende bijdragen in Dobbelaere et.al., 2000; Elchardus en Lauwers, 2000). Op die manier wordt het individu de drager van de richtsnoeren van het handelen en van de vaardigheden nodig om te handelen (Nolan, 1998). Daarom komt ook onvermijdelijk het belang van de persoonlijke verantwoordelijkheid centraler te staan. Deze culturele ontwikkeling spoort mooi met de groeiende economische vraag naar een fijnere en meer gevolgrijke evaluatie van de persoonlijke prestaties. Beide ontwikkelingen ondersteunen mekaar. Het streven naar grotere efficiëntie van de productie van goederen en diensten, leidt tot een toename van de meting van en de controle op individuele prestaties. De individuele beoordeling als basis van het personeelsbeleid is één van de centrale doelstellingen van het 'Human Resource Management' (HRM). Al in 1986 heeft General Motors 110.000 arbeiders in een systeem van prestatiebeloning geplaatst (Kanter 1988). De tendens personeelsleden meer en grondiger te toetsen op hun

handelingsbekwaamheden wordt ook geïllustreerd door de toename van het aantal selectiebureaus. In 1975 waren 123 dergelijke bureaus actief in België. In 1990 waren dat er al 337 (Rosseel & Vilrocx 1992). Het streven naar een fijnere meting van individuele prestaties wordt trouwens vergemakkelijkt door de vooruitgang van de menswetenschappen en van de informatie- en communicatietechnologie. Zij blijft geenszins beperkt tot de privé-sector, maar verspreidt zich tevens in de overheidsdiensten en de non-profit sector.

Cultuur en economie produceren beide een sterke maatschappelijke vraag naar persoonlijke verantwoordelijkheid. Om de impact daarvan op de solidariteit juist in te schatten, dient rekening te worden gehouden met de toegenomen kennis van risico's. Omdat de scholing, bijvoorbeeld, een belangrijke rol gaat spelen in de sociale plaatsing en de verdeling van levenskansen, wordt het mogelijk te voorspellen wie goede en wie slechte levenskansen heeft. De kans op werkloosheid wordt beter voorspelbaar dan voorheen, enerzijds ten gevolge van de rol van de school als selectie- en allocatiemechanisme, anderzijds omdat de ontwikkeling van ICT het mogelijk maakt veel meer informatie te verwerken en te gebruiken bij het berekenen van de probabiliteiten van individuele risico's. Die ontwikkeling doet zich trouwens niet alleen, en zelfs niet in de eerste plaats, voor in verband met de kans op werkloosheid. Zowel de kennis van het menselijke genoom als de mogelijkheden medische informatie te verwerken, maken een veel grotere voorspelbaarheid van ziekte en invaliditeit mogelijk (Thompson & Chadwick 1999, Novas & Rose 2000, Austin e.a. 2000). Louter bekeken in het licht van wat mogelijk is, lijken vele risico's al te hebben opgehouden echte risico's te zijn, om in grote mate voorspelbare ongelukken te worden. Precies die voorspelbaarheid vormt voor Rosanvallon de kern van de nieuwe sociale kwestie. Zij

maakt het volgens hem moeilijk het huidige systeem van sociale zekerheid ongewijzigd te handhaven.

‘L’Etat-providence (...) fonctionnait sous ‘voile d’ignorance’. Le principe assuranciel 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*).

In het geval van een risico waarvan men aanneemt dat het voor iedereen gelijk is omdat men het niet kent, impliceert de sociale zekerheid geen echte solidariteit, maar redelijkheid of welbegrepen eigenbelang. De solidariteit van het verzekeringsstelsel is dan als het ware een nevenproduct van dat welbegrepen eigenbelang. De bereidheid een deel van het loon af te staan voor de sociale zekerheid, is in een dergelijk geval niet problematischer dan de bereidheid een brandverzekering te sluiten. Als de ‘voile d’ignorance’ die rond de kansen op de verwezenlijking van een risico hangt, wordt weggerukt, wordt de band tussen welbegrepen eigenbelang, verzekering en solidariteit verbroken. Het verzekeringsprincipe zal dan, op basis van

het welbegrepen eigenbelang, tenderen naar risicocalculatie en risicoselectie en a-sociaal worden. De risico-solidariteit, geboren uit onwetendheid, verdwijnt dan.

Vele commentatoren voorspellen daarom een groeiende kloof tussen rijk en arm. De hoogverdieners zullen, zo wordt gevreesd, simpelweg weigeren hun welvaart te delen met mensen die gekende risico's lopen, zeker als het lopen van die risico's kan worden beschouwd als een vrije individuele keuze. Daarenboven ligt het precies in de aard van een individualiserende, responsabiliserende samenleving, van meer en meer gedragingen te beschouwen, niet als de uitkomst van collectieve gedragsoriënterende processen, maar van (bewuste) persoonlijke keuzes.

Nu is solidariteit een fenomeen dat zich niet laat vatten in een simplistisch model waarin de egoïstische homo economicus kosten (in casu betaalde belastingen en sociale bijdragen) afweegt tegen puur persoonlijke financiële baten. Dat suggereert toch de ervaring in de Europese welvaartsstaten gedurende minstens de laatste 50 jaar. Dat blijkt ook uit onderzoek naar de bereidheid tot solidariteit. Mensen lijken wel degelijk bereid tot reële solidariteit, maar dan vooral met diegenen die 'echt' behoeftig zijn, diegenen die echt steun 'verdienen'. Er is een groot verschil in attitudes ten aanzien van wat in het Engels de "deserving poor" en de "non-deserving poor" worden genoemd (Van Oorschot, 1996). Er lijkt een aanzienlijke bereidheid tot solidariteit te bestaan met mensen die ziek of oud zijn, die een handicap hebben, die kortom manifest en omwille van omstandigheden buiten hun wil, niet in staat zijn een behoorlijk inkomen te verwerven. De bereidheid tot solidariteit met behoeftige, maar werkbekwame, gezonde mensen op actieve leeftijd, lijkt aanzienlijk geringer te zijn. Zij worden blijkbaar al snel gepercipieerd als zelf verantwoordelijk voor hun onvermogen om een behoorlijk betaalde job te vinden. Het feit dat behoeftigheid

dikwijls precies bij die groep is gesitueerd doet velen spreken van een nieuwe sociale kwestie (Elchardus, Marx, Pelleriaux, 2002).

## **2 Levensstijl- en levensloopaansprakelijkheid**

In ons onderzoek hebben we twee vormen van risicosolidariteit onderscheiden. Dat onderscheid werd zowel door de wetenschappelijke literatuur als door ons vooronderzoek gesuggereerd. De eerste van de twee onderscheiden vormen van risicosolidariteit heeft betrekking op de gevolgen van gedragingen die gemakkelijk als een kwestie van persoonlijke keuze kunnen worden beschouwd. De literatuur (zie hoger) suggereert dat solidariteit betreffende dergelijke risico's doorgaans lager is dan solidariteit betreffende risico's waarover het slachtoffer verondersteld wordt geen controle te hebben. Daarom maken we een onderscheid tussen "verantwoordelijkheid voor de levensstijl" en "verantwoordelijkheid voor de levensloop". Het grootste verschil tussen beide betreft de mogelijkheid van de imputatie van persoonlijke keuze en dus verantwoordelijkheid en eventueel schuld. Iemand verantwoordelijk stellen voor zijn longkanker omdat hij roker is, is makkelijker dan iemand verantwoordelijk stellen voor zijn ziekte omdat hij oud is. Een tweede verschil tussen de twee schalen betreft de graad van concreetheid van de voorgelegde cases. In het ene geval, de levensstijlaansprakelijkheid, werd geopteerd voor heel concrete, gepersonaliseerde cases. In het tweede geval werd meer algemeen naar principes gevraagd.

### 2.1 Levensstijlaansprakelijkheid

In de jaren zeventig verscheen in de Verenigde Staten een geruchtmakend essay van de arts John Knowles (1977, In: Bernts, T. 1991). Hij constateerde dat medische problemen steeds minder het karakter hebben van besmettelijke ziekten en dat er sprake was van chronische en tegelijk gedragsafhankelijke aandoeningen. De wijze waarop individuen, via hun levenswijze of levensstijl, omgaan met allerlei risico's wordt steeds bepalender voor hun gezondheidstoestand. De stelling die Knowles dan poneert, komt erop neer dat bij de verdeling van de gezondheidszorg sprake is van rechten én plichten van de burger, en dus van verantwoordelijkheid ten opzichte van de eigen gezondheid (Knowles, 1977 In: Bernts, T. 1991).



Ook in België speelt dat argument vandaag een rol in het debat over de gezondheidszorg. In dit onderzoek gaan we na in welke mate de mensen solidair willen zijn in het opvangen van risico's die aan een zelf gekozen, riskante levensstijl kunnen worden toegeschreven. Men kan een responsabilisering op twee manieren doorvoeren, en derhalve ook bevragen. Men kan, ten eerste, mensen met risicogedrag meer laten bijdragen in de verzekering (segmentering). Men kan, ten tweede, die mensen minder terugbetalen en hen een groter deel van de verzorgingskost persoonlijk ten laste leggen. Omdat de structuur van de bijdragen voor de ziekteverzekering in België zeer ingewikkeld is, hebben we bij de vraagstelling de laatste optie gevolgd. Deze bleek bij de pre-toetsen ook uitstekend door de respondenten te worden begrepen. Een dergelijke differentiatie in de verzekerde zorgverdeling kan beschouwd worden als een sanctionering van het risicovolle gedrag. Men is risicosolidair wanneer men dit riskant gedrag niet in rekening brengt bij de verdeling van de door de verplichte ziekteverzekering gedekte zorg.

Om de problematiek rond levensstijlaansprakelijkheid te meten, hebben we vignetten samengesteld. De vignetten beschrijven bondig beschreven situaties die de respondent dient te beoordelen. De vignetten werden na langdurig pre-toetsen ontwikkeld. In Tabel 1 zijn de oordelen van de respondenten over de verschillende situaties samengevat.

TABEL 1: ANTWOORDPERCENTAGES VRAGEN MET BETREKKING TOT LEVENSSTIJLAANSPRAKELIJKHEID

	Ja, zeker	Ja	Noch ja, noch nee	Nee	Nee, zeker niet
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?	23,6	33,0	18,4	17,1	7,8
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?	16,7	26,3	22,7	21,1	13,3
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 terugbetalen zoals bij iedereen?	21,9	36,6	23,1	13,2	5,3
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?	18,2	32,4	23,0	18,1	8,2
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?	19,5	31,1	23,3	16,5	9,6
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?	16,5	30,9	25,2	17,4	10,0

Uit de antwoorden valt af te leiden dat 20 à 35% van de respondenten van oordeel is dat gezondheidszorgen die nodig zijn ten gevolge van een onverantwoord geacht gedrag niet in dezelfde mate door de verplichte ziekteverzekering moeten worden terugbetaald als andere zorgen. Daarbij komt nog eens 20 à 25% die twijfelt. Globaal genomen is er voor de meeste beschreven cases een meerderheid die de risicosolidariteit wil behouden. Gezien het heel concrete karakter van de beschreven situaties en de suggestie van een duidelijke persoonlijke verantwoordelijkheid, wijst dit op een sterk solidaire opstelling vanwege de bevolking. Tevens blijkt dat naar aanleiding van concrete gevallen, de risicosolidariteit wel een onderwerp van debat en discussie kan worden.

Wanneer we de vignetten rangschikken van hoge percentages “geen gelijke terugbetaling” naar “recht op een gelijke vergoeding”, krijgen we deze volgorde:

- 1) Verkeersongeluk onder invloed van drugs (Kim)
- 2) Gevaarlijk rijgedrag (Luc)
- 2) Overdreven alcoholgebruik (Piet)
- 3) Onvoorzichtige seks (Nathalie)
- 4) Roken en longkanker (Koen)
- 5) Ongezonder eten, te weinig beweging, infarct (Frank)

De negatieve gevolgen van vettig eten, roken, onvoorzichtige seks en alcoholgebruik, kunnen op meer begrip rekenen dan roekeloos rijgedrag en rijden onder invloed van drugs. Blijkbaar is de Vlaming solidairder met de gevolgen van gedragingen die hij of zij ook frequenter vertoont. Voor de negatieve gevolgen van roken en vettig eten, vraagt respectievelijk 57 en 58% van de Vlamingen risicosolidariteit. Met de roekeloze Kim die gedrogeerd, op terugweg van de dancing, tegen een boom rijdt, wil toch nog 43% solidair zijn.

In de internationale literatuur is niet heel veel onderzoek naar risicosolidariteit in de gezondheidszorg voorhanden. Halfens e.a. (1984) voerden een onderzoek naar solidariteit met riskante gedragingen en de band met gezondheidszorg. Hij maakte gebruik van drie stellingen over riskante gewoonten en zorgverdeling. Hij komt tot de conclusie dat ongeveer 50 à 60% van de Nederlandse bevolking voorstander is voor één of andere vorm van sancties bij riskant gedrag. De stellingen waren in dat onderzoek nogal algemeen van aard. Het onderzoek van Bernts (1991) breidt de algemene formulering uit. In zijn vooronderzoek, werd gevraagd hoe men tegenover verschillende vormen van (vermeend) riskant gedrag staat. Hij koos voor de volgende drie combinaties van riskant gedrag: veel roken en drinken, riskant seksueel gedrag en druggebruik en sporten. Bernts bekommt volgende rangorde van sanctioneren: roken en drinken het meest, sporten het minst en riskant seksueel gedrag en druggebruik er tussenin. Dit zijn slechts de resultaten van het vooronderzoek. Het hoofdonderzoek van Bernts werd gevoerd bij 830 respondenten. Daarin werden vier in plaats van drie vormen van riskant gedrag bevraagd. In Tabel 2 staan de exacte percentages.

TABEL 2: ANTWOORDPERCENTAGES MET BETREKKING TOT LEVENSSTIJLAANSPRAKELIJKHEID, NEDERLANDS ONDERZOEK VAN BERNTS (1991)

Iemand is zelf aansprakelijk voor de extra ziektekosten die voortkomen uit ...	Helemaal mee eens	Mee eens	neutraal	Niet mee eens	Helemaal niet mee eens
Roken/drinken	18	36	8	30	8
Nalatigheid in het verkeer	17	35	7	32	9
Bepaalde leefstijlen (seksueel gedrag/ druggebruik)	13	26	8	36	17
Sporten	8	20	9	45	18

De volgorde die Bernts in zijn vooronderzoek vond, wordt in zijn onderzoek bevestigd. Roken en drinken worden het meest gesanctioneerd op de voet gevolgd door verkeer, sporten wordt het minst gesanctioneerd en riskant seksueel gedrag en druggebruik bevindt zich er tussenin.

Die volgorde verschilt grondig van degene die we in België vinden. De wijze van vraagstelling is weliswaar verschillend, maar de mate van risicosolidariteit, de tendens de persoonlijke verantwoordelijkheid te benadrukken, lijkt in Nederland toch veel groter dan in Vlaanderen. Doorgaans wordt aangenomen dat protestantse culturen of tradities meer nadruk leggen op persoonlijke verantwoordelijkheid dan katholieke. Het hier vastgestelde verschil tussen Nederland en Vlaanderen lijkt dit te bevestigen. Vlamingen stellen zich solidairder op ten opzichte van risico's die aan een persoonlijke keuze kunnen worden toegeschreven, en zij zijn meer begripvol voor de negatieve gevolgen van een Bourgondische levenswijze.

## 2.2 Levensloopaansprakelijkheid

Naast de levensstijlaansprakelijkheid werd ook meer in het algemeen gepeild naar de mate waarin men mensen verantwoordelijk wil stellen voor ongelijke risico's, ook als deze niet gemakkelijk aan de persoonlijke verantwoordelijkheid kunnen worden toegeschreven. De risico's die in deze reeks zijn opgenomen, kunnen minder gemakkelijk worden beschouwd als het gevolg van een individuele keuze. Of een gedrag wordt beschouwd als een individuele keuze of niet, is in grote mate een kwestie van conventie. Wat in één groep wordt beschouwd als een individuele keuze (bijvoorbeeld een zwaar gehandicapt kind krijgen) wordt helemaal anders geïnterpreteerd in een ander milieu. Tijdens het vooronderzoek kwamen we tot de vaststelling dat de meeste Vlamingen veroudering, het individuele genoom, het beroep en zelfs de schoolloopbaan en de voedingsgewoonten niet of

slechts in geringe mate beschouwen als een kwestie van persoonlijke verantwoordelijkheid. Daarom werden zij, samen met een algemene uitspraak over risicosolidariteit, gebruikt om de algemene mate van risicosolidariteit te meten. Deze peilt in feite naar de mate waarin men nog solidair wil zijn, gegeven de wetenschap dat de risico's niet gelijk verdeeld zijn.

In Tabel 3 staan de items die gebruikt worden om deze problematiek te meten, alsook de antwoordpercentages.

TABEL 3: ANTWOORDPERCENTAGES VRAGEN MET BETREKKING TOT LEVENSLOOOPAANSPRAKELIJKHEID

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Tussen- beide	Akkoord	Helemaal akkoord
Ouderen zijn vaker ziek en zouden dus meer moeten bijdragen aan de ziekteverzekering dan jongeren	50,7	35,5	7,8	3,3	2,8
Sommige beroepen zijn gevaarlijker, daarom moeten mensen die deze beroepen uitoefenen meer bijdragen aan de verzekering voor arbeidsongeschiktheid	36,6	32,7	13,2	12,6	4,9
Laaggeschoolden die een hogere kans op werkloosheid hebben, moeten een hogere bijdrage betalen aan de werkloosheid-verzekering	46,8	39,0	8,5	3,5	2,3
Mensen die heel gezond leven door bv. te letten op hun voeding, worden minder ziek en zouden daarom minder moeten bijdragen aan de ziekte-verzekering	39,8	36,8	12,2	7,0	4,3
Mensen van wie genetisch is vastgesteld dat ze in de toekomst een ernstige ziekte zullen krijgen, zouden meer moeten bijdragen aan de ziekteverzekering	53,8	35,3	7,0	1,9	1,9
Wat mensen betalen voor de ziekteverzekering zou zoveel mogelijk moeten worden afgestemd op hun risico op ziekte en invaliditeit	30,4	33,3	21,4	9,8	5,0

Mensen die akkoord gaan met de gepresenteerde stellingen zijn voorstander van het principe dat bijdragen moeten worden afgestemd op risico's. Die houding wordt, voor de helft van de voorgelegde stellingen, slechts door een 4 à 6% van de bevolking ingenomen. Met de meest algemene stelling – dat de bijdrage aan de ziekteverzekering moet worden afgestemd op het gelopen risico – is 15% akkoord. De overweldigende meerderheid van de respondenten verwerpt de stellingen en kiest voor risicosolidariteit, toch als er geen aanwijzing is van persoonlijke verantwoordelijkheid of schuld. De twee items die een uitzondering vormen zijn het beroep en de voeding. Dat men de voedingsgewoonten al iets meer in de sfeer van de persoonlijke verantwoordelijkheid plaats, lijkt evident. Verbazend is de vaststelling dat

17% van de Vlamingen mensen wil responsabiliseren omdat zij een gevaarlijk beroep uitoefenen. Gegeven deze percentages lijkt het heel onwaarschijnlijk dat risicosolidariteit in het algemeen in deze samenleving in vraag zal worden gesteld. De steun ervoor is overweldigend. We zagen echter dat die steun flink slinkt van zodra het om concrete gevallen gaat waarin gemakkelijk persoonlijke verantwoordelijkheid kan worden geïmputeerd. Daarenboven dient ook vastgesteld dat 15% de bijdrage wil koppelen aan het gelopen risico en dat 21% over die stelling twijfelt. Door ruim twee derde van de bevolking wordt die stelling resoluut verworpen.

Van Oorschot (1997) heeft in Nederland onderzoek gedaan naar risicoaansprakelijkheid en risicosolidariteit. Het is zeer moeilijk een vergelijking te maken tussen ons onderzoek en het onderzoek van Van Oorschot omdat zowel de items als de antwoordcategorieën verschillend zijn. Een vergelijking tussen de percentages van beide onderzoeken moet dus voorzichtig gebeuren. In Tabel 4 staan de items die in zijn onderzoek peilen naar risicosolidariteit.

TABEL 4: ANTWOORDPERCENTAGES VRAGEN MET BETREKKING TOT RISICOSOLIDARITEIT, NEDERLANDS ONDERZOEK VAN VAN OORSCHOT (1997)

<b>WW-premie (werkloosheid) hoger voor:</b>	ja	nee
mensen die een hogere kans hebben om werkloos te worden?	14	76
Bedrijfstakingen met een hoger werkloosheidspercentage?	24	62
<b>WAO-premie (arbeidsongeschiktheid) hoger voor:</b>		
mensen die door hun beroep een hogere ao-kans hebben?	34	59
mensen die door vrijetijdsgedrag een hogere ao-kans hebben?	49	41
mensen die door natuurlijke aanleg een hogere ao-kans hebben?	10	81
bedrijven met een hoger ao-percentage?	48	40
<b>AOW-premie (pensioen) hoger voor:</b>		
vrouwen, die gemiddeld langer leven dan mannen?	4	89
<b>AWW-premie (weduwen en wezen) lager of afwezig voor:</b>		
Alleenstaanden zonder partner of kinderen?	43	40

Van Oorschot besluit dat een meerderheid van de Nederlandse bevolking risico-solidariteit steunt in die gevallen waarin het optreden of de omvang van een sociaal risico de persoon of het bedrijf weinig of helemaal niet

verweten kan worden, omdat men het niet onder eigen controle heeft. De meest sprekende voorbeelden zijn hier: door natuurlijke aanleg een hogere arbeidsongeschiktheidskans hebben in relatie tot de uitkering voor arbeidsongeschiktheid (81% voor solidariteit met de slechtere risico's) en het geslacht dat men heeft in relatie tot de pensioenuitkering (vrouwen leven langer dan mannen, 89% voor risico-solidariteit). De meerderheid van de Nederlanders is ook voor risico-solidariteit met mensen die een hogere kans hebben om werkloos te worden (75%), met bedrijfstakken met een hoger werkloosheidspercentage (62%) en met mensen die door hun beroep een hogere kans hebben om arbeidsongeschikt te worden. Een meerderheid vindt dus dat men in deze gevallen mensen en bedrijven niet zelf verantwoordelijk moet stellen voor hun risico-kansen. Klaarblijkelijk omdat ze er weinig invloed op uit kunnen oefenen. Het besluit van Van Oorschot is dan ook dat risico-solidariteit sterker is naarmate het risico meer buiten de controle van het afzonderlijke individu of bedrijf ligt, c.q. het optreden ervan minder hun eigen schuld is.

Dat besluit kan ook uit onze vaststellingen worden getrokken, zeker als we de levensloop- en de levensstijlaansprakelijkheid onderling met elkaar vergelijken. Toch wekken ook de cijfers van Van Oorschot de indruk dat de risicosolidariteit merkkelijk groter is in Vlaanderen dan in Nederland.

In het volgende deel proberen we de levensstijl- en levensloopaansprakelijkheid te verklaren. Welke mensen haken af van risicosolidariteit? Welke ontwikkelingen ondergraven de risicosolidariteit? Eerst gaat onze aandacht uit naar levensstijlaansprakelijkheid en nadien naar levensloopaansprakelijkheid.

### **3 Levensstijlaansprakelijkheid verklaard**

#### 3.1 Een beschrijvend beeld van de mensen die voor levensstijlaansprakelijkheid zijn

Om na te gaan wie voor levensstijl wil responsabiliseren, maken we gebruik van een meetschaal die geconstrueerd werd op basis van de bevroegde vignetten. De verschillende vignetten worden na statistische analyse

gegroepeerd tot één meetschaal<sup>1</sup>, levensstijlaansprakelijkheid. De respondenten krijgen op deze schaal een score die varieert tussen 0 en 100. Concreet, als een respondent een score 0 behaalt op de schaal dan betekent dit dat hij/zij voor alle uitspraken die wijzen op een aansprakelijkheid van het individu 'helemaal niet akkoord' geantwoord heeft. Analoog, als de respondent een score 100 behaalt op de schaal, dan betekent dit dat hij/zij voor alle uitspraken die wijzen op een aansprakelijkheid van het individu voor de risico's van de levensstijl 'helemaal akkoord' geantwoord heeft.

Om als respondent een score te behalen van boven de 50 op deze meetschaal moet men bijgevolg op minstens een paar van de uitspraken instemmend geantwoord hebben. In onze vragenlijst behaalden 1148 respondenten, of één derde van ons totaal aantal respondenten, een score hoger dan 50. Dat bevestigt dat ongeveer twee derde van de bevolking voor risicosolidariteit is, ook als deze via concrete, gemakkelijk met persoonlijke verantwoordelijkheid te verbinden gedragingen en hun gevolgen, worden bevraagd.

Om een profiel op te stellen van de respondenten die voorstander zijn van een individuele aansprakelijkheid voor de gevolgen van een risicovolle levensstijl, hanteren we een criterium waarbij we de respondenten opsplitsen in degenen die 50 of minder behalen op de meetschaal en versus degenen die meer dan 50 behalen op de meetschaal.

In de profilering van de voorstanders van een levensstijlaansprakelijkheid gaan we in eerste instantie na of we verschillen in houding kunnen optekenen op basis van sociodemografische kenmerken. Na de sociodemografische kenmerken gaan we op gelijkaardige wijze na of we verschillen vinden op basis van sociaal-economische indicatoren, gevolgd door de verschillen op basis van sociaal-culturele aspecten en het eigen risicovolle gedrag.

### *3.1.1 Sociodemografische kenmerken*

Onder de sociodemografische kenmerken onderscheiden we het geslacht, het onderwijsniveau en de leeftijd van de respondenten. In wat volgt gaan

---

<sup>1</sup> Voor een overzicht van alle schalen en hun schaalwaarden, zie TOR2002/14 Elchardus M. & Tresignie C. (2002) Technisch rapport DS2001. Brussel, Vakgroep Sociologie VUB, Onderzoeksgroep TOR.



we na of we verschillen kunnen optekenen tussen individuen die voor levensstijlaansprakelijkheid zijn (meer dan 50 op de meetschaal) en individuen die hier niet voor zijn (minder of gelijk aan 50 op de meetschaal).

TABEL 5: LEVENSTIJLAANSPRAKELIJKHEID NAAR GESLACHT (PERCENTAGES)

	Niet voor levensstijl-aansprakelijkheid ( $\leq 50$ )	Voor levensstijl-aansprakelijkheid ( $>50$ )	Totaal aantal
Man	62,2	37,8	1597
Vrouw	67,2	32,8	1636
Totaal	64,7	35,3	3233

p-waarde: .000 eta: .061

De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn relatief klein. Voor beide geslachten vinden we bij benadering tweederde van de respondenten die geen koppeling wenst te maken tussen een risicovolle levensstijl enerzijds en een hogere bijdrage aan de ziekteverzekering anderzijds.

Ondanks het kleine verschil, blijkt dit toch statistisch significant. Hieruit kunnen we afleiden dat een grotere proportie mannen dan vrouwen minder tolerant zijn tegenover risicovolle levensstijlen en de gevolgen hiervan in de schoot van het individu werpen. Ook Bernts (1991) komt tot de bevinding dat vrouwen meer solidair zijn. Het verschil in geslacht zou, volgens hem, een gevolg zijn van het feit dat vrouwen niet alleen kijken naar de aansprakelijkheid, maar ook naar de gevolgen van het hanteren van dit principe. Hierdoor zouden zij milder zijn in hun oordeel over riskant gedrag.

TABEL 6: LEVENSTIJLAANSPRAKELIJKHEID NAAR OPLEIDINGSNIVEAU (PERCENTAGES)

	Niet voor levensstijl-aansprakelijkheid ( $\leq 50$ )	Voor levensstijl-aansprakelijkheid ( $>50$ )	Totaal aantal
geen en lager	64,7	35,3	747
lager secundair	65,1	34,9	707
hoger BSO	64,4	35,6	219
hoger TSO	67,4	32,6	362
hoger ASO	64,9	35,1	439
hoger onderwijs	62,0	38,0	665
Totaal	64,5	35,5	3139

p-waarde: .102 eta: .051

Indien we naar de proporties respondenten opgesplitst naar onderwijsniveaus kijken, zien we geen significante verschillen. Voor alle onderwijsniveaus is steeds een 65% van de respondenten tegen levensstijlaansprakelijkheid.

In het onderzoek van Van de Bergh e.a. (1986) werd ook de solidariteit nagegaan met betrekking tot riskant gedrag. Dit werd gemeten door middel van de stelling ‘mensen die extra risico’s nemen met hun gezondheid, zouden meer moeten betalen dan anderen’. Eén van de groepen die in zijn onderzoek minder solidair zijn, zijn de hogeropgeleiden. Ook in ons onderzoek zijn de hoogopgeleiden iets meer geneigd risicosolidariteit af te wijzen, maar het vastgestelde verschil is klein en statistisch niet significant.

TABEL 7: LEVENSTIJLAANSPRAKELIJKHEID NAAR LEEFTIJD (PERCENTAGES)

	Niet voor levensstijl-aansprakelijkheid ( $\leq 50$ )	Voor levensstijl-aansprakelijkheid ( $>50$ )	Totaal aantal
18-25	67,6	32,4	463
26-35	64,8	35,2	639
36-45	67,5	32,5	665
46-55	68,0	32,0	556
56-65	61,2	38,8	466
66-75	56,8	43,2	421
Totaal	64,7	35,3	3210

p-waarde: .000 eta: .094

De mening over het al dan niet aansprakelijk zijn voor de gevolgen van een risicovolle levensstijl, is sterk gebonden aan de leeftijd van de respondent. Eens boven de leeftijd van 55 jaar neemt de proportie respondenten die voor een levensstijlaansprakelijkheid zijn behoorlijk toe. Onder de oudste categorie bevraagden is slechts een kleine meerderheid tegen deze vorm van aansprakelijkheid. Tussen de leeftijdscategorieën onder 55 jaar zijn de proportionele verschillen eerder miniem.

In het onderzoek van Bernts (1991) had leeftijd de belangrijkste invloed. De verklaring voor het minder solidair zijn van ouderen zoekt hij in het minder betrokken zijn van ouderen bij de riskante gedragingen en aan een verschil in waardenpatroon tussen de generaties. Ook Van de Bergh e.a. (1986) komen tot de conclusie dat ouderen minder solidair zijn.

### 3.1.2 Socio-economische kenmerken

Onder de socio-economische verschillen verstaan we de proportionele verschillen tussen categorieën respondenten op basis van kenmerken zoals het maandelijks netto-inkomen en het al dan niet trekken van een uitkering.

TABEL 8: LEVENSTIJLAANSPRAKELIJKHEID NAAR NETTO MAANDINKOMEN (PERCENTAGES)

	Niet voor levensstijl- aansprakelijkheid ( $\leq 50$ )	Voor levensstijl- aansprakelijkheid ( $>50$ )	Totaal aantal
minder dan 40.000	61,5	38,5	689
tussen 40000 en 59999	68,8	31,2	770
tussen 60000 en 79999	62,0	38,0	523
tussen 80.000 en 99.999	67,1	32,9	471
meer dan 100.000	64,6	35,4	565
Totaal	64,9	35,1	3018

p-waarde: .000 eta: .084

Het netto maandinkomen van de respondent leidt tot proportionele verschillen tussen voor- en tegenstanders van levensstijlaansprakelijkheid. De verschillen tussen de groepen zijn echter niet lineair. De laagste inkomenscategorie en de modale inkomenscategorie zijn proportioneel meer voor levensstijlaansprakelijkheid. Dat betekent dat we geen uitspraken kunnen doen over een mogelijk rechtlijnig verband tussen het maandelijks netto-inkomen en het al dan niet aansprakelijk stellen van mensen met een risicovolle levensstijl.

Bernts (1991) vindt wel een weliswaar zwakke invloed van inkomen. Hogere sociaal-economische groepen zijn minder solidair dan lagere sociaal-economische groepen. Hij interpreteert dit in de zin dat hogere sociaal-economische groepen zich een ruimere mate van risico-equivalentie kunnen veroorloven vanwege de ruimere financiële mogelijkheden. Van de Bergh e.a. (1986) vinden een groter effect van het inkomen en stellen dat hogere inkomens minder solidair zijn. Die vaststelling wordt door onze gegevens niet bevestigd.

TABEL 9: LEVENSTIJLAANSPRAKELIJKHEID NAAR VERVANGINGSINKOMEN (PERCENTAGES)

	Niet voor levensstijl- aansprakelijkheid ( $\leq 50$ )	Voor levensstijl- aansprakelijkheid ( $>50$ )	Totaal aantal
geen uitkering	65,1	34,9	2455
nu uitkering	63,4	36,6	787
Totaal	64,7	35,3	3242

p-waarde: .576 eta: .009

Ook het al dan niet trekken van een uitkering heeft geen invloed op het toejuichen van een levensstijlaansprakelijkheid. Onder de respondenten die geen uitkering trekken, vinden we niet echt meer of minder tegenstanders van levensstijlaansprakelijkheid.

### 3.1.3 Socioculturele kenmerken

Voor de socioculturele kenmerken onderscheiden we de voorkeur voor een bepaalde Tv-zender en het lidmaatschap van één of meerdere verenigingen.

TABEL 10: LEVENSTIJLAANSPRAKELIJKHEID NAAR VOORKEUR TV-ZENDER (PERCENTAGES)

	Niet voor levensstijl-aansprakelijkheid ( $\leq 50$ )	Voor levensstijl-aansprakelijkheid ( $>50$ )	Totaal aantal
TV1	66,2	33,8	949
Canvas Ketnet	66,9	33,1	477
VTM	63,6	36,4	489
Ka2	67,8	32,2	90
VT4	61,5	38,5	117
Regionale zender	63,6	36,4	22
Buitenlandse of anderstalige zender	66,1	33,9	115
Totaal	65,6	34,4	2259

p-waarde: .038 eta: .073

In de vragenlijst die we aan de respondenten voorlegden, werd hen gevraagd de beste Tv-zender aan te duiden. De interpretatie loopt het eenvoudigst als we de respondenten die een commerciële zender aangeduid hebben, vergelijken met degenen die een openbare zender als beste zender aanduiden. In dat geval merken we dat onder degenen die een openbare Tv-zender als beste kanaal aanduiden een grotere proportie tegen levensstijlaansprakelijkheid is dan onder degenen die een commerciële zender (met uitzondering van Kanaal 2) als beste zender aangeven. De verschillen zijn echter niet erg groot en zijn slechts nipt of niet significant.

TABEL 11: LEVENSTIJLAANSPRAKELIJKHEID NAAR LIDMAATSCHAP VERENIGING (PERCENTAGES)

	Niet voor levensstijl-aansprakelijkheid ( $\leq 50$ )	Voor levensstijl-aansprakelijkheid ( $>50$ )	Totaal aantal
Geen actief of bestuurslid	67,0	33,0	1268
Actief en/of bestuurslid	62,5	37,5	1716
Totaal	64,4	35,6	2984

p-waarde: .045 eta: .035

Respondenten die actief lid zijn en/of bestuurslid zijn van één of meerdere verenigingen zijn proportioneel minder voor levensstijlaansprakelijkheid dan respondenten die niet actief participeren in een vereniging. Ook hier zijn de verschillen klein en bij gebruik van een wat streng criterium niet statistisch significant.

### 3.1.4 Risicopositie

In de vragenlijst werden een aantal vragen opgenomen die naar het eigen risicogedrag peilden. We vroegen de respondenten aan te geven of ze rookten en of ze het risico liepen om binnen de komende vijf jaren ernstig ziek te worden.

TABEL 12: LEVENSTIJLAANSPRAKELIJKHEID NAAR ROOKGEDRAG (PERCENTAGES)

	Niet voor levensstijl-aansprakelijkheid ( $\leq 50$ )	Voor levensstijl-aansprakelijkheid ( $>50$ )	Totaal aantal
niet-roker	61,1	38,9	1911
roker (nu of vroeger)	70,3	29,7	1311
Totaal	64,8	35,2	3222

p-waarde: .000 eta: .120

Mensen die roken of vroeger gerookt hebben zijn in 70% van de gevallen tegen aansprakelijkheid ten gevolge van een risicovolle levensstijl. Bij niet-rokers is dat slechts 60%. Rokers vertonen immers eveneens risicogedrag en zijn in dit geval dan ook betrokken partij.

TABEL 13: LEVENSTIJLAANSPRAKELIJKHEID NAAR ZELFINSCHATTING VAN HET RISICO OM BINNEN DIT EN 5 JAAR ERNSTIG ZIEK TE WORDEN (PERCENTAGES)

	Niet voor levensstijl-aansprakelijkheid ( $\leq 50$ )	Voor levensstijl-aansprakelijkheid ( $>50$ )	Totaal aantal
geen tot kleine kans	64,5	35,5	1116
noch klein, noch groot	65,7	34,3	1665
grote tot zeer grote kans	60,1	39,9	276
Nu ziek	65,1	34,9	109
Totaal	64,8	35,2	3166

p-waarde: .039 eta: .049

Het omgekeerde zien we bij respondenten die aangeven dat ze een grote kans maken om binnen de komende vijf jaar ernstig ziek te worden. In de vragenlijst werd niet gevraagd wat de oorzaak van de ziekte zou zijn, maar blijkbaar koppelen ze de ziekte die hen in de toekomst kan treffen niet aan een risicogedrag. De grotere vatbaarheid voor levensstijlaansprakelijkheid bij mensen die hun toekomstige gezondheid negatief inschatten, heeft wellicht meer te maken met algemene gevoelens van angst en onbehagen dan met risicocalculatie. Deze stelling zal later nog meer plausibel worden, als we de houdingen in rekening nemen.

Bernts (1991) heeft ook de relatie nagegaan tussen zelf zorgbehoevend zijn en risicosolidariteit. Hier is geen lineaire invloed. Diegene die geen of veel

zorg nodig hebben zijn het minst solidair. De mensen met een matige zorgbehoefte zijn het meest solidair. Hier is dus geen eenduidige conclusie te trekken. Hij vindt net als in ons onderzoek geen duidelijk rechtlijnige invloed.

### 3.2 Een tussentijds model met achtergrondkenmerken

Op basis van de voorgestelde variabelen uit het vorige gedeelte kunnen we enkel een profiel neerzetten van de respondenten die voorstander zijn van een koppeling tussen aansprakelijkheid en een risicovolle levensstijl. We kunnen op grond van de uitgevoerde analyses echter niets zeggen over de mogelijke causale relaties. Gelden sommige van de verschillen nog als voor de invloed van andere variabelen wordt gecontroleerd? In een tussentijds model gaan we na welke kenmerken wel degelijk een netto samenhang vertonen met de houding ten aanzien van levensstijlaansprakelijkheid<sup>2</sup>.

TABEL 14: LEVENSTIJLAANSPRAKELIJKHEID: MÔDEL MET ACHTERGRONDKENMERKEN (TOTALE EFFECTEN)

	Totale effect	Betekenis
Roken	-.142	Mensen die niet roken zijn meer voor levensstijlaansprakelijkheid dan mensen die roken of gerookt hebben
Geslacht	-.091	Mannen zijn meer voor levensstijlaansprakelijkheid dan vrouwen
Leeftijd	.058	Ouderen zijn meer voor levensstijlaansprakelijkheid
Inkomen	-.054	Lagere inkomensgroepen zijn meer voor levensstijlaansprakelijkheid

Het rookgedrag van de respondenten heeft de grootste invloed op de houding ten aanzien van levensstijlaansprakelijkheid. Respondenten die door hun rookgedrag zelf een gezondheidsrisico lopen, zijn minder voor een aansprakelijk stellen dan de niet-rokers. Het eigen gedrag is in dit geval dus de belangrijkste invloed op het al dan niet in rekening brengen van risicogedrag. Verder zijn mannen meer voor levensstijlaansprakelijkheid dan vrouwen en ouderen meer dan jongeren. Tenslotte is er, na controle voor de effecten van de andere variabelen, nog een invloed van het netto maandinkomen. De lagere inkomenscategorieën zijn meer voor levensstijlaansprakelijkheid dan de hogere inkomenscategorieën. Het belangrijkste besluit uit deze analyse is echter dat achtergrondkenmerken bitter weinig zeggen over de houding ten opzichte van de

<sup>2</sup> Modelspecificaties: p=.143, agfi=.995, Hoelters'N=7620

levensstijlaansprakelijkheid. Aan de hand van de verschillende kenmerken die een netto-samenhang vertonen, verklaren we slechts 2.9 van de variantie in de houding. Dat is weinig en een groot deel daarvan komt op rekening van het eigen risicogedrag te staan. Kortom, onderwijspeil, uitkeringsafhankelijkheid, mediavorkeur, sociale participatie en gezondheidstoestand zeggen ons niets over de houding ten opzichte van de risicosolidariteit. Vrouwen, jongeren en mensen van middelbare leeftijd en hoge inkomenscategorieën zijn iets solidairder dan mannen, ouderen en lage inkomensgroepen, maar die verbanden of effecten zijn zwak.

### 3.3 Houdingen en levensstijlaansprakelijkheid

Na de invloed van de achtergrondkenmerken onderzoeken we die van houdingen ten aanzien van mens en samenleving.

De eerste hypothese die we hebben getoetst is of de risicosolidariteit kan worden beschouwd als onderdeel van een globale houding ten overstaan van gelijkheid. Tussen gelijkheidsstreven (zie bijlage) en levensstijlaansprakelijkheid is er echter niet de minste samenhang, ook niet als die samenhang wordt onderzocht in een model waarin met verschillende invloeden rekening wordt gehouden. De mate van risicosolidariteit, zoals gemeten via de levensstijlaansprakelijkheid, kan ons inziens niet worden begrepen als een element van het gelijkheidstreven.

De twee volgende houdingen die aan bod komen, kunnen worden beschouwd als indicatoren van onbehagen: de onveiligheidsgevoelens en het toekomstbeeld. Op die manier willen we nagaan in welke mate de responsabiliseringsbeweging (ook) vertrekt vanuit angst. Het is immers mogelijk dat risicogedrag wordt beschouwd als onderdeel van een bredere categorie van onverantwoord gedrag waartegen men harder wil optreden, door het te confronteren met zijn harde consequenties en het op die manier sanctioneren.

De eerste houding die we met de levensstijlaansprakelijkheid associëren is het onveiligheidsgevoel. De indicator voor onveiligheidsgevoel is een meetschaal die we op basis van een statistische analyse construeerden rond een aantal uitspraken (zie bijlage en deelrapport 2). We hanteren hiervoor dezelfde procedure als voor de meetschaal voor levensstijlaansprakelijkheid. We splitsen de respondenten op in een categorie die meer dan 50 behalen op

de meetschaal en dus aangeven zich onveilig te voelen en een categorie die 50 of minder behalen op deze meetschaal en zich relatief veilig voelen. Deze werkwijze biedt ons de mogelijkheid om de interpretaties in dezelfde zin verder te zetten.

TABEL 15: LEVENSTIJLAANSPRAKELIJKHEID NAAR ONVEILIGHEIDGEOELEN (PERCENTAGES)

	Niet voor levensstijl-aansprakelijkheid ( $\leq 50$ )	Voor levensstijl-aansprakelijkheid ( $>50$ )	Totaal aantal
Lage onveiligheidsgevoelens	73,0%	27,0%	904
Hoge onveiligheidsgevoelens	61,5%	38,5%	2305
Totaal	64,7%	35,3%	3209

p-waarde: .000 eta: .164

De verschillen tussen de gehanteerde categorieën zijn in tegenstelling tot de achtergrondvariabelen wel zeer uitdrukkelijk. Onder de respondenten die aangeven dat ze zich onveilig voelen, is bijna 4 op 10 voorstander van een aansprakelijkheid voor levensstijlen met een hoog risicogehalte. Onder de respondenten met lage onveiligheidsgevoelens is dat slechts iets meer dan een kwart.

De tweede houding die we in verband brengen met levensstijlaansprakelijkheid is het toekomstbeeld dat de respondenten erop nahouden. We volgen nog steeds dezelfde procedure en splitsen de respondenten op in twee categorieën, degenen die meer dan 50 behalen op de meetschaal en dus een negatief toekomstbeeld hebben en degenen die 50 of minder behalen en een eerder positief beeld hebben voor de toekomst. De uitspraken waarop de meetschaal geconstrueerd werd, peilen naar het vertrouwen in de toekomst. (zie bijlage)

TABEL 16: LEVENSTIJLAANSPRAKELIJKHEID NAAR NEGATIEF TOEKOMSTBEELD (PERCENTAGES)

	Niet voor levensstijl-aansprakelijkheid ( $\leq 50$ )	Voor levensstijl-aansprakelijkheid ( $>50$ )	Totaal aantal
Geen negatief toekomstbeeld	66,6	33,4	2461
Wel negatief toekomstbeeld	58,3	41,7	744
Totaal	64,7	35,3	3205

p-waarde: .000 eta: .133

Overeenstemmend met het onveiligheidsgevoel merken we opnieuw een grotere portie voorstanders voor levensstijlaansprakelijkheid bij



respondenten met weinig vertrouwen in de toekomst. Van de bevroegde mensen met een negatief toekomstbeeld staat ruim 4 op 10 positief tegenover de koppeling van aansprakelijkheid en risicogedrag. Van de respondenten met geen negatief toekomstbeeld is dat slechts 1 op 3.

Het is duidelijk dat onbehagen, gevoelens van onveiligheid en een negatief toekomstperspectief, afbreuk doen aan de bereidheid tot risicosolidariteit, toch als dit gemeten wordt via solidariteit met gevolgen van zelfgekozen risicogedrag.

Uit vroeger onderzoek weten we dat het beschreven onbehagen zich in Vlaanderen vertaalt in een welbepaalde mens- en maatschappij-opvatting. Het verschil tussen de voor- en tegenstanders van die opvatting werd de nieuwe sociaal-culturele breuklijn genoemd of, kortweg, de nieuwe breuklijn (zie deelrapport 2). Daarom kijken we ook naar het verband tussen de positie op de nieuwe breuklijn en de houding ten opzichte van levensstijlaansprakelijkheid. De sociaal-culturele breuklijn is een megafactor en combineert meetschalen met houdingen over individualisme, autoritarisme, antipolitiek en ethnocentrisme (zie bijlage).

TABEL 17: LEVENSTIJLAANSPRAKELIJKHEID NAAR POSITIE OP DE SOCIAAL-CULTURELE BREUKLIJN (PERCENTAGES)

	Niet voor levensstijlaansprakelijkheid ( $\leq 50$ )	Voor levensstijlaansprakelijkheid ( $>50$ )	Totaal aantal
Links sociaal-culturele breuklijn	70,3	29,7	2086
Rechts sociaal-culturele breuklijn	53,3	46,7	966
Totaal	64,9	35,1	3052

p-waarde: .000 eta: .197

Mensen die zich links positioneren op de sociaal-culturele breuklijn ( het utilitair individualisme en autoritarisme verwerpen, geen sterke gevoelens van antipolitiek hebben en eerder verdraagzaam zijn) zijn proportioneel veel minder te vinden voor levensstijlaansprakelijkheid dan mensen die zich rechts positioneren op deze breuklijn. De verschillen zijn erg uitgesproken.

In tegenstelling tot het gelijkheidsstreven opent de piste van het onbehagen en de nieuwe breuklijn wel vruchtbare perspectieven. Het verwerpen van risicosolidariteit verschijnt hier als een uiting van onbehagen en van een

wantrouwig en repressief mensbeeld. Daarom kijken we ook naar de samenhang met een negatieve perceptie van de gevolgen van de verzorgingsstaat. In deelrapport 2 stelden we immers vast dat een dergelijke perceptie nauw verbonden is met onbehagen en een rechtse positie op de nieuwe breuklijn (of een wantrouwig mensbeeld). De meetschaal voor negatieve gevolgen van de verzorgingsstaat werd geconstrueerd op basis van uitspraken die mogelijke negatieve gevolgen zoals luiheid, afhankelijkheid, ongevoeligheid en dergelijke belichten (zie deelrapport 2 en bijlage).

TABEL 18: LEVENSTIJLAANSPRAKELIJKHEID NAAR NEGATIEVE PERCEPTIE VERZORGINGSSTAAT (PERCENTAGES)

	Niet voor levensstijl-aansprakelijkheid ( $\leq 50$ )	Voor levensstijl-aansprakelijkheid ( $>50$ )	Totaal aantal
Geen negatieve perceptie verzorgingsstaat	69,1	30,9	2127
Wel negatieve perceptie verzorgingsstaat	56,7	43,3	991
Totaal	65,1	34,9	3118

p-waarde: .000 eta: .214

Respondenten die instemmen met de voorgelegde negatieve gevolgen van de verzorgingsstaat zijn proportioneel meer voorstander van een levensstijlaansprakelijkheid dan respondenten die niet akkoord zijn met de negatieve gevolgen van de verzorgingsstaat. De samenhang die hier wordt vastgesteld is de sterkste die totnogtoe werd geobserveerd. Wie gelooft dat de verzorgingsstaat tot luiheid en onverantwoordelijkheid leidt, wil de risico's die zich ten gevolge van risicogedrag realiseren, sanctioneren.

Als laatste beschouwen we de positie die de respondenten innemen op de vraag of ze voor of tegen de risicoselectie in de autoverzekering zijn. Ook deze houding bestaat uit een meetschaal geconstrueerd op basis van uitspraken over het hanteren van verschillende risicocriteria zoals leeftijd en geslacht in de autoverzekering.

TABEL 19: LEVENSTIJLAANSPRAKELIJKHEID NAAR RISICOSELECTIVITEIT IN DE AUTOVERZEKERINGEN (PERCENTAGES)

	Niet voor levensstijl-aansprakelijkheid ( $\leq 50$ )	Voor levensstijl-aansprakelijkheid ( $>50$ )	Totaal aantal
Tegen risicoselectie in de autoverzekeringen	68,1	31,9	2006
Voor risicoselectie in de autoverzekeringen	50,9	49,1	452
Totaal	64,9	35,1	2458

p-waarde: .000 eta: .179

Voorstanders van een risicoselectie in de autoverzekering zijn proportioneel ook meer voorstander van het doorvoeren van een zelfde principe voor levensstijlen met een gekend risico. Ongeveer de helft van deze groep is consequent in zijn principes en kent een risicoselectie toe op verschillende domeinen.

### 3.4 Finaal model voor levensstijlaansprakelijkheid

Na het descriptieve gedeelte gaan we opnieuw over tot het simultaan toetsen van de verschillende onderzochte mogelijke verklaringen. We maken hiervoor gebruik van zowel de achtergrondkenmerken als van de houdingen uit het vorige gedeelte. In eerste instantie bekijken we de indicatoren die een rechtstreekse invloed uitoefenen op de houding over levensstijlaansprakelijkheid. In tweede instantie schetsen we het volledig model (voor de grafische voorstelling van het model, zie bijlage).

TABEL 20: LEVENSTIJLAANSPRAKELIJKHEID: FINAAL MODEL (DIRECTE EFFECTEN)

	Direct effect	Betekenis
Negatieve perceptie verzorgingsstaat	.151	Mensen met een negatieve perceptie van de verzorgingsstaat zijn meer voor levensstijlaansprakelijkheid
Roken	-.150	Mensen die niet roken zijn meer voor levensstijlaansprakelijkheid
Risicoselectie autoverzekering	.135	Mensen die achter de idee van risicoselectie in de autoverzekeringen staan, zijn meer voor levensstijlaansprakelijkheid
Sociaal-culturele breuklijn	.103	Mensen die rechts staan op de sociaal-culturele breuklijn, zijn meer voor levensstijlaansprakelijkheid
Geslacht	-.103	Mannen zijn meer voor levensstijlaansprakelijkheid dan vrouwen
Onveiligheidsgevoelens	.080	Mensen die zich onveilig voelen, zijn meer voor levensstijlaansprakelijkheid
Negatief toekomstbeeld	.051	Mensen met een negatief toekomstbeeld, zijn meer voor levensstijlaansprakelijkheid

De kenmerken met de sterkste, rechtstreekse invloed op de levensstijlaansprakelijkheid, zijn de perceptie van de verzorgingsstaat en het rookgedrag. Mensen met een negatieve perceptie van de gevolgen van de verzorgingsstaat en niet rokers zijn grotere voorstanders van een risicoselectie in de gezondheidszorg dan hun opponenten. Ook de houding tegenover een risicoselectie in de autoverzekering blijkt een sterke invloed te hebben op het doorvoeren van een zelfde principe in de gezondheidszorg. Dit aansprakelijkheidsprincipe vindt bovendien het meest bijval bij respondenten die zich rechts positioneren op de sociaal-culturele breuklijn. Hetzelfde doet zich voor bij de mannen. Ook zij zijn eerder voorstander van dergelijk principe dan vrouwen. In mindere mate onderkennen we ook een invloed van onveiligheidsgevoelens en van een negatief toekomstbeeld. Leeftijd en inkomen oefenen geen rechtstreekse invloed uit. Zij spelen onrechtstreeks wel een kleine rol (zie totale effecten).

TABEL 21: LEVENSTIJLAANSPRAKELIJKHEID: FINAAL MODEL (TOTALE EFFECTEN)

	Totaal effect	Betekenis
Onveiligheidsgevoelens	.192	Mensen die zich onveilig voelen, zijn meer voor levensstijlaansprakelijkheid
Negatieve perceptie verzorgingsstaat	.167	Mensen met een negatieve perceptie van de verzorgingsstaat zijn meer voor levensstijlaansprakelijkheid
Sociaal-culturele breuklijn	.166	Mensen die rechts staan op de sociaal-culturele breuklijn, zijn meer voor levensstijlaansprakelijkheid
Roken	-.145	Mensen die niet roken zijn meer voor levensstijlaansprakelijkheid
Risicoselectie autoverzekering	.135	Mensen die achter de idee van risicoselectie in de autoverzekeringen staan, zijn meer voor levensstijlaansprakelijkheid
Negatief toekomstbeeld	.125	Mensen met een negatief toekomstbeeld, zijn meer voor levensstijlaansprakelijkheid
Geslacht	-.090	Mannen zijn meer voor levensstijlaansprakelijkheid dan vrouwen
Leeftijd	.061	Ouderen zijn meer voor levensstijlaansprakelijkheid
Inkomen	-.060	Lagere inkomensgroepen zijn meer voor levensstijlaansprakelijkheid

Door toevoeging van de kenmerken die niet rechtstreeks een invloed uitoefenen op de houding over levensstijlaansprakelijkheid, neemt het effect van de onveiligheidsgevoelens drastisch toe. Deze sprong kan verklaard worden door de invloed van de leeftijd van de respondenten op de onveiligheidsgevoelens en zo de houding ten aanzien van levensstijlaansprakelijkheid versterken. Een zelfde invloed doet zich voor bij

de positie op de sociaal-culturele breuklijn. Een hoge associatie tussen leeftijd en een rechtse positie op deze breuklijn is verantwoordelijk voor de grotere invloed van deze positie op de houding ten aanzien van levensstijlaansprakelijkheid. Dit model verklaart 13.2% van de variantie.

### 3.5 Eindconclusie

Voor zover ze door ons model wordt verklaard, is de houding ten opzichte van levensloopaansprakelijkheid vooral een gevolg van onbehagen en dan in het bijzonder van onveiligheidsgevoelens. Wie zich onveilig voelt wil mensen verantwoordelijk stellen voor de gezondheidsrisico's die ze nemen. Dat onbehagen vertaalt zich ook in een rechtse positie op de nieuwe sociaal-culturele breuklijn, gekenmerkt door een wantrouwig mensenbeeld en een voorkeur voor autoritair en repressief optreden. Zo'n positie vermindert eveneens gevoelig de mate van risicosolidariteit. Onbehagen en de positie op de nieuwe breuklijn hangen ook samen met een negatieve perceptie van de gevolgen van de verzorgingsstaat. Wie gelooft dat deze tot luiheid en, meer in het algemeen, onverantwoordelijk gedrag leidt, wil ook solidariteit ontzeggen aan mensen die in hun ogen bewust gezondheidsrisico's nemen. Daarmee zijn de drie belangrijkste invloeden geïdentificeerd. Het ontzeggen van solidariteit in gevallen waar het criterium van de persoonlijke verantwoordelijkheid kan worden gehanteerd, is vooral een gevolg van onbehagen, van een wantrouwig, repressief mensbeeld en van het geloof dat de verzorgingsstaat onverantwoordelijkheid kweekt. Het ontspringt in belangrijke mate aan verzuring. De impuls tot repressie lijkt belangrijker dan de notie van verantwoordelijkheid zelf.

Daarnaast spelen nog een aantal andere, evidente, invloeden. Wie zelf risico's loopt (rookt) is milder in zijn oordeel. Niet-rokers zijn meer voor levensstijlaansprakelijkheid dan rokers. Dit verschil valt te verklaren aan de hand van directe betrokkenheid en dus ook eigenbelang. In de schaal levensstijlaansprakelijkheid is een situatie opgenomen met betrekking tot rokers en hun aansprakelijkheid. Het vignet werd als volgt geformuleerd: *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? In Tabel 22 staan de percentages voor de categorieën rokers en niet rokers voor het item Koen.

TABEL 22: LEVENSTIJLAANSPRAKELIJKHEID VOOR HET VIGNET 'KOEN' NAAR ROOKGEDRAG (PERCENTAGES)

	Ja	Noch ja, noch nee	Nee	Totaal aantal
niet-roker	50,1	20,5	29,4	2069
roker (nu en vroeger)	65,9	15,5	18,6	1494
Totaal	56,7	18,4	24,9	3563

De percentages van beide groepen tonen grote verschillen waarbij de rokers veel meer voor risicosolidariteit zijn dan de niet-rokers. Het eigenbelang steekt hier dus duidelijk de kop op en uit zich in de resultaten.

Wie segmentering in de autoverzekering goedkeurt is consistent en staat kritischer tegenover risicosolidariteit. De invloeden van leeftijd, geslacht en inkomen zijn klein en realiseren zich onrechtstreeks, grotendeels via hun effect op de nieuwe breuklijn en de houding ten opzichte van segmentering in de autoverzekering.

Diegene die voor levensstijlaansprakelijkheid zijn, worden voornamelijk gekenmerkt door een rechtse positie op de sociaal-culturele breuklijn, een negatieve kijk op de verzorgingsstaat en gevoelens van onveiligheid. Op basis van deze drie houdingen hebben we twee groepen gemaakt. In de eerste groep zitten de respondenten die behoren tot de 50% meest linksen op de sociaal-culturele breuklijn en die op onveiligheidsgevoelens en negatieve perceptie van de verzorgingsstaat bij de laagste 50% zitten. In de tweede groep zitten de respondenten die op de drie schalen bij de meest rechtse en de hoogste 50% zitten. Respectievelijk omvatten deze groepen 19.3% en 21.2% van de totale steekproef. In Tabel 23 staan per groep de percentages voor het akkoord gaan met de stelling.

Zelfs bij de 21% Vlamingen die behoren bij de 50% met de hoogste onveiligheidsgevoelens, de meest negatieve perceptie van de gevolgen van de verzorgingsstaat en de meest rechtse positie op de nieuwe breuklijn, is er nooit een meerderheid om risicosolidariteit rond de gevolgen van levensstijl af te wijzen (zie Tabel 23). In het geval van een verkeersongeluk onder invloed van drugs, wordt de meerderheid wel dicht benaderd, 47%. De

verschillen tussen de twee onderscheiden groepen, bevestigen de conclusie uit het structureel model. De kans dat risicosolidariteit wordt verworpen is 2 à 3 keer groter bij de mensen met een rechtse positie op de sociaal-culturele breuklijn, die zich onveilig voelen en een negatieve perceptie van de verzorgingsstaat hebben, dan bij de anderen.

TABEL 23: LEVENSTIJLAANSPRAKELIJKHEID, EEN VERGELIJKING TUSSEN TWEE GROEPEN (PERCENTAGES)

	Groep1 50% laagsten nee <sup>3</sup>	Groep2 50% hoogsten nee
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?	16.8	31.2
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?	20.1	47.1
Frank houdt van eten, maar eet vaak veel meer dan nodig en vaak vettig 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?	9.4	25.6
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?	15.8	35.9
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?	12.7	38.8
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?	15.9	34.8

<sup>3</sup> Percentage voor de categorieën nee en nee zeker niet samen

## 4 Levensloopaansprakelijkheid verklaard

### 4.1 Een beschrijvend beeld van de mensen die voor levensloopaansprakelijkheid zijn

Voor de beschrijving van de levensloopaansprakelijkheid volgen we hetzelfde stramien als voor de beschrijving van de levensstijlaansprakelijkheid. Ter herinnering, de schaal levensloopaansprakelijkheid is de schaal die peilt naar de bereidheid tot risicosolidariteit als de notie van verantwoordelijkheid (of schuld) niet zo gemakkelijk kan worden gehanteerd. Levensloop gaat onder andere over aansprakelijkheid voor werkloosheid, genetische ziekten en ouderdom.

In een eerste stap zoeken we naar een profiel van de voor- en tegenstanders van levensloopaansprakelijkheid. We bekijken daarvoor eerst de achtergrondkenmerken en onderscheiden daarbij, net als voorheen, sociodemografische, socio-economische en socioculturele kenmerken. Daarnaast kijken we of de eigen risicopositie aanleiding geeft tot verschillen in de houding.

#### 4.1.1 Sociodemografische kenmerken

De proportionele verschillen tussen mannen en vrouwen die voorstander zijn van een aansprakelijkheid voor de levenslooprisico's die men loopt, zijn zeer klein en statistisch nauwelijks significant, waarbij de mannen iets meer voorstander zijn.

TABEL 24: LEVENSLLOOPAANSPRAKELIJKHEID NAAR GESLACHT (PERCENTAGES)

Geslacht	Niet voor levensloop-aansprakelijkheid ( $\leq 50$ )	Voor levensloop-aansprakelijkheid ( $> 50$ )	Totaal aantal
Man	92,6%	7,4%	1407
Vrouw	93,0%	7,0%	1508
Totaal	92,8%	7,2%	2915

p-waarde: .011 eta: .043

TABEL 25: LEVENSLLOOPAANSPRAKELIJKHEID NAAR ONDERWIJSNIVEAU (PERCENTAGES)

Onderwijsniveau	Niet voor levensloop-aansprakelijkheid ( $\leq 50$ )	Voor levensloop-aansprakelijkheid ( $> 50$ )	Totaal aantal
Geen en lager	92,1	7,9	611
lager secundair	92,8	7,2	642
hoger BSO	89,5	10,5	200
hoger TSO	92,9	7,1	337
hoger ASO	94,7	5,3	416
hoger onderwijs	92,7	7,3	628
Totaal	92,7	7,3	2834

p-waarde: .093 eta: .052



Hetzelfde geldt voor de verschillen op basis van het onderwijsniveau van de respondent. De grootste spanning bevindt zich tussen hoger aso en hoger bso. Bij deze laatste categorie vinden we 10% voorstanders van levensloopaansprakelijkheid.

TABEL 26: LEVENSLLOOPAANSPRAKELIJKHEID NAAR LEEFTIJD (PERCENTAGES)

	Niet voor levensloopaansprakelijkheid ( $\leq 50$ )	Voor levensloopaansprakelijkheid ( $> 50$ )	Totaal aantal
18-25	91,9	8,1	433
26-35	92,7	7,3	591
36-45	92,1	7,9	617
46-55	94,3	5,7	471
56-65	94,0	6,0	415
66-75	91,6	8,4	368
Totaal	92,7	7,3	2895

p-waarde: .000 eta: .113

Voor leeftijd zijn de verschillen wel statistisch significant. Indien we van een stramen durven spreken dan lijkt, op uitzondering van de oudste categorie, de levensloopaansprakelijkheid af te nemen met de leeftijd.

#### 4.1.2 Sociaal-economische kenmerken

Onder de hoofding sociaal-economische kenmerken plaatsen we het netto gezinsinkomen per maand, van de respondent, alsook het al dan niet trekken van een uitkering of een vervanginkomen.

TABEL 27: LEVENSLLOOPAANSPRAKELIJKHEID NAAR NETTO MAANDINKOMEN (PERCENTAGES)

	Niet voor levensloopaansprakelijkheid ( $\leq 50$ )	Voor levensloopaansprakelijkheid ( $> 50$ )	Totaal aantal
minder dan 40.000	90,6	9,4	615
tussen 40000 en 59999	92,7	7,3	702
tussen 60000 en 79999	93,7	6,3	460
tussen 80.000 en 99.999	95,6	4,4	427
meer dan 100.000	92,7	7,3	521
Totaal	92,8	7,2	2725

p-waarde: .000 eta: .091

Indien we de hoogste inkomenscategorie buiten beschouwing laten, kunnen we spreken van een lineaire afname van de proportie respondenten die voor levensloopaansprakelijkheid zijn, naarmate het inkomen stijgt. Bij de hoogste inkomenscategorie is de proportie mensen die risicosolidariteit verwerpt echter plots terug groter.

TABEL 28: LEVENSLOOPAANSPRAKELIJKHEID NAAR VERVANGINGSINKOMEN (PERCENTAGES)

	Niet voor levensloop- aansprakelijkheid ( $\leq 50$ )	Voor levensloop- aansprakelijkheid ( $> 50$ )	Totaal aantal
geen uitkering	92,3	7,7	2227
nu uitkering	94,4	5,6	694
Totaal	92,8	7,2	2921

p-waarde: .005 eta: .047

Het al dan niet trekken van een uitkering heeft geen grote invloed op de proportie voor- of tegenstanders van de invoering van een risicoselectie op basis van levensloopontwikkelingen. Wie een uitkering of een vervanginkomen geniet, heeft iets meer kans voor risicosolidariteit te zijn.

Net zoals voor de levensstijlaansprakelijkheid dient hier te worden vastgesteld dat de verbanden tussen de achtergrondvariabelen en de mate waarin men mensen ook wil responsabiliseren voor de risico's van de levensloop, zeer zwak zijn.

#### 4.1.3 Socioculturele kenmerken

Voor de socioculturele kenmerken onderscheiden we de voorkeur voor een bepaalde Tv-zender en het actief en/of bestuurslidmaatschap van één of meerdere verenigingen.

TABEL 29: LEVENSLOOPAANSPRAKELIJKHEID NAAR TV-ZENDERVEROORKEUR (PERCENTAGES)

	Niet voor levensloop- aansprakelijkheid ( $\leq 50$ )	Voor levensloop- aansprakelijkheid ( $> 50$ )	Totaal aantal
TV1	94,9	5,1	851
Canvas Ketnet	94,9	5,1	450
VTM	91,9	8,1	422
Ka2	93,8	6,3	80
VT4	88,8	11,2	107
Regionale zender	68,4	31,6	19
Buitenlandse of anderstalige zender	92,2	7,8	103
Totaal	93,6	6,4	2032

p-waarde: .005 eta: .086

Om de interpretatie te vergemakkelijken vergelijken we de respondenten die een openbare zender als beste zender aanduiden met de respondenten die een commerciële zender als beste zender aanduiden. Op basis van deze opdeling blijkt de proportie voorstanders van een levensloopaansprakelijkheid bij respondenten die de voorkeur geven aan een openbare zender kleiner dan bij de respondenten die voor een commerciële zender kiezen. Binnen deze laatste categorie merken we nog een groot verschil tussen de respondenten die voor een VTM-zender kiezen

en de respondenten die voor VT4 kiezen. De grote proportie voorstanders van een levensloopaansprakelijkheid bij respondenten die een regionale zender als beste zender aangeven is opmerkelijk. Het is echter riskant om hierover uitspraken te doen vermits we slechts over een kleine groep respondenten beschikken die een regionale zender als beste zender aangeven.

TABEL 30: LEVENSLLOOPAANSPRAKELIJKHEID NAAR LIDMAATSCHAP VERENIGING (PERCENTAGES)

	Niet voor levensloop- aansprakelijkheid ( $\leq 50$ )	Voor levensloop- aansprakelijkheid ( $> 50$ )	Totaal aantal
Geen actief of bestuurslid	92,7	7,3	1134
Actief en/of bestuurslid	93,3	6,7	1562
Totaal	93,1	6,9	2696

p-waarde: .144 eta: .025

Het actief participeren in één of meerdere verenigingen levert geen basis voor opmerkelijke verschillen in de proportionele verdeling van voor- en tegenstanders van een levensloopaansprakelijkheid.

#### 4.1.4 Risicopositie

Voor de invloed van de eigen risicopositie beschouwen we het rookgedrag en de kans op het krijgen van een ernstige ziekte in de komende vijf jaren.

TABEL 31: LEVENSLLOOPAANSPRAKELIJKHEID NAAR ROOKGEDRAG (PERCENTAGES)

	Niet voor levensloop- aansprakelijkheid ( $\leq 50$ )	Voor levensloop- aansprakelijkheid ( $> 50$ )	Totaal aantal
niet-roker	92,4	7,6	1728
roker (nu en vroeger)	93,5	6,5	1177
Totaal	92,8	7,2	2905

p-waarde: .000 eta: .069

Het verschil tussen rokers en ex-rokers enerzijds en niet-rokers anderzijds is relatief klein. Niet-rokers staan proportioneel meer achter een levensloopaansprakelijkheid dan rokers. De invloed van het rookgedrag is in vergelijking met de levensstijlaansprakelijkheid minder groot.

TABEL 32: LEVENSLOOOPAANSPRAKELIJKHEID NAAR ZELFINSCHATTING RISICO OP ZIEKTE BINNEN DIT EN 5 JAAR (PERCENTAGES)

	Niet voor levensloop- aansprakelijkheid ( $\leq 50$ )	Voor levensloop- aansprakelijkheid ( $> 50$ )	Totaal aantal
geen tot kleine kans	92,7	7,3	1031
noch klein, noch groot	93,0	7,0	1489
grote tot zeer grote kans	93,2	6,8	236
Nu ziek	91,7	8,3	96
Totaal	92,9	7,1	2852

p-waarde: .000 eta: .076

De kans op ziekte geeft aanleiding tot relatieve proportionele verschillen tussen de respondenten. Naarmate men de kans groter inschat om zelf ziek te worden in de komende vijf jaren, is men groter voorstander van solidariteit rond de risico's van de levensloop. Respondenten die op het ogenblik van het invullen van de vragenlijst reeds ziek waren, zijn daarentegen, gek genoeg, proportioneel het meest voor levensloopaansprakelijkheid. We moeten echter aangeven dat het om een zeer kleine groep (n=96) gaat, zodat dit laatste verband mogelijk aan het toeval moet worden toegeschreven.

#### 4.2 Een tussentijds model met achtergrondkenmerken

In het vorige gedeelte hebben we ons toegelegd op de beschrijving van het profiel van de voorstanders van levensloopaansprakelijkheid. In een volgende stap gaan we de invloed na van de achtergrondkenmerken op de voorkeur van een risicoselectie op basis van levensloopgebeurtenissen<sup>4</sup>.

TABEL 33: LEVENSLOOOPAANSPRAKELIJKHEID, MODEL MET ACHTERGRONDKENMERKEN (TOTALE EFFECTEN)

	Totale effect	Betekenis
Inkomen	-.090	Lagere inkomensgroepen zijn meer voor levensloopaansprakelijkheid
Leeftijd	-.071	Jongeren zijn meer voor levensloopaansprakelijkheid
Rookgedrag	-.061	Niet-rokers zijn meer voor levensloopaansprakelijkheid
Risico op ziekte	-.051	Mensen met een kleinere kans op ziekte, zijn meer voor levensloopaansprakelijkheid

De invloed van de achtergrondkenmerken is erg gering en heeft slechts een verklaarde variantie van 2%. Geen van de ingevoerde kenmerken biedt een duidelijke verklaring voor de voorkeur voor levensloopaansprakelijkheid.

<sup>4</sup> Modelspecificaties: p=.571, agfi=.999, Hoelters'N=66346

Binnen dit perspectief komen de belangrijkste invloeden van het netto maandinkomen, de leeftijd en de eigen risicopositie. De mensen die solidariteit rond de risico's van de levensloop verwerpen vormen slechts een kleine groep. Die groep kan niet worden geïdentificeerd op basis van de gangbare sociaal-demografische en sociaal-economische kenmerken, evenmin op basis van mediavorkeur en participatie.

#### 4.3 Houdingen en levensloopaansprakelijkheid

Daarom kijken we ook hier weer naar de invloed van houdingen op de positie die ten opzichte van de risicosolidariteit wordt ingenomen.

In tegenstelling tot wat gold voor de levensstijlaansprakelijkheid heeft het gelijkheidsstreven wel een invloed op de levensloopaansprakelijkheid. De mate waarin men solidair wil zijn met de risico's van de levensloop houdt wel degelijk verband met de mate waarin men voorstander is van een gelijke samenleving in het algemeen. Toch is de samenhang tussen gelijkheidsstreven en de houding ten aanzien van een levensloopaansprakelijkheid vrij bescheiden.

TABEL 34: LEVENSLLOOPAANSPRAKELIJKHEID NAAR GELIJKHEIDSTREVEN (PERCENTAGES)

	Niet voor levensloop-aansprakelijkheid ( $\leq 50$ )	Voor levensloop-aansprakelijkheid ( $> 50$ )	Totaal aantal
Anti-gelijkheidsstreven	91,7	8,3	628
Pro-gelijkheidsstreven	93,3	6,7	2272
Totaal	92,9	7,1	2900

p-waarde: .000 eta: .085

Wat het onbehagen betreft, blijken de gevoelens van onveiligheid hier geen rol te spelen, het toekomstbeeld wel.

TABEL 35: LEVENSLLOOPAANSPRAKELIJKHEID NAAR NEGATIEF TOEKOMSTBEELD (PERCENTAGES)

	Niet voor levensloop-aansprakelijkheid ( $\leq 50$ )	Voor levensloop-aansprakelijkheid ( $> 50$ )	Totaal aantal
Geen negatief toekomstbeeld	94,3	5,7	2237
Wel negatief toekomstbeeld	88,4	11,6	658
Totaal	93,0	7,0	2895

p-waarde: .000 eta: .165

De visie op de toekomst heeft een duidelijke invloed op de houding ten aanzien van levensloopaansprakelijkheid. Wie een negatief beeld heeft over

wat de toekomst zal brengen, heeft een grotere kans om voorstander te zijn van de invoering van een risicoselectie voor de levensloop.

TABEL 36: LEVENSLLOOPAANSPRAKELIJKHEID NAAR POSITIE OP DE SOCIAAL-CULTURELE BREUKLIJN (PERCENTAGES)

	Niet voor levensloop-aansprakelijkheid ( $\leq 50$ )	Voor levensloop-aansprakelijkheid ( $> 50$ )	Totaal aantal
Links sociaal-culturele breuklijn	95,0	5,0	1895
Rechts sociaal-culturele breuklijn	88,2	11,8	871
Totaal	92,8	7,2	2766

p-waarde: .000 eta: .165

Een rechtse positie op de sociaal-culturele breuklijn geeft eerder aanleiding tot een voorkeur voor levensloopaansprakelijkheid dan een linkse positie. Het proportioneel verschil is aanzienlijk. Bij mensen die zich links positioneren is slechts 5% voorstander van een risicoselectie. Bij mensen die een rechtse positie innemen op deze breuklijn is dat meer dan het dubbele.

Een negatieve perceptie van de gevolgen van de werking van de verzorgingsstaat leidt tot een verhoogde kans om voorstander te zijn van de invoering van een risicoselectie op basis van levenslooevoluties. Het proportioneel verschil met respondenten die geen negatieve gevolgen van de verzorgingsstaat onderkennen is opvallend groot.

TABEL 37: LEVENSLLOOPAANSPRAKELIJKHEID NAAR NEGATIEVE PERCEPTIE VAN DE VERZORGINGSSTAAT (PERCENTAGES)

	Niet voor levensloop-aansprakelijkheid ( $\leq 50$ )	Voor levensloop-aansprakelijkheid ( $> 50$ )	Totaal aantal
Geen negatieve perceptie verzorgingsstaat	95,9	4,1	1905
Wel negatieve perceptie verzorgingsstaat	87,0	13,0	921
Totaal	93,0	7,0	2826

p-waarde: .000 eta: .237

Als laatste houding beschouwen we de visie op risicoselectie in de autoverzekering. Voorstanders van risicoselectie in de autoverzekering zijn ook proportioneel meer voorstander van hetzelfde principe in de sociale verzekeringen.

TABEL 38: LEVENSLOOOPAANSPRAKELIJKHEID NAAR RISICOSELECTIVITEIT IN DE AUTOVERZEKERINGEN (PERCENTAGES)

	Niet voor levensloop- aansprakelijkheid ( $\leq 50$ )	Voor levensloop- aansprakelijkheid ( $> 50$ )	Totaal aantal
Tegen risicoselectie in de autoverzekeringen	93,5	6,5	1840
Voor risicoselectie in de autoverzekeringen	89,1	10,9	433
Totaal	92,7	7,3	2273

p-waarde: .000 eta: .213

#### 4.4 Finaal model voor levensloopaansprakelijkheid

Om inzicht te krijgen in de netto-samenhangen van de overlopen variabelen met de houding ten opzichte van levensloopaansprakelijkheid, brengen we alle variabelen samen in één model. De modellen met de rechtstreekse en de totale (rechtstreekse plus onrechtstreekse) effecten worden samen gepresenteerd.

TABEL 39: LEVENSLOOOPAANSPRAKELIJKHEID, FINAAL MODEL (DIRECTE EFFECTEN)

	Direct effect	Betekenis
Risicoselectie autoverzekeringen	.177	Mensen die achter de idee van risicoselectie in de autoverzekeringen staan, zijn het meest voor levensloopaansprakelijkheid
Negatieve perceptie verzorgingsstaat	.173	Mensen met een negatieve perceptie van de verzorgingsstaat zijn het meest voor levensloopaan- sprakelijkheid
Sociaal-culturele breuklijn	.132	Mensen die rechts staan op de nieuwe breuklijn, zijn meer voor levensloopaansprakelijkheid
Leeftijd	-.114	Jongeren zijn meer voor levensloopaansprakelijkheid
Gelijkheidsstreven	-.091	Mensen die niet achter de idee van gelijkheid staan, zijn meer voor levensloopaansprakelijkheid
Rookgedrag	-.063	Mensen die niet roken zijn meer voor levensloopaansprakelijkheid
Inkomen	-.061	Mensen met een laag inkomen zijn meer voor levensloopaansprakelijkheid
Negatief toekomstbeeld	.058	Mensen met een negatief toekomstbeeld zijn meer voor levensloopaansprakelijkheid
Risico op ziekte	-.038	Mensen met een kleine kans op ziekte zijn meer voor levensloopaansprakelijkheid

TABEL 40: LEVENSLOOOPAANSPRAKELIJKHEID, FINAAL MODEL (TOTALE EFFECTEN)

	Totaal effect	Betekenis
Sociaal-culturele breuklijn	.213	Mensen die rechts staan op de nieuwe breuklijn, zijn meer voor levensloopaansprakelijkheid
Negatieve perceptie verzorgingsstaat	.193	Mensen met een negatieve perceptie van de verzorgingsstaat zijn het meest voor levensloopaansprakelijkheid
Negatief toekomstbeeld	.184	Mensen met een negatief toekomstbeeld zijn meer voor levensloopaansprakelijkheid
Risicoselectie autoverzekeringen	.177	Mensen die achter de idee van risicoselectie in de autoverzekeringen staan, zijn het meest voor levensloopaansprakelijkheid
Gelijkheidsstreven	-.101	Mensen die niet achter de idee van gelijkheid staan, zijn meer voor levensloopaansprakelijkheid
Inkomen	-.088	Mensen met een laag inkomen zijn meer voor levensloopaansprakelijkheid
Leeftijd	-.069	Jongeren zijn meer voor levensloopaansprakelijkheid
Rookgedrag	-.063	Mensen die niet roken zijn meer voor levensloopaansprakelijkheid
Risico op ziekte	-.042	Mensen met een kleine kans op ziekte zijn meer voor levensloopaansprakelijkheid

Als we de totale effecten bekijken zien we dat de houding ten opzichte van levensloopaansprakelijkheid een betrekkelijk sterk ideologische opvatting is. Mensen die rechts staan op de nieuwe breuklijn, die de gevolgen van de verzorgingsstaat negatief inschatten en geen of een relatief zwak voorstander zijn van gelijkheidsstreven, hebben een grotere kans risicosolidariteit op te geven, ook als het risico niet (gemakkelijk) kan worden gekoppeld aan verantwoordelijkheid. Een gebrek aan solidariteit met de risico's van de levensloop is, met andere woorden, verwant met een wantrouwig mensbeeld, een negatieve perceptie van de verzorgingsstaat en een aanvaarding van ongelijkheid. Die houding wordt verder in de hand gewerkt door een negatief toekomstbeeld. Verder zijn degenen die segmentering in de autoverzekering goedkeuren ook minder geneigd solidair te zijn met mensen die, buiten hun wil, grotere risico's lopen. Verder zijn er nog kleine, rechtstreekse effecten van het inkomen, het eigen risicogedrag (roken) en de kans op ziekte: jongeren zijn wat minder solidair met de risico's van de levensloop, rokers zijn solidairder en mensen met een kleine kans op ziekte zijn minder solidair. De risico's die men zelf meent te lopen, spelen dus wel degelijk een rol. Maar de invloed van dit eigenbelang is veel kleiner dan dat van de ideologische opstelling. Het globale model verklaart 15% van de variatie in de houding ten opzichte van de risico's van de levensloop.



Zeker als de verwezenlijking van een risico niet aan persoonlijke verantwoordelijkheid (of schuld) kan worden toegeschreven, stelt de overgrote meerderheid van de Vlamingen zich solidair op. Diegene die toch voor levensloopaansprakelijkheid zijn, worden voornamelijk gekenmerkt door een rechtse positie op de sociaal-culturele breuklijn, een negatieve kijk op de verzorgingsstaat, een negatief toekomstbeeld en een relatief grote aanvaarding van ongelijkheid. Op basis van deze vier houdingen hebben we twee groepen gemaakt. In de eerste groep zitten de respondenten die op de sociaal-culturele breuklijn bij de 50% meest linkse zitten, behoren bij de 50% met het minst negatieve beeld van de verzorgingsstaat en de toekomst en bij de 50% met het sterkste gelijkheidsstreven. De andere groep vormt het spiegelbeeld van de eerste. Respectievelijk omvatten deze groepen 11.7% en 11.4% van de totale steekproef. Zij vertegenwoordigen respectievelijk de mensen met een grote en een kleine kans op solidariteit met de risico's van de levensloop. In Tabel 41 staan per groep de percentages die akkoord gaan met de stellingen.

TABEL 41: LEVENSLLOOPAANSPRAKELIJKHEID, EEN VERGELIJKING TUSSEN TWEE GROEPEN (PERCENTAGES)

	Groep1 50% laagsten akkoord <sup>5</sup>	Groep2 50% hoogsten akkoord
Ouderen zijn vaker ziek en zouden dus meer moeten bijdragen aan de ziekteverzekering dan jongeren	1.9	9
Sommige beroepen zijn gevaarlijker, daarom moeten mensen die deze beroepen uitoefenen meer bijdragen aan de verzekering voor arbeidsongeschiktheid	9.7	24.1
Laaggeschoolden die een hogere kans op werkloosheid hebben, moeten een hogere bijdrage betalen aan de werkloosheid-verzekering	1.2	9.2
Mensen die heel gezond leven door bv. te letten op hun voeding, worden minder ziek en zouden daarom minder moeten bijdragen aan de ziekte-verzekering	5.7	15.8
Mensen van wie genetisch is vastgesteld dat ze in de toekomst een ernstige ziekte zullen krijgen, zouden meer moeten bijdragen aan de ziekteverzekering	1.2	8.1
Wat mensen betalen voor de ziekteverzekering zou zoveel mogelijk moeten worden afgestemd op hun risico op ziekte en invaliditeit	5.9	24.6

We zien dat bij de groep die ideologisch gepredispositioneerd is tot risicosolidariteit de percentages die mensen aansprakelijk willen stellen voor

<sup>5</sup> Percentage voor de categorieën “akkoord” en “helemaal akkoord” samen

de levensloopriscico's bijzonder klein zijn: voor drie stellingen zelfs kleiner dan 2%. Van hen wil 6% aan gezond-eters wel een bonus geven en 10% meent dat mensen met een gevaarlijk beroep wat wel extra mogen bijdragen aan de verzekering tegen arbeidsongevallen. Blijkbaar is de redenering dat de baten van een gevaarlijk beroep het individu toekomen, terwijl de eventuele kosten ervan op de gemeenschap worden afgewenteld. Van die groep is 6% van oordeel dat de kosten van de ziekteverzekering moet worden afgestemd op de risico's. Het verschil tussen de twee onderscheiden groepen is groot. Van de tweede groep breekt een kwart vrij radicaal met het principe van de risicosolidariteit. Zij stemmen in met de uitspraak: *'Wat mensen betalen voor de ziekteverzekering zou zoveel mogelijk moeten worden afgestemd op hun risico op ziekte en invaliditeit'*. Dit is vier keer meer dan het percentage in groep 1. Ook voor de andere stellingen is het percentage instemmers in groep 2 altijd minstens het driedubbele van dat in groep 1. Toch stelt, ook in de groep waar de kans op een gebrek aan risicosolidariteit het grootst is, 75 à 90% zich solidair op.

## **5 Eindconclusie**

Als we abstractie maken van de vele kleine nuances uit de analyse, kunnen we enkele algemene conclusies trekken.

Ten eerste: het draagvlak voor de solidariteit met mensen die risico lopen of nemen ligt in Vlaanderen vrij hoog. In de kennismaatschappij worden de risico's alsmaar beter voorspelbaar. De vrees dat dit zou leiden tot een sterke tendens bij welvarende groepen om vanuit een weloverwogen calculatie zich niet langer solidair op te stellen ten overstaan van groepen die grotere risico's lopen, blijkt voorlopig ongegrond. De sluier van de onwetendheid mag dan wel zijn opgelicht, het draagvlak van de solidariteit is daar voorlopig nog niet onder bezweken. Noties van individuele risicoaansprakelijkheid en persoonlijke culpabilisering vinden weinig vaste grond in Vlaanderen. Ook onder de welvarende en hoogopgeleide bevolkingscategorieën is er slechts een kleine minderheid te vinden die risicoaansprakelijkheid prefereert boven risicosolidariteit.

Ten tweede zien we dat de logica van de responsabilisering een belangrijke rol speelt. De risicosolidariteit is sterk afhankelijk van het criterium *"deservingness"*. Deze vaststelling ligt voor de hand en ligt tevens in het

verlengde van de resultaten uit internationaal onderzoek. De bereidheid tot solidariteit is aanzienlijk sterker voor mensen die een ongeluk ‘overkomt’ dan voor mensen die deels door hun eigen toedoen (schuld) met risico’s geconfronteerd worden. Tegelijk moeten we aangeven dat ook voor deze laatste categorie de meerderheid van de bevolking zich toch solidair opstelt.

Ten derde kunnen we de ‘verklaring’ van de risicosolidariteit (“wie stelt zich solidair op en waarom”) terugbrengen tot twee conflicterende aspecten: *ideologie* en *welbegrepen eigenbelang*. Op basis van gegevens waarover we beschikken, blijkt ideologie aanzienlijk belangrijker te zijn in de verklaring dan het welbegrepen eigenbelang.

Mensen die vatbaar zijn voor een ideologie die wortelt in angst, wantrouwen en onbehagen en die zich uit in een rechtse (harde instrumentele en repressieve) positie op de sociaal-culturele breuklijn en in een obsessie met de negatieve gevolgen van de verzorgingsstaat, zijn veel meer vatbaar voor noties van risicoaansprakelijkheid en individuele culpabilisering dan hun opponenten. Deze vaststelling is opmerkelijk, omdat deze ideologie vooral sociaal kwetsbare mensen aanspreekt die persoonlijk geen belang hebben bij een algemene politieke tendens naar meer risicoaansprakelijkheid. De gevoeligheid voor risicoaansprakelijkheid die voortvloeit uit deze specifieke ideologie wijst dus niet op calculerend eigenbelang, maar wel op een syndroom van afgunst, onbehagen en verzuring. “De wereld is een jungle, ik heb het moeilijk en sta er alleen voor, dan moeten de anderen het ook maar zelf oplossen”, dat lijkt zowat de eenvoudige gedachtegang te zijn die deze logica schraagt.

Daarnaast zijn er een aantal bevindingen, die wel degelijk wijzen op de invloed van welbegrepen eigenbelang. We denken bijvoorbeeld aan de grotere steun voor risicosolidariteit bij rokers en bij mensen met een grote kans op ziekte. Daarnaast vonden we in het descriptief gedeelte vele niet-lineaire (of curvilineaire) verbanden met socio-economische achtergrondvariabelen die mogelijk eveneens vanuit deze tendens naar rationeel eigenbelang kunnen worden verklaard. De meest welvarende categorie (naar inkomen en opleidingsniveau) gaf vaak tegen de algemene tendens in, toch een (relatief) hoge steun aan risicoaansprakelijkheid (zie tabellen 6, 25 en 27). Het gaat hier om categorieën die vanuit hun profiel het minst vatbaar zijn voor het hierboven beschreven ideologisch syndroom,

zodat een alternatieve verklaring (in dit geval: eigenbelang) zich opdringt. Nogmaals: ook in deze groep is nog een meerderheid voorstander van risicosolidariteit, maar als de iets grotere vatbaarheid voor noties van risicoaansprakelijkheid zouden wijzen op een opkomende tendens, dan groeit er in de toekomst toch een reden tot bezorgdheid.

De twee verklaringen van de risicoaansprakelijkheid – een zelfondergravende ideologie en rationeel eigenbelang – zijn, hoewel we ze gelijktijdig waarnemen, inhoudelijk radicaal tegenstrijdig. In het eerste geval gaat het om zwakke groepen die vanuit verzuring en afgunst opteren voor een ‘lik-op-stuk’ ideologie, waar de notie van risicoaansprakelijkheid goed gedijt. In het tweede geval gaat het om welvarende groepen die vanuit rationele overwegingen opteren voor meer selectiviteit in de bijdragen voor risico’s waar ze zelf weinig kans op maken. Wellicht verklaart deze tegenstrijdigheid waarom de verbanden met de sociaal-economische kenmerken zo zwak zijn.<sup>6</sup> De sociaal kwetsbare groepen (laagopgeleiden en lage inkomensgroepen) zijn meer vatbaar voor het ideologisch syndroom, maar toch opteren ze niet of nauwelijks voor meer risicoaansprakelijkheid dan de welvarende groepen. Dit is mogelijk te verklaren door rationele overwegingen die veel sociaal kwetsbare mensen maken, meerbepaald het besef van de eigen kwetsbaarheid en de behoefte aan solidariteit. Bij welvarende groepen geldt dan het omgekeerde. Zij zijn vanuit rationeel eigenbelang gevoelig voor risicosolidariteit, maar deze vatbaarheid wordt niet ideologisch versterkt omdat ze minder verzuurd zijn en de afgunstige “lik-op-stuk” mentaliteit afwijzen.

---

<sup>6</sup> In technisch jargon spreekt men van ‘suppressor’-effecten.

## 6 Bijlage

### 6.1 Schalen

#### *Gelijkheidsstreven*

	NA	M	A
De verschillen tussen de hoge en de lage inkomens moeten blijven zoals ze zijn	60,9	25,2	13,9
De verschillen tussen rijk en arm zijn nog steeds te groot	9,8	14,4	75,7
De klasseverschillen zouden kleiner moeten zijn dan nu	10,9	18,9	70,2
De overheid zou de inkomens moeten herverdelen ten voordele van de zwakkere in de maatschappij	22,6	27,1	50,3
In Vlaanderen worden de rijke mensen steeds rijker en de arme mensen steeds armer	16,3	24,5	59,3
In Vlaanderen maken de grote bazen winst ten koste van de arbeiders	17,4	22,3	60,3

#### *Negatief Toekomstbeeld*

	NA	M	A
Zoals de toekomst er nu uitziet is het nauwelijks verantwoord kinderen op de wereld te zetten	54,1	24,1	21,8
Alles samen genomen heb ik toch wel vertrouwen in de toekomst	13,0	30,4	56,5
Het is beter van dag tot dag te leven en de toekomst te laten voor wat ze is	40,7	25,4	33,9
Het beste hebben we reeds gehad, in de toekomst kan het alleen maar slechter worden	61,9	23,2	14,9

#### *Onveiligheidsgevoelens*

	NA	M	A
Het is vandaag de dag te onveilig om kinderen alleen op straat te laten	14,5	20,8	64,7
Uit angst dat ik word overvallen sluit ik altijd onmiddellijk mijn wagen als ik instap	43,5	20,9	35,5
's Avonds moet je op straat extra voorzichtig zijn	13,1	19,0	67,9
De laatste 10 jaar zijn de straten onveiliger geworden	9,4	14,6	75,9
De politie en rijkswacht zijn niet meer in staat om ons nog te beschermen tegen criminelen	17,6	24,2	58,2
's Avonds en 's nachts doe ik de deur niet open als er gebeld wordt	34,3	22,4	43,3
In deze tijd is een alarm-systeem geen overbodige luxe	13,9	22,0	64,1
Als ik op vakantie ga, durf ik mijn huis niet onbewaakt achter laten	31,1	24,5	44,4

### Sociaal-culturele breuklijn

	NA	M	A
<b>UTILITAIR INDIVIDUALISME</b>			
De mensheid, onze naasten... onzin allemaal	55,9	25,3	18,8
Omdat men altijd water ...gaat men best niet teveel om met anderen	74,9	15,5	9,6
Wat telt zijn geld en macht, de rest zijn praatjes	59,6	17,8	22,6
Het nastreven van je persoonlijk succes is belangrijker dan ...	73,9	17,6	8,5
<b>AUTORITARISME</b>			
Gehoorzaamheid en respect voor het gezag zijn de 2 belangrijkste deugden die kinderen moeten leren	19,6	21,7	58,8
Er zijn 2 soorten mensen: sterken en zwakkelingen	44,1	23,2	32,7
We hebben nood aan sterke leiders die ons voorschrijven wat we moeten doen	56,7	23,1	20,2
Als de mensen minder zouden praten en harder zouden werken zou alles beter gaan	46,8	24,3	28,9
<b>ANTIPOLITIEKE HOUDINGEN</b>			
Het parlement is een machteloze praatbarak, je kunt het beter afschaffen	50,5	27,6	21,9
Men moet de politiek gewoon afschaffen en het land laten besturen door wijze mensen	54,2	19,8	26,0
Zonder politieke partijen zou het in ons land veel beter gaan	54,4	24,9	20,7
Ik heb politiek niet nodig	35,5	28,4	36,2
Politici zouden geen minister mogen worden	45,2	31,7	23,1
Laat het land besturen door experts en specialisten, niet door politici	38,9	30,3	30,8
<b>ETNOCENTRISME</b>			
Migranten zijn over het algemeen niet te vertrouwen	44,5	32,6	22,9
De migranten dragen bij tot de welvaart van ons land	50,9	32,8	16,4
De gastarbeiders komen hier profiteren van onze sociale zekerheid	28,2	32,4	39,5
Ik ben racist	71,6	20,4	8,0
De aanwezigheid van verschillende culturen verrijkt onze samenleving	24,0	31,2	44,8

### Risicoselectie in de autoverzekeringen

	NA	M	A
Jonge mannen meer betalen dan jonge vrouwen	74,1	12,4	13,4
Jongeren meer betalen dan ouderen	48,6	20,3	31,1
Stedelingen meer betalen dan niet-stedelingen	77,1	13,4	9,5

### Negatieve perceptie van de verzorgingsstaat

	NA	M	A
De verzorgingsstaat zorgt ervoor dat mensen lui worden	38,6	26,2	35,2
De verzorgingsstaat zorgt ervoor dat mensen niet meer om elkaar geven	48,4	25,1	26,6
De verzorgingsstaat zorgt ervoor dat mensen niet meer voor zichzelf zorgen	52,1	26,4	21,5
De sociale uitkeringen komen grotendeels ten goede aan mensen die het helemaal niet nodig hebben	42,1	34,6	23,2
De SZ zorgt ervoor dat de economie in het slop geraakt	58,3	28,5	13,2
Door de SZ stijgt de werkloosheid	46,4	28,0	25,6

## 6.2 Houdingen finaal model levensstijlaansprakelijkheid

Risicoselectie in de autoverzekeringen	Totale effect	Betekenis: mensen die voor risicoselectie in de autoverzekeringen zijn, zijn...
Negatieve perceptie verzorgingsstaat	.118	Mensen met negatievere perceptie van de verzorgingsstaat
Negatief toekomstbeeld	.080	Mensen met een negatiever toekomstbeeld
Onveiligheid-gevoeles	.076	Mensen die zich onveiliger voelen
Sociaal-culturele breuklijn	.044	Mensen die rechts staan op de breuklijn
Onderwijs	-.040	Lagergeschoold
geslacht	-.035	Mannen
rook	.001	Rokers

Verklaarde variantie: 2,6%

Negatief toekomstbeeld	Totale effect	Betekenis: mensen die een negatief toekomstbeeld hebben, zijn...
Onveiligheid-gevoelens	.277	Mensen die zich onveilig voelen
onderwijs	-.271	Lagergeschoolden
rook	.069	Rokers
geslacht	.063	Vrouwen

Verklaarde variantie: 15%

Onveiligheid-gevoelens	Totale effect	Betekenis: mensen die zich onveilig voelen, zijn...
onderwijs	-.348	Lagergeschoolden
geslacht	.156	Vrouwen
rook	.011	Rokers

Verklaarde variantie: 14,6%

Sociaal-culturele breuklijn	Totale effect	Betekenis: mensen die rechts op de sociaal culturele breuklijn staan, zijn...
Onveiligheid-gevoelens	.433	Mensen die zich onveilig voelen
onderwijs	-.394	Lagergeschoolden
Negatief toekomstbeeld	.275	Mensen met een negatiever toekomstbeeld
rook	.023	Rokers
geslacht	-.001	Mannen

Verklaarde variantie: 38.2%

Negatieve perceptie van de verzorgingsstaat	Totale effect	Betekenis: mensen die een negatieve perceptie van de verzorgingsstaat hebben, zijn...
Sociaal-culturele breuklijn	.373	Mensen die rechts staan op de breuklijn
Onveiligheidsgevoelens	.259	Mensen die zich onveilig voelen
Negatief toekomstbeeld	.196	Mensen met een negatief toekomstbeeld
Onderwijs	-.125	Lagergeschoolden
rook	-.031	Niet-rokers
geslacht	.017	Vrouwen

Verklaarde variantie: 19.2%

### 6.3 Houdingen finaal model levensloopaansprakelijkheid

Gelijkheidstreven	Totale effect	Betekenis: mensen die achter de idee van gelijkheid staan, zijn...
inkomen	-.216	De lagere inkomensgroepen
risziek	.093	Mensen met een grotere kans op ziekte
leeftijd	.076	Ouderen
rook	.058	Rokers

Verklaarde variantie: 7.8%

Negatief toekomstbeeld	Totale effect	Betekenis: mensen die een negatief toekomstbeeld hebben, zijn...
inkomen	-.234	De lagere inkomensgroepen
gelijkheidstreven	.164	Mensen die achter de idee van gelijkheid staan
risziek	.095	Die een grotere kans hebben op ziekte
rook	.086	Mensen die roken
leeftijd	.012	Ouderen

Verklaarde variantie: 10.1%

Sociaal-culturele breuklijn	Totale effect	Betekenis: mensen die rechts staan op de nieuwe breuklijn, zijn...
Negatief toekomstbeeld	.413	Mensen met een negatief toekomstbeeld
leeftijd	.262	Ouderen
inkomen	-.195	Lagere inkomensgroepen
gelijkheidstreven	.068	Mensen die achter de idee van gelijkheid staan
rook	.036	Rokers
Risico op ziekte	-.002	Kleiner risico op ziekte

Verklaarde variantie: 28.3%



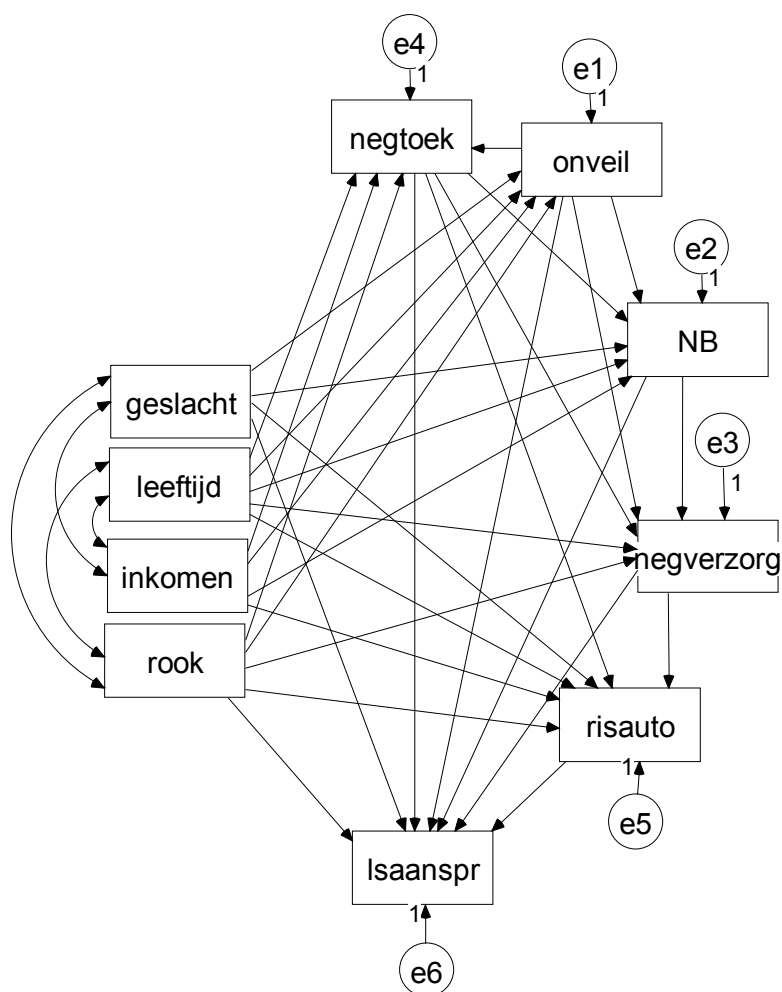
Negatieve perceptie verzorgingsstaat	Totale effect	Betekenis: mensen die een negatieve perceptie van de verzorgingsstaat hebben, zijn
Sociaal-culturele breuklijn	.418	Mensen die rechts staan op de breuklijn
Negatief toekomstbeeld	.294	Mensen met een negatief toekomstbeeld
Gelijkheidstreven	-.124	Mensen die niet achter de idee van gelijkheid staan
Inkomen	-.073	Lagere inkomensgroepen
rook	-.028	Niet-rokers
leeftijd	.017	Ouderen
risziek	.003	Mensen met een hoger risico op ziekte

Verklaarde variantie: 22.4%

Risicoselectie in de autoverzekeringen	Totale effect	Betekenis: mensen die voor risicoselectie in de autoverzekeringen zijn, zijn...
Negatieve perceptie verzorgingsstaat	.118	Mensen met een negatieve perceptie van de verzorgingsstaat
Negatief toekomstbeeld	.114	Mensen met een negatief toekomstbeeld
Leeftijd	.078	Ouderen
Sociaal-culturele breuklijn	.049	Mensen die rechts staan op de breuklijn
Gelijkheidstreven	-.040	Mensen die niet achter de idee van gelijkheid staan
Inkomen	.029	Hogere inkomensgroepen
Risico op ziekte	.003	Mensen met een hoger risico op ziekte
rook	.001	rokers

Verklaarde variantie: 3.2%

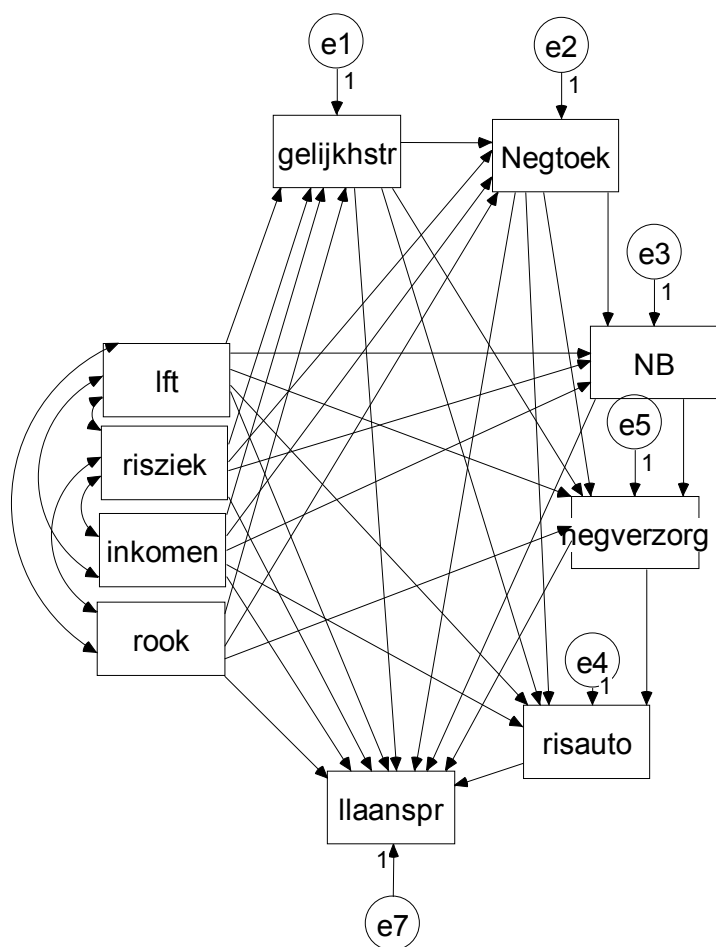
## 6.4 Grafische voorstelling structureel model levensstijl-aansprakelijkheid



P=.240, agfi=.996, Hoelters'N=5872

Afkorting	Verklaring
Onveil	Onveiligheidsgevoelens
Negtoek	Negatief toekomstbeeld
NB	Sociaal-culturele breuklijn
Negverzorg	Negatieve perceptie verzorgingstaat
Risauto	Risicoselectie autoverzekeringen
Lsaanspr	Levensstijlaansprakelijkheid

## 6.5 Grafische voorstelling structureel model levensloop-aansprakelijkheid



$P=.092$ ,  $agfi=.994$ , Hoelters'N=4657

Afkorting	Verklaring
Gelijkstr	Gelijkheidstreven
Negtoek	Negatief toekomstbeeld
NB	Sociaal-culturele breuklijn
Negverzorg	Negatieve perceptie verzorgingstaat
Risauto	Risicoselectie autoverzekeringen
Llaanspr	Levensloopaansprakelijkheid

## 7 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, p 81-99.

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

Dobbelaere, K., M. Elchardus, J. Kerkhofs, L. Voyé, B. Bawin-Legros (red.) (2000) *Verloren zekerheid. De Belgen en hun waarden, overtuigingen en houdingen*, Lannoo, Tielt.

Elchardus, M. & S. Lauwers (2000) De zelfreligie. Een exploratie van haar betekenis en dimensies, *Sociologische Gids*, september/oktober.

Elchardus, M., I. Marx, K. Pelleriaux, De nieuwe Sociale kwestie, in, B. Cantillon (red), *De Nieuwe Sociale Kwestie*, te verschijnen, Garant, 2002.

Giddens A (1991) *Introduction to sociology*, New York, W.W. Norton & Company.

Halfens R., Drop M. en Philippsen H. (1984) *Leefwijzen en subjectieve gezondheid van een panel uit de Nederlands bevolking*. Rapport Rijksuniversiteit Limburg.

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.

Nolan J. (1998) *The Therapeutic State. Justifying Government at Century's End*, New York and London, New York University Press.

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

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

Rosseel E. & J. Vilrocx (1992) *Atypisch België. Personeelsflexibilisering in het Belgisch bedrijfsleven 1975-1990*. Leuven: Acco.

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

Van de Berg J., Jansen R. & Haveman, H.(1986) Solidariteitsvoorkeuren ten aanzien van ziektekostenverzekering 1985. *Maandbericht gezondheidsstatistiek*, 5, 8: 5-16.

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