



Universiteit Utrecht

Een vignettenonderzoek naar de betekenis van solidariteit en eigen
verantwoordelijkheid ten aanzien van de kans op blessures tijdens
het sporten

Algemene Sociale Wetenschappen

Masterthesis: Arbeid, Zorg en Welzijn: Beleid & Interventie

Begeleidster en eerste lezer: R. Oomkens MSc

Tweede lezer: dr. L. Meeuwesen

Cursusjaar 2014-2015

Marnix van de Heg

Studentnummer: 3960706

m.vandeheg@students.uu.nl

Samenvatting

Sporten wordt over het algemeen gezien als positief: het is gezond voor lichaam en geest. Echter, veel sporters raken geblesseerd. De helft van het totaal aantal behandelde ongevallenletsels in 2012 werd veroorzaakt door sportblessures. De verwachting is dat het aantal blessures zal oplopen en daarmee ook de maatschappelijke en medische kosten.

De stijgende kosten van de gezondheidszorg en de toename in kennis omtrent de relatie tussen gedrag en gezondheid kunnen leiden tot een vermindering van solidariteit. Dit is problematisch omdat deze verminderde bereidheid om bij te dragen aan de Nederlandse verzorgingsstaat tot maatschappelijke veranderingen kunnen leiden. Vroege signaleren van veranderingen in solidariteit is daarom raadzaam.

Er wordt in de literatuur onderscheid gemaakt tussen een gevaar en een risico. Bij een gevaar is geen sprake van een individuele actie, bij een risico wel. De gevolgen van een risico kunnen op verschillende wijze gedragen worden. Mede dankzij de toename in kennis omtrent gedrag en gezondheid valt te verwachten dat er meer nadruk komt te liggen op individuele verantwoordelijkheid. Dit betekent dat burgers zelf verantwoordelijk zijn voor de gevolgen van hun leefstijlkeuzes. De mate van eigen verantwoordelijkheid wordt door Buyx (2008) als belangrijkste criterium voor het hervreiden van de middelen in de gezondheidszorg. Hij maakt onderscheid tussen vier verschillende stromingen. Deze vier stromingen hebben overlap met de drie typen van eigen verantwoordelijkheid van Minkler (1999). Deze studie richt zich op de vraag in hoeverre er gevolgen mogen zitten aan het niet nemen van eigen verantwoordelijkheid. Wanneer burgers geen eigen verantwoordelijkheid nemen kan dit leiden tot verminderde solidariteit. Wanneer aanspraak op voorzieningen wordt gemaakt en er geen eigen verantwoordelijkheid is genomen, wordt dit ook wel de verwijtbaarheidsvraag genoemd.

Dit onderzoek richt zich op verplichte tweezijdige solidariteit (De Beer, 2005b) en leefstijlsolidariteit. In het Nederlands zorgstelsel is sprake van verplichte tweezijdige solidariteit: men is verplicht zorgpremie te betalen en daarmee solidair te zijn met medeburgers. Daarbij wordt zorg geboden wanneer dit noodzakelijk blijkt. Leefstijlsolidariteit richt zich op solidariteit tussen twee groepen burgers zoals rokers en niet-rokers en burgers die een gezonde leefstijl hebben en burgers die een ongezonde leefstijl hebben. Er is sprake van druk op de leefstijlsolidariteit (Kloosterman, 2011;

Bonnie et al., 2010). De mate van solidariteit wordt volgens Van Oorschot (2000) bepaald aan de hand van vijf criteria. Deze verminderde solidariteit kan mogelijk worden herstelt door middel van het hanteren van verschillende prijzen voor verschillende groepen burgers. Dit wordt in de gezondheidszorg premiedifferentiatie genoemd.

In dit onderzoek is de mening van 19 burgers uit Utrecht ten aanzien van sporters en de kans die zij lopen geblesseerd te raken onderzocht. Er zijn op basis van opleidingsniveau en of een burger sport of niet vier onderzoeksgroepen opgesteld. Door middel van de kwalitatieve vignettenmethode is onderzocht in hoeverre men voorstander is van premiedifferentiatie. Voorstanders van een premieverhoging, een hoger eigen risico of een hogere eigen bijdrage corresponderen met verminderde solidariteit terwijl tegenstanders hiervan corresponderen met geen verminderde solidariteit.

Na analyse van de data kan geconcludeerd worden dat er geen sprake is van een afname van verplichte tweezijdige solidariteit en leefstijlsolidariteit van aanzien van sporters. De hoogte van het risico om geblesseerd te raken tijdens het sporten heeft geen invloed op de mate van solidariteit. Men handelt vanuit de geluk-liberaal-egalitaristische stroming. Een sportblessure wordt aangemerkt als bruto geluk en gevolgen hiervan dienen door de verzorgingsstaat gedragen te worden. Wanneer er sprake is van een ernstige blessure en daarmee de behoefte oploopt, lijkt dit geen invloed te hebben op de mate van solidariteit.

Belangrijk is dat sporters zich optimaal dienen te beschermen tegen blessures. Wanneer een sporter zich onvoldoende beschermd, is er niet langer sprake van onmacht. Dit leidt tot verminderde solidariteit. Daarbij kan met voorzichtigheid gesteld worden dat een eerdere blessure voor verminderde solidariteit zorgt. Het risico om opnieuw geblesseerd te raken is namelijk hoger. Er is hier geen sprake van onmacht en uit dit onderzoek blijkt dat dit het belangrijkste criterium voor solidariteit is. Vanuit de geluk-liberaal-egalitaristische stroming van Buyx (2008) wordt dit aangemerkt als optioneel geluk. Gevolgen hiervan dienen individueel gedragen te worden.

Voorwoord

Nadat ik in 2012 mijn HBO diploma aan de Hogeschool van Utrecht behaalde wilde ik nog heel graag doorleren. De keuze viel op de pre-master en master Arbeid, Zorg en Welzijn: Beleid & Interventie aan de Universiteit van Utrecht. Na het afronden van mijn pre-master heb ik een jaar stage gelopen bij een onderzoeksbureau om vervolgens in het studiejaar 2014-2015 mijn master te starten. Mijn master liep niet geheel vlekkeloos maar mede dankzij goede begeleiding en ondersteuning van verschillende docenten heb ik alle cursussen met een voldoende kunnen afronden. Tijdens het tweede semester van deze master heb ik een kwalitatief vignettenonderzoek uitgevoerd. De onderwerpen sportblessures en solidariteit hebben mijn persoonlijke interesse en om deze reden heb ik dit onderzoek met plezier uitgevoerd.

Dit onderzoek was zonder de hulp van mijn begeleidster Rosanne Oomkens, werkzaam bij de Universiteit Utrecht, en mijn medestudenten niet van de grond gekomen. Daarbij wil ik mijn vriendin Mariska Korssen bedanken voor haar feedback, de talloze spellingcontroles en haar soms eindeloze geduld. Een aantal van mijn vrienden en medestudenten wil ik bedanken voor de koffiepauzes in de UB.

Ik wil alle respondenten die hebben deelgenomen aan de interviews bedanken. Zonder de onderbouwde mening van de respondenten was dit onderzoek niet uitvoerbaar geweest.

Tot slot gaat er speciale dank uit naar mijn ouders die mij tijdens mijn gehele studieperiode emotioneel en financieel hebben bijgestaan. Zonder hun steun was het afronden van deze masteropleiding bij voorbaat onmogelijk geweest!

Marnix van de Heg

Utrecht, 1 juli 2015

Inhoudsopgave

1. Inleiding	6
1.1 <i>Sporten is gezond</i>	6
1.2 <i>Sporten is duur</i>	6
1.3 <i>Bedreiging van solidariteit</i>	7
1.4 <i>Wetenschappelijke relevantie</i>	8
1.5 <i>Maatschappelijke relevantie</i>	9
1.6 <i>Relevantie Algemene Sociale Wetenschappen</i>	9
2. Het Nederlands zorgstelsel.....	10
3. Theoretisch kader	11
3.1 <i>Het managen van risico's</i>	11
3.2 <i>Eigen verantwoordelijkheid en de verzorgingsstaat</i>	13
3.3 <i>Eigen verantwoordelijkheid en individueel handelen</i>	16
3.4 <i>De verschillende vormen van solidariteit</i>	17
3.5 <i>Criteria en veranderingen van solidariteit</i>	19
3.6 <i>Premiedifferentiatie</i>	21
3.7 <i>Conclusie theoretisch kader</i>	22
4. Onderzoekopzet.....	23
4.1 <i>Onderzoeksvraag</i>	23
4.2 <i>Onderzoeksmethode</i>	24
4.3 <i>Data verzameling</i>	25
4.4 <i>Data analyse</i>	26
4.5 <i>Operationalisering</i>	27
4.5.1 <i>Eigen verantwoordelijkheid, solidariteit en gezondheid</i>	27
4.5.2 <i>Hoogte van het risico op blessures tijdens sport</i>	28
4.5.3 <i>Invloed van eerdere blessures in sport</i>	30
4.5.4 <i>Invloed ernst van de blessure</i>	30
4.5.5 <i>Samenvatting operationalisering</i>	32
5. Resultaten	33
5.1 <i>Eigen verantwoordelijkheid, solidariteit en gezondheid</i>	33
5.2 <i>Hoogte van het risico op blessures tijdens sport</i>	35
5.3 <i>Invloed van eerder blessures in sport</i>	37
5.3.1 <i>Consequentie van tijdelijk niet kunnen werken</i>	38
5.3.2 <i>Invloed van de gemiddelde kosten per blessure</i>	40
5.4 <i>Invloed ernst van de blessure</i>	40
6. Conclusie & discussie	42
6.1 <i>Conclusie</i>	42
6.2 <i>Discussie</i>	47
7. Literatuurlijst	49
8. Bijlagen	55
<i>Bijlage 1: Informed consent</i>	55
<i>Bijlage 2: Persoonlijke kenmerken van de respondenten</i>	56
<i>Bijlage 3: Codeboom</i>	57
<i>Bijlage 4: Topiclist: Interviews</i>	58
<i>Bijlage 5: Classificatie van het gemiddelde risico en de gemiddelde kosten per sport</i>	62

1. Inleiding

1.1 Sporten is gezond

Het is algemeen bekend dat sporten en bewegen een positief effect hebben op de gezondheid van volwassenen. Dit geldt voor zowel de lichamelijke gezondheid (Paluska & Schwenk, 2000) als voor de geestelijke gezondheid (Ten Have, de Graaf & Monshouwer, 2009). Paluska en Schwenk (2000) concluderen dat volwassenen die voldoende sporten en bewegen minder kans lopen op hart- en vaatziekten. Daarbij herstelt deze groep sneller van lichamelijke ongemakken dan volwassenen die onvoldoende bewegen (Paluska & Schwenk, 2000). Ten Have et al. (2009) stellen dat sporters minder vaak stemmingsstoornissen hebben en minder last hebben van angststoornissen. Daarnaast ontwikkelen zij minder vaak nieuwe psychische stoornissen voor het eerst in hun leven dan niet-sportende burgers. Deze positieve effecten resulteren in een lager ziekteverzuim, wat gunstig is voor bedrijven (Van den Heuvel et al, 2003). Helaas zijn er niet alleen maar positieve aspecten verbonden aan sporten.

1.2 Sporten is duur

Een negatief aspect van sporten is te wijten aan een verhoogde kans op blessures. Volgens de Rijksoverheid (n.d., a) liepen er in 2012 naar schatting 4,4 miljoen burgers een sportblessure op waarvan 1,7 miljoen burgers een medische behandeling moest ondergaan voor deze blessure. Dit maakt dat sportblessures verantwoordelijk zijn voor de helft van alle behandelde ongevallenletsels in 2012 (Rijksoverheid, n.d., a). De jaarlijkse totale maatschappelijke kosten van sportblessures worden door VeiligheidNL (2014) op 1,3 miljard euro geschat. Waarvan 420 miljoen euro voor directe medische kosten. De resterende kosten, á 910 miljoen euro, zijn te wijten aan het verzuim tijdens de sportblessure. Het aantal dodelijke slachtoffers, ziekenhuisopnamen en Spoedeisende Hulp behandelingen (SEH-behandelingen) zijn relatief laag in vergelijking met letsel opgelopen tijdens bijvoorbeeld deelname in het verkeer of tijdens het verrichten van arbeid (VeiligheidNL, 2014). In de periode 2007 tot 2012 is volgens VeiligheidNL (2014) het absolute aantal sportblessures met 17 procent gestegen.

Een oorzaak van deze stijging valt te wijten aan het feit dat er meer mensen zijn gaan hardlopen en fitnessen en VeiligheidNL (2014) stelt dat deze twee sporten verantwoordelijk zijn voor een groot deel van het aantal sportblessures. Van de beginnende sporters heeft volgens VeiligheidNL (2014) respectievelijk 31 en 11 procent een blessure opgelopen. Verwacht wordt dat, wanneer men niet ingrijpt, de kosten die verbonden zijn aan sportblessures zullen toenemen en ten gevolge hiervan mogelijk de zorgpremie zal stijgen. Dit is problematisch omdat volgens Kloosterman (2011) een stijgende zorgpremie druk kan zetten op de solidariteit die in het Nederlands zorgstelsel verweven zit.

1.3 Bedreiging van solidariteit

In Nederland is iedere burger die hier woont of werkt verplicht een basis zorgverzekering te hebben. Volgens Jeurissen (2005) en Van Ewijk, Van der Horst en Besseling (2013) zijn de uitgaven in de gezondheidszorg de afgelopen decennia fors toegenomen. In alle twee de studies wordt dit toegeschreven aan onder andere vergrijzing, prijsontwikkelingen en nieuwe behandelmethoden. Dit leidt enerzijds tot een stijgende premie voor burgers en anderzijds voor een beperking van de zorg die gedekt wordt door de basispremie. Volgens Kloosterman (2011) zorgt dit voor druk op de solidariteit. Een tweede bedreiging voor solidariteit in ons zorgstelsel heeft te maken met de groeiende kennis omtrent gedrag en gezondheid. Door de toename van medische kennis is in veel gevallen het verband tussen leefstijl en gezondheid duidelijker waardoor de leefstijlsolidariteit onder druk dreigt te komen (Kloosterman, 2011; Bonnie et al., 2010). Leefstijlsolidariteit refereert naar solidariteit tussen twee groepen burgers, zoals tussen rokers en niet-rokers, tussen burgers met een gezonde leefstijl en burgers met een ongezonde leefstijl of tussen burgers die sporten en burgers die niet sporten. Volgens de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) (2013) is een afname van solidariteit problematisch omdat dit afbreuk doet aan de bereidheid van burgers om te betalen voor de zwakkeren in de samenleving. Het Nederlands zorgstelsel is zodanig ingericht dat gezonde burgers betalen voor zieke burgers en de rijken voor de armen. Hiervoor is solidariteit noodzakelijk. Volgens Sol-Bronk en Voorneveld (2011) is eigen

verantwoordelijkheid de tegenhanger van solidariteit. De overheid bepaalt wat burgers zelf moeten regelen en wat de overheid voor de burgers regelt.

Dit onderzoek behandelt de vraag in hoeverre burgers solidair zijn met sporters en het daarmee samengaande verhoogde risico op blessures. De centrale vraag in dit onderzoek luidt daarom:

In welke mate zijn burgers solidair met sporters en het daarmee samengaande verhoogde risico op blessures en welke argumenten draagt men hiervoor aan?

Doel van dit onderzoek is om eventuele veranderingen van interpersoonlijke gevoelens van solidariteit en eigen verantwoordelijkheid te signaleren. Daarbij tracht dit onderzoek een bijdrage te leveren aan de discussie omtrent solidariteit en eigen verantwoordelijkheid.

1.4 Wetenschappelijke relevantie

Dit onderzoek is wetenschappelijk relevant omdat er nog weinig onderzoek is gedaan naar solidariteitsvraagstukken en de kans op blessures tijdens het sporten.

Er zijn verschillende studies gericht op solidariteit ten aanzien van immigranten (zie o.a. Van Oorschot, 2008). Daarbij zijn er onderzoeken gericht op intergenerationele solidariteit (zie o.a. Daatland & Lowestein, 2005) en op leefstijlsolidariteit (zie o.a. Kloosterman, 2011; Hansen, Arts & Muffels, 2005, Bonnie et al, 2010). De resultaten van studies naar leefstijlsolidariteit zijn niet geheel rooskleurig en volgens Miraldo et al. (2014) en Bonnie et al. (2010) is er sprake van een afname van leefstijlsolidariteit. Deze studies richten zich op ongezond gedrag en de daarmee samenhangende gezondheidsrisico's. Kloosterman (2011) onderzoekt onder andere in hoeverre burgers voorstander zijn van premiedifferentiatie bij ongezond gedrag en bij sporters. Dit onderzoek is kwantitatief van aard en argumenten die respondenten aandragen ter onderbouwing van hun mening zijn niet onderzocht. Een eerste, verkennend onderzoek naar de attitude ten aanzien van sporters en de daarmee samengaande kans op blessures kan zorgen voor meer inzicht in vraagstukken omtrent leefstijlsolidariteit.

1.5 Maatschappelijke relevantie

Volgens de Rijksoverheid (2015) stijgt het aantal sportblessures harder dan de sportdeelname waardoor de kosten die verbonden zitten aan sportblessures stijgen. Dit leidt mogelijk tot duurdere zorg welke een bedreiging kan vormen voor solidariteit. De bereidheid van burgers om bij te dragen aan de zorgkosten van de zwakkeren en de armen in de samenleving komt hiermee in gevaar. Daarbij kunnen volgens Buyx en Prainsack (2012) veranderingen in individuele ideeën en meningen omtrent solidariteit tot wettelijke veranderingen leiden. Achterberg, Van der Veen en Raven (2010) stellen dat het onwaarschijnlijk is dat de publieke opinie en het beleid langdurig en fundamenteel van elkaar verschillen. Signaleren wanneer individuele of publieke ideeën en meningen omtrent solidariteit veranderen is daarom raadzaam.

1.6 Relevantie Algemene Sociale Wetenschappen

Om inzicht te krijgen in solidariteit, eigen verantwoordelijkheid en de kans op sportblessures is gebruik gemaakt van verschillende invalshoeken. Er is gekozen om te werken vanuit de sociologische invalshoek waarbij theorieën omtrent solidariteit, eigen verantwoordelijkheid en prijsdifferentiatie zijn gebruikt. Daarnaast is er gekozen voor een meer ethische benadering waarbij de vraag centraal staat ‘wat verdient onder welke omstandigheden’, ook wel rechtvaardigheidstheorieën genoemd. Volgens Sol-Bronk en Voorneveld (2011) bepaalt het solidariteitsvraagstuk en het rechtvaardigheidsvraagstuk de mate van draagvlak voor de verzorgingsstaat. Solidariteit, eigen verantwoordelijkheid en sportblessures zijn op deze wijze vanuit een interdisciplinair oogpunt bestudeerd.

2. Het Nederlands zorgstelsel

Iedere burger die in Nederland werkt of woont is wettelijk verplicht een ziektekostenverzekering af te sluiten tegen de standaardzorg van bijvoorbeeld huisarts en ziekenhuis: de verzekeringsplicht. Voor sommige medische behandelingen of medicijnen wordt een eigen bijdrage gevraagd. Burgers kunnen er vrijwillig voor kiezen om, bovenop het basispakket, een aanvullende verzekering af te sluiten zodat ook kosten van bijvoorbeeld de tandarts worden vergoed. De Rijksoverheid bepaalt welke ziektekosten door het basispakket worden gedekt en dit is voor alle zorgverzekeraars gelijk. Verzekeraars zijn verplicht iedere burger in het basispakket te accepteren, dit heet de acceptatieplicht. Daarbij is de premie voor iedere burger gelijk. Om de ziektekosten te beheersen hebben alle verzekerden in Nederland een verplicht eigen risico. Voor 2015 is het eigen risico vastgesteld op 375 euro. Het zorgstelsel in Nederland is gebaseerd op solidariteit omdat persoonlijke kenmerken, zoals geslacht, leeftijd en gezondheidstoestand geen invloed hebben op de hoogte van de premie (Kloosterman, 2011). De rijken betalen voor de armen en de gezonden voor de zieken. Er vinden inkomensoverdrachten plaats tussen burgers en deze overdrachten dienen om zekerheid van bestaan te garanderen (Goudswaard, 2005).

3. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden verschillende theorieën omtrent sociale risico's, eigen verantwoordelijkheid, solidariteit en prijsdifferentiatie behandeld. Allereerst wordt beschreven hoe men kan omgaan met risico's en welke verschillende stromingen hierin te onderscheiden zijn. Hierbij wordt de mate van eigen verantwoordelijkheid als criterium gebruikt voor het verdelen van de middelen in de zorg. Deze theorie bestudeert op macroniveau eigen verantwoordelijkheid. Vervolgens wordt een theorie beschreven die het onderwerp op microniveau bestudeert. De voor dit onderzoek relevante vormen van solidariteit worden beschreven waarbij de nadruk ligt op leefstijlsolidariteit. Tot slot wordt premiedifferentiatie behandeld als mogelijk antwoord op verminderde leefstijlsolidariteit.

3.1 Het managen van risico's

Volgens Luhmann (in Schmid, 2006) is er een verschil tussen gevaar en risico. Bij gevaar is er bijvoorbeeld sprake van een natuurverschijnsel zoals een overstroming: er gaat geen individuele actie aan vooraf. Men spreekt van een risico wanneer de schade of het verlies juist het gevolg is van een individuele actie of keuze, inclusief nalatigheid. Deze twee begrippen lopen soms door elkaar omdat er niet altijd sprake is van enkel eigen keuze en actie of een natuurverschijnsel.

Schmid (2006) heeft een viertal ideaaltypologieën ontwikkeld over hoe men met sociale risico's kan omgaan en wie er verantwoordelijk is voor de gevolgen van deze risico's. Er wordt allereerst onderscheid gemaakt tussen risico's als gevolg van individuele keuzes en risico's als het gevolg van externe omstandigheden. Schmid (2006) maakt hiermee een ander onderscheid tussen risico's en gevaar dan Luhmann (in Schmid, 2006). Ten tweede wordt er onderscheid gemaakt of de gevolgen van deze risico's individueel of collectief gedragen dienen te worden.

Het eerste type is volgens Schmid (2006) individuele verantwoordelijkheid en dit type richt zich op risico's die voornamelijk het gevolg zijn van individuele keuzes. Individuen worden zelf verantwoordelijk gesteld om een private verzekering of een

zelfstandig georganiseerde collectieve verzekering af te sluiten. De burger is dus individueel verantwoordelijk voor het dragen van het risico.

Het tweede type wordt solidariteit genoemd en Schmid (2006) omschrijft dit opnieuw als een risico dat het gevolg is van een individuele keuze. Het risico is echter zo groot dat er ditmaal direct collectieve of publieke ondersteuning noodzakelijk is. Het voorbeeld dat Schmid (2006) hierbij geeft is het risico op een verkeersongeval. Het individu neemt een risico door deel te nemen aan het verkeer, maar wanneer er een ongeluk plaatsvindt, zullen de dokters geen vragen stellen omtrent verantwoordelijkheid omdat dit irrelevant is wanneer een mensenleven op het spel staat.

Schmid (2006) noemt het derde type individuele solidariteit en met dit type doelt hij op risico's die niet het gevolg zijn van individuele keuzes maar veroorzaakt worden door externe factoren. De gevolgen kunnen echter individueel of door middel van zelfstandig georganiseerde collectieve inspanningen worden gedragen. Als voorbeeld geeft Schmid (2006) bedrijven die speculeren op de beurs en vervolgens failliet gaan.

Tot slot noemt Schmid (2006) het vierde type collectieve solidariteit. Bij deze vorm is er sprake van een externe oorzaak en de gevolgen zijn ditmaal zo groot dat individuele oplossingen of zelfstandig georganiseerde collectieve inspanningen niet voldoende zijn. Een voorbeeld is de werkloosheidsverzekering omdat ontslag niet altijd individueel beïnvloedbaar is maar door schommeling in economische conjunctuur veroorzaakt kan worden. De ideaaltypologieën van Schmid (2006) worden in tabel 1 schematisch weergegeven.

Tabel 1: Schematisch overzicht ideaaltypen sociale risico's

Bron: Schmid, 2006		Individueel dragen van het risico	Collectieve dragen van het risico
Risico als gevolg van individuele keuze	van	Individuele verantwoordelijkheid	Solidariteit
Risico als gevolg van externe omstandigheden	van	Individuele solidariteit	Collectieve solidariteit

In de Nederlandse gezondheidszorg is er sprake van solidariteit, individuele solidariteit en collectieve solidariteit. Door meer kennis omtrent de relatie tussen gedrag en gezondheid (zie o.a. Trappenburg, 2000; Grit & De Bont, 2009) zou er een verschuiving kunnen ontstaan naar meer nadruk op individuele verantwoordelijkheid. De redenering zou dan zijn dat burgers zelf verantwoordelijk zijn voor hun gezondheid en dat burgers deze verantwoordelijkheid dan ook dienen te nemen. Daarbij is er volgens Grit en De Bont (2009) een verschuiving te zien in het beleid van de overheid: er komt meer verantwoordelijkheid bij de burger te liggen, oftewel individuele verantwoordelijkheid van Schmid (2006). Dit wordt ook wel de terugtrekkende overheid genoemd. Volgens Sol-Bronk en Voorneveld (2011) maakt de overheid voortdurend keuzes betreffende wat burgers zelf kunnen regelen en organiseren en wat de verantwoordelijkheid van de staat is. Zij stellen dat eigen verantwoordelijkheid de tegenhanger is van solidariteit. Maar wat betekent meer eigen verantwoordelijkheid en welke vormen van eigen verantwoordelijkheid zijn er te onderscheiden? De verschillende vormen van eigen verantwoordelijkheid worden eerst beschreven vanuit een macroperspectief waarbij de overheid voorzieningen in de gezondheidszorg op verschillende wijze kan verdelen. Vervolgens wordt eigen verantwoordelijkheid vanuit een microperspectief beschreven waarbij individueel gedrag en de mogelijke gevolgen van deze individuele keuzes centraal staan.

3.2 Eigen verantwoordelijkheid en de verzorgingsstaat

Buyx (2008) stelt dat eigen verantwoordelijkheid vanuit rechtvaardigheidstheorieën als rationeel criterium voor het verdelen van de schaarse middelen in de gezondheidszorg kan dienen. Deze theorie behandelt in hoeverre de overheid de middelen in de gezondheidszorg dient te (her)verdelen met als belangrijkste criterium de mate van eigen verantwoordelijkheid. Afhankelijk vanuit welke stroming men naar eigen verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg kijkt, worden ethische en juridische opvattingen omtrent paternalisme, eerlijkheid en de mate van compensatie door de overheid, als rechtvaardig gezien. In een verzorgingsstaat waar sprake is van solidariteit en gelijke kansen, kan volgens Buyx (2008) een hoge mate van eigen verantwoordelijkheid van burgers worden verwacht. De auteur maakt onderscheid tussen

vier verschillende stromingen, namelijk de liberale stroming, de communitaristische stroming, de geluk-egalitaristische-liberale stroming en de liberaal-egalitaristische stroming.

Voorstanders van de liberale stroming stellen dat burgers vrij moeten zijn in keuzes met betrekking tot hun gezondheid. Verplichte verzekering, verplichte overdrachten en een universele gezondheidszorg zijn volgens deze stroming immoreel. Er dient een zo klein mogelijke gezondheidszorg te zijn waarbij burgers eigen verantwoordelijkheid dienen te nemen met betrekking tot het organiseren van verzekeringen. Burgers zijn dus vrijwel geheel individueel verantwoordelijk voor het organiseren van verzekeringen en in grote mate verantwoordelijk voor de gevolgen van hun eigen gedrag. Volgens Buyx (2008) is deze stroming in pure vorm in Nederland niet mogelijk.

Voorstanders van de communitaristische stroming stellen dat het gemeenschappelijk belang van grotere waarde dient te zijn dan individuele belangen. Voorzieningen dienen zodanig ingericht te zijn dat ze voldoen aan de zorgbehoeften van de meerderheid. Individuen die speciale en dure zorg nodig hebben, moeten plaats maken voor zorg gericht op het collectief. Wanneer slechts een beperkt deel van de burgers een slechte leefstijl hebben, hoeven zij niet te rekenen op voorzieningen. Wanneer een groot gedeelte van de burgers een slechte leefstijl heeft, kunnen zij wel rekenen op steun. Het collectief bepaalt de richting. Nadeel van deze stroming is dat er een groep buiten de boot valt omdat zij niet volgens de normen van het collectief leven.

Bij de derde stroming, genaamd geluk-egalitaristische-liberale stroming, is er sprake van een hoge mate van gelijkheid. De ongelijkheden die veroorzaakt worden door factoren waar het individu geen invloed op heeft, dienen gecompenseerd te worden. Dit wordt ook wel bruto geluk genoemd. Wanneer ongelijkheden veroorzaakt worden door individuele keuzes dan dient het individu zich hier zelf voor te verzekeren en kan er niet gerekend worden op compensatie. Dit wordt optioneel geluk genoemd. Bruto geluk heeft hiermee overlap met de risico's die collectief worden gedragen van Schmid (2006) Optioneel geluk heeft overlap met risico's die individueel gedragen dienen te worden van Schmid (2006).

Tot slot wordt de liberaal-egalitaristische stroming beschreven. Deze stroming is een combinatie van vrije keus, eigen verantwoordelijkheid en een hoge mate van bescherming door de verzorgingsstaat. Volgens Cappelen en Norheim (2006) stelt de liberale kant van deze stroming dat burgers verantwoordelijk gesteld dienen te worden voor hun keuzes. Tegelijkertijd stelt de egalitaire kant van deze stroming dat gelijke keuzes van verschillende burgers tot gelijke uitkomsten dienen te leiden. Door middel van een uitgebreide verzorgingsstaat dient dit gecreëerd te worden (Buyx, 2008; Cappelen & Normheim, 2006). Er wordt van burgers verwacht dat zij zelfstandig de juiste keuzes maken. Gevaar van deze stroming is dat het gezien kan worden als een bodemloze put omdat burgers oneindig veel eisen kunnen stellen aan de verzorgingsstaat. Er geen namelijk geen limieten opgesteld zijn. Daarbij is het weigeren van bijvoorbeeld een behandeling ten gevolge van een ‘foute’ individuele keuze een controversieel vraagstuk is (Cappelen & Norheim, 2006). De gedachte heerst dat iedereen, ondanks zijn leefstijlkeuzes, behandeld moet worden. Voorwaarde volgens Cappelen en Norheim (2006) is dat er een hoge mate van solidariteit en eigen verantwoordelijkheid aanwezig dient te zijn: men moet zich verbonden voelen met elkaar en voor elkaar zorgen. Daarbij dienen burgers de verzorgingsstaat actief te beschermen tegen overbodige druk (Buyx, 2008).

In Nederland is de verzorgingsstaat gedeeltelijk ingericht volgens de liberaal-egalitaristische stroming. Er is sprake van solidariteit met onbekenden en er zijn universele voorzieningen in de gezondheidszorg. Maar wordt er niet te veel druk op het gezondheidssysteem gelegd omdat het door burgers gezien wordt als een bodemloze put? En zorgt deze stroming niet voor weinig eigen verantwoordelijk bij de burger? Volgens Cappelen en Norheim (2006) stelt de overheid de burger niet verantwoordelijkheid voor de gevolgen van zijn leefstijlkeuze. Wanneer burgers geen eigen verantwoordelijkheid nemen en door eigen schuld, oftewel optioneel geluk, aanspraak moeten maken op voorzieningen, zou dit kunnen leiden tot stijgende kosten. Kan de Nederlandse verzorgingsstaat daarom niet beter ingericht worden volgens de geluk-liberaal-egalitaristische stroming waarbij het onderscheid tussen bruto geluk en optioneel geluk wordt gehanteerd? Hiermee betalen burgers die ongezonde keuzes maken meer dan

burgers die deze ongezonde keuzes niet maken. De volgende paragraaf behandelt verschillende vormen van eigen verantwoordelijkheid op microniveau.

3.3 Eigen verantwoordelijkheid en individueel handelen

Volgens Minkler (1999) zijn er drie verschillende vormen van eigen verantwoordelijkheid te onderscheiden, namelijk rol-verantwoordelijkheid, causale verantwoordelijkheid en verantwoordelijkheid op basis van aansprakelijkheid. Deze stromingen hebben overlap met de vier stromingen van Buyx (2008). Verschil is dat Buyx (2008) vanuit een macroperspectief eigen verantwoordelijkheid bestudeert. Minkler (1999) bestudeert eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot de gezondheid vanuit een microperspectief. De vraag welke betekenis burgers aan eigen verantwoordelijkheid geven en welke gevolgen er mogelijk zijn wanneer er geen eigen verantwoordelijkheid wordt genomen, staat centraal.

Minkler (1999) stelt dat rol-verantwoordelijkheid betekent dat een individu eigenaar is over het eigen lichaam, oftewel het biologische organisme. Het individu is zelf verantwoordelijk voor zijn gezondheid en verdere bemoeienis vanuit de omgeving en de overheid is volgens deze stroming niet rechtvaardig.

Causale verantwoordelijkheid betekent dat de gezondheidsstatus van een individu beïnvloed kan worden door eigen keuzes. Het individu kan dus naar oplossingen zoeken om het ongezonde gedrag te verminderen waardoor de gezondheidsklachten afnemen. Hierin kan een burger worden gestimuleerd door zijn omgeving. Het lastige aan causale verantwoordelijkheid is dat het verband tussen gezondheid en gedrag niet altijd helder is, er kunnen meerdere factoren, zoals bijvoorbeeld sociaal economische status (SES), van invloed zijn op de gezondheid.

Tot slot betekent verantwoordelijkheid op basis van aansprakelijkheid dat een individu, behalve verantwoordelijk voor zijn eigen gezondheid, ook de consequenties moet dragen van zijn gedrag. Dit zou betekenen dat wanneer een wielrenner geen helm draagt, ten val komt en hersenletsel oploopt, hij zelf verantwoordelijk wordt gesteld voor onder andere de medische kosten.

Door de toename in medische kennis omtrent gedrag en gezondheid komt er wellicht meer nadruk op de liberale stroming van Buyx (2008) te liggen. Daarbij valt te

verwachten dat er meer nadruk komt te liggen op verantwoordelijkheid op basis van aansprakelijkheid (Minkler, 1999). Wanneer de verzorgingsstaat in mindere mate bescherming biedt tegen risico's als gevolg van individuele keuzes en het beroep op eigen verantwoordelijkheid in belang toeneemt, kan dit een bedreiging vormen voor de solidariteit. Maar wat is solidariteit? Wat zijn de mogelijke gevolgen van veranderingen in solidariteit en welke voor dit onderzoek relevante vormen van solidariteit zijn er te onderscheiden?

3.4 De verschillende vormen van solidariteit

Buyx en Prainsack (2012) stellen dat veranderingen in solidariteit tot maatschappelijke en wettelijke veranderingen kunnen leiden. Dit verloopt volgens de auteurs langs drie pijlers. De eerste pijler richt zich op het interpersoonlijk level van solidariteit. Hierin zitten de meningen van individuele burgers over wie recht heeft op wat en welke voorwaarden hieraan verbonden zitten. Wanneer deze meningen door meerdere burgers worden vertegenwoordigd, wordt dit in een groep of samenleving als normaal gezien: de tweede pijler. Als deze meningen wettelijk worden vastgelegd, heeft men het over de derde pijler. Een voorbeeld hiervan is de verzorgingsstaat en de sociale voorzieningen. De sociale voorzieningen zijn in Nederland wettelijk vastgelegd: wie heeft onder welke omstandigheden recht op welke voorzieningen?

Volgens De Beer (2005b) is solidariteit 'positieve lotsverbondenheid'. Hij stelt dat solidariteit te verdelen is in vier verschillende vormen, namelijk verplichte eenzijdige, verplichte tweezijdige, vrijwillige eenzijdige en vrijwillige tweezijdige solidariteit. Er is sprake van vrijwillige solidariteit wanneer een burger er vrijwillig voor kiest zich solidair te voelen met een andere burger. Een voorbeeld hiervan is de solidariteit binnen een familie. Van verplichte solidariteit is sprake wanneer dit wordt opgelegd door bijvoorbeeld de overheid of een sociale partner. Eenzijdige solidariteit betekent dat men solidair is met een ander, zonder dat hier iets voor terug verwacht wordt. Deze vorm van solidariteit komt vaak voor bij mantelzorgers. Zij verzorgen iemand en verwachten hier in de toekomst niets voor terug. Tweezijdige solidariteit is echter gebaseerd op eigen belang: men verwacht dat diegene waar men solidair mee is in de (nabije) toekomst iets

terug doet, een tegenprestatie. In tabel 2 zijn de verschillende vormen van solidariteit met een aantal voorbeelden schematisch weergegeven.

Tabel 2: Vier vormen van solidariteit

Bron: De Beer, 2005b	Eenzijdige solidariteit	Tweezijdige solidariteit
Vrijwillige solidariteit	Zorgen voor kinderen, vrijwilligerswerk	Particuliere verzekeringen voor bijvoorbeeld een woning
Verplichte solidariteit	Sociale voorzieningen, ontwikkelingshulp	Zorgverzekering, AOW werknemersverzekeringen zoals de WW

In het Nederlandse zorgstelsel is sprake van verplichte tweezijdige solidariteit. Iedere burger is verplicht een basiszorgverzekering af te sluiten en men ontvangt zorg wanneer dit noodzakelijk is. Volgens De Beer (2005b) neemt het belang van verplichte tweezijdige solidariteit toe, terwijl de andere vormen van solidariteit in belang afnemen. Goudswaard (2005) noemt deze vorm van solidariteit wederkerige solidariteit. Hij maakt een verdeling tussen wederkerige solidariteit en altruïsme. Met solidariteit gebaseerd op altruïsme bedoelt Goudswaard (2005) dat er geen tegenprestatie wordt verwacht.

Volgens Bonnie et al. (2010) zijn tweezijdige verplichte solidariteit en wederkerige solidariteit de twee belangrijkste vormen van solidariteit in het Nederlands zorgstelsel. In het Nederlands zorgstelsel wordt onderscheidt gemaakt tussen risicosolidariteit en inkomenssolidariteit. Risicosolidariteit betekent dat iedere deelnemer onder dezelfde voorwaarden is verzekerd, ook al hebben burgers uiteenlopende gezondheidssituaties. Een burger met een handicap betaalt dezelfde basispremie als een burger zonder handicap. Inkomenssolidariteit betekent dat de hogere inkomens meer betalen dan de lagere inkomens.

Een derde vorm van solidariteit die in ons zorgstelsel verweven zit en waar volgens Groot en Van Sloten (2012) nog weinig onderzoek naar is verricht, wordt leefstijlsolidariteit genoemd. Dit begrip, volgens Bonnie et al. (2010) een zijtak van risicosolidariteit, refereert naar solidariteit tussen twee groepen burgers zoals rokers en

niet-rokers, drugsgebruikers en niet-drugsgebruikers en sporters en niet-sporters (Trappenburg, 2000). Wanneer er sprake is van leefstijlsolidariteit zouden burgers zich solidair voelen ongeacht andermans leefstijlkeuzes. De druk op leefstijlsolidariteit neemt echter toe doordat er, onder andere, meer kennis vergaard wordt omtrent de relatie tussen gezondheid en gedrag (Trappenburg, 2000; Grit & De Bont, 2009; Bonnie et al, 2010; Groot & Van Sloten, 2012). Hierdoor gaat de verwijtbaarheidsvraag zwaarder wegen (Van Der Geest, 2005). Verschillende studies (zie o.a. Van der Star & Van den Berg, 2011; Miraldo et al., 2014; Bonnie et al., 2010) tonen aan dat burgers in Nederland in mindere mate bereid zijn ziektekosten te dragen voor burgers met een ongezonde leefstijl. Volgens Bonnie et al. (2010) en Meijerink (2015) zijn burgers in toenemende mate van mening dat een ongezonde leefstijl gepaard moet gaan met financiële gevolgen. Van der Geest (2005) concludeert dat er voldoende draagvlak is voor solidariteit tenzij er sprake is van medeverantwoordelijkheid voor de gezondheidskwaal.

Ondanks dat er sprake lijkt te zijn van een verminderde leefstijlsolidariteit stelt Trappenburg (2000) dat de meerderheid van de Nederlandse burgers deze vorm van solidariteit wel wil behouden. Behalve de verwijtbaarheidsvraag, zijn er andere criteria die burgers hanteren om te bepalen of iemand kan rekenen op solidariteit.

3.5 Criteria en veranderingen van solidariteit

Van Oorschot (2008) stelt dat de mate van solidariteit bepaald wordt aan de hand van de volgende vijf criteria: onmacht, behoefte, identiteit, dankbaarheid en reciprociteit. Deze criteria worden door Kloosterman (2011) gebruikt in haar onderzoek naar de mate van solidariteit ten aanzien van onder andere ouderen, sporters en burgers met een ongezonde leefstijl. Waar Van Oorschot (2008) zijn studie richt op informele solidariteit, richt Kloosterman (2011) haar studie op verplichte tweezijdige solidariteit. Zowel Van Oorschot (2008) als Kloosterman (2011) stellen dat solidariteit doorgaans sterker is met groepen die niet verantwoordelijk zijn voor de zorgbehoefte en weinig aan de situatie kunnen verbeteren. Er is dan sprake van onmacht. Dit criterium heeft overlap met de verwijtbaarheidsvraag (Van der Geest, 2005). Het tweede criterium, behoefte, betekent dat men sterkere gevoelens van solidariteit heeft naarmate de behoefte oploopt. Dit betekent dat een ernstig zieke op meer solidariteit kan rekenen dan een

burger die in mindere mate ziek is. Identiteit betekent dat men zich voornamelijk solidariteit voelt met burgers met dezelfde identiteit. Dit kan betekenen dat leeftijdsgenoten, burgers met hetzelfde beroep en burgers met dezelfde SES zich doorgaans eerder solidair opstellen. Het vierde criterium, dankbaarheid, richt zich op de dankbaarheid en meegaandheid van de zorgbehoefte. Wanneer burgers solidair zijn met een ander, moet de ontvanger van deze solidariteit dankbaar zijn. Het laatste criterium is reciprociteit. Dit houdt in dat burgers doorgaans solidair zijn “met degenen die in het verleden de hulp hebben verdiend of die er in de toekomst iets voor terug kunnen doen” (Kloosterman, 2011, p. 33). Van Oorschot (2000) concludeert dat de Nederlandse bevolking onmacht, identiteit en reciprociteit de drie belangrijkste criteria vinden. Verwacht wordt dat Nederlanders dus de volgende vragen stellen aan een zorgbehoevende: waarom heb je hulp nodig, ben je iemand van ons en wat heb je gedaan voor ons of wat kun je in de toekomst terug doen voor ons (Van Oorschot, 2000). Vanuit deze criteria kan verwacht worden dat burgers met een ongezonde leefstijl in mindere mate op solidariteit kunnen rekenen. Er is immers geen sprake of een verminderde sprake van onmacht. Tussen een ongezonde burger en een gezonde burgers zal in mindere mate solidariteit bestaan omdat zij zich niet met elkaar kunnen identificeren. Tot slot valt te verwachten dat een burgers die niets terug kan doen, zoals een langdurige werkloze die nauwelijks een bijdrage heeft geleverd in de vorm van belastingen en premies, op minder solidariteit kan rekenen.

Een mogelijke oplossing voor de druk die er op leefstijlsolidariteit ligt, kan het hanteren van verschillende prijzen voor verschillende groepen burgers zijn. Dit wordt ook wel prijsdifferentiatie genoemd. Dit is niet gelijk aan premiedifferentiatie omdat hier enkel sprake is van een risico. Of er daadwerkelijk aanspraak wordt gemaakt op voorzieningen is onbekend. Bij prijsdifferentiatie in de vorm van een hoger eigen risico of een hogere eigen bijdrage is er wel sprake van aanspraak op voorzieningen.

3.6 Premiedifferentiatie

Wanneer men van prijsdifferentiatie in de gezondheidszorg spreekt, wordt dit premiedifferentiatie genoemd. Wanneer dit in de gezondheidszorg plaatsvindt op basis van leefstijl, zoals rokers en niet-rokers, wordt dit door Den Hertogh (2013) en Ten Have (2013) leefstijldifferentiatie genoemd. In Amerika is de premie voor de zorgverzekering voor rokers hoger dan voor burgers die niet roken. Burgers die participeren in een programma om af te vallen kunnen een korting op hun premie verdienen (Van der Weyden, 2007). Volgens Ter Meulen en Maarse (2008) is premiedifferentiatie een instrument om ongezond gedrag te demotiveren en op deze wijze zouden de ziektekosten verminderd kunnen worden. Den Hertogh (2013) zet echter vraagtekens bij de effectiviteit van dit instrument omdat burgers er niet gezonder door zouden gaan leven. Wanneer burgers niet gezonder gaan leven, is het nog maar de vraag of het een kostenbesparing oplevert. Daarbij stelt Den Hertogh (2013) dat het betuttelend en stigmatiserend werkt. Volgens Groot en Van Sloten (2012) hoeft dit niet het geval te zijn. Zij stellen het volgende: “Het internaliseren van de externe effecten van ongezond gedrag door belastingheffing of premiedifferentiatie in de zorgverzekering verhoogt wel de kosten van de burgers met een ongezonde leefstijl, maar beperkt de keuzevrijheid niet” (Groot & Van Sloten, 2012, p. 105). Over de effectiviteit van premiedifferentiatie bestaat klaarblijkelijk geen eensgezindheid.

Ondanks de vraag of premiedifferentiatie een effectief middel is, stelt Bonnie et al (2010) dat 42 procent van de Nederlandse bevolking van mening is dat ongezonde burgers verantwoordelijk gesteld moeten worden voor de kosten voortvloeiend uit hun leefstijl. Volgens Meijerink (2015) is dit percentage inmiddels opgelopen tot 70 procent. De groep burgers die voorstander zijn van premiedifferentiatie neemt hiermee toe. Groot en Van Sloten (2012) stellen dat patiënten actief dienen mee te werken aan het succes van hun behandeling. Zo zouden burgers met astma moeten stoppen met roken en moeten burgers met diabetes meer bewegen en een strikt dieet volgen. Volgens Groot en Van Sloten (2012) is het gerechtvaardigd dat van patiënten die hun leefstijl niet aanpassen de behandeling wordt aangepast of wordt gestopt. Zij bedreigen de effectiviteit van de behandeling en volgens de auteurs mogen hier gevolgen aan verbonden worden.

Een wellicht maatschappelijk acceptabel alternatief hierop kan een hogere eigen bijdrage of een hoger eigen risico zijn voor burgers die door eigen toedoen aanspraak maken op ziektekosten.

3.7 Conclusie theoretisch kader

Volgens de theorie van Buyx (2008) kunnen verzorgingsstaten op verschillende wijzen ingericht worden waarbij de mate van eigen verantwoordelijkheid als rechtvaardigheids criterium gebruikt kan worden. Hij onderscheidt vier verschillende stromingen. Volgens de theorie van Minkler (1999) zijn er drie typen van eigen verantwoordelijkheid te onderscheiden. Er wordt onderscheid gemaakt in welke gevolgen er kunnen zitten aan het nemen van geen eigen verantwoordelijkheid. Theorieën omtrent eigen verantwoordelijkheid zijn behandeld omdat eigen verantwoordelijkheid de tegenhanger van solidariteit is (Sol-Bronk & Voorneveld, 2011). De Beer (2005b) en Goudswaard (2005) stellen dat er verschillende vormen van solidariteit zijn. De voor dit onderzoek relevante vormen van solidariteit zijn verplichte tweezijdige solidariteit en leefstijlsolidariteit. Volgens de De Beer (2005b) en Goudswaard (2005) nemen een aantal vormen van solidariteit af, terwijl er sprake is van een toename in verplichte tweezijdige solidariteit. Een voorbeeld van deze vorm van solidariteit is het Nederlands zorgstelsel. Leefstijlsolidariteit wacht een minder positief lot: verschillende studies concluderen dat mede door de toename in kennis omtrent gedrag en gezondheid deze vorm van solidariteit bedreigd wordt. Van Oorschot (2000) stelt dat er vijf criteria zijn die men hanteert om te bepalen of een burger kan rekenen op solidariteit. Een mogelijk antwoord op de verminderde leefstijlsolidariteit kan het toepassen van premiedifferentiatie, een hoger eigen risico of een hogere eigen bijdrage zijn.

4. Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk worden allereerst de deelvragen beschreven die leiden tot beantwoording van de centrale vraag. Vervolgens wordt in dit hoofdstuk beschreven hoe dit onderzoek is uitgevoerd en waarom voor deze specifieke methode is gekozen. Er wordt beschreven hoe de data zijn verzameld en hoe deze vervolgens zijn geanalyseerd. Tot slot worden de concepten geoperationaliseerd. Hierin staat de vraag centraal wat er tijdens de interviews op welke wijze is gemeten.

4.1 Onderzoeksvraag

In dit onderzoek staat de volgende vraag centraal:

In welke mate zijn burgers solidair met sporters en het daarmee samengaande verhoogde risico op blessures en welke argumenten draagt men hiervoor aan?

De deelvragen luiden:

- 1. In hoeverre vindt men dat de burger eigen verantwoordelijkheid dient te nemen met betrekking tot zijn gezondheid in het algemeen?*
- 2. In hoeverre heeft de hoogte van het risico op een blessure tijdens sporten invloed op de solidariteit en welke argumenten draagt men hiervoor aan?*
- 3. In hoeverre hebben eerdere blessures veroorzaakt door sporten invloed op de solidariteit wanneer er opnieuw gesport wordt en welke argumenten draagt men hiervoor aan?*
- 4. In hoeverre heeft de ernst van een blessure invloed op de hoogte van de solidariteit ten aanzien van sporters?*

4.2 Onderzoeksmethode

Volgens Hansen, Arts en Mufels (2005) worden veel studies naar solidariteit in de gezondheidszorg aan de hand van het ‘Willingness-to-Pay’ (WTP) onderzoek verricht. Hier wordt vaak letterlijk de vraag gesteld in hoeverre men bereid is om extra zorgpremie te betalen voor de zorgvoorzieningen van andere burgers. Kloosterman (2011) en Miraldo et al. (2014) stellen deze vraag niet. Kloosterman (2011) stelt de vraag of burgers van mening zijn dat een hogere premie bij bepaald gedrag acceptabel is. Miraldo et al. (2014) stellen de vraag aan respondenten of ziektekosten die het gevolg zijn van leefstijlkeuzes vergoed dienen te worden door de zorgverzekeraar. De studie van Kloosterman (2011) en Miraldo et al. (2014) functioneren als voorbeeld voor dit onderzoek naar solidariteit, eigen verantwoordelijkheid en sportblessures.

Volgens Alexander en Becker (1987) zijn vragenlijsten en interviews een minder geschikte onderzoeksmethoden om attitudes en gedragspatronen te achterhalen. Zij stellen dat zelfrapportages mogelijk onbetrouwbaar en eenzijdig zijn. Daarbij is de vraagstelling in interviews vaak vaag waardoor er zelf een invulling gegeven wordt aan de vraag. Dit kan leiden tot een uiteenlopende invulling van de vraag wat op zijn beurt tot een verminderde validiteit kan leiden. Deze uiteenlopende betekenis kan leiden tot uiteenlopende resultaten. Om deze reden is er in dit onderzoek gebruik gemaakt van de kwalitatieve vignettenmethode. Bij deze onderzoeksmethode wordt een zo concreet en gedetailleerd mogelijke casus geschetst waardoor volgens Alexander en Becker (1987) een zo realistisch mogelijk beslissingsproces wordt doorlopen. Hierdoor wordt volgens de auteurs de kans verkleind dat respondenten kortzichtige antwoorden geven. Schoenberg en Ravdal (2000) stellen dat het gebruik van vignetten respondenten aanmoedigt om buiten hun eigen situatie te denken. Hierdoor kunnen gevoelige onderwerpen beter besproken worden. Daarbij is het voor burgers die weinig kennis bezitten over het onderwerp toch mogelijk een beargumenteerd antwoord te geven omdat de vignetten relevante informatie verstrekken. De onderzoeker kan in één keer de volledige casus schetsen of de casus in verschillende fases opbouwen. Na elke fase wordt de mening van de respondent onderzocht. In dit onderzoek worden de casussen in fases opgebouwd omdat hierdoor inzichtelijk wordt in hoeverre de hoogte van het risico

op een sportblessure invloed heeft op de mate van solidariteit. Er worden sporten beschreven met een uiteenlopende kans om geblesseerd te raken.

Volgens Baldewsing (2013) zijn de gezondheidsverschillen tussen burgers met een hoge SES en een lage SES de laatste decennia toegenomen. Opleidingsniveau is één van de criteria van SES. In voorgaande studies is een verdeling tussen hoger opgeleiden en niet-hoger opgeleiden of een verdeling tussen hoog, midden en laag opgeleiden gehanteerd (Miraldo, Galizzi, Merla et al., 2014; De Boer & Kooiker, 2012; Bonnie et al., 2010; Van der Horst & Ten Rele, 2013). Hoger opgeleiden zijn volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) burgers met een afgeronde hbo- of wo-opleiding. Niet-hoger opgeleiden zijn burgers die geen hbo- of wo-opleiding hebben afgerond maar bijvoorbeeld een opleiding op mbo-niveau of lager. In dit onderzoek wordt de verdeling hoger opgeleiden en niet-hoger opgeleiden aangehouden.

De Nederlandse Norm Gezond Bewegen schrijft voor dat volwassenen in Nederland minimaal vijf dagen per week een half uur matig intensief moet bewegen. De Fitnorm schrijft minimaal drie dagen per week twintig minuten intensief bewegen voor. In dit onderzoek betekent een niet-sporter dat er niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen en aan de Fitnorm voldoen. Een sporter voldoet aan deze twee normen.

4.3 Data verzameling

Er zijn in totaal 23 mensen benaderd waarvan 19 participeerden in dit onderzoek. De vier respondenten die niet deelnamen hadden tijdgebrek en weinig interesse om zich te laten interviewen. De afdruk van het interview nam per respondent 30 tot 50 minuten in beslag. Twee interviews worden, met een duur van 22 minuten, als uitschieters beschouwd. Alle respondenten hebben voorafgaand aan het interview het Informed Consent (bijlage 1) gelezen en ondertekend. Er hebben 9 vrouwen en 10 mannen deelgenomen aan dit onderzoek in de leeftijd van 25 tot 35 jaar. Er is gekozen voor deze leeftijdscategorie omdat een grote variatie in leeftijd de betrouwbaarheid van dit onderzoek kan verminderen. Wanneer de leeftijd van de respondenten ver uit elkaar komt te liggen kunnen er andere oorzaken zijn van uiteenlopende meningen. Volgens de RVZ (2013) valt te verwachten dat mede door de vergrijzing ouderen een andere mate van solidariteit hebben.

De verdeling hoger opgeleiden, niet-hoger opgeleiden, sporter en niet-sporter zorgt voor vier verschillende onderzoeksgroepen. Er hebben interviews plaatsgevonden met 4 hoger opgeleide sporters, 6 hoger opgeleide niet-sporters, 6 niet-hoger opgeleide sporters en 3 niet-hoger opgeleide niet sporters. In bijlage 2 zijn de persoonlijke kenmerken en het aantal respondenten per onderzoeksgroep weergegeven. Er is onderscheid gemaakt tussen hoger opgeleiden en niet-hoger opgeleiden omdat de hoogte van de SES, waaronder opleidingsniveau valt, invloed heeft op de mate van solidariteit. Daarbij valt te verwachten dat er volgens het criteria identiteit een verminderde solidariteit tussen sporters en niet-sporters zou zijn. Om deze reden wordt het onderscheid tussen sporters en niet-sporters gehanteerd.

De respondenten in de categorie ‘sporter’ zijn geworven via de sportscholen Train More en New Style te Utrecht. Respondenten in de categorie ‘niet-sporter’ zijn geworven via respondenten uit de categorie ‘sporters’. Er hebben 17 interviews plaatsgevonden in een rustige omgeving. Alle interviews zijn opgenomen op een audiorecorder en binnen 12 uur na afname woordelijk getranscribeerd. Door het vrijwel direct transcriberen en analyseren van de data, is een cyclus ontstaan tussen dataverzameling en data analyse. Volgens Boeije (2005) is dit kenmerken voor kwalitatief onderzoek. Er is woordelijk getranscribeerd waarbij relevante versprekingen en vertragingen zijn meegenomen in het transcript. Hierdoor zijn de transcripten goed leesbaar en hebben zij niet aan waarde ingeleverd.

4.4 Data analyse

De transcripten zijn met behulp van het data-analyse programma QSR NVivo 10 geanalyseerd. Er zijn drie rondes van coderen doorlopen (Boeije, 2005). Allereerst is er open gecodeerd waarbij alle relevante uitspraken van respondenten aan een specifieke code zijn gekoppeld. Vervolgens is er axiaal gecodeerd: codes zijn samengevoegd, gesplitst en er zijn nieuwe namen toegewezen aan specifieke onderdelen waardoor er verbanden werden ontdekt tussen de verschillende interviews. Tijdens het axiaal coderen is de definitieve codeboom gerealiseerd (zie bijlage 3). Vervolgens zijn er per onderzoeksgroep, met uitzondering van de niet-hoger opgeleiden niet sporters, opnieuw minimaal twee interviews afgenomen en getranscribeerd. Aan de hand van de bestaande

codeboom zijn deze transcripten gecodeerd en is er door middel van constante vergelijking nagegaan of bepaalde codes samenhangen met de opgestelde eenheden in het onderzoek (Boeije, 2005). Dit betekent concreet dat constant is nagegaan of de bestaande codes in voldoende mate de nieuwe transcripten dekken. Om data inzichtelijk te maken is er behalve gebruikmakend van QRS NVivo 10 ook een schematisch overzicht ontwikkeld waarin per gestelde interviewvraag de mening en de belangrijkste argumenten van de respondenten staan beschreven. Dit schematisch overzicht is digitaal op te vragen bij de auteur.

4.5 Operationalisering

In deze paragraaf worden de concepten geoperationaliseerd. Er wordt beschreven wat er per concept is gemeten en op welke wijze dit is gemeten. In de uitspraken van respondenten wordt gezocht naar bevestiging van de criteria van solidariteit onmacht en identiteit Van Oorschot (2000). Deze theorie wordt niet in zijn geheel getoetst omdat dit al in andere onderzoeken is gedaan (zie o.a. Kloosterman, 2011; Van Oorschot, 2008). In dit onderzoek wordt de criteria van solidariteit ingezet als mogelijke verklaring voor de mening van de respondenten. De koppeling wordt gemaakt met de drie typen eigen verantwoordelijkheid van Minkler (1999) en de vier stromingen van Buyx (2008).

De studie van Bonnie et al. (2010) laat zien dat hoger opgeleiden een andere mate van solidariteit aanhouden van lager opgeleiden. In dit onderzoek wordt deze verdeling aangehouden om de onderzoeken of dit ook geldt voor sporters.

De afhankelijke variabele in dit onderzoek is ‘in hoeverre men solidair is met sporters en de daarmee samenhangende kans op blessures’.

4.5.1 Eigen verantwoordelijkheid, solidariteit en gezondheid

Volgens Landwaart en Tuerlings (2015) wordt door 44 procent van de 25 tot 34 jarigen en 44 procent van de lager opgeleiden het begrip solidariteit niet juist omschreven. Om onduidelijkheid omtrent dit begrip te voorkomen is aan de respondenten gevraagd om dit begrip te omschrijven. Wanneer de respondent niet in staat was een juiste omschrijving te geven, heeft de onderzoeker het begrip solidariteit kort en bondig omschreven.

Vervolgens is gevraagd naar de betekenis van eigen verantwoordelijkheid en de mate waarin burgers verantwoordelijk zijn voor hun eigen gezondheid (zie bijlage 4, vraag 1 – 3). Hiermee wordt inzichtelijk in hoeverre men vindt dat burgers vrij mogen zijn in hun leefstijl en welke gevolgen verbonden mogen worden aan een ongezonde leefstijl in het algemeen. In de aangedragen argumenten van de respondenten is gezocht naar bevestiging van de criteria van solidariteit. Daarbij is een koppeling gemaakt met één van de drie vormen van eigen verantwoordelijkheid van Minkler (1999).

Verwacht werd dat de criteria van solidariteit onmacht en identiteit van invloed zijn op de mate van solidariteit wanneer een burger geen eigen verantwoordelijkheid neemt met betrekking tot zijn gezondheid. Vanuit deze criteria is verwacht dat respondenten uit de onderzoeksgroepen sporter (dus hoger opgeleide sporters en niet-hoger opgeleide sporters) niet of in mindere mate solidair zijn met burgers met een ongezonde leefstijl omdat zij zich niet kunnen identificeren en er geen sprake is van onmacht. Men kiest immers zelf voor een ongezonde leefstijl. Een mindere mate van solidariteit correspondeert met het type verantwoordelijkheid op basis van aansprakelijkheid van Minkler (1999).

Verwacht werd dat respondenten uit de onderzoeksgroepen niet-sporter (dus hoger opgeleide sporters en niet-hoger opgeleide sporters) wel of in grotere mate solidair zijn met burgers met een ongezonde leefstijl. Zij kunnen zich namelijk identificeren met burgers met een ongezonde leefstijl omdat zij vanwege hun bewegingsarmoede ook in de categorie ongezonde leefstijl horen. Verwacht werd dat de niet-sporters voorstander van rol-verantwoordelijkheid of causale verantwoordelijkheid van Minkler (1999) zouden zijn. Verdergaande gevolgen dan de lichamelijke klachten van een burger met een ongezonde leefstijl zouden dan ongewenst zijn.

4.5.2 Hoogte van het risico op blessures tijdens sport

De kans op blessures is niet voor elke sport gelijk. Op basis van het onderzoek van VeiligheidNL (2009) naar de gemiddelde kans op een blessure bij de 16 meest voorkomende sporten in Nederland, is de verdeling tussen laag, een gemiddeld en een hoog risico op een sportblessure gemaakt (zie bijlage 5). Deze uiteenlopende risico's zijn in de vignetten behandeld (zie bijlage 4, casus 1-3). Aan de respondenten is gevraagd of

zij van mening zijn dat premiedifferentiatie acceptabel is vanwege het risico op sportblessures (deelvraag 2). Er is een poging gewaagd de argumenten die respondenten formuleren ter onderbouwing van hun mening te koppelen aan de vijf criteria van solidariteit van Van Oorschot (2000). Hiermee wordt gemeten of de hoogte van het risico om geblesseerd te raken tijdens het sporten invloed heeft op de mate van solidariteit. Bonnie et al. (2010) en Kloosterman (2011) stellen dat voorstanders voor premieverhoging bij ongezond gedrag corresponderen met verminderde solidariteit. Tegenstanders van premieverhoging houden een hogere mate van solidariteit aan. Wanneer respondenten in het algemeen geen voorstander zijn van premiedifferentiatie, is gevraagd of zij voorstander zijn van bijvoorbeeld een hoger eigen risico of een hogere eigen bijdrage. Vervolgens is de koppeling gemaakt met de vier typen van eigen verantwoordelijkheid van Buyx (2008).

Verwacht werd dat respondenten uit de onderzoeksgroepen sporters zich kunnen identificeren met de in de vignetten beschreven sporters. Daarbij werd verwacht dat zij van mening zijn dat een blessure iets is wat je overkomt waardoor er sprake is van onmacht. Daarmee kan gesteld worden dat deze groep solidair is met sporters en dat het risico om geblesseerd te raken als bruto geluk volgens de geluk-liberale-egalitaristische stroming van Buyx (2008) wordt aangemerkt. Deze stroming stelt dat risico's als gevolg van externe omstandigheden, ook wel bruto geluk genoemd, door de verzorgingsstaat gecompenseerd dienen te worden.

Verwacht werd dat respondenten uit de onderzoeksgroepen niet-sporters zich in mindere mate kunnen identificeren. Daarbij zullen zij eerder van mening zijn dat er geen sprake is van onmacht omdat een sporter zich bewust is van het feit dat hij een risico loopt om geblesseerd te raken. Gesteld kan worden dat niet-sporters het risico op sportblessures als optioneel geluk, onderdeel van de geluk-liberale-egalitaristische stroming van Buyx (2008) zien. Risico's als gevolg van individuele keuzes dienen individueel gedragen te worden. Hiermee werd verwacht dat deze groep in mindere mate solidair is met sporters.

4.5.3 Invloed van eerdere blessures in sport

Om te bepalen of een eerdere blessure invloed heeft op de mate van solidariteit zijn er drie casussen geschetst waarbij sporters in het verleden een blessure hebben opgelopen en opnieuw willen gaan sporten (zie bijlage 4, casus 4 – 6). Er is sprake van een groter risico om geblesseerd te raken vanwege deze eerdere blessures. Daarbij worden situaties geschetst waarbij een sporter zich onvoldoende beschermd tegen blessures door bijvoorbeeld geen helm te dragen tijdens het paardrijden (zie bijlage 4, casus 6). Er is gezocht naar bevestiging van de vijftal criteria van solidariteit van Van Oorschot (2000). Uitspraken zijn gekoppeld aan één van de drie typen eigen verantwoordelijkheid van Minkler (1999).

Behalve medische kosten na een sportblessure, zijn er ook kosten voor de werkgever. De geblesseerde sporter kan tijdelijk niet werken en benadeelt hiermee zijn werkgever. De vraag is gesteld of er consequenties aan het tijdelijk niet kunnen werken door een sportblessure horen te zitten. Uitspraken van respondenten zijn gekoppeld aan één van de drie vormen van eigen verantwoordelijkheid van Minkler (1999). Hiermee wordt gemeten in hoeverre respondenten vinden dat sporters verantwoordelijkheid hebben ten aanzien van hun werkgever.

Bij zowel een eerdere blessure als de verantwoordelijkheid naar de werkgever toe werd verwacht dat het criterium onmacht van invloed zou zijn. Het argument zou dan luiden dat er in mindere mate sprake is van onmacht, de sporter is immers al eerder geblesseerd geweest en is bekend met de risico's. Verwacht werd dat het criterium identiteit voor de onderzoeksgroepen sporters een positief effect zou hebben op de mate van solidariteit. Bij de niet-sporters zou dit een negatief effect moeten hebben.

4.5.4 Invloed ernst van de blessure

Om te bepalen of de ernst van de blessure invloed heeft op de mate van solidariteit zijn twee casussen geschetst waarbij sprake is van een ernstige sportblessure (zie bijlage 4, casus 7 & 8). Arts en Muffels (2005) hebben burgers ondervraagd naar de mate van solidariteit met zieken en zwakkeren en in tegenstelling tot veel voorgaande studies hebben zij de ondervraagden geconfronteerd met hun keuze en de financiële gevolgen in de vorm van een hogere premie. De studie van Arst en Muffels (2005) functioneert als

voorbeeld: de respondenten wordt gevraagd of een hoger eigen risico of een hogere eigen bijdrage rechtvaardig is. De nadruk ligt op waarom men deze mening heeft: welke argumenten draagt men aan ter onderbouwing van de mening. Wanneer men vindt dat sporters een deel van hun ziektekosten zelf moeten betalen is dit een teken van een verminderde solidariteit ten aanzien van sporters. Wanneer men hier geen voorstander van is, wordt dit aangemerkt als geen verandering met betrekking tot solidariteit.

Uitspraken worden gekoppeld aan de criteria die men hanteert om te bepalen of men kan rekenen op solidariteit van Van Oorschot (2000). Verwacht werd dat voornamelijk de criteria onmacht, identiteit en behoefte van invloed zijn. Omdat er sprake is van een ernstige blessure, werd door het criterium behoefte verwacht dat er in grotere mate sprake is van solidariteit. Volgens dit criterium loopt de solidariteit op naarmate de behoefte hoger is.

4.5.5 Samenvatting operationalisering

In onderstaande tabel is per deelvraag weergegeven welke concepten worden gemeten en welke casussen en interviewvragen hiervoor zijn gebruikt.

Tabel 3: Samenvatting operationalisering

Deelvraag	Concepten	Vraag	Casus
1	Solidariteit	1	
	Eigen verantwoordelijkheid	2	
	In hoeverre burgers eigen verantwoordelijkheid moeten nemen met betrekking tot hun gezondheid.	3	
2	Premiedifferentiatie acceptabel vanwege:		
	Laag risico op blessures	4	1
	Gemiddeld risico op blessures	5	2
	Hoog risico op sportblessures	6	3
3	Premiedifferentiatie acceptabel vanwege eerder blessures	7, 9, 11	4, 5
	Premiedifferentiatie acceptabel bij onvoldoende bescherming	8	4
		12	6
	Premiedifferentiatie acceptabel vanwege hoge gemiddelde medische kosten	11	6
Verantwoordelijkheid naar werkgever	10	5	
4	Premiedifferentiatie vanwege een ernstige blessure en hoge medische kosten	13, 14	7, 8
	Verskil in eigen verantwoordelijkheid tussen casus 7 en 8	15	

5. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten per deelvraag gepresenteerd. Bij de citaten van de respondenten wordt vermeld welke onderzoeksgroep deze respondent vertegenwoordigd. Er wordt gebruikt gemaakt van een combinatie van afkortingen. Hoger opgeleiden worden afgekort als HO, niet hoger opgeleiden als NHO. Sporters worden afgekort als S, niet-sporters als NS. Een niet-hoger opgeleide sporter wordt dan afgekort als NHO+S.

5.1 Eigen verantwoordelijkheid, solidariteit en gezondheid

Op de vraag in hoeverre burgers eigen verantwoordelijkheid moeten nemen met betrekking tot hun gezondheid zijn twee hoofdgroepen te onderscheiden. Alle twee de hoofdgroepen zijn van mening dat burgers eigen verantwoordelijkheid dienen te nemen met betrekking tot hun gezondheid, verschil is echter zichtbaar in wat de gevolgen kunnen zijn van een ongezonde leefstijl. Allereerst wordt de eerste hoofdgroep behandeld. Vervolgens wordt de tweede hoofdgroep behandeld, deze is onderverdeeld in twee subgroepen.

Eén hoofdgroep stelt dat burgers eigen verantwoordelijkheid dienen te nemen en dat de gevolgen, van het niet verantwoordelijk omgaan met de eigen gezondheid, van individuele aard zijn. Deze mening wordt vertegenwoordigd door respondenten uit de onderzoeksgroepen HO+S, NHO+S en HO+NS. Iemand die ongezond leeft ondervindt daar zelf negatieve consequenties van en de samenleving, de overheid en de zorgverzekering dienen zich hier verder niet mee te bemoeien. Argumenten tegen bemoeienis vanuit de samenleving, de overheid en de zorgverzekering zijn dat burgers vrij moeten zijn in leefstijlkeuzes en dat bemoeienis afbreuk doet aan het privéleven. Daarbij stelt deze groep dat bemoeienis geen positief effect zal hebben en niet tot gezonder gedrag zal leiden.

“Voor henzelf zitten daar consequenties aan, qua gezondheid, en als je minder gezond bent kun je minder werken, minder sociaal leven, dus dan leef je snel al redelijk geïsoleerd” (R. 12, NHO+S).

“Ik denk dat mensen verantwoordelijkheid moeten nemen voor hun eigen gezondheid en ik denk dat het de samenleving niet ten goede komt als de overheid daarin dingen voor jou mag bepalen” (...) “ik ben er gewoon geen voorstander van om overheidsinstanties zo’n bepaalde macht te geven over het leven van burgers” (R. 15, HO+NS).

“Ik denk niet dat daar consequenties aan verbonden moeten zijn omdat iedereen baas is over zijn eigen leven en lichaam en het is heel vervelend als je daar andere mensen in betreft, maar het kan niet zo zijn dat iemand anders jou iets oplegt omdat jij een niet goed leven leidt. Daar vind ik mijn vrijheid en de vrijheid van het individu te belangrijk voor” (R. 4, HO+NS).

De tweede hoofdgroep stelt dat de gevolgen van ongezond gedrag behalve voor het individu zelf, ook vanuit de samenleving, de overheid of de zorgverzekering mogen komen. Een deel van de respondenten uit alle vier de onderzoeksgroepen vertegenwoordigt deze mening. Er zijn twee subgroepen te onderscheiden.

De eerste subgroep stelt dat burgers door bijvoorbeeld de overheid gestimuleerd mogen worden om gezonder te gaan leven. Dit kan bijvoorbeeld door middel van reclame waarin ongezond gedrag gedemotiveerd wordt.

“ Dus als iemand die drang vanuit zichzelf niet heeft om gezond te leven dan kun je doen wat je wilt maar dat, je kunt iemand niet dwingen om te bewegen, zijn benen vast te pakken en te zeggen ‘ga nu sporten’. Je kunt het alleen maar stimuleren” (R. 9, NHO+S).

“Ik denk dat de overheid wel een adviserende rol kan hebben, maar echt dingen opleggen dat zou bij mij tegen de borst stuiten als de overheid dat zou doen. Ik denk dat het eerste informeren is en daar uit voortvloeiend adviezen van hoe je gezond kunt leven” (R. 15, HO+NS).

De tweede subgroep stelt dat burgers niet alleen door middel van bijvoorbeeld reclame gestimuleerd mogen worden om gezonder te leven, maar dat er ook sprake mag zijn van financiële gevolgen in de vorm van premiedifferentiatie. Zij stellen dat een

hogere premie voor de zorgverzekering bij ongezond gedrag een stimulans kan zijn om gezonder te gaan leven door bijvoorbeeld te gaan sporten.

“Stel dat jij inderdaad het roer omgooit en inderdaad gezond gaat leven, dan mag iemand daar ook een soort van beloond voor worden” (R. 13, NHO+NS).

“Omdat het (premedifferentiatie) stimuleert” (R. 16, HO+NS).

Daarbij stellen zij dat ongezonde mensen meer aanspraak maken op de ziektekosten en vanuit het perspectief van eerlijkheid is een hogere premie rechtvaardig.

Er is geen samenhangend verband te ontdekken tussen onderzoeksgroepen en de antwoorden die zijn gegeven door de respondenten.

5.2 Hoogte van het risico op blessures tijdens sport

Op de vraag of premiedifferentiatie acceptabel is voor sporters omdat zij risico lopen op blessures, zijn twee hoofdgroepen te onderscheiden. De eerste hoofdgroep stelt dat premiedifferentiatie bij sporters acceptabel is, de tweede hoofdgroep stelt dat dit niet acceptabel is. De eerste hoofdgroep wordt hieronder behandeld. Deze hoofdgroep is verdeeld in twee subgroepen.

De eerste hoofdgroep is voorstander van premiedifferentiatie. Respondenten die deze mening vertegenwoordigen zijn voorstander van het verlagen van de premie voor de in de vignetten beschreven sporters. Geen enkele respondent in deze hoofdgroep is voorstander van het verhogen van de premie vanwege het risico op blessures. Het argument van voorstanders voor het verlagen van de premie is dat zij verwachten dat premieverlaging bij een actieve leefstijl de burger motiveert om meer te gaan sporten. Daardoor bestaat de mogelijkheid dat zij een gezonder leven gaan leiden waarmee mogelijk gezondheidsklachten afnemen en de aanspraak op de gezondheidszorg afneemt. De hoofdgroep met voorstanders van premiedifferentiatie is te verdelen in twee subgroepen: gelijkwaardige premieverlaging en gedifferentieerde premieverlaging.

Bij de subgroep gelijkwaardige premieverlaging is men van mening dat de hoogte van de premieverlaging voor iedere sporter gelijk dient te zijn. Er wordt door deze

respondenten dus geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende risico's op sportblessures zoals beschreven in de vignetten. Voorstanders hiervan stellen dat de hoogte van het risico op blessures geen invloed moet hebben op de hoogte van de premieverlaging.

“Als je zelf gezond bent en voldoende beweegt, waardoor je ook minder snel ziek wordt of blessures krijgt, heb je ook die kosten niet nodig van de zorgverzekering, dus zou dat (de zorgpremie) omlaag mogen” (R. 12, NHO+S).

De tweede subgroep met voorstanders van een premieverlaging stelt dat de hoogte van de premieverlaging niet voor elke sporter gelijk moet zijn. De verlaging moet gebaseerd zijn op de hoogte van het risico op blessures per sport. Een laag risico op blessures zou volgens hen moeten leiden tot een hoge korting op de zorgpremie, terwijl een hoog risico op blessures zou moeten leiden tot een minder hoge korting. De respondenten stellen dat een premieverlaging gerechtvaardigd is voor de in de vignetten beschreven sporters

“Dan zou je mensen die een hoog risico sport beoefenen minder mogen belonen dan iemand met een lager risico” (R. 17, HO+S).

De tweede hoofdgroep, oftewel respondenten tegen premiedifferentiatie bij de in de vignetten beschreven sporters, wordt vertegenwoordigd door een deel van de respondenten uit alle vier de onderzoeksgroepen. Er worden verschillende argumenten tegen premiedifferentiatie aangedragen. De meest voorkomende argumenten zijn dat zij verwachten dat het effect van premiedifferentiatie gering is en dat de positieve gevolgen van sporten zwaarder wegen dan de kans op een blessure.

“Het wordt voor een heleboel sporters dan gewoon duurder en het gaat niemand veiliger laten spelen” (...) *“Ik denk dat de zorgverzekeraars een kleinere kluit hebben aan deze boy (beoefent een sport met een gemiddeld risico op blessures) dan aan gasten die helemaal niet sporten”* (R. 11, HO+S).

“Het risico is heel klein en door te zwemmen vermindert hij andere risico’s, dan sluit hij weer andere dingen (gezondheidsrisico’s) uit” (R. 14, HO+NS).

Er worden door deze respondenten dezelfde argumenten gehanteerd bij een laag, gemiddeld en hoog risico op blessures zoals beschreven in de vignetten. De hoogte van de beschreven risico’s op blessures hebben voor deze respondenten geen invloed op de mening of premiedifferentiatie acceptabel is. Het verloop van de vignetten en de verschillende hoogtes van risico’s op sportblessures hebben dus geen invloed op de mening van de respondenten.

“Dat daar wat meer risico aan zit vind ik wederom geen reden om te zeggen: dan moet jij meer premie betalen” (R. 16, HO+NS).

“Ja, hij loopt wel weer een groter risico maar ik denk niet daar je daar echt onderscheid tussen moet maken” (R. 9, NHO+S).

5.3 Invloed van eerder blessures in sport

Op de vraag of premiedifferentiatie acceptabel is wanneer een sporter in het verleden een blessure heeft opgelopen en opnieuw wilt gaan sporten, is een duidelijke tweedeling in antwoorden zichtbaar. Deze twee hoofdgroepen worden hieronder behandeld.

De eerste hoofdgroep is geen voorstander van premiedifferentiatie en een deel van de respondenten uit alle vier de onderzoeksgroepen vertegenwoordigen deze mening. Zij stellen dat de kans op een blessure geen reden is voor een premieverhoging en dat de positieve gevolgen van sporten zwaarder wegen dan de kans op een blessure. Daarbij zullen de in de vignetten beschreven sporters volgens de respondenten juist voorzichtiger sporten wanneer zij een blessure hebben gehad: ze willen immers niet nogmaals geblesseerd raken.

“Zij is geblesseerd geweest, zij heeft ervaring met blessures dus het zou niet zo snel weer gebeuren” (R. 11, HO+S).

De tweede hoofdgroep stelt dat in dit geval premiedifferentiatie wel acceptabel is. Deze mening wordt vertegenwoordigd door een deel van de respondenten uit alle vier de onderzoeksgroepen, met uitzondering van respondenten uit de onderzoeksgroep hoger opgeleide sporters. Voorstanders stellen dat premiedifferentiatie acceptabel is omdat een eerdere blessure voor een verhoogd risico zorgt om opnieuw geblesseerd te raken. Vanwege dit verhoogd risico is volgens deze respondenten een premieverhoging rechtvaardig.

“Omdat het percentage hoger is en je weet dat de sport gewoon niet goed voor je is en toch blijf je er mee doorgaan” (R. 8, NHO+NS).

5.3.1 Consequentie van tijdelijk niet kunnen werken

Op de vraag in hoeverre er consequenties mogen zitten aan het feit dat de sporters tijdelijk niet hebben kunnen werken vanwege hun blessure, zijn twee hoofdgroepen te onderscheiden. Deze hoofdgroepen worden hieronder beschreven. De tweede hoofdgroep is verdeeld in drie subgroepen.

De eerste hoofdgroep stelt dat er geen gevolgen vanuit de werkgever of de overheid opgelegd mogen worden wanneer iemand niet kan werken vanwege een sportblessure. Zij stellen dat de individuele vrijheid boven het risico van blessures hoort te staan. Wanneer de werkgever hier last van ondervindt, moeten hier geen gevolgen aan zitten.

De tweede hoofdgroep stelt dat er wel gevolgen mogen zitten aan het herhaaldelijk niet kunnen werken vanwege een sportblessure. Deze mening wordt gedeeld door een gedeelte van respondenten uit alle vier de onderzoeksgroepen. Hierin zijn drie subgroepen te onderscheiden die elk een andere vorm van consequenties rechtvaardig vinden.

De eerste subgroep stelt dat, wanneer een sporter niet kan werken, de werkgever hier gevolgen aan mag koppelen. De werkgever kan bijvoorbeeld een dialoog aangaan waarin afspraken worden gemaakt omtrent het voorkomen van sportblessures. Mocht dit onvoldoende effect hebben, kan in het uiterste geval overgegaan worden op ontslag.

“Ik ben meer van eerst een dialoog aangaan voordat je met dreigementen en waarschuwingen komt maar het laatste middel waarover de werkgever zou moeten kunnen beschikken is wel ontslag” (R. 14, HO+NS).

“Ik vind dat is gewoon een keuze van jezelf. Daar heeft een werkgever niet zo heel veel mee te maken, ja hoogstens een waarschuwing geven, alleen meer niet” (R. 8, NHO+NS).

De tweede subgroep stelt dat de werkgever zich hier buiten moet houden maar dat een hogere premie voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering of een lagere arbeidsongeschiktheidsuitkering tijdens de afwezigheid gerechtvaardigd is. Zij stellen dat de overheid hierin inspraak mag hebben, maar de werkgever niet.

Nogmaals, het is je privéleven (daar heeft de werkgever niets over te zeggen), maar misschien als je het hebt over premie voor arbeidsongeschiktheid, dat die dan wel omhoog mag gaan” (R. 19, NHO+NS).

De derde subgroep stelt dat zowel de werkgever als de arbeidsongeschiktheidsverzekering sancties op mag leggen wanneer een sporter herhaaldelijk niet kan werken vanwege de blessure.

“Op non-actief stellen, korten op het loon, korten op vakantiedagen, bij hele heftige gevallen misschien wel ontslag. Er zijn een heleboel dingen die je kunt doen” (R. 6, HO+NS).

Naarmate de werkgever in de beschrijving van casus 4 en 5 meer benadeeld wordt, oftewel de werknemer is vaker afwezig vanwege de sportblessure, stellen de respondenten dat hier meer gevolgen aan mogen zitten. Wanneer de werkgever wordt benadeeld heeft de opbouw van de vignetten invloed op de mening van de respondenten.

5.3.2 Invloed van de gemiddelde kosten per blessure

Alle respondenten zijn van mening dat de hoogte van de gemiddelde kosten per blessure geen invloed heeft op de hoogte van de premie. Argumenten ter ondersteuning van deze mening zijn dat er nou eenmaal blessures zijn die gemiddeld duurder zijn dan andere en dat dit normaal is in ons zorgstelsel. Belangrijk is hierbij dat de sporters zich optimaal beschermen tegen blessures. Bij paardrijden moet dit in de vorm van bijvoorbeeld het dragen van een helm. Wanneer deze voorzorgsmaatregelen niet worden getroffen, stellen alle respondenten dat hier consequenties aan verbonden mogen zitten. Een mogelijke consequentie die geopperd is door de respondenten is het niet volledig vergoeden van de behandeling ten gevolge van de sportblessure.

“Dan komen er inderdaad wel hogere kosten aan omdat jij niet de standaard voorzorgsmaatregelen (het dragen van een helm) neemt” (R. 16, HO+NS).

“Ja, je moet er natuurlijk alles aan doen om veilig op een paard te zitten en geen rare fratsen uithalen, je moet zo veilig mogelijk dat uurtje doorkomen” (R. 12, NHO+S).

5.4 Invloed ernst van de blessure

Wanneer een sporter een ernstige blessure oploopt waar hoge ziektekosten aan verbonden zitten, vindt het overgrote deel van de respondenten dat de sporter hier niet de financiële gevolgen van moet ondervinden. De sporter hoeft geen extra eigen bijdrage te leveren of een hoger eigen risico te betalen. Respondenten stellen dat een ernstige blessure iets is wat je overkomt, dit hadden de sporters niet kunnen voorzien. Daarbij stellen zij dat er een verzekering is afgesloten, juist om hoge ziektekosten te dekken.

“Hij heeft het niet expres gedaan en hij heeft ook geen geschiedenis met die klachten dus ik zou zeggen, nee” (R. 7, HO+NS).

“Het (een ernstige blessure) kan iedereen overkomen” (R. 8, NHO+NS).

“Het (een ernstige blessure) is gewoon pech, dat kan iedereen gebeuren” (R. 9, NHO+S).

Eén respondent, niet-hoger opgeleide niet sporter, is van mening dat de snowboardster (casus 8) onvoldoende eigen verantwoordelijkheid heeft genomen. Deze respondent stelt dat wanneer iemand vaak snowboardt het risico op blessures zodanig hoog is dat een hogere eigen bijdrage of een hoger eigen risico gerechtvaardigd is. Wanneer zij ten valt komt en ziektekosten maakt, is deze respondent van mening dat zij een deel van deze kosten zelf moet betalen in de vorm van een hoger eigen risico of een hogere eigen bijdrage.

“Zij doet het met enige regelmaat (...) Ik beschouw dat toch wel tot de extreme sport, mijn reactie zou dan zijn, ja” (een hogere eigen bijdrage of een hoger eigen risico) (R. 13, NHO+S).

6. Conclusie & discussie

In dit onderzoek is de vraag gesteld of premiedifferentiatie acceptabel is bij burgers die sporten omdat zij een verhoogd risico op blessures lopen. Om deze vraag te beantwoorden zijn er in de vignetten sporten met uiteenlopende risico's op blessures beschreven. Daarbij is de vraag gesteld of een hoger eigen risico of een hogere eigen bijdrage acceptabel is wanneer er daadwerkelijk sprake is van een sportblessure. Vanuit de criteria van solidariteit van Van Oorschot (2000), de type eigen verantwoordelijkheid van Minkler (1999) en de stromingen van Buyx (2008) zijn in hoofdstuk 4 per deelvraag de verwachtingen geformuleerd. De verwachtingen van dit onderzoek worden in de conclusie per deelvraag behandeld. Vervolgens wordt met behulp van het beantwoorden van de deelvragen de centrale vraag van dit onderzoek beantwoord. Dit hoofdstuk sluit af met een discussie waar de inhoudelijk vragen van dit onderzoek worden behandeld.

6.1 Conclusie

De deelvragen worden behandeld waarna er antwoord wordt gegeven op de centrale vraag in dit onderzoek.

Eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot zijn gezondheid

De verwachting dat alleen de respondenten uit de onderzoeksgroepen sporters de criteria van solidariteit onmacht en identiteit van Van Oorschot (2000) zouden hanteren wanneer een burger een ongezonde leefstijl aanhoudt, wordt niet bevestigd. Verwacht werd dat deze respondenten in mindere mate solidair zijn omdat zij zich niet kunnen identificeren met burgers met een ongezonde leefstijl. Daarbij is er geen sprake van onmacht, maar van een keuze. Om deze reden zouden deze respondenten voorstander van de verantwoordelijkheid op basis van aansprakelijk van Minkler (1999) zijn. Dit type stelt dat een burger de consequenties moet dragen van zijn gedrag. Tegen de verwachting in komen voorstanders van dit type uit alle vier de onderzoeksgroepen. Het criterium onmacht wordt door de respondenten benoemd. Zij stellen dat wanneer een burger een ongezonde leefstijl heeft, er geen sprake is van onmacht. Het criterium identiteit lijkt

geen invloed te hebben omdat niet alleen maar sporters deze mening vertegenwoordigen. Niet-sporters hebben dezelfde mening.

De verwachting dat respondenten uit de onderzoeksgroepen niet-sporters vanwege het criterium identiteit in grotere mate solidair zijn met burgers met een ongezonde leefstijl, wordt niet bevestigd. Verwacht werd dat de twee onderzoeksgroepen niet-sporters solidair is met burgers met een ongezonde leefstijl en daarmee voorstander zijn van rol-verantwoordelijkheid of causale verantwoordelijkheid van Minkler (1999). Rol-verantwoordelijkheid betekent dat het individu baas is over het eigen lichaam. Bij causale verantwoordelijkheid kunnen individuele keuzes worden gestuurd door middel van stimulatie vanuit de omgeving. De verwachtingen worden niet bevestigd omdat respondenten uit alle vier de onderzoeksgroepen deze mening vertegenwoordigen. Hiermee lijkt het criterium identiteit niet van invloed.

Er kan worden geconcludeerd dat er geen duidelijk patroon zichtbaar is tussen de onderzoeksgroepen sporters en niet-sporters en de mening en aangedragen argumenten ten aanzien van de mogelijke gevolgen van ongezond gedrag. Het criterium identiteit lijkt niet van invloed. Het criterium onmacht wordt door voorstanders van het type verantwoordelijkheid op basis van aansprakelijkheid van Minkler (1999) wel gehanteerd. Er spelen wellicht andere factoren, zoals opvoeding en persoonlijke normen en waarden, een rol bij het bepalen of iemand die een ongezonde leefstijl heeft kan rekenen op solidariteit.

De hoogte van het risico op sportblessures en solidariteit

De verwachting dat respondenten uit de onderzoeksgroepen sporters solidair zijn met de in de vignetten beschreven sporters en het risico dat zij lopen om geblesseerd te raken kan worden bevestigd. Zij zijn tegenstander van een premieverhoging. Een deel van de respondenten is juist voorstander van een premieverlaging voor sporters. Dit zou een stimulerende werking hebben op burgers die nog niet sporten. Wanneer burgers die nog niet sporten de keuze maken om wel te gaan sporten kan dit leiden tot gezondheidstoename. Na analyse van de data kan gesteld worden dat een sportblessure buiten de macht van de sporter ligt. Er is dus sprake van onmacht. Daarbij kunnen respondenten uit deze groep zich identificeren met de in de vignetten beschreven

sporters. Vanuit de geluk-liberale-egalitaristische stroming van Buyx (2008) wordt hiermee het risico op een blessure als bruto geluk aangemerkt. Ondanks dat er een individuele actie aan vooraf gaat, namelijk de keuze om te gaan sporten, stellen de respondenten dat een blessure iets is wat je overkomt. Niemand kiest ervoor om geblesseerd te raken.

Tegen de verwachting zijn respondenten uit de onderzoeksgroepen niet-sporters solidair met de in de vignetten beschreven sporters. Feitelijk kunnen zij zich in mindere mate identificeren met de beschreven sporters, maar dit criterium lijkt in dit geval niet van invloed te zijn. Deze respondenten stellen dat er sprake is van onmacht omdat een sporter niet geblesseerd wilt raken. Zij zien de kans op een sportblessure, net als respondenten uit de onderzoeksgroepen sporters, als bruto geluk (Buyx, 2008).

Concluderend kan gesteld worden dat men in grote mate solidair is met sporters en het risico dat zij lopen op een blessure. Het criterium onmacht lijkt van invloed bij zowel sporters als niet-sporters. Het criterium identiteit lijkt invloed te hebben bij de sporters maar niet van invloed bij de niet-sporters.

Wanneer een sporter zich niet optimaal beschermt tegen blessures is er sprake van verminderde solidariteit. Er wordt onvoldoende eigen verantwoordelijkheid genomen en volgens Sol-Bronk en Voorneveld (2011) is eigen verantwoordelijkheid de tegenhanger van solidariteit. Wanneer een sporter zich niet optimaal beschermt, is er geen sprake van onmacht. Dit criterium speelt in dit geval een belangrijke rol. Dat zowel respondenten uit de onderzoeksgroepen sporters als niet-sporters deze mening delen, bewijst dat het criterium identiteit in dit geval niet van invloed is. Vanuit de geluk-liberale-egalitaristische stroming van Buyx (2008) kan gesteld worden dat een sportblessure na onvoldoende bescherming als optioneel geluk wordt aangemerkt. De gevolgen hiervan dienen individueel gedragen te worden. Er is sprake van verminderde solidariteit.

Eerdere blessures en de mate van solidariteit

Verwacht werd dat wanneer er sprake is van een eerdere blessure er sprake zou zijn van verminderde solidariteit. Er is namelijk geen sprake van onmacht, de sporter is zich bewust van het risico. Daarbij kan gesteld worden dat er sprake is van weinig eigen verantwoordelijkheid. Verwacht werd dat met name respondenten uit de

onderzoeksgroepen niet-sporters deze mening zouden hebben, zij kunnen zich niet identificeren met de sporters. Na analyse van de data kan gesteld worden dat er inderdaad sprake is van verminderde solidariteit. Respondenten stellen dat een eerdere blessure voor een verhoogd risico om opnieuw geblesseerd te raken zorgt. Opvallend hierbij is dat de hoogte van het risico in dit geval wel een rol speelt, terwijl dit bij deelvraag twee niet het geval was. Hier is geen verklaring voor gevonden. Omdat zowel respondenten uit de onderzoeksgroepen sporters als niet-sporters verminderde solidair zijn, kan gesteld worden dat het criterium identiteit geen invloed heeft.

Wanneer er sprake is van een eerdere blessure, ziet het overgrote gedeelte van de respondenten dit volgens het type verantwoordelijkheid op basis van aansprakelijkheid van Minkler (1999). De gevolgen van individuele keuzes dienen individueel gedragen te worden. De keuze om door te sporten na een blessure (ook al is de sporter geheel gerevalideerd) zorgt voor een verhoogd risico, getuigd van weinig eigen verantwoordelijkheid en er is niet langer sprake van onmacht. Dit leidt tot een verminderde solidariteit. Hiermee is men voorstander van de geluk-liberale-egalitaristische stroming van Buyx (2008). Wanneer er na een blessure opnieuw gesport wordt, ziet men dit als optioneel geluk. Gevolgen van optioneel geluk dienen individueel gedragen te worden en er is in mindere mate sprake van solidariteit.

De ernst van de blessure en de mate van solidariteit

Voorafgaand aan de analyse van de resultaten werd vanuit het criterium behoefteigheid verwacht dat wanneer de ernst van de sportblessure oploopt, er meer sprake is van solidariteit. Daarbij heeft een sporter weinig invloed op de ernst van de blessure waardoor er gesteld kan worden dat er sprake is van onmacht. Na analyse van de resultaten kan geconcludeerd worden dat een ernstige sportblessure geen negatieve invloed heeft op de mate van solidariteit. Respondenten zijn van mening dat een ernstige blessure geen reden voor een hoger eigen risico of een hogere eigen bijdrage is. De criteria onmacht en behoefteigheid lijken hiermee van positieve invloed te zijn op de mate van solidariteit. Hiermee wordt een ernstige blessure gezien als bruto geluk van de geluk-liberale-egalitaristische stroming van Buyx (2008). De gevolgen van bruto geluk dienen door de verzorgingsstaat gedragen te worden.

Met het beantwoorden van de deelvragen kan de onderzoeksvraag worden beantwoord. De centrale vraag in dit onderzoek luidt:

In welke mate zijn burgers solidair met sporters en het daarmee samengaande verhoogde risico op blessures en welke argumenten draagt men hiervoor aan?

Met dit onderzoek is geprobeerd een uitspraak te doen over de mate van solidariteit ten aanzien van sporters en de kans die zij lopen om geblesseerd te raken. Hiermee levert dit onderzoek een bijdrage aan de wetenschappelijke discussie omtrent verplichte tweezijdige solidariteit, leefstijlsolidariteit en eigen verantwoordelijkheid. Er zijn verschillende onderzoeken die zich richten op intergenerationele solidariteit (zie o.a. Daatland & Lowestein, 2005), studies gericht op solidariteit ten aanzien van immigranten (zie o.a. Van Oorschot, 2008) en studies gericht op leefstijlsolidariteit. In studies gericht op leefstijlsolidariteit gaat het vaak om ongezond gedrag, zoals roken en overmatig alcoholgebruik. In dit onderzoek wordt een gezonde leefstijl waar negatieve gevolgen aan kunnen zitten onderzocht. Met uitzondering van de studie van Kloosterman (2011) zijn er geen studies gevonden die de negatieve gevolgen van een gezonde leefstijl onderzoeken.

De hoogte van de in de vignetten beschreven risico's op blessures zijn volgens de respondenten geen reden voor een hogere zorgpremie. Een deel van de respondenten is van mening dat sporters juist een lagere zorgpremie dienen te betalen. Dit zou volgens deze respondenten een stimulerende werking hebben om te gaan sporten wat op zijn beurt tot positieve gezondheidseffecten kan leiden. Daarbij stellen zij dat burgers die sporten minder aanspraak maken op de gezondheidszorg omdat zij gezonder leven en vanuit het eerlijkheidsprincipe wordt deze verlaging door de respondenten gerechtvaardigd. De voordelen van sporten wegen zwaarder dan de maatschappelijke en medische kosten van sportblessures. Men handelt vanuit de geluk-liberaal-egalitaristische stroming van Buyx (2008) waarbij een sportblessure als bruto geluk wordt aangemerkt. Gevolgen van bruto geluk dienen door de verzorgingsstaat gecompenseerd te worden. Geconcludeerd kan worden dat er geen sprake is van een vermindering van solidariteit ten aanzien van sporters.

Aan deze conclusie zit wel een belangrijke kanttekening. Wanneer sporters onvoldoende voorzorgsmaatregelen nemen om blessures te voorkomen, blijkt er wel sprake te zijn van verminderde solidariteit. Sporters nemen bij onvoldoende voorzorgsmaatregelen geen eigen verantwoordelijkheid en daardoor is er niet langer sprake van onmacht. Respondenten handelen, wanneer er onvoldoende voorzorgsmaatregelen worden genomen, vanuit de gedachte van de geluk-liberaal-egalitaristische stroming van Buyx (2008) waarbij de kans op een sportblessure wordt gezien als optioneel geluk. Gevolgen van optioneel geluk dienen individueel gedragen te worden. Er is geen sprake van onmacht wanneer er door sporters geen optimale voorzorgsmaatregelen worden getroffen.

Hiermee kan geconcludeerd worden dat met betrekking tot het toekennen van solidariteit ten aanzien van sporters het criterium onmacht van Van Oorschot (2000) het zwaarst weegt. Voor het criterium identiteit is onvoldoende bewijs gevonden omdat er geen duidelijk onderscheid zichtbaar is tussen sporters en niet-sporters. Het criterium behoefte lijkt van invloed te zijn op de mening van respondenten omdat bij een ernstige blessure sprake is van solidariteit. Dit moet echter met voorzichtigheid gesteld worden omdat er bij minder erge blessures ook sprake is van solidariteit. De resterende criteria, namelijk reciprociteit en dankbaarheid, komen niet aan bod.

Tegen de verwachting in, is geen duidelijk verschil zichtbaar in de mate van solidariteit tussen respondenten uit de onderzoeksgroepen hoger opgeleiden en niet-hoger opgeleiden.

6.2 Discussie

Dit verkennende kwalitatieve onderzoek naar eigen verantwoordelijkheid en solidariteit onder burgers van 25 tot 35 jaar is kleinschalig van aard. Er is gesproken met 19 respondenten, verdeeld over vier verschillende onderzoeksgroepen. Met behulp van de kwalitatieve vignettenmethode zijn de meningen omtrent eigen verantwoordelijkheid en solidariteit ten aanzien van sporters en de daarmee samenhangende kans op blessures onderzocht. De resultaten zijn vanwege de omvang van deze studie niet te generaliseren omdat er geen sprake is van een willekeurige selectie van de respondenten, maar van een

beoordelingssteekproef. Respondenten zijn op basis van een aantal persoonlijke kenmerken geselecteerd.

Om een beter onderbouwde uitspraak te kunnen doen over de mate van solidariteit en eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van sporters is vervolgonderzoek onder een groter aantal respondenten raadzaam. De leeftijdscategorie kan uitgebreid worden zodat inzichtelijk wordt hoe andere leeftijdscategorieën naar dit vraagstuk kijken. De verdeling tussen de onderzoeksgroepen hoger opgeleiden en niet-hoger opgeleiden zou in een vervolgonderzoek uitgebreid kunnen worden naar hoog, middelbaar en laag opgeleiden. Een alternatief hierop is om te kijken naar SES. Daarbij zou een uitgebreider onderscheid gemaakt kunnen worden tussen respondenten in de onderzoeksgroepen sporters en niet-sporters. Onderscheid kan gemaakt worden tussen professionele sporters, amateursporters en burgers die niet sporten, waarbij de groep amateursporters verder gespecificeerd kan worden op gemiddeld aantal sporturen per week.

Aangezien het criterium onmacht in dit onderzoek het meeste invloed had op de mening van de respondenten, is vervolg onderzoek naar dit criterium aan te raden. Zijn er elementen binnen het begrip onmacht die voor deze resultaten zorgen? En is dit criterium in andere situaties ook van dusdanige invloed?

7. Literatuurlijst

Alexander, C. S., & Becker, H. J. (1978). The Use of Vignettes in Survey Research. *The Public Opinion Quarterly*. Vol. 42, No. 1. pp. 92 – 104

Baldewsing, S.S. (2013). Feitelijke en gewenste solidariteit in de zorg. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Den Haag, 2013.

Beer, P. de. (2005a). De Solidariteit onder Druk. In Beer, P. de., Bussemaker, J., & Kalma, P. (eds). *Keuzen in de Sociale Zekerheid*, pp. 26–37. Amsterdam: De Burcht/Wiardi Beckmanstichting

Beer, P. de. (2005b). Hoe solidair is de Nederlander nog? In E. de Jong en M. Buijsen, *Solidariteit onder druk? Over de grens tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheid*, Beugen: Valkhof Pers. pp. 54 – 79

Bernaards, C., Toet, H., & Chorus, A. (2008). Medische kosten van onvoldoende bewegen. In: Breedveld, K., Kamphuis, C., & Tiessen- Raaphorst, A. *Rapportage sport 2008*. Sociaal en Cultureel Planbureau , Den Haag, 2008

Bonnie, L. H. A., Akker, M. van den., Steenkiste, B. van., & Vos, R. (2010). Degree of solidarity with lifestyle and old age among citizens in the Netherlands: cross-sectional results from the longitudinal SMILE study. *Journal of Medical Ethics* 2010;36. P. 784 – 790. DOI: 10.1136/jme.2010.036178

Buyx, A. M., & Prainsack, B. (2012). Lifestyle-relates diseases and individual responsibility through the prism of solidarity. *Journal of Clinical Ethics*, 2012; 7. pp. 79-85. DOI: 10/1258/ce.2012.012008

Buyx, A. M. (2008). Personal responsibility for health as a rationing criterion: why we don't like it and why maybe we should. *Journal of Medical Ethics*, 2008:34. pp. 871 – 874. DOI: 10.1137/jme.2007.024059

Boer, A. de., & Kooiker, S. (2012). Zorg. In: Veldheer, C., Jonker, J., Noije, L. van., & Vrooman, C., Een Beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Sociaal en Cultureel Rapport 2012. Den Haag, 2012

Cappelen, A. W., & Norheim, A. F. (2006). Responsibility, fairness and rationing in health care. *Journal of Health Policy*, 76 (2006). pp. 312 – 319. DOI: 10.1016/j.healthpol.2005.06.013

Daatland, S. O. & Lowenstein, A. (2005). Intergenerational solidarity and the family-welfare state balance. *European Journal of Ageing*, 2005, 2: pp. 174 – 182. DOI: 10.1007/s10433-005-0001-1

Dubois, M. (2011). Response to “Should People with Unhealthy Lifestyles Pay Higher Health Insurance Premiums?” *Primary Prevent* 2011; 31. pp. 23 – 27. DOI:10.1007/s10935-011-0236-x

Ewijk, C. van., Horst, A. van der., & Besseling, P. (2013). Toekomst voor de zorg. Gezondheid Loont. Tussen keuze en solidariteit. Centraal Planbureau, Den Haag

Goudswaard, K. (2005). Grenzen aan solidariteit. In: Beer, P. de., Bussemaker, Jand Kalma, P. Keuzen in de sociale zekerheid. De Burcht / Wiarda Beckman Stichting

Grit, K., & Bont, A. de. (2009). Maakbare solidariteit: De impact van overheidsbeleid op de solidariteit van burgers. *Krisis*, 2009 (2). pp. 22 – 32

Groot, W., & Sloten, F. van. (2012). Grenzen aan leefstijlsolidariteit. In (Eds.) Schut, F.T., & Varkevisser, M., Een economisch gezonde gezondheidszorg. Koninklijke Vereniging voor Staathuishoudkunde. Preadviezen 2012

Hansen, J., Arts, W., & Muffels, R. (2005). Solidair tegen (w)elke prijs? Een quasi-experimenteel onderzoek naar de voorkeuren van Nederlanders voor ruimere of beperktere pakketten in de zorgverzekering. *Journal Sociale Wetenschappen*, Vol. 48, 1/2. pp. 61 – 84

Hartogh, G. den. (2013). Premiedifferentiatie naar leefstijl? Krisis, 2013, Issue 2. Geraadpleegd op 30-05-15 via <http://www.krisis.eu/content/2013-2/krisis-2013-2-14-den-hartogh.pdf>

Have, M. ten., Graaf, R. de., & Monshouwer, K. (2009). Sporten en psychische gezondheid. Resultaten van de ‘Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study’ (NEMESIS). Trimbos-Instituut, Utrecht, 2009

Have, M. ten. (2013). Leefstijldifferentiatie in de zorgverzekering. Een overzicht van ethische argumenten. *Signalering Ethiek en Gezondheid* 2013/1. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid, 2013

Heuvel, S.G. van den., Boshuizen, H. C., Hildebrandt, V. H., Blatter, B. M., Ariëns, G. A. M., & Bongers, P. M. (2003). Sporten, type werk, arbeidsverzuim en welbevinden: resultaten van een 3-jarige follow-up studie. *Tsg* jaargang 81 (5).

Hughes, R., & Huby, M. (2002). The application of vignettes in sociale and nursing research. Methodological issues in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (4). pp. 382 - 386

Kloosterman, R. (2011). Solidariteit in de gezondheidszorg. *Bevolkingstrend*, 3^e kwartaal 2011. Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag, 2011

Landwaart, E., & Tuerlings, K. (2015). Solidariteit in Nederland. Achmea Solidariteit. GfK, april 2015. Geraadpleegd op 11-06-15 via <http://nieuws.achmea.nl/download/79847/achmeasolidariteitsmonitor2015-2.pdf>

Meijerink, R. (2015). Mensen willen niet meer blind betalen voor een ander. Geraadpleegd op 11-06-15 via <https://www.achmea.nl/blog/Paginas/mensen-willen-niet-meer-blind-betalen-voor-een-ander.aspx>

Miraldo, M., Matteo, M. G., Merla, A., Levaggi, R., Schulz, P.J., Auxilia, F., Castaldi, S., & Gelatti, U. (2014). Should I pay for your risky behaviours? Evidence from London. *Preventive Medicine*, 66 (2014). P. 145 – 158

Oorschot, W. van, (2000). Who should get what, and why? On deservingness criteria and the conditionality of solidarity among the public. *Policy & Politics*, vol. 28. No. 1, p. 33 – 48

Oorschot, W. van, (2008). Solidarity towards immigrants in European welfare states. *International Journal of Social Welfare*, 2008: 17: pp. 3 – 14. DOI: 10.1111/j.1468-2397.2007.00487.x

Paluska, S. A., & Schwenk, T. L. (2000). Physical Activity and Mental Health. *Journal of Sports Medicine*, 2000: 29 (3). pp. 167 – 180.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2013). Het belang van wederkerigheid... solidariteit gaat niet vanzelf! Publicatienummer 13/01. Den Haag, 2013

Rijksoverheid (2015). Schippers: andere aanpak sportblessures. Geraadpleegd op 28-05-15 via <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/nieuws/2015/05/26/schippers-andere-aanpak-sportblessures.html>

Rijksoverheid. (n.d., a). Sport en bewegen. Sport en gezondheid. Geraadpleegd op 6-02-15 via <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/sport-en-bewegen/sport-bewegen-en-gezondheid>

Rijksoverheid. (n.d., b). Zorgverzekering. Geraadpleegd op 8-02-15 via <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering>

Schmidt, H. (2008). Bonuses as Incentives and Rewards for Health Responsibility. *Journal of Medicine and Philosophy*, 33. pp. 198 – 220

Schmid, G. (2006). Social risk management through transitional labour markets. *Journal of Socio-Economic Review* 4. pp. 1 – 33. DOI: 10.1093/SER/mwj029

Schoenberg N, & Ravdal H. (2000). Using Vignettes in Awareness and Attitudinal Research. *International Journal of Social Research Methodology*, 2000;3(1) p. 63 – 74

Sol-Bronk, M., & Voorneveld, A. (2011). Solidariteit: waar hebben we het over? Voorbeelden van (nieuwe uitingen) van solidariteit. Sociale Verzekeringsbank. Geraadpleegd op 24-06-15 via <http://onderzoekwerkeninkomen.nl/rapporten/jwz86k2x/solidariteit-waar-hebben-we-het-over.pdf>

Stegeman, I., Willems, D. L., Dekker, E., & Boosuyt, P. M. (2013). Individual responsibility, solidarity and differentiation in healthcare. *Journal of Medical Ethics* 2014;40. P. 770 – 773. DOI: 10.1136/medethics-2013-101388

VeiligheidNL (2009). De nieuwste cijfers over sportblessures in Nederland. Geraadpleegd op 9-02-15 via [http://www.jessicagal.nl/local_resources/file/De %20Nieuwste%20sportblessurecijfers.pdf](http://www.jessicagal.nl/local_resources/file/De%20Nieuwste%20sportblessurecijfers.pdf)

VeiligheidNL (2014). Sportblessures. Blessurecijfers. Geraadpleegd op 6-02-15 via [http://www.veiligheid.nl/csi/veiligheidnl.nsf/0/2A7A5BCB955E9CFFC1257CC40026BDDDB/\\$file/Cijfersfactsheet%20Sportblessures%20algemeen%202012.pdf](http://www.veiligheid.nl/csi/veiligheidnl.nsf/0/2A7A5BCB955E9CFFC1257CC40026BDDDB/$file/Cijfersfactsheet%20Sportblessures%20algemeen%202012.pdf)

Weyden, M. B. van der. (2007). Personal responsibility for health. MJA, vol. 18, 7. Geraadpleegd op 31-05-15 via <http://crawl.prod.proquest.com.s3.amazonaws.com/fpcache/d355a20214646ceb91dcae7195195d1.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJF7V7KNV2KKY2NUQ&Expires=>

8. Bijlagen

Bijlage 1: Informed consent



Universiteit Utrecht

Onderzoek:

Master Arbeid, Zorg en Welzijn
Universiteit Utrecht

Naam onderzoeker:

Marnix van de Heg

Doel van het onderzoek:

Dit onderzoek richt zich op de vraag hoe het is gesteld met de solidariteit van burgers in Nederland ten aanzien van sporters en de kans op blessures. Om dit te onderzoeken worden er o.a. interviews afgenomen met sporters en niet-sporters en worden meningen en ervaringen onderzocht. Er worden casussen besproken zodat de geïnterviewden een helder en concreet beeld hebben bij sportblessures.

Uw medewerking:

De gegevens van mijn onderzoek worden verzameld via interviews die zorgvuldig zullen worden behandeld. Tijdens het interview bent u niet verplicht antwoord te geven op bepaalde vragen. U heeft altijd de mogelijkheid om een pauze te nemen of te stoppen met het interview. De gegevens zullen anoniem worden verwerkt. Indien u dit wenst (zie hieronder) kan ik u het uiteindelijke onderzoeksverslag of de samenvatting daarvan toesturen.

Door dit document te ondertekenen geeft u te kennen dat u akkoord gaat met uw deelname aan dit onderzoek. Ook na ondertekening kunt u nog altijd afzien van uw medewerking. Uw deelname wordt echter zeer op prijs gesteld.

Ik geef toestemming voor deelname aan dit onderzoek,

Naam:

Adres:

Plaats:

Handtekening: Plaats:

...

Hieronder aankruisen wat van toepassing is:

Datum:

...

- Ik wens het onderzoeksverslag niet te ontvangen.
- Ik wil het complete onderzoeksverslag ontvangen.
- Ik wil alleen de samenvatting van het onderzoek ontvangen.

Indien u (een samenvatting van) het onderzoeksverslag wenst te ontvangen: hoe wilt u het document /de documenten ontvangen?

- Per e-mail, op het volgende e-mailadres:

Bijlage 2: Persoonlijke kenmerken van de respondenten

Respondent	Geslacht	Leeftijd	Onderzoeksgroep
1	Vrouwelijk	26	Hoger opgeleid & sporter
2	Vrouwelijk	27	Niet-hoger opgeleid & sporter
3	Mannelijk	35	Niet-hoger opgeleid & sporter
4	Vrouwelijk	27	Hoger opgeleid & niet-sporter
5	Vrouwelijk	31	Hoger opgeleid & sporter
6	Mannelijk	27	Hoger opgeleid & niet-sporter
7	Mannelijk	28	Hoger opgeleid & niet-sporter
8	Mannelijk	25	Niet-hoger opgeleid & niet-sporter
9	Vrouwelijk	25	Niet-hoger opgeleid & sporter
10	Mannelijk	28	Niet-hoger opgeleid & sporter
11	Mannelijk	27	Hoger opgeleid & sporter
12	Vrouwelijk	28	Niet-hoger opgeleid & sporter
13	Mannelijk	31	Niet-hoger opgeleid & niet- sporter
14	Mannelijk	25	Hoger opgeleid & niet-sporter
15	Vrouwelijk	27	Hoger opgeleid & niet-sporter
16	Vrouwelijk	29	Hoger opgeleid & niet-sporter
17	Vrouwelijk	26	Hoger opgeleid & sporter
18	Mannelijk	29	Niet-hoger opgeleid & sporter
19	Mannelijk	28	Niet-hoger opgeleid & niet-sporter

Onderzoeksgroep	Totaal aantal respondenten
Hoger opgeleid & sporter	4
Niet-hoger opgeleid & sporter	6
Hoger opgeleid & niet-sporter	6
Niet-hoger opgeleid & niet-sporter	3

Bijlage 3: Codeboom

Omschrijving solidariteit

 Beoordelingscriteria van solidariteit

Omschrijving eigen verantwoordelijkheid

 Verantwoording eigen gezondheid

Prijsdifferentiatie algemeen

Zorgstelsel algemeen

Hoogte van het risico op blessures

 Rik

 Daan

 Floris

Invloed van een eerdere blessure

 Fleur

 Synthia

 Dorien

 Gevolgen bij onvoldoende bescherming

 Gevolgen van tijdelijk niet kunnen werken

 Herhaling van een blessure

Invloed van de ernst van de blessure

 Dennis

 Nicky

Mening eigen bijdrage en eigen risico algemeen

Bijlage 4: Topiclist: Interviews

Inleidende vragen

Vraag 1:

Wat is solidariteit volgens u? Wanneer stelt u zich solidair op naar een medeburger en wanneer niet? Welke argumenten hanteert u om te bepalen of iemand kan rekenen op solidariteit?

Vraag 2:

Wat betekent eigen verantwoordelijkheid volgens u?

Vraag 3:

In hoeverre hebben burgers eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot hun gezondheid? Welke consequenties (horen er volgens u te) zitten er aan het niet verantwoordelijk omgaan met de eigen gezondheid?

In hoeverre mag de overheid, de zorgverzekering of de maatschappij consequenties verbinden wanneer een burger geen eigen verantwoordelijkheid neemt met betrekking tot zijn gezondheid?

Beschrijving vignetten waarbij het risico op blessures oploopt.

Casus 1: Zwemmen, laag risico, lage kosten

Rik is een man van 30 jaar, werkt als vertegenwoordiger en gaat drie avonden per week in het zwembad baantjes trekken om zijn conditie op pijl te houden. Rik voelt zich gezond en fit en is tevreden over zijn gezondheid. De kans dat Rik door zwemmen een blessure oploopt is zeer klein, 1,3 per 1.000 sporturen. Dit betekent dat er per 1.000 uur dat er gezwommen wordt door een willekeurig iemand of door een willekeurige groep burgers, gemiddeld 1,3 burgers een blessure oplopen door het zwemmen.

Vraag 4:

Vindt u dat Rik een hogere premie voor zijn zorgverzekering moet betalen omdat hij door te zwemmen een bepaald risico neemt?

Casus 2: Hockey, gemiddelde risico, lage kosten

Daan is een jongeman van 27 jaar oud, werkt in de horeca en hockeyt 3 keer per week. De kans op een blessure is bij hockey gemiddeld, namelijk 4,4 per 1.000 sporturen. Het risico op blessures is hiermee hoger dan bij zwemmen.

Vraag 5:

Vindt u dat Daan een hogere premie voor zijn zorgverzekering moet betalen omdat hij door te hockeyen een bepaald risico neemt?

Casus 3: Floris, hoog risico, gemiddelde kosten

Floris is een man van 31 jaar en hardloopt zo'n drie keer per week. In het dagelijks leven is Floris taxichauffeur en is alleenstaand. Hij rent altijd met erg veel plezier en voelt zich

fit en gezond. Het risico op blessures bij hardlopen is hoog, namelijk 6,1 per 1.000 sporturen.

Vraag 6:

Vindt u dat Floris een hogere premie voor zijn zorgverzekering moet betalen omdat hij door te hardlopen een bepaald risico neemt?

Beschrijving vignetten waarbij er sprake is geweest van een eerder blessure en onvoldoende bescherming

Casus 4: volleybal, gemiddeld risico, gemiddelde kosten

Fleur is een vrouw van 28 jaar, werkt als onderzoeker en doet aan volleybal. Op woensdagavond training Fleur en op zaterdagmiddag heeft ze een wedstrijd. Helaas heeft Fleur de bal een aantal keer verkeerd op haar hand gekregen waardoor zij aan beide handen polsklachten heeft. Voor haar rechterhand heeft zij een kleine operatie gehad en na een korte herstelperiode zijn haar polsen weer helemaal hersteld. Fleur wilt heel graag opnieuw gaan volleyballen, maar vreest dat ze opnieuw polsklachten krijgt. Op advies van haar fysiotherapeut schaft Fleur speciale polsbanden aan die haar polsen tijdens het volleyballen moeten verstevigen. De kans op een blessure is bij volleybal gemiddeld, namelijk 4,2 per 1.000 sporturen. Fleur is helemaal gerevalideerd, maar loopt wel een hoger risico omdat ze al eerder een blessure heeft gehad.

Vraag 7:

Moet Fleur een hogere premie voor haar zorgverzekering als zij opnieuw gaat volleyballen?

Vraag 8:

Moet Fleur een hogere premie voor haar zorgverzekering betalen als zij opnieuw gaat volleyballen en, tegen het advies van haar fysiotherapeut in, geen polsbeschermers draagt?

Casus 5: Vechtsport, hoog risico, lage kosten

Synthia is 33 jaar oud en moeder van 2 kinderen. Ze is tandarts en doet al voor bijna 10 jaar de vechtsport Krav Maga. Helaas heeft ze al meerdere keren last gehad van hand- en polsblessures. In eerste instantie leek het allemaal mee te vallen, maar na meerdere kneuzingen op verschillende plaatsen moet Synthia voorzichtig doen omdat ze haar handen nodig heeft om haar werk uit te voeren. Ze heeft voor meerdere periodes tijdelijk niet kunnen werken vanwege haar blessure. Synthia vindt sport belangrijk omdat het zorgt voor afleiding en een fit en gezond lichaam. Ze vindt het daarbij belangrijk dat ze in staat is zichzelf effectief te verdedigen wanneer dit nodig blijkt te zijn. Vechtsporten hebben een hoog risico op blessures, namelijk 10 per 1.000 sporturen.

Vraag 9:

Vindt u dat Synthia een hogere premie voor haar zorgverzekering moet betalen als zij doorgaat met Krav Maga?

Vraag 10:

Vindt u dat er consequenties moeten zitten aan het feit dat Synthia voor meerdere periodes niet heeft kunnen werken vanwege haar blessure? Welke consequenties en door wie worden die consequenties opgelegd?

Casus 6: paardensport, laag risico, hoge kosten

Dorien is een vrouw van 37 en is full-time receptioniste. Ze rijdt meerdere keren per week op haar paard. Helaas is ze twee keer van haar paard gevallen wat resulteerde, ondanks het dragen van een helm, in een lichte hersenschudding en een gebroken pols. Hierdoor kon ze tijdelijk haar werk niet uitvoeren. Ondanks het lage risico op blessures, namelijk slechts 0,7 per 1.000 sporturen, zijn de gemiddelde kosten per blessure wel aanzienlijk hoger dan bij de meeste andere sporten.

Vraag 11:

Vindt u dat Dorien een hogere premie voor haar zorgverzekering moet betalen als zij doorgaat met paardrijden? Heeft het feit dat de gemiddelde medische kosten bij paardrijden hoog zijn invloed?

Vraag 12:

Vindt u dat Dorien een hogere premie voor haar zorgverzekering moet betalen als zij geen helm zou dragen tijdens het paardrijden?

Beschrijving vignetten waarbij de vraag wordt geteld of de sporter een deel van zijn ziektekosten zelf moet betalen in de vorm van een hogere eigen bijdrage of een hoger eigen risico

Casus 7: Fitness, laag risico, gemiddelde kosten

Dennis is een man van 35 jaar oud en zit op fitness. Hij werkt als fotograaf voor een lokale krant. Fitness heeft een laag risico op blessures, namelijk 1,3 per 1.000 sporturen, maar omdat er in Nederland ontzettend veel mensen fitnessen, zijn er in absolute getallen toch veel blessures. Met name beginnende sporters zijn verantwoordelijk voor een groot deel van het aantal blessures. Dennis is een beginnend fitnesser en is tijdens het squatten door zijn enkel gegaan waardoor zijn enkelbanden zijn gescheurd. Hij heeft hiervoor een operatie gehad en loopt nu bij de fysio. Omdat Dennis maar 9 fysio behandeling in zijn verzekeringspakket heeft, zou hij eigenlijk de rest van de behandeling zelf moeten betalen maar omdat in dit geval de revalidatie zonder fysio niet mogelijk is, krijgt hij al zijn behandelingen tot 30 vergoed.

Vraag 13:

Vindt u dat Dennis een deel van zijn ziektekosten zelf moet betalen?

Casus 8: Snowboarden, hoog risico, gemiddelde kosten

Nicky is een vrouw van 33 jaar en werkt als projectleidster bij een aannemer. Ze is een aantal jaar geleden voor het eerst op wintersport geweest en sindsdien is ze verslaafd aan snowboarden. Ze zoekt zo vaak mogelijk de pistes op in het buitenland en in het weekend

snowboard ze in een indoor hal. Ze heeft een doorlopende reisverzekering, waardoor ze verzekerd is in het buitenland. Helaas is Nicky hard gevallen in de indoorbaan in Nederland en moest met een ziekenwagen afgevoerd worden. Ze heeft een spiraalbreuk in haar scheenbeen en moet twee operaties ondergaan. De eerste operatie is om een stalen frame langs haar scheenbeen te monteren, de tweede operatie is om dit na ongeveer 1 tot 2 jaar te verwijderen. Daarbij moet ze zeer vaak naar de fysio omdat ze voor een groot gedeelte opnieuw moet leren lopen. Gelukkig heeft Nicky zich uitgebreid verzekerd en heeft ze meer dan voldoende dekking voor de fysio.

Vraag 14:

Vindt u dat Nicky een deel van haar ziektekosten zelf moet betalen?

Vraag 15:

In hoeverre verschillende Dennis en Nicky in het nemen van eigen verantwoordelijkheid?

Bijlage 5: Classificatie van het gemiddelde risico en de gemiddelde kosten per sport

Bron: VeiligheidNL, 2009

Sporttak	Gemiddeld aantal blessures per jaar	Aantal blessures per 1.000 sporturen	Direct medische kosten per geblesseerde * (in euro's)
Fitness	340.000	1,3	1.100
Zwemmen	130.000	1,0	850
Wielrennen/ toerfietsen	X	X	2.000
Hardlopen	420.000	6,1	1.100
Veldvoetbal	370.000	2,4	930
Tennis	150.000	1,9	1.300
Skiën	60.000	2,0	1.200
Volleybal	160.000	4,2	1.000
Mountainbiken	X	X	1.500
Schaatsen	X	X	1.200
Vechtsport	300.000	10	800
Paardensport	45.000	0,7	1.500
Zaalvoetbal	28.000	3,2	950
Hockey	130.000	4,4	750
Snowboarden	66.000	6,4	910
Korfbal	90.000	5,0	880
Totaal/gemiddelde	11.000.000	1,7	1.000

X = geen gegevens over beschikbaar. * = Behandeling op SEH-afdeling of in het ziekenhuis

Het onderdeel *Aantal blessures per 1.000 sporturen* op de vorige pagina betekent dat wanneer bijvoorbeeld 20 mensen 50 uur veldvoetbal hebben gespeeld, er volgens onderstaand schema 2,4 burgers een blessure hieraan overhouden. De medische kosten per geblesseerde zijn gemiddeld 930 euro. Vanuit dit schema kan een verdeling worden gemaakt tussen sporten met een hoog, gemiddeld en laag risico op blessures. Daarbij kan er een verdeling worden gemaakt op basis van de gemiddelde kosten per geblesseerde. Dit resulteert in de verdeling hoge, gemiddelde en lage kosten per blessure. Deze verdeling is inzichtelijk gemaakt in tabel 2.

Categorieën risico op sportblessures en gemiddelde kosten per geblesseerde

Sport	Risico op blessures. Categorie 1 = hoog, 2 = gemiddeld, 3 = laag.	Gemiddelde kosten per geblesseerde. Categorie 1 = hoog, 2 = gemiddeld, 3 = laag.
Fitness	3	2
Zwemmen	3	3
Wielrennen/ toerfietsen	X	1
Hardlopen	1	2
Veldvoetbal	3	3
Tennis	3	1
Skiën	3	2
Volleybal	2	2
Mountainbiken	X	1
Schaatsen	X	2
Vechtsport	1	3
Paardensport	3	1
Zaalvoetbal	2	3
Hockey	2	3
Snowboarden	1	3
Korfbal	2	3

