

WELZIJN IN DE VERZORGINGSSTAAT

Niveau niet hoger, verdeling niet gelijk

Ruut Veenhoven

In: Christien Brinkgreve & Peter van Lieshout (reds) 'Geregelde gevoelens: collectieve arrangementen en de intieme leefwereld', Elsevier/DeTijdstroom, Maarsen. ISBN 90-352-2193-1, pp.155-195.

Samenvatting

In moderne landen is gedurende de laatste eeuw veel van de zorg onder regie van de staat gekomen, met name financiële zorg bij werkeloosheid, ziekte en ouderdom. Men spreekt in dit verband van de 'verzorgingsstaat'. Er wordt aangenomen dat die ontwikkeling heeft bijgedragen tot het welzijn van de burgers. Het niveau van welzijn zou hoger zijn geworden en de verdeling ervan gelijk. De huidige inkrimping van sociale zekerheid wordt dan ook geassocieerd met een lager niveau van welzijn en met grotere verschillen daarin.

Dit hoofdstuk rapporteert een landvergelijkend onderzoek dat tot doel had om de grootte van dat effect in kaart te brengen. Omvang van de verzorgingsstaat wordt daarbij gemeten met uitgaven sociale zekerheid per hoofd, en welzijn van de burgers aan de mate waarin ze gezond en gelukkig leven. Data hebben betrekking op de periode 1980-1990. Het onderzoek omvat 42 landen.

Tegen de verwachting blijkt er geen verband tussen omvang van de verzorgingsstaat en niveau van welzijn. In landen met royale sociale zekerheid zijn mensen niet gezonder en gelukkiger dan in even welvarende landen waar Vader Staat minder scheutig is. Groei of krimp van de sociale zekerheidsuitgaven blijkt ook niet gerelateerd aan toe- of afname in niveau van gezondheid en geluk.

Er blijkt evenmin een verband tussen omvang van de verzorgingsstaat en gelijkheid in welzijn tussen burgers. In landen waar de uitgaven voor sociale zekerheid hoog zijn is de spreiding in gezondheid en geluk niet kleiner dan in even welvarende landen met minder sociale zekerheid van staatswege. Groei en krimp van de uitgaven voor sociale zekerheid gaat ook niet samen met af- of toename van ongelijkheid in gezondheid en geluk tussen burgers.

Naar aanleiding van dit onverwachte resultaat worden vijf vragen besproken: 1) Doet omvang van de verzorgingsstaat er echt niet toe? 2) Hoe valt dat te verklaren? 3) Waarom is dat toch zo moeilijk te geloven? 4) Wat moeten we er mee in beleid? 5) Wat kan nader onderzoek nog leren?

1 INTRODUCTIE

'Zorg' en 'welzijn' worden vaak in één adem genoemd. Zorgaanbieders noemen zich 'welzijnswerkers'. Zorgsubsidies zijn ondergebracht onder het begrotingshoofdstuk 'welzijn'. Bezuiniging op zorgvoorzieningen wordt veelal 'aantasting van welzijn' genoemd.

Het woordgebruik suggereert een verband tussen zorgaanbod in de samenleving en het welzijn van de individuele burger. Meer zorg wordt geassocieerd met hoger welzijn. Onder zorg verstaat men in dit verband vooral collectieve zorg. Brede beschikbaarheid van statelijke zorgarrangementen wordt gezien als voorwaarde voor een goed leven. Hoe meer van die zorg, hoe hoger het welzijn van de burgers.

Een sterk ontwikkelde verzorgingsstaat wordt niet alleen bevorderlijk geacht voor een hoog niveau van welzijn, maar ook voor een gelijke verdeling ervan. Collectieve verzekeringen en herverdeling van inkomen zouden er voor zorgen dat ieder dezelfde kansen krijgt in het leven. Hoe sterker die arrangementen, hoe gelijkijker het welzijn van de burgers.

In die visie moet afslanking van de verzorgingsstaat leiden tot een lager niveau van welzijn en grotere verschillen in welzijn. Amerika wordt in dat verband vaak genoemd als schrikbeeld. Inkrimping van de van de toch al magere sociale voorzieningen in dat land zou het gemiddelde welzijn hebben doen dalen en zou verschillen in welzijn tussen burgers hebben vergroot. Men spreekt van 'Amerikaanse toestanden'.

Deze voorstelling van zaken wordt momenteel nauwelijks betwist, althans niet in Nederland. Het is haast een vanzelfsprekendheid. Er wordt gedebatteerd over de vraag in hoeverre economische redenen dwingen tot bezuiniging op de verzorgingsstaat, maar of een soberder verzorgingsstaat echt wel zo nadelig uitpakt op het welzijn staat nauwelijks ter discussie.

Het zou interessant zijn om na te gaan waar die voorstelling vandaan komt en hoe ze in stand wordt gehouden. Bijvoorbeeld, hoe aanbieders van zorg hun definitie van de situatie zo dominant hebben weten te maken en hoe de belangen van staat en professionals daarbij convergeren. Ook de rol van geëngageerde sociaal-wetenschappelijk onderzoekers bij deze beeldvorming zou eens tegen het licht gehouden kunnen worden. Voer voor kritische sociologen! In deze bijdrage is echter een andere vraag aan de orde. Niet de sociale constructie van het idee, maar het realiteitsgehalte ervan.

1.1 Benaderingen

Er zijn twee manieren om er achter te komen of de verzorgingsstaat echt wel zo bevorderlijk is voor niveau en gelijkheid van welzijn in de samenleving. De eerste manier is om de diverse effecten in te schatten. De tweede methode is het eindresultaat te meten. Beide benaderingen hebben hun voor- en nadelen.

Bij de eerste aanpak gaat het vooral om de vraag *hoe* de verzorgingsstaat het welzijn van de burgers beïnvloedt. Wat is daarover zoal te berde gebracht? Hoe hard is de evidentie voor de veronderstelde mechanismen? Waar treden die effecten het sterkst op? Wat is de achterliggende dynamiek? Bij de tweede benadering is de vraag *wat* dat oplevert. Zijn de mensen per saldo beter af in de verzorgingsstaat? Waar moeten we dan naar kijken? Hoe kun je dat meten?

De eerste benadering levert vooral inzicht in de werking van de verzorgingsstaat, maar beantwoordt niet de vraag naar het uiteindelijke rendement. Het relatieve gewicht van de diverse effecten valt namelijk niet goed in te schatten. De tweede benadering

geeft inzicht in wat het systeem oplevert, maar vertelt niet waarom. Kennis over resultaten biedt op zijn best aanwijzingen daarover.

De eerste benadering levert vooral informatie die nuttig is voor onderhoud van het zorgbestel. Er is dan ook veel vraag naar zulk onderzoek door uitvoerders van beleid. De tweede benadering geeft zicht op de merites van het systeem als zodanig. Dat is meer van belang voor degenen die zich oriënteren op de richting van beleid, zoals opiniemakers en politici. Het onderzoek rond de relatie zorg en welzijn wordt sterk gedomineerd door de beleidsuitvoerders, die ook het meest te besteden hebben. De eerste weg is daardoor al enigszins platgetreden, en de uitzichtspunten erlangs bekend. Het tweede pad wordt minder begaan. Daar valt dus wellicht nog wat nieuws te ontdekken. In deze bijdrage wordt een stuk van dat tweede pad verkend.

1.2 Aanpak

De vraag is dus of meer of minder verzorgingsstaat per saldo uitmaakt voor het welzijn van de burgers, met name of meer verzorgingsstaat leidt tot een hoger niveau van welzijn en tot een gelijkere verdeling ervan. Om die vragen te beantwoorden zullen we eerst nagaan wat precies onder 'welzijn' verstaan moet worden, en hoe dat kan worden gemeten (§ 2). Ook het begrip 'verzorgingsstaat' wordt nader worden gepreciseerd en geoperationaliseerd (§ 3). De volgende stap is dan het bijeenbrengen van de beschikbare gegevens. Die blijken beschikbaar voor 42 landen.

Bij analyse van die gegevens wordt eerst gezien of het niveau van welzijn hoger is in landen met een relatief grote verzorgingsstaat dan in vergelijkbare landen met een bescheiden staatszorg (§ 4). Vervolgens gaan we na of gelijkheid in welzijn hoger is in de meest ontwikkelde verzorgingsstaten (§ 5). In beide gevallen worden twee vergelijkingen gemaakt: Eerst wordt gekeken of het welzijn hoger is en gelijkere verdeeld in landen die anno 1990 de meeste staatszorg boden (§ 4.1. en 5.1). Vervolgens wordt nagegaan of niveau en gelijkheid van welzijn het meest zijn toegenomen in landen waar de verzorgingsstaat de laatste decennia het meest is uitgebouwd (§ 4.2 en 5.2). We vergelijken dus tussen landen en door de tijd. Overzicht 1 brengt de analyse in schema.

Deze aanpak is al eerder beproefd op data uit de jaren 1980. Zie Veenhoven (1990, 1992b) en Veenhoven & Ouweneel (1995). In deze bijdrage worden de resultaten daarvan geresumeerd. Tevens worden nieuwe gegevens gepresenteerd. Die nieuwe gegevens hebben betrekking op een andere tijdsperiode (begin jaren '90) en een iets andere verzameling landen. Er worden ook nieuwe indicatoren van welzijn gebruikt; naast lang en gelukkig leven nu ook gezond leven.

De eerste studie in deze reeks was aanvankelijk opgezet om de omvang te schatten van het welzijns-surplus dat de verzorgingsstaat oplevert. De ambitie was om daarmee in de discussie enig tegenwicht te kunnen bieden aan economen die toen zo aannemelijk wisten te maken dat uitbouw van de verzorgingsstaat nadelig uitpakt op de welvaartsgroei.¹ Tegen dat verlies aan welvaart moest de winst aan welzijn worden gesteld.² Het resultaat was echter anders dan voorzien. Er bleek helemaal geen welzijns-surplus.³ Ik heb de verleiding weerstaan dat resultaat ter zijde te leggen. In plaats daarvan ben ik het verder gaan beproeven. Dit hoofdstuk doet daar verslag van.

2 WELZIJN

Om zinnig te kunnen denken over welzijn in de verzorgingsstaat moet eerst worden gespecificeerd wat 'welzijn' dan wel is. Hiertoe zullen we de verschillende betekenissen

van het woord op een rijtje zetten en op grond daarvan een keuze maken. De volgende vraag is dan hoe welzijn in die betekenis gemeten kan worden en welke gegevens daarover beschikbaar zijn.

2.1 Betekenissen woord

Het inzicht in de relatie tussen zorg en welzijn wordt bemoeilijkt door de meerduidelijkheid van de term 'welzijn'. Welzijn betekent letterlijk dat iets in goede ('wel') staat verkeert ('zijn'). Dat is nogal breed. De term zegt niet wat dat voor 'iets' is. Evenmin wordt duidelijk welke 'staat' daarvan beoordeeld wordt.

De term wordt echter meestal in smallere betekenissen gebruikt, toegespitst op een bepaald object (bv mensen). Vaak betreft de beoordeling ook een bepaald aspect van het functioneren daarvan (bv maatschappelijke participatie). In uitspraken over welzijn in de verzorgingsstaat worden algemene en specifieke betekenissen vaak door elkaar gehaald.

2.1.1 *Individueel welzijn en maatschappelijk welzijn*

De term welzijn verwijst meestal naar de mate waarin het een individu goed gaat. In die zin is het synoniem met 'kwaliteit van leven'. De term wordt in dat verband voor mens en dier gebruikt. Als in die zin gesproken wordt over het welzijn van een categorie, bv over het welzijn van ouderen, wordt bedoeld op het gemiddelde van de afzonderlijke mensen.

Soms wordt het woord echter ook gebruikt ter aanduiding van kwaliteit van boven-individuele verbanden, zoals de familie, een bedrijfstak of de samenleving als geheel. Welzijn betekent dan dat het goed gaat met het sociaal systeem. Om die betekenissen uit elkaar te houden wordt wel onderscheid gemaakt tussen 'individueel welzijn' en 'maatschappelijk welzijn'.

Tot op zekere hoogte vallen die verschijnselen samen. Mensen kunnen niet leven zonder samenleving, dus is individueel welzijn niet mogelijk zonder enig maatschappelijk welzijn. Evenzeer kan de samenleving niet bestaan zonder mensen. Dus kan er geen sprake zijn van maatschappelijk welzijn zonder minimaal individueel welzijn. De overlap is echter zeker niet volledig. Mensen lijken soms goed te leven in samenlevingen die zwak zijn of in verval verkeren. Leefbaarheid van een systeem is niet het zelfde als de overlevingskracht ervan. Omgekeerd gaat maatschappelijke welzijn nogal eens ten koste van individueel welzijn. Continuïteit van het systeem vergt niet zelden zware onderdrukking. Economische bloei doet soms afbreuk aan de individuele levenskwaliteit. Een klassiek voorbeeld daarvan is de 'Verelendung' van de arbeidersklasse aan het begin van de industriële revolutie.

In de discussie over welzijn en verzorgingsstaat lopen de individuele en collectieve betekenissen nogal eens door elkaar. Vaak wordt de aanwezigheid van sterke statelijke zorgarrangementen benoemd als 'maatschappelijk welzijn'. De veelal impliciete gedachte daarbij is dan dat een prominente zorgrol van de staat goed is voor de samenleving, bijvoorbeeld omdat het meer 'sociale cohesie' zou bewerkstelligen. De kwalificatie van het systeem wordt dan vervolgens uitgestrekt naar de bewoners ervan. Mensen die in een verzorgingsstaat leven worden geacht ook 'wel' te 'zijn'. De wederom typisch impliciete gedachte daarbij is dan dat wat goed is voor de samenleving ook wel goed zal zijn voor de leden ervan. Maatschappelijk welzijn vervloeit dan met individueel welzijn.

2.1.2 *Drie betekenissen van individueel welzijn*

Naast dit verschil in object van beoordeling is er ook verschil in de 'zijns'-toestand die meer of minder 'wel' is. Bij gebruik van de term welzijn voor individuen kunnen dan

drie toestanden onderscheiden worden: levens-voorwaarden, levens-vaardigheden en levens-uitkomsten. Biologen spreken in dat verband van respectievelijk 'biotoop', 'adaptie' en 'overleving'. In termen van systeemleer is sprake van respectievelijk 'input', 'throughput' (soms 'state' genoemd) en 'output'.

Levensvoorwaarden

In de eerste betekenis verwijst de term welzijn naar kwaliteit van de leefomgeving, bv als het woord gebruikt wordt voor aanwezigheid van sociaal-culturele voorzieningen in de wijk waar men woont, of beschikbaarheid van sociale verzekeringen in het land. Welzijn is hier de mate waarin de levenssituatie het Paradijs benadert. Sociologen spreken vaak over welzijn in deze betekenis.

Levensvaardigheden

In de tweede betekenis wordt het zelfde woord gebruikt ter aanduiding van het vermogen zich in de omgeving te handhaven. Het gaat dan over zaken als 'zelfredzaamheid', adequaat 'bewustzijn' en 'ontplooiing' van capaciteiten. Welzijn is nu de mate waarin de mens meester is over eigen lot. Dit is de favoriete betekenis van psychologen en agogen.

Levensuitkomsten

In de derde betekenis duidt het woord welzijn op de uitkomst van dat alles. Bij plant en dier hebben we het dan over de mate waarin het organisme zich weet te handhaven. Op individueel niveau manifesteert zich dat in lengte van de levensduur en in vrijwaring van beschadigingen. Met andere woorden: in 'gezonde levensduur'. Dat criterium geldt ook voor mensen. Deze betekenis is het meest in zwang in medische kring.

Bij mensen manifesteren de levensuitkomsten zich ook in subjectieve satisfactie. Evenals bij andere hogere diersoorten kennen mensen prettige en onprettige ervaringen, die als een soort biologisch kompas fungeren. Mensen kunnen ook nog eens reflecteren op die ervaring. Dat maakt dat bij mensen het levensresultaat ook kan worden afgelezen aan de levensvoldoening. Menselijk welzijn manifesteert zich dus niet alleen in lang en gezond leven, maar ook in lang en gelukkig leven.

Ook hier vallen de beschreven verschijnselen weer tot op zekere hoogte samen. De leefomgeving moet nogal wat voorwaarden bieden willen mensen voldoende competenties ontwikkelen, en als de voorwaarden al te slecht zijn kan zelfs de meest competente mens er niet gezond en gelukkig blijven. Welzijn in de eerste zin is dus tot op zekere hoogte een noodzakelijke voorwaarde voor welzijn in de tweede zin en welzijn in de tweede zin voor welzijn in de derde zin. Er zijn waarschijnlijk ook terugkoppel-relaties, gezonde en gelukkige mensen kunnen meer problemen aan en hebben wellicht ook een positief effect op de maatschappij. Toch is ook hier de overlap weer niet volledig. De aanwezigheid van goede levens-omstandigheden is geen voldoende voorwaarde voor een goed leven. Zelfs in het Paradijs kunnen mensen zichzelf te gronde richten of getroffen worden door ziekte.

Ook deze betekenissen vervloeien vaak in discussies over zorg en de verzorgingsstaat. Zorg richt zich primair op welzijn in de eerste en tweede betekenis: verbetering van levensomstandigheden, zoals goede huisvesting of financiële zekerheid en verhoging van de levensvaardigheid door ondermeer scholing, vorming en therapie. Dit woordgebruik wekt het idee dat zorg ook welzijn in de derde betekenis bewerkstelligt, dus dat mensen daardoor gezonder en gelukkiger worden. Gereede twijfel over de ineffectiviteit van zorg wordt daarmee verhuld.

De verwarring wordt nog groter waar de zorg zelf als 'welzijn' benoemd wordt. Dat suggereert dan op zijn minst dat die zorg leidt tot betere levensomstandigheden of grotere levensvaardigheid, nu dus welzijn in de eerste en tweede betekenis. Het woordgebruik verhult daarmee ook twijfel aan de instrumentele effectiviteit van zorg.

2.1.3 *'Totaal' en 'partieel' individueel welzijn*

In de hier besproken betekenissen is welzijn een verzamelterm. In het eerste geval verzamelterm voor gunstige levensvoorwaarden, in het tweede geval een overkoepelende term voor relevante competenties en in het derde geval paraplu-term voor gunstige levensuitkomsten.

Het woord wordt echter ook gebruikt voor specifiekere zaken. Zo wordt vaak over welzijn gesproken ter aanduiding van gesubsidieerde sociaal-culturele voorzieningen in de sfeer van buurthuizen. Die voorzieningen worden geacht bepaalde aspecten van de leefsituatie te verbeteren, zoals bv 'sociale ondersteuning' en om bepaalde vaardigheden te versterken, zoals 'assertiviteit'. Het woordgebruik suggereert dat verbetering op die delen het bestaan als geheel beter maakt. Dat effect wordt nog eens versterkt als de tegenstelling 'welvaart' en 'welzijn' weer ten tonele gevoerd wordt. In die context is welzijn namelijk een omvattender begrip.

2.2 **Meest toepasselijke betekenis in dit verband**

Het is niet goed mogelijk om het begrip welzijn in al die betekenissen tegelijk te hanteren, zeker niet om dat consequent te doen (dwz niet nu de ene betekenis en even later de andere). Daarom moet een keuze worden gemaakt. Gezien de vraag van dit hoofdstuk gaat het dan over individueel welzijn in de zin van levensuitkomsten in totaal.

'Individueel' welzijn....

Bij de vraag die hier aan de orde is gaat het niet om maatschappelijk welzijn. Niet de toestand van het sociaal systeem is aan de orde, maar dat van de bewoners ervan. De vraag is immers of het maatschappijtype 'verzorgingsstaat' burgers een beter leven biedt en of het de verschillen in individuele levenskwaliteit verkleint. Het gaat dus om individueel welzijn, maar om wat voor individueel welzijn?

..in de zin van 'levensuitkomsten'.....

Als we welzijn opvatten in de betekenis van 'goede levensomstandigheden' wordt de vraag of de verzorgingsstaat beduidend betere levensomstandigheden creëert en/of een groter gelijkheid van toegang daartoe bewerkstelligt. Dat is dan eigenlijk een vraag naar de instrumentele effectiviteit van de verzorgingsstaat. Rond die vraag is al veel onderzoek gedaan. Dat onderzoek bevestigt in grote lijnen dat de verzorgingsstaat zijn eigen doelen wel enigszins waarmaakt. De huisvesting is er iets beter, er is wat groter inkomensgelijkheid en er is beduidend minder armoede. Er wordt getwist over de grootte van het succes en over de prijs er van op korte en lange termijn. Langs deze lijn valt weinig nieuws te leren. Verder blijft natuurlijk de vraag of de goede bedoelingen van de verzorgingsstaat wel hout snijden. Met andere woorden: of de aannames over goede levensomstandigheden wel reëel zijn. Die vraag valt niet te beantwoorden zonder naar levensuitkomsten te kijken.

Als we welzijn opvatten in de betekenis van 'levensvaardigheden' wordt de vraag of de verzorgingsstaat competentere burgers voortbrengt. We hebben het dan over secundaire effecten, want de verzorgingsstaat is niet primair bedoeld als vormingsinstituut. Rond deze vraag is niet zoveel onderzoek gedaan. De vraag leent zich daar ook niet

makkelijk voor. Het is niet zo duidelijk wat dan precies verstaan moet worden onder 'levensvaardigheid' en al helemaal niet hoe dat op een omvattende wijze gemeten moet worden. Ook hier rijst het probleem dat het vaak nog maar de vraag is of we veel opschieten met het verder opkweken van hooggeschatte vaardigheden zoals 'intelligentie' en 'assertiviteit'. Weer moeten we dat uiteindelijk afmeten aan de uitwerking op levensuitkomsten.

Als we welzijn opvatten in de betekenis van 'levensuitkomsten' wordt de vraag in hoeverre de verzorgingsstaat bevorderlijk is voor een lang, gezond en gelukkig leven. In utilitaristisch perspectief hebben we het dan over de eind-effectiviteit van het stelsel. Hoewel hierover veel met stelligheid beweerd wordt is rond dit thema nog vrijwel geen empirisch onderzoek gedaan. De kwestie leent zich echter wel goed voor vergelijkende telling van uitkomsten. Daarom wordt in deze bijdrage deze laatste betekenis aangehouden.

..in 'totaal'

Het gros van het onderzoek naar welzijn in de verzorgingsstaat is gericht op partieel welzijn. Het gaat meestal om heel bepaalde achterstanden in levensomstandigheden, zoals 'armoede', en om specifieke levensbekwaamheden, zoals 'mondigheid'. Dat onderzoek dient typisch ter ondersteuning van keuzen binnen het zorgbestel. Hier staat echter het bestel als zodanig ter discussie. In die context gaat het om de vraag of verzorgingsstaten een surplus aan totaal welzijn genereren.

2.3 Indicatoren van welzijn in landen

Welzijn, in de gekozen betekenis, manifesteert zich dus in de mate waarin mensen lang, gezond en gelukkig leven. Deze uitkomsten kunnen op individueel niveau gemeten worden en vervolgens geaggregeerd naar landniveau.

Het niveau van welzijn in het land kan dan worden afgemeten aan gemiddelden: gemiddelde levensduur, gemiddelde gezondheid en gemiddeld geluk. Ongelijkheid in welzijn tussen burgers kan vervolgens worden afgemeten aan de spreiding rond die gemiddelden. Dat wil zeggen: aan de mate waarin verschillen optreden in oud worden en in gezond en gelukkig zijn. Gegevens hierover zijn beschikbaar voor 42 landen rond 1990⁴.

2.3.1 Lang leven

In vrijwel alle landen wordt tegenwoordig voor alle burgers bijgehouden wanneer ze geboren worden en wanneer ze sterven. Op grond van die bevolkingsregistraties kan worden vastgesteld hoe lang mensen gemiddeld leven in een bepaald land in een bepaalde tijd. Dit resultaat kan ondermeer worden uitgedrukt in 'levensverwachting' bij geboorte. De verschillen in levensverwachting tussen hedendaagse landen zijn aanzienlijk: bv 30 jaar in Opper Volta en 79 jaar in Japan. In de laatste decennia hebben zich ook aanzienlijke veranderingen in levensverwachting voorgedaan. Van 1960 tot 1990 steeg de levensverwachting in Zuid-Afrika met meer dan 20 jaar. Daarentegen daalde de levensverwachting in de voormalige Oostblok landen; met name in Rusland (UNDP 1996).

Over levensverwachting in landen zijn goede gegevens beschikbaar. Van vrijwel alle landen van de wereld weten we hoe de levensverwachting thans is en van veel landen weten we ook hoe de levensverwachting zich in de laatste decennia ontwikkeld heeft.

Het is ook mogelijk om te berekenen hoe groot de spreiding rond de gemiddelde levensverwachting is. Deze mogelijkheid is beproefd door LeGrand (1987). Op basis van sterftetafels berekende hij Gini-coëfficiënten per land. Hoe hoger dat getal, hoe groter het verschil in geleefde jaren tussen burgers. Met een variant van die methode zijn verschillen berekend in 32 landen voor de periode rond 1980 (Veenhoven 1993: 134).⁵ Ook hier blijken aanzienlijke verschillen: in India is de Gini-coëfficiënt bv 4 keer hoger dan in Nederland.

Over verandering in ongelijkheid in geleefde jaren zijn vooralsnog geen gegevens beschikbaar. De demografische gegevens over de jaren '90 lenen zich minder makkelijk voor deze berekening. Bij gebrek aan recenter data moeten we het daar voorlopig mee doen.

Gezond leven

Gezondheid wordt hier opgevat in de beperkte betekenis van afwezigheid van lichamelijk gebrek (de ruimere definitie van de WHO omvat alles wat welzijn genoemd wordt). De mate waarin daarvan sprake is in een bevolking kan op verschillende manieren geschat worden.

Vanouds wordt gegrepen naar de data van medische registraties. Daarin vindt men een schat aan gegevens over prevalentie van specifieke ziekten in landen en over medische consumptie. Die gegevens zeggen echter weinig over de algehele gezondheidstoestand van de bevolking. Lang niet alle aandoeningen komen in de statistiek en meer medische consumptie betekent nog geen slechter gezondheid.

De algehele gezondheidstoestand kan beter worden ingeschat met medische screenings. Hierbij worden mensen door een arts onderzocht aan de hand van een gestandaardiseerde checklist. Soms betreft dit de hele bevolking, meestal een steekproef. Veel van dit onderzoek richt zich echter toch te zeer op specifieke aandoeningen. Dit onderzoek is verder duur en daarom schaars. Vergelijking van een flink aantal landen is daardoor niet mogelijk.

Een andere manier is mensen vragen naar hun gezondheid. Ook in medische screenings is dat een belangrijke informatiebron. Deze methode is gesystematiseerd in de zogeheten gezondheids-enquêtes. Een gangbare methode daarbij is mensen een lijst met lichamelijke klachten voor te leggen en vervolgens te vragen of ze daar last van hebben en zo ja in welke mate. Op grond van de antwoorden wordt dan een gezondheids-score berekend. Problemen van deze methode zijn ondermeer dat zo'n lijst nooit uitputtend is en dat in de berekening alle aandoeningen een gelijk gewicht krijgen. Toch zou die methode best bruikbaar zijn voor ons doel als niet overal verschillende klachtenlijsten gehanteerd werden. Vergelijking van een flink aantal landen is daardoor weer niet mogelijk.

In gezondheids-enquêtes wordt de algemene gezondheidstoestand ook wel gemeten door te vragen hoe gezond men zich over het algemeen voelt. Men spreekt in dat verband van 'subjectieve gezondheid'. Die subjectieve schattingen blijken goed te sporen met de gezondheidsscores die uit antwoorden op klachtenlijstjes te voorschijn komen. Uit follow-up onderzoek blijkt voorts dat subjectieve gezondheid een goede voorspeller is van ziekte en levensduur (Appels et al 1996, Idler & Denyamini 1997). Dit zegt dus wel iets. In dit geval zijn er ook de nodige gegevens beschikbaar. Zo bevat de World Value Survey de volgende vraag: "Alles bij elkaar genomen, hoe staat het met uw gezondheid tegenwoordig? Zou u zeggen: zeer goed, goed, redelijk, slecht, zeer slecht of weet niet?" (item 83). In 1980 is deze vraag in 22 landen gesteld, in 1990 in 42 landen.

In dit onderzoek wordt het gemiddelde antwoord op die vraag gebruikt ter indicatie van de mate waarin burgers gezond leven. De standaarddeviatie wordt gebruikt ter aanduiding van de mate waarin burgers in gezondheid verschillen.

2.3.2 *Gelukkig leven*

Geluk is een innerlijke geestestoestand. Van de buitenkant kunnen we niet goed zien of iemand voldoening in het leven schept. We beschikken ook niet over zoiets als een thermometer om de graad van satisfactie objectief vast te stellen. Daarom kunnen we geluk eigenlijk alleen maar meten door mensen er naar te vragen. Het heeft enige tijd gekost voordat de wetenschap zich met dat gegeven verzoend heeft. Eerst zijn er nog allerlei pogingen ondernomen om levensvoldoening af te meten aan het voorkomen van bepaalde gedragingen.

Gedragsindicatoren

Aanvankelijk probeerde men 'volks-gelukkigheid' in landen te meten aan de incidentie van *wanhoopsgedrag*, zoals zelfdoding, zelfbedwelming (drugs, alcohol) en het zoeken van riskante kicks. Naarmate burgers minder voldoening in hun leven scheppen zouden die gedragingen meer voorkomen. Op een zelfde manier is ook geprobeerd geluk af te meten aan *migratie*, hoe minder levensvoldoening in het land, hoe meer mensen uit het land vertrekken. Ook *politiek protest* is wel opgevoerd als indicator van geluk. Onvrede met het leven zou zich onder meer manifesteren in deelname aan rellen en steun voor extremistische partijen.

Daar zit natuurlijk allemaal best wat in, maar bij nadere beschouwing blijkt de relatie tussen innerlijk geluk en getoond gedrag toch aanzienlijk complexer. Een complicatie is bij voorbeeld dat zelfdoding meer aanvaard wordt in de meest gelukkigste landen. Elders heb ik de problemen van deze benadering op een rijtje gezet (Veenhoven 1996a). Laat ik hier volstaan met de conclusie dat het zo niet gaat.

Zelf-rapportages

Geluk kan dus alleen gemeten worden door mensen ernaar te vragen. Hiertoe zijn zeer verschillende vraag-methoden ontwikkeld, waarvan een aantal goed bruikbaar is gebleken. Eén van die bruikbare methoden is de directe vraag naar de mate waarin men voldoening schept in het leven als geheel. Een andere methode is vragen hoe prettig men zich voelt door dag en tijd.

Aanvankelijk was er veel twijfel over de validiteit van de antwoorden op dit soort vragen. Eén van de twijfels was of de antwoorden wel iets zeggen over geluk. Veel mensen zouden geen oordeel hebben over hun leven, en dus maar wat roepen. Ook zouden de antwoorden meer zeggen over hoe gelukkig mensen denken dat ze moeten zijn in hun situatie, dan over hun werkelijke levensvoldoening. Een andere bron van twijfel betreft wenselijkheidsvertekening. Mensen zouden zich vaak gelukkiger voordoen dan ze zich in werkelijkheid voelen. De vele bezwaren hebben nogal wat valideringsonderzoek op gang gebracht. Daaruit blijkt echter dat mensen in het gros van de gevallen gewoon eerlijk antwoord geven. Antwoorden op vragen naar geluk blijken qua validiteit en betrouwbaarheid vergelijkbaar met directe vragen over hoe gezond men zich voelt. Zie ondermeer Veenhoven (1984: hoofdstukken 3 en 4) en Headey & Wearing (1992: hoofdstuk 3).

Inmiddels maken vragen over geluk een vast onderdeel uit van grootschalige enquêtes in verschillende landen. Op grond daarvan weten we nu van zo'n zestig landen hoe prettig de mensen zich voelen en hoe tevreden ze zijn met hun leven als geheel.

Stemmings-niveau en levens-tevredenheid blijken hand in hand te gaan; wat men vindt van het leven wordt sterk bepaald door hoe men zich erbij voelt (Veenhoven 1996c).

Er was aanvankelijk veel twijfel over de vergelijkbaarheid van deze geluksmaten over grenzen. Is het antwoord dat een Fransman geeft op een vraag naar 'bonheur' wel van dezelfde orde als dat van een Amerikaan over 'happiness'? Is er geen verschil in wenselijkheidsvertekening tussen landen? Is het begrip eigenlijk wel bekend buiten de westerse wereld?

Onderzoek heeft inmiddels veel twijfels weggenomen. Zo bleek ondermeer dat vragen met verschillende bewoordingen toch steeds dezelfde rangorde van landgemiddelden opleveren. Diverse tests op wenselijkheidsvertekening brachten geen systematische verschillen aan het licht. Het begrip blijkt ook overal goed bekend, er wordt prompt geantwoord en het aantal 'weet niet' antwoorden is miniem. Geruststellend is voorts dat geluk niet los blijkt te staan van 'harde' landkenmerken, ruim 70% van de gevonden verschillen kan zo verklaard worden (Veenhoven 1993: ch 5). Het betreft hier een lang lopende discussie, die pas vrij recent beslecht is, nadat voldoende data beschikbaar zijn gekomen. Ik kan daar hier nu niet verder op in gaan, en laat het bij de conclusie dat vergelijken van geluk tussen landen redelijk verantwoord is.

Voor dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van gegevens uit de World Value Surveys. In het kader van dat onderzoek zijn in tal van landen representatieve steekproeven uit de bevolking op identieke wijze ondervraagd. De eerste studie vond plaats rond 1980 en omvatte 22 landen. Tien jaar later volgde een tweede ronde waarbij 42 landen betrokken waren. De vragenlijst bevatte steeds drie indicatoren van geluk: 1) een vraag naar 'levenstevredenheid', 2) een serie vragen over de 'stemming' van de laatste weken, en 3) een globale vraag naar 'geluk'. De vraag naar levenstevredenheid luidt: Alles bij elkaar genomen, hoe tevreden bent u met uw leven als geheel? Geef aan in een getal van 10 (tevreden) tot 1 (ontevreden) (item 96). Deze vraag brengt de cognitieve kant van geluk het scherpst in beeld. In het antwoord daarop kunnen ideaalvoorstellingen mogelijk een rol spelen.

Het stemmings-niveau is gemeten middels tien vragen naar specifieke gevoelens in de afgelopen weken (items 83-93). Vijf daarvan betreffen positieve gevoelens (bv blij geweest..) en vijf andere negatieve gevoelens (bv onrustig geweest). De vragen worden beantwoord met 'ja' of 'nee'. Uit de antwoorden wordt een 'gevoelsbalans berekend door het aantal negatieve gevoelens af te trekken van het aantal positieve gevoelens (Bradburn 1965). De gevoelsbalans score geeft een beeld van de affectieve component van geluk.

Overall geluk wordt weer met een enkele vraag gemeten. Die vraag luidt: Alles bij elkaar genomen, bent u: zeer gelukkig, behoorlijk gelukkig, niet zo gelukkig of helemaal niet gelukkig? (item 18). In het antwoord op deze vraag worden cognitieve- en affectieve evaluaties samengevoegd.

In de nu volgende analyses worden de gemiddelde scores op deze geluksvragen gebruikt om het niveau van welzijn in landen te meten. De standaarddeviaties worden gebruikt om de ongelijkheid in welzijn te kwantificeren. Gegevens zijn beschikbaar voor 42 landen. (Een overzicht van de variabelen staat op bijlage 2)

3 VERZORGINGSSTAAT

Nu de vraag wat precies verstaan moet worden onder 'verzorgingsstaat' en hoe dit verschijnsel gemeten kan worden. Hierover kunnen we korter zijn. Het begrip is minder problematisch en over de indicatoren bestaat minder twijfel.

3.1 Begrip verzorgingsstaat

De term 'verzorgingsstaat' wordt gebruikt voor moderne samenlevingen waarin zorgdiensten in belangrijke mate gedifferentieerd en geprofessionaliseerd zijn en onder regie van de overheid worden geproduceerd en gedistribueerd. Het woord geeft niet aan om wat voor zorg het gaat.

Meestal wordt bedoeld op financiële diensten in de sfeer van 'sociale zekerheid', namelijk verzekeringen tegen inkomensverlies en ziektekosten. Van Maarseveen (1990) spreekt in dat verband van 'verzekeringsstaat'. Het begrip wordt ook wel in ruimere betekenis gebruikt en omvat dan ook collectieve voorzieningen rond educatie, cultuur en volkshuisvesting. In engelstalige literatuur wordt de beperkte betekenis vaak aangeduid als 'social insurance' en de ruimere betekenis met 'social policy'.

In deze bijdrage wordt de beperkte betekenis van sociale zekerheid aangehouden. Met de term verzorgingsstaat bedoel ik dus een stelsel van collectieve verzekeringen. Beperking tot sociale zekerheid maakt vergelijking van landen beter mogelijk. Het maakt de resultaten ook beter interpreteerbaar. We weten dan over wat voor zorg het gaat.

Vrijwel alle hedendaagse staten bieden wel enigerlei vorm van sociale zekerheid. De nachtwakerstaat bestaat alleen nog in boeken. In deze bijdrage gaat het om de omvang van de sociale zekerheid van staatswege. Hoe groter die omvang, hoe meer sprake er is van een 'verzorgingsstaat'.

3.2 Indicatoren van omvang staatszorg

In de literatuur treft men drie methoden om de omvang van de sociale zekerheid in landen te meten: 'anciënniteit' van het systeem, de 'sociale rechten' die het garandeert en de financiële 'uitgaven' die er mee gemoeid zijn. Al deze methoden hebben hun voor- en nadelen.

Anciënniteit van het systeem

De meest eenvoudige maat is de tijd die verstreken is sinds de invoering van de eerste sociale zekerheidswetten. De gedachte daarbij is dat de interne dynamiek van het systeem leidt tot gestage uitbreiding van het zorgaanbod. Hoe eerder begonnen, hoe groter gegroeid. Deze maat wordt gehanteerd door Estes (1984). Zijn 'Welfare-index' omvat 5 financiële voorzieningen: pensioenen bij ouderdom en invaliditeit, verzekeringen voor ziektekosten, arbeidsongeschiktheid en werkeloosheid, en kinderbijslag. Steeds wordt het aantal jaren sinds de invoering van de eerste wet geteld.

Een bezwaar van deze methode is natuurlijk dat een vroeg begin niet garant staat voor gestage uitbreiding. Engeland was er vroeger bij dan Zweden, maar momenteel is de sociale zekerheid in Zweden toch beduidend ruimer dan in Engeland. Een belangrijk voordeel is echter dat met deze maat lange termijn effecten gevat kunnen worden.

In deze benadering kan volstaan worden met een eenmalige meting. De data van Estes dekken 107 landen.

Sociale rechten

Een tweede manier is inventarisatie van sociale zekerheidsrechten. Daarbij wordt ook gebruik gemaakt van sociale zekerheidswetten, maar gaat het nu niet om datum van invoering, maar om de inhoud. Er wordt gekeken naar de voorzieningen waarop de burger aanspraak kan maken. Zo wordt bv nagegaan of er in een land oudedagsvoorzieningen bestaan, hoe toegankelijk die voorzieningen zijn en wat de hoogte van de uitkeringen is. Eén en ander wordt gekwantificeerd in puntenstelsels.

Een nadeel van deze benadering is dat de letter van de wet niet altijd spoort met de uitvoeringspraktijk. Uitoefening van legitieme uitkeringsrechten kan ook belemmerd worden door onwetendheid en moraal. Verder geeft deze benadering niet altijd een goed beeld van de relatieve omvang van de staatszorg. Als in een arm land haast alle zorg door de staat verschaft wordt, kan de score toch laag zijn, omdat er nu eenmaal weinig te garanderen valt. Daarentegen is een groot voordeel van deze methode dat schatting van het zorgaanbod niet vertekend wordt door de vraag, zulks in tegenstelling tot de hieronder te bespreken financiële indicatoren.

Deze benadering is toegepast door Esping-Andersen (1990) op zorgvoorzieningen in de sfeer van sociale zekerheid (onderwijs blijft bv buiten beeld). Hij noemt zijn rechtentelling 'ontgoederings-score' (de-commodification), zulks vanuit de gedachte dat mensen minder afhankelijk zijn van de marktwaarde van hun arbeid naarmate hen een beter bestaansminimum gegarandeerd wordt. Voorsnog zijn die scores slechts beschikbaar voor 18 OECD landen in de jaren '80.

Uitgaven voor sociale zekerheid

De mate waarin de staat zijn burgers zorg verschaft kan ook worden afgemeten aan de omvang van uitgaven voor collectieve zorg. Die uitgaven kunnen worden uitgedrukt in een percentage van het bruto binnenlands produkt. Daarmee krijgt men een beeld van de relatieve omvang van zorg. Een nadeel van deze methode is echter dat hoge uitgaven niet altijd duiden op royale voorzieningen. Bij werkeloosheid en vergrijzing kunnen de uitgaven hoog oplopen, terwijl de rechten toch bescheiden blijven of zelfs verminderen.

Het is verder niet zo eenvoudig om af te bakenen wat nu precies tot 'zorg' moet worden gerekend en waar wel of niet sprake is van 'collectieve' arrangementen. Vergelijking wordt ook bemoeilijkt doordat de kosten vaak heel verschillend geboekt worden. Zo lijken de uitgaven voor werkeloosheidsuitkeringen in Zweden heel laag omdat werkelozen daar in het kader van het activerings- en scholingsbeleid veelal in overheidsdienst komen.

Men kan dat probleem ondervangen door de collectieve uitgaven in meest brede zin te vergelijken, bijvoorbeeld de omvang van de overheidsuitgaven na aftrek van defensie. Hieronder vallen ook scholing en huisvesting. Echter ook uitgaven die meer met economie te maken hebben dan met welzijnszorg vallen onder deze indicator: bijv. overheidsinvesteringen in het wegennet. Dat is een groot bezwaar. We zullen deze methode daarom niet gebruiken.

Een andere manier is om op basis van zorgvuldige definities te specificeren hoeveel er aan bepaalde collectieve arrangementen wordt uitgegeven. Verschillende internationale organisaties maken op die manier schattingen van de omvang van de verzorgingsstaat, echter ieder op basis van iets andere definities. In een eerdere vergelijking van deze financiële indicatoren kwam de schatting van de International Labour Organization als beste naar voren (Veenhoven & Ouweneel 1995:12). De ILO

definitie van sociale zekerheid omvat medische zorg, kinderbijslag, en uitkeringen voor ziekte, werkeloosheid, ouderdom, arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. Volkshuisvesting en gemeenschapsvoorzieningen blijven buiten beschouwing. Op die manier wordt om de 3 jaar de omvang van de verzorgingsstaat in kaart gebracht. De data komen steeds pas met enige vertraging beschikbaar.

Voor deze bijdrage wordt gebruik gemaakt van de laatst beschikbare inventarisatie (ILO 1996). De gegevens van dit onderzoek lopen tot het jaar 1989 en omvatten vrijwel alle landen van de wereld. Van 48 van die landen kennen we ook de gemiddelde geluksbeleving rond die tijd (1990). (Een overzicht van de variabelen staat op bijlage 2)

4 STAATZORG EN NIVEAU VAN WELZIJN

Nu de vragen waar het allemaal mee begon. De eerste vraag was of meer staatszorg meer welzijn levert. Als dat zo is, moet het gemiddeld welzijn hoger zijn in sterk ontwikkelde verzorgingsstaten, dan in vergelijkbare landen met bescheidener staatszorg. Ook moet het gemiddeld welzijn zijn toegenomen in de landen waar de staatszorg is uitgebouwd, en moet welzijn zijn afgenomen in landen waar de zorg van de staat is verminderd. We kunnen nu vaststellen of dat ook werkelijk zo is.

4.1 Omvang staatszorg en mate van welzijn

Tabel 2 vermeldt de correlaties tussen enerzijds uitgaven voor sociale zekerheid per land en anderzijds gemiddelden voor gezondheid en geluk. De eerste kolom vermeldt de ruwe (nulde-orde) correlaties. De tweede kolom vermeldt partiële correlaties waarin het welvaartsniveau verdisconteerd is.

Resultaten

De ruwe correlaties zijn positief; in twee gevallen significant (levensverwachting en stemmingsniveau) en in twee gevallen net niet (ervaren gezondheid en tevredenheid met leven). In **figuur 1** is het verband met levenstevredenheid nader in beeld gebracht.

Volgens verwachting zien we in de rechter bovenhoek hoge tevredenheid in enige landen met royale staatszorg, zoals Denemarken (dk), Nederland (nl) en Zweden (s). Echter we zien midden boven ook dat de tevredenheid nog een tikje hoger ligt in IJsland (is) en Zwitserland (ch), waar de sociale zekerheidsuitgaven echter driemaal zo laag zijn (rond de 10% ipv 30%). De 'Amerikaanse toestanden' blijken ook mee te vallen. De levenstevredenheid in de Verenigde Staten (usa) en Canada (cdn) is nauwelijks lager.

Toch lijkt het plaatje als geheel de gangbare opinie te bevestigen. In de minst gelukkige landen zijn de uitgaven voor collectieve sociale zekerheid naar verhouding laag. Zie Roemenië (ro), Rusland (su) en Bulgarije (bg).⁶ Aan de onderkant treffen we ook de 3e wereld landen, die vrijwel geen collectieve sociale verzekeringen kennen, namelijk Nigeria (wan) en India (ind).

De omvang van de staatszorg is natuurlijk niet geheel onafhankelijk van het welvaartsniveau. Rijke landen kunnen zich makkelijker hoge uitgaven voor sociale zekerheid veroorloven. De ruwe correlaties kunnen dus op een schijnverband berusten. Daarom is ook berekend hoeveel verband overblijft als het welvaartsniveau constant wordt gehouden. Het welvaartsniveau werd gemeten naar de reële koopkracht per hoofd in

hetzelfde jaar. Die aldus geschoonde verbanden zijn weergegeven in de tweede kolom van **tabel 2**.

De verbanden zijn nu aanzienlijk kleiner, en geen van alle significant. In drie gevallen wordt het verband nu zelfs licht negatief. Dit resultaat was al enigszins af te lezen uit **figuur 1**. De landen linksonder zijn zonder uitzondering arme landen. Het lage welzijnsniveau in die landen zit kennelijk meer in de welvaart dan in de omvang van de staatszorg.

Bij nader inziens wordt de gangbare opinie dus niet bevestigd.

Overeenstemming met eerder onderzoek

Uit eerder onderzoek kwam eenzelfde beeld naar voren: op het eerste gezicht wel enig verband maar na controle voor welvaart niet meer.

Veenhoven (1990) en Veenhoven & Ouweneel (1995) deden een vrijwel identieke analyse op gegevens van tien jaar eerder. De landen in dat onderzoek waren voornamelijk OECD-leden. Omvang van de staatszorg werd in dat onderzoek niet alleen gemeten aan de hand van uitgaven sociale zekerheid, maar ook aan systeem-anciënniteit, sociale rechten en overheidsuitgaven in brede zin. Ook die andere indicatoren toonden echter geen verband met levensvoldoening en levensduur.

De relatie tussen uitgaven sociale zekerheid en levensduur is nog eens apart onderzocht in een verzameling van 97 landen, waaronder nu ook veel ontwikkelingslanden. Ook daar was de ruwe correlatie positief ($r = +.66$ $p < .01$), maar bleef er na controle voor welvaart niets over ($r_p = +.13$ ns). Zie Veenhoven & Ouweneel (1995: 19-20).

4.2 Krimp/groei staatszorg en verandering niveau welzijn

Het is niet ondenkbaar dat veel staatszorg wel degelijk positief uitwerkt op het welzijn, maar dat cross-sectionele analyse het effect niet goed zichtbaar maakt. Dat kan bv als in landen die momenteel met royale staatszorg bieden, het niveau van welzijn vroeger relatief laag lag. Vroegere ellende heeft misschien uitbouw van een verzorgingsstaat gestimuleerd. In dat geval heeft de zorg van de staat dan toch op zijn minst bewerkstelligd dat die landen nu op het zelfde niveau zijn gekomen als dat van buurlanden waar het leven aanvankelijk beter was en de roep om staatszorg derhalve minder sterk. Als dat zo is, moet er een verband zijn tussen verandering in omvang van de staatszorg en verandering in niveau van welzijn: uitbouw van staatszorg moet dan gepaard gaan met toename van welzijn, en inkrimping ervan met afname van welzijn.

Resultaten

Tabel 3 toont het verband in veranderingen over de periode 1980-90. Er blijkt geen relatie. De ruwe correlaties zijn laag en niet significant.

In **figuur 2** wordt de relatie met levensvoldoening weer nader in beeld gebracht, nu verandering in gemiddelde levensvoldoening. Op de horizontale as van het spreidingsdiagram kan men zien dat de uitgaven voor sociale zekerheid in de meeste landen zijn toegenomen, in Italië (i) zelfs met meer dan 5%. Alleen in Argentinië (ra) heeft zich een beduidende daling voorgedaan. Er is echter geen relatie met verandering in levenstevredenheid: de Argentijnen zijn er evenmin op vooruitgegaan als de Italianen. Op de horizontale as zien we dat de levensvoldoening in de meeste landen is gestegen, met name in Mexico (mex). In Mexico zijn de uitgaven voor sociale zekerheid echter op het zelfde niveau gebleven. Kortom, geen verband.

Een bron van vertekening zou kunnen zitten in het niveau van welzijn voor uitbouw van de verzorgingsstaat. De stap van een laag niveau naar een middelmatig niveau is makkelijker gemaakt dan de stap van middelmatig naar hoog. Dat geldt zeker voor de levensverwachting. Er is minder zorg nodig om de levensverwachting op te krikken van 50 naar 60 jaar, dan om die van 70 naar 80 jaar te brengen. Met het oog op deze mogelijkheid is ook een controle uitgevoerd voor het niveau van welzijn in 1980. Zie tweede kolom in **tabel 3**. Dit verandert het beeld echter niet. Ook nu blijkt geen spoor van een verband.

Weer moeten we ook rekening houden met de welvaartsfactor. Het is mogelijk dat verandering in welvaart een positief verband verhuult. Dat is bv het geval als economische neergang de sociale zekerheidsuitgaven heeft opgedreven in die periode, en hiermee een negatief effect van verminderde welvaart op welzijn gecompenseerd is. Toename van de omvang van de staatszorg heeft dan vermindering van welzijn voorkomen. Controle voor verandering in welvaart verandert het beeld echter evenmin. Zie derde kolom in **tabel 3**. Ook die partiële correlaties schommelen rond de nul.

Als beide controle variabelen tegelijkertijd constant worden gehouden blijkt wederom geen verband (data niet getoond).

Overeenstemming met eerder onderzoek

Deze uitkomsten bevestigen de resultaten van het eerder onderzoek van Veenhoven & Ouweneel (1995). Dit onderzoek betrof langere perioden van twintig tot dertig jaar. De relatie tussen verandering in sociale zekerheid en geluk werd onderzocht over de jaren 1960-1980 en de relatie tussen sociale zekerheid en levensduur over de jaren 1965-85 en 1950-80. Het aantal landen in die analyses was wat groter (37 tot 22). Bij dat onderzoek bleek eveneens geen significant verband.

Het resultaat spoort ook met een recent onderzoek van DiTella et al (1997) in 11 EU landen over de periode 1975-1991. Dat onderzoek beperkte zich tot een bepaald soort sociale zekerheid, namelijk collectieve werkloosheidsverzekeringen. Verbetering of verslechtering in uitkeringsrechten bij werkloosheid bleek geen effect te hebben gehad op de gemiddelde levensvoldoening in die landen.

5 STAATSZORG EN GELIJKHEID IN WELZIJN

De volgende vraag is of veel staatszorg een grotere gelijkheid in welzijn bewerkstelligt. Het antwoord op die tweede vraag staat los van het antwoord op de eerste. Ook al genereert staatszorg geen hoger gemiddeld welzijn, dan is het nog best mogelijk dat royale staatszorg verschillen rond dat gemiddelde afdempt. Omdat we ons nu richten op gelijkheid in welzijn worden nu spreidingsmaten gebruikt in plaats van gemiddelden.

Ongelijkheid in aantal geleefde jaren tussen burgers in een land wordt uitgedrukt in een gini-coëfficiënt (methode LeGrand, zie § 2). Ongelijkheid in subjectief welzijn (ervaren gezondheid en geluk) wordt gemeten met de standaarddeviaties. Het gebruik van standaarddeviaties voor dit doel veronderstelt wel dat er een behoorlijke variatiebreedte is, en dat de antwoorden niet al te scheef verdeeld zijn. Bij de hier gehanteerde maat van stemmingsniveau is dat het geval, de schaal varieert van 0 tot 10 en de verdeling is vrij symmetrisch. Bij levenstevredenheid is de variatie ook van 1 tot 10 maar is de verdeling nogal scheef. Overall geluk is gemeten op schaal 1-4 en de scores

zijn zeer scheef verdeeld. Dat maakt die indicator wat minder waardevol. Voor de volledigheid worden de resultaten echter wel vermeld.

5.1 Omvang staatszorg en spreiding in welzijn

Weer beginnen we met een cross-sectionele landvergelijking rond 1990. Zie [tabel 4](#). Horizontaal staat daar weer dezelfde maat voor omvang van de verzorgingsstaat als in [tabel 2](#), namelijk uitgaven voor sociale zekerheid per hoofd. Verticaal staan indicatoren van ongelijkheid in welzijn.

Resultaten

In de eerste kolom staan weer de ruwe correlaties. Die zijn in dit geval alle negatief. Dat betekent dat de spreiding in welzijn kleiner is naarmate de omvang van de staatszorg groter is. Slechts twee van de vijf correlaties zijn overigens significant, namelijk de correlaties met levensduur en overall geluk. Toch zijn de resultaten nu wel in overeenstemming met de gangbare opvatting.

In [figuur 3](#) wordt de relatie met levenstevredenheid weer in beeld gebracht. We zien daar rechtsonder enige landen waar hoge uitgaven voor sociale zekerheid gepaard gaan met kleine verschillen in tevredenheid tussen burgers. Zie Denemarken (dk), Nederland (nl) en Zweden (s). Echter, ook hier weer blijkt dat in IJsland (is) met veel minder sociale zekerheid toch het zelfde resultaat geboekt wordt. Anderzijds zien we dat Oostenrijk (a) en Noorwegen (n) ongeveer evenveel uitgeven aan sociale zekerheid, maar dat de ongelijkheid in tevredenheid drastisch verschilt tussen die landen. Ondanks al die variatie is er toch wel enig verband.

Het verband verbleekt echter na controle voor welvaartsniveau. De partiële correlaties in de tweede kolom van [tabel 4](#) zijn nagenoeg nul. Landen met veel staatszorg bewerkstelligen dus toch geen grotere gelijkheid dan even rijke landen waar de staat minder scheidend is. Alleen bij overall geluk zien we een substantiële correlatie. Hoewel die correlatie statistisch significant is ($p < .05$), doet het verschil met de andere vier correlaties toch vermoeden dat we hier te doen hebben met een toevalsuitschieter. Zoals al opgemerkt is de waarde van deze standaarddeviatie dubieus, omdat de variatie-breedte van de geluks-schaal klein is en de verdeling van de antwoorden erg scheef. De veel betrouwbaarder standaarddeviaties op de 10 punt-schaal van levenstevredenheid tonen geen verband.

Overeenstemming met eerder onderzoek

Een eerdere analyse op data uit de jaren 1980 heeft ook een negatief resultaat opgeleverd (Veenhoven 1990, 1992b). Die analyse betrof 23 1e wereld landen. De correlatie tussen uitgaven sociale zekerheid en spreiding in overall geluk was toen $+ .18$ (ns) en de correlatie met ongelijkheid in levensduur $- .14$ (ns). In dat onderzoek werd de omvang van de staatszorg ook nog op een andere manier gemeten, namelijk aan het totaal van de collectieve lasten minus defensie. Het resultaat was echter hetzelfde: geen verband.

Ook uit andersoortig onderzoek blijkt dat sterke verzorgingsstaten zich niet onderscheiden door een grotere gelijkheid in levensduur. Kunst (1997) vergeleek diverse landen op sterfteverschillen naar stand. In alle door hem onderzochte landen leven mensen uit de betere milieus beduidend langer dan laaggeplaatsten. Het verschil bleek niet kleiner in landen met een sterke verzorgingsstaat. De kleinste verschillen werden zelfs waargenomen in landen met weinig staatszorg, namelijk Zwitserland, Italië en

Spanje. In de Verenigde Staten werden geen 'Amerikaanse toestanden' aangetroffen. Het verschil in sterfte naar stand is er vergelijkbaar met West-Europa. In de voormalige Oostblok landen bleken decennia van egalitair verzorgingsbeleid niet te hebben geleid tot kleinere sterfte- verschillen tussen standen.

Dit beeld wordt ook bevestigd in het al eerder genoemde onderzoek van DiTella et al (1997). Bij dat onderzoek werd het effect van veranderingen in rechten op werkeloosheidsuitkeringen op levensvoldoening in kaart gebracht voor 11 EU landen in de jaren 1975-1991. Zoals al vermeld in § 4.2 bleek geen effect op de gemiddelde tevredenheid met het leven. De onderzoekers hebben ook gezien of verandering uitmaakt voor het verschil in levenstevredenheid tussen werkenden en werkelozen. In alle landen zijn werkelozen namelijk beduidend minder tevreden met hun leven. Verbetering van de werkeloosheidsuitkeringen bleek het verschil eerder groter te hebben gemaakt dan kleiner (p 14).

5.2 Krimp/groei staatszorg en verandering in gelijkheid in welzijn

Ook in dit geval is een cross-sectie niet voldoende en moet ook een vergelijking door de tijd gemaakt worden. De resultaten daarvan staan in **tabel 5**. In dit overzicht ontbreekt verandering in ongelijkheid in levensduur. Data over ongelijkheid in levensduur anno 1990 zijn namelijk niet beschikbaar.

Resultaten

De ruwe correlaties in **tabel 5** zijn geen van alle significant. De tendentie is wisselend. Kortom: weer geen verband. Merk op dat de aantallen nu erg klein zijn. Dat verklaart de soms hoge, maar niet significante correlaties.

In **figuur 4** zien we, net als in **figuur 2**, dat de uitgaven voor sociale zekerheid het meest zijn afgenomen in Argentinië (ra) en het meest zijn toegenomen in Italië. Weer zien we geen relatie met verandering in ongelijkheid in levenstevredenheid. De ongelijkheid in levenstevredenheid is eigenlijk alleen in Mexico sterk veranderd. De verschillen tussen Mexicanen zijn sterk afgenomen (doordat ze allemaal ontevredener zijn geworden). Met sociale zekerheid kan dat weinig te maken hebben, want de uitgaven daarvoor zijn niet veranderd.

Bij controle voor aanvankelijke ongelijkheid in welzijn verschijnen enige verbanden in de voorspelde richting: stijging van sociale zekerheidsuitgaven gaat gepaard met verkleining van de spreiding in ervaren gezondheid en stemmingsniveau. Ook die correlaties zijn echter statistisch niet significant. Bij controle voor welvaartsgroei blijven de correlaties eveneens insignificant. De correlaties met overall geluk vallen weer wat anders uit. Gezien het beperkte aantal landen is het technisch niet mogelijk om beide controlevariabelen tegelijkertijd constant te houden.

Overeenstemming met resultaten van eerder onderzoek

Ook dit laatste resultaat spoort met de uitkomsten van het eerdere onderzoek van Veenhoven (1992b). Van zes 1e wereldlanden werd de verandering in ongelijkheid in geluk berekend tussen 1950 en 1980. Die verandering bleek ongerelateerd aan de verandering in toename van uitgaven voor sociale zekerheid in die periode ($r = +.04$ ns). Dit is des te opmerkelijker, omdat in die periode grote veranderingen optraden in uitgaven voor sociale zekerheid.

Anders dan in dit onderzoek werd in het eerdere onderzoek van Veenhoven (1992b) ook verandering in ongelijkheid in levensduur gemeten. Daarover waren gegevens beschikbaar van 17 landen in de periode 1960-1980. In al die landen was de ongelijkheid in geleefde jaren verminderd, zij het niet overal evenveel. De mate van nivellering van levensduur bleek weer ongerelateerd aan de verandering in uitgaven voor sociale zekerheid.

In het eerdere onderzoek werd gecontroleerd voor aanvankelijke ongelijkheid in welzijn. Er vond toen geen controle voor welvaartsgroei plaats.

6 DISCUSSIE

De resultaten zijn samengevat in **tabel 6**. De conclusie is duidelijk: meer collectieve sociale zekerheid in een land leidt niet tot langer, gezonder en gelukkiger leven. Er valt dus evengoed te leven met een staat op afstand als met een staat die zorgt van de wieg tot het graf.

Deze conclusie roept op zijn minst vijf vragen op: 1) Klopt dat wel? 2) Zo ja, hoe kan dat dan? 3) Waarom valt dat zo moeilijk te geloven? 4) Wat betekent dat voor het beleid? en 5) Wat kan nader onderzoek nog leren? Hieronder worden die vragen achtereenvolgens behandeld.

6.1 Doet omvang van de staatszorg er echt niet toe?

Vooralsnog ontmoette deze conclusie voornamelijk ongeloof. De reactie is meestal dat dit 'niet waar kan zijn'. Veelal wordt aangenomen dat er iets mis is met de metingen. Hieronder een overzicht van de bezwaren en mijn kanttekeningen daarbij.

6.1.1 *Meting welzijn adequaat?*

Het merendeel van de bezwaren richt zich tegen het gebruik van 'geluk' als uitkomstmaat. Een eerste tegenwerping is dan dat geluk nauwelijks meetbaar is en zeker niet vergelijkbaar tussen landen. De gebruikte indicatoren zouden dan ook voornamelijk ruis meten en derhalve geen verbanden kunnen demonstreren. Correlatie met toevalsfluctuatie is altijd nul. Een tweede bedenking is dat geluksvragen wel iets meten, maar net wat anders dan men denkt. In plaats van werkelijke levensvoldoening zou bv aangepastheid of berusting gemeten worden. Het nulverband betekent dan dat de verzorgingsstaat haar burgers niet in slaap sust. Een derde bezwaar gaat er van uit dat geluk relatief is. Het is immers een oordeel dat afhankelijk is van cultureel variabele waarderingsstandaarden. Door de goede omstandigheden in verzorgingsstaten zouden de vergelijkingsstandaarden daar hoger liggen. De mensen zijn er dan niet tevredener, maar toch wel degelijk beter af. Een vierde tegenwerping is dat geluk een vrijwel onveranderlijke trek is. Verbetering in kwaliteit van de samenleving zou hierin dus nauwelijks tot uitdrukking komen. Die bezwaren klinken niet onaannemelijk. Toch zijn ze goed te weerleggen.

Geluk niet onmeetbaar

De bewering dat geluksindicatoren slechts ruis meten is bv niet verenigbaar met het feit dat geluk wèl sterk correleert met andere maatschappijenmerken, zoals welvaart, vrijheid en tolerantie (Veenhoven 1993, 1995, 1997). Zoals al gememoreerd kan zo'n 75% van de verschillen in geluk verklaard worden uit maatschappijenmerken. Men kan

dus niet volhouden dat geluk een ongevoelige maat is. Geluk correleert alleen niet met collectieve sociale zekerheid. Om het uit te drukken in termen van Marshall (1963): geluk houdt wel verband met 'burgerlijke' en 'politieke' rechten, maar niet met 'sociale' rechten.⁷ Meer specifieke twijfels over de validiteit van geluksmaten hebben de toets van nader onderzoek ook niet doorstaan. In § 2 is dat al aan de orde geweest.

Geluk geen gelatenheid

De stelling dat geluksvragen geen werkelijk geluk meten, maar slechts aanpassing en berusting is evenmin houdbaar gebleken. Dan zouden we bv bij mensen die gelukkig zeggen te zijn toch vaak depressieve symptomen moeten aantreffen en zouden strijdbare mensen typisch ongelukkig moeten zijn. Dit blijkt niet het geval (Veenhoven 1984).

Geluk niet relatief

De tegenwerping dat geluk relatief is snijdt ook geen hout. Eén van de verrassingen van het empirisch geluksonderzoek is juist dat die klassieke theorie niet opgaat (Veenhoven 1991, Diener & Fujita 1997)⁸. Als toch sprake zou zijn van aanpassing van vergelijkingsmaatstaven, dan zou dat effect zich vooral moeten manifesteren in de correlatie met levenstevredenheid. Het ligt minder voor de hand dat de cognitieve adaptatie zich ook in het stemmingsniveau uit. Derhalve zou de correlatie tussen omvang van de staatszorg en stemming wel betekenisvol moeten zijn. Zoals we gezien hebben is dat echter niet het geval.

Geluk niet ongevoelig

Recent onderzoek heeft ook duidelijk gemaakt dat geluk geen onveranderbare trek is. Bij follow-up onderzoek op individueel niveau blijkt dat geluk nogal varieert gedurende de levensloop. Geluk daalt ondermeer bij ernstige tegenspoed, zoals werkeloosheid of verlies van geliefden. Vergelijking van landgemiddelden door de tijd toont eveneens verschillen, met name na oorlog en revolutie (Veenhoven 1994). Geluk is dus wel degelijk gevoelig voor variatie in kwaliteit van levensomstandigheden, alleen niet voor verschil in omvang van de staatszorg.

Ook geen effect op gezondheid

Zelfs als er wat mis zou zijn met het meten van uiteindelijk welzijn met geluk, dan blijft toch staan dat meting met gezondheid hetzelfde resultaat oplevert. Er bleek geen verband tussen omvang van de staatszorg en gezondheidsbeleving van burgers, en er was al evenmin een verband met gebleken levensduur.

Nu kan men zeggen dat gezondheidsbeleving ook een subjectieve zaak is. Dat mag waar zijn, maar een aantal bezwaren die tegen geluk worden ingebracht gaan toch niet op. Wij meten ons gezondheidsgevoel bv niet af aan gezondheid in arme landen; hoofdpijn voelt niet anders na het zien van zielige beelden op TV. De bezwaren gaan al helemaal niet op bij levensduur. Levensduur is een keihard uitkomstcriterium. De betekenis is evident, de meting vrijwel foutloos. Er is echter geen verband tussen gemiddelde levensduur en omvang van de staatszorg.

Van de levensduur kan ook moeilijk gezegd worden dat het een onveranderlijke volks'trek' is. Zoals al opgemerkt in § 2 hebben zich gedurende de laatste decennia forse veranderingen voorgedaan. In de meeste westerse landen is de levensverwachting met enige jaren gestegen, in de voormalige Oostblok landen was sprake van een drastische daling. Het ontbreken van een verband met staatszorg kan dus niet worden toegeschreven aan ongevoeligheid van de welzijnsindicator.

6.1.2 *Meting staatszorg adequaat?*

Er wordt ook bezwaar gemaakt tegen de gehanteerde maat voor de omvang van de staatszorg per land. Zoals al opgemerkt hangt de hoogte van de uitgaven voor sociale zekerheid niet alleen af van de ruimhartigheid van voorzieningen, maar ook van het beroep erop. Werkeloosheid en vergrijzing kunnen de kosten hoog opdrijven, terwijl de sociale rechten toch mager blijven. Dit bezwaar is terecht, maar daarmee is het resultaat nog niet van tafel.

Allereerst betekent dit niet dat de hoogte van de uitgaven niets meer zegt over omvang van het voorzieningenpakket. De schatting wordt hoogstens wat onzekerder, waardoor het statistisch verband met welzijn iets lager uitvalt (verdunding van de correlatie). Het is echter onaannemelijk dat een robuust verband daardoor geheel onzichtbaar wordt. Verder moeten we ons wel bedenken dat het beroep op sociale zekerheid in de onderzochte landen niet veel verschilt. Vergrijzing en werkeloosheid doen zich ongeveer in de zelfde mate voor, althans in de 1e wereld landen. Het effect van deze vertekening wordt daardoor sterk beperkt.

Ten tweede leveren andere maten van sociale zekerheid geen ander resultaat. In eerder onderzoek op data uit de jaren 1980 werd de omvang van de staatszorg ook gemeten aan de hand van anciënniteit van het stelsel (Estes index) en hoogte van sociale rechten (Esping-Andersen's 'de-commodification score'). Die maten zijn niet gevoelig voor vergrijzing en werkeloosheid. Toepassing van die indicatoren bracht echter ook geen verband aan het licht, noch met levensvoldoening, noch met levensduur (Veenhoven & Ouweneel 1995 : 14-19).

6.1.3 *Tijdsperiode te kort?*

Een derde tegenwerping is dat we hier te maken hebben met sterk vertraagde reacties. Bij veranderingen in de sociale zekerheid duurt het vaak enige tijd voordat een beduidend aantal burgers dat in de portemonnee voelt, en nog langer voordat die financiële mutaties zich uiten in verandering van gezondheid en geluk. Omgekeerd veranderen gezondheid en geluk ook niet van vandaag op morgen. De voorspelde effecten van sociale zekerheid op welzijn zouden dus op langere termijn wel zichtbaar worden.

Van de hier gerapporteerde analyse van verandering in sociale zekerheidsuitgaven tussen 1980 en 1990 (tabel 3 en 5) kan men inderdaad zeggen dat de tijdsperiode aan de korte kant is. Dat geldt in ieder geval voor het effect op de levensduur. Een periode van tien jaar lijkt wel voldoende om iets in de subjectieve levensvoldoening te veranderen. Echter, het eerdere onderzoek naar de gevolgen van verandering in sociale zekerheidsuitgaven omvatte perioden van 25 en 30 jaar. Dat is zeker lang genoeg. Ook op die termijn bleek geen effect op welzijn: noch op levensduur, noch op geluksbeleving.

Ten tweede zijn er bij de cross-sectionele analyses (tabel 2 en 4) wel degelijk lange termijn effecten in het geding. De rangorde in sociale zekerheidsuitgaven anno 1990 verschilt niet veel van die in 1960. De verschillen in sociale zekerheid zijn dus minstens 30 jaar werkzaam geweest, dus genoeg om het welzijn te beïnvloeden.

In dit verband is het nuttig om nog te vermelden dat er ook geen verband is tussen welzijn anno 1980 en anciënniteit van het sociale zekerheidsstelsel in het land, zoals gemeten aan het jaar van de eerste sociale verzekeringswetten (Estes Welfare Index). In sommige landen is dat al een eeuw geleden, in de andere landen ruim een halve eeuw. Op die termijn zou toch zeker een effect zichtbaar moeten zijn. Op het eerste gezicht verschijnen inderdaad forse correlaties: zowel met geluk ($r = +.55, p < .01$) als met levens-

duur ($r = +.70$, $p < .01$). Na constant houden van welvaart blijft daar echter weer niets van over: r_p is respectievelijk $+.23$ (ns) en $+.05$ (ns). Zie Veenhoven & Ouweneel 1995: 14-19

6.1.4 *Verandering in sociale zekerheid te klein?*

Een verder bezwaar zou kunnen zijn dat in de omvang van de sociale zekerheid in de onderzochte periode niet erg veranderd is. In de periode 1980-90 is weliswaar veel ophef geweest over bezuinigingsmaatregelen, maar per saldo heeft dat toch niet geleid tot werkelijke 'afbraak' van de verzorgingsstaat. Er is eerder sprake van consolidatie (Pierson 1994). Bij werkelijke ontmanteling van de verzorgingsstaat zou wel een effect op het welzijn zichtbaar worden.

In dit verband is het goed om nog even terug te gaan naar **figuur 2** en. Daar zien we dat er toch twee landen zijn waar de uitgaven voor sociale zekerheid substantieel veranderd zijn, namelijk Argentinië en Italië. In Argentinië zijn de uitgaven met 5,2% gedaald, en in Italië zijn ze met 5,6% gestegen. In die twee gevallen is dat in ieder geval niet gepaard gegaan met navenante verandering in niveau en spreiding van welzijn. Verder hebben we gezien dat vergelijkingen over eerdere perioden ook geen effecten op welzijn aan het licht gebracht, terwijl daar toch forse veranderingen in het geding waren. (Veenhoven & Ouweneel, 1995)

Bij dit bezwaar blijft natuurlijk staan dat vergelijking tussen landen op een zelfde tijdstip evenmin bevestiging biedt aan de theorie dat royale sociale zekerheid meer en gelijkjer welzijn levert.

6.1.5 *Repressor-variabelen in het spel?*

Het is ook denkbaar dat er intervenierende variabelen in het spel zijn die het gezochte verband op enigerlei wijze onderdrukken. Dat zou in theorie selectieve migratie kunnen zijn. Als bijvoorbeeld royale verzorgingsstaten stromen zielige buitenlanders aantrekken zou dat het positieve effect aan het oog onttrekken.

In principe is het aantal mogelijke stoorvariabelen natuurlijk eindeloos. Bezwaar van dit type vereist dan ook een plausibele redenering. Een probleem daarbij is dat men storingen en effecten dan wel goed uit elkaar moet houden. Het welzijn in verzorgingsstaten kan bv verminderd worden door beperkingen van vrijheidsrechten, maar als die beperkingen inherent zijn aan het bestel mogen ze niet weggerekend worden. Vooralsnog ben ik geen plausibele hypothesen tegengekomen.

Hypothesen over stoorvariabelen kunnen in principe getoetst worden middels multivariate analyse. Dan moet de stoorvariabele wel meetbaar zijn. Het moeten ook niet te veel stoorvariabelen tegelijk zijn, want het beperkte aantal landen stelt grenzen aan het aantal variabelen dat tegelijk gecontroleerd kan worden.

Behalve variabelen die het verband mogelijkerwijze onderdrukken zijn er natuurlijk ook factoren zijn die een positief schijnverband veroorzaken. Veel van die factoren zijn geëlimineerd in de controle voor welvaart, maar wellicht nog niet alle. Bij toetsing van hypothesen over repressor variabelen moeten die tegengestelde effecten worden meegenomen.

Veel van die hypothesen kunnen overigens al geschrapt worden op grond van de bevindingen bij vergelijking door de tijd. Groei of krimp van de collectieve sociale zekerheid bleek niet gevolgd te worden door toe- of afname van welzijn; noch qua niveau, noch qua spreiding. Daarmee vallen alle intervenierende variabelen af die in die periode ongeveer gelijk zijn gebleven, zoals ondermeer de publieke opinie over de verzorgingsstaat.

6.2 Waarom doet omvang van de staatszorg er niet toe?

Al met al is de vraag dus niet zozeer *of* omvang van de collectieve sociale zekerheid er toe doet, maar *waarom niet*. Waarom maakt de mate van staatszorg in het land niet uit voor het niveau van welzijn en waarom ook niet voor de ongelijkheid in welzijn tussen burgers?. Een duidelijk antwoord op die vragen is er nog niet. Hieronder een verkenning van enige verklaringen.

6.2.1 *Waarom geen effect op niveau van welzijn?*

Eén antwoord op die vraag is dat meer staatszorg nog niet betekent dat de burgers meer zorg genieten. Een tweede antwoord is dat de staat ook geen betere zorg levert. Een derde antwoord luidt dat de zorg van Vader Staat ons van de regen in de drup helpt.

Levert staat geen groter kwantiteit zorg?

Ook voor het ontstaan van de verzorgingsstaat werd er zorg geproduceerd in de samenleving. Die zorg werd geleverd door verschillende instituties, aanvankelijk vooral door familie kerk en gilden, later ook door bedrijven en lokale overheden. In de loop van de tijd zijn veel van die arrangementen naar een hoger niveau verplaatst, ondermeer om redenen van risico-spreiding. VanderVeen (1998) spreekt in dat verband van 'collectivisering'. Uiteindelijk heeft dat geleid tot 'verstatelijking' van veel zorg, met name van de inkomensverzekeringen. Zie o.a. DeSwaan (1988). Overschakeling op een andere leverancier betekent echter niet dat er meer geleverd wordt. Als de staat bestaande arrangementen overneemt blijft het aanbod gelijk.

Waarom wèl:

Doordat de staat de regie voert kan er meer zorg geleverd worden. De staat kan middels verplichte heffingen meer geld voor zorg mobiliseren dan andere zorgaanbieders.

Door feitelijke verplichting tot afname van zorg wordt ook een grotere markt gecreëerd waardoor schaalvoordelen kunnen worden geboekt. De staat kan ook verzekeringsarrangementen bieden die de draagkracht van kleinere aanbieders te boven gaan, zoals verzekering tegen inkomensverlies bij massa-werkeloosheid.

Waarom niet:

de verzorgingsstaat kan leiden tot marginalisering van private zorgarrangementen. De inkomensondersteuning door familie, kerken en beroepsassociaties is duidelijk vermindert. Het is nog maar de vraag of de inkomensverzekering per saldo zoveel verbeterd is. Deze ontwikkeling brengt verder neveneffecten met zich mee die het ruimere zorgaanbod kunnen aantasten. In dat verband stelt Poppenoe (1988) bijvoorbeeld dat de verzorgingsstaat veel zorgtaken van kerk en familie heeft overgenomen en dat deze instituties daardoor ernstig verzwakt zijn. Als gevolg daarvan zou de vervulling van zorgtaken die de staat niet over kan nemen in het gedrang komen, o.a. opvoeding en het bieden van emotionele geborgenheid. Een en ander zou zich manifesteren in hedendaagse problemen zoals echtscheiding, criminaliteit en druggebruik.

Verstatelijking van zorg kan op termijn ook een vermindering van het aanbod met zich meebrengen doordat het de staat te veel wordt. Alle kosten moeten tenslotte uit heffingen betaald worden en er is een grens aan de belastingdruk. Als monopolist kan de staat de kraan ook zonder al te veel problemen wat dichtter draaien.

Een voorbeeld in dit verband is de USA. In dat land wordt slechts 12% van het bruto binnenlands produkt uitgegeven aan collectieve sociale zekerheid, tegen 28% in Nederland. Dat lijkt een groot verschil. Als private verzekeringen worden meegeteld komen we echter op vrijwel het zelfde percentage.

Levert staat geen betere kwaliteit?

Dat de USA qua kwantiteit van zorg niet onderdoet voor de gerenommeerde verzorgingsstaten wordt vaak afgedaan met de bewering dat de kwaliteit van zorg er minder is. Die verklaring sluit aan het beeld dat Vader Staat betere waar levert dan de markt. Het is echter nog maar de vraag of de statelijke verzekerings-arrangementen in het algemeen echt van beter kwaliteit zijn. Naast sterke kanten heeft de staat ook zijn zwakke kanten.

Waarom wèl:

Vergeleken bij andere aanbieders is de staat in een goede positie om de kwaliteit van zorg bevorderen. Middels wetten en subsidieregelingen kunnen kwaliteitseisen worden gesteld. Ook is de staat in de machtspositie om het zorgaanbod onderling af te stemmen en te plannen. Daarbij kan de staat gebruik maken van wetenschappelijke inzichten en methoden. In principe maakt dit een rationeler zorgproductie mogelijk dan apart opererende aanbieders kunnen bieden.

Een belangrijk voordeel van staatszorg lijkt ook dat er constant zorg beschikbaar is: ook als men even zonder werk zit, of familiale steun is weggefallen. Commerciële verzekeraars laten afweten als men geen premie meer kan op brengen, en de kerken staan ook niet meteen klaar. Door gebrek aan steun in een kritische periode kunnen mensen zodanige schade oplopen dat hun welzijn blijvend geschaad wordt; slecht behandelde ziekte in de jeugd kan bv cumulatieve achterstanden veroorzaken (Bartley et al 1997).

Waarom niet:

Er zijnechterook andere effecten denkbaar, die minder leuk kunnen uitpakken. Naast bedoelde effecten kunnen ook onbedoelde effecten optreden.

Ten eerste is er de vraag of het aanbod van de verzorgingsstaat wel zo adequaat is. Dat de staat het meeste geld kan vrijmaken betekent nog niet dat de staat daarvoor ook de beste zorg levert. Dat de staat een dikke vinger heeft in de produktie en distributie van zorg betekent evenmin dat die zorg optimaal wordt gealloceerd. De genoemde voordelen van staatsregie gelden evenzeer voor de produktie van andere diensten en goederen. Centraal geleide economieën zijn echter geen succes gebleken.

Er klinken dan ook klachten over de leveranties van de verzorgingsstaat: onder andere over gebrek aan 'zorg op maat' en over vervreemdende bureaucratische praktijken. De voorzieningen die voor iedereen bedoeld zijn blijken in de praktijk vaak toch niet voor iedereen even toegankelijk. De zorg wordt ook niet altijd op tijd geleverd, het systeem is meer gericht op steun bij chronisch gebrek dan op het overbruggen van incidentele moeilijkheden. Voor een overzicht zie o.a. VanderVeen (1990). De kritiek van 'Nieuw Rechts' gaat verder. In die visie produceert de verzorgingsstaat inefficiënt, voor hetzelfde geld zou de markt betere zorg leveren. Gemeten naar de eigen doelstellingen zou het systeem ook niet effectief zijn. Het armoedeprobleem bestaat nog steeds. Voor een samenvatting, zie Pierson (1992: 40-48).

Meer zorg altijd beter?

Zelf als de verzorgingsstaat meer en betere zorg levert is het nog de vraag of dat iets toevoegt aan ons welzijn. Kunnen we niet even goed leven met minder collectieve verzekeringen? Vanouds zijn er stemmen die dat beamen en zelfs stemmen die zeggen dat de verplichte verzekering van de verzorgingsstaat averechts uitwerkt. Diverse negatieve effecten worden genoemd: de sociale zekerheid zou mensen afhankelijk maken. Het zou een verkeerde mentaliteit kweken en het werken ontmoedigen. Dit standpunt is ondermeer vertolkt door Murray (1984). In zijn visie kan het welzijn van de burgers beter bevorderd worden door versterking van hun vermogen voor zichzelf te zorgen.

In dit verband wordt ook betwijfeld worden of het wel zo'n onverdeeld genoeg is om te leven met een 'Vader Staat'. Nieuw Rechts ziet het als een aanslag op vrijheid en privacy, en meent dat het welzijn meer gediend is met zelfbeschikking. Die visie wordt ondersteund door empirisch onderzoek naar determinanten van welbevinden. Daarbij komt vrijheid inderdaad als meest belangrijke factor uit de bus, en blijkt inkomen van minder belang (Veenhoven 1984, 1996).

6.2.2 *Waarom geen effect op gelijkheid welzijn?*

Zelfs als bemoeienis van de staat niet uitmaakt voor kwantiteit en kwaliteit van de geleverde zorg zou staatszorg toch nog een beter verdeling van zorg kunnen bewerkstelligen. Er bleek echter geen effect op gelijkheid in welzijn. Dat kan komen omdat de staat toch niet veel beter verdeelt, of doordat de verdeelde zorg (inkomensverzekeringen) niet zo relevant zijn voor het welzijn.

Verdeling door staat niet beter?

Eén van de geloofsartikelen van de verzorgingsstaat is dat er een herverdeling moet plaats vinden tussen de have's en de have-not's. Over die missie bestaat weinig onduidelijkheid, wèl over wat er in de praktijk van terecht komt.

Waarom wèl

Er zijn goede redenen denkbaar waarom het welzijn van burgers minder verschilt naarmate de staat zich nadrukkelijker met de zorgproductie bemoeit. Alleen al het grotere volume aan geleverde zorg maakt dat achterblijvers beter bediend kunnen worden. De staat is er ook voor iedereen en verleent zorg volgens universalistische principes. Andere institutionele aanbieders van zorg richten zich meer op een bepaalde cliëntèle op basis van particularistische sentimenten, bv de familie richt zich op bloedverwanten en de charitas op geloofsgenoten. Commerciële aanbieders van zorg op de markt zijn er alleen voor de doelgroep van betalende klanten.

Verder is gelijkheid ook vaak een expliciet politiek doel. In alle verzorgingsstaten vindt aanzienlijke herverdeling van inkomen plaats. Men zou denken dat verkleining van inkomensverschillen leidt tot verkleining van verschillen in welzijn. De constante aanwezigheid van staatszorg lijkt ook bevorderlijk voor grotere gelijkheid in welzijn tussen burgers. Als het mensen behoedt voor steeds verder afglijden na een moeilijke periode, moet het uiteindelijk resulteren in kleinere verschillen in welzijn.

Waarom niet:

Er zijn echter ook negatieve effecten denkbaar. Vanuit diverse hoeken wordt beweerd dat het systeem eerder verschillen in stand houdt en zelfs dat het nieuwe ongelijkheden schept.

Vanuit Marxistisch perspectief is wel gesteld dat de verzorgingsstaat oude klassen-tegenstellingen in stand houdt, ondermeer door haar dienstbaarheid aan het kapitalisme en doordat de verzorgingsstaat de gevestigde burgerij te vriend moet houden. In die visie heeft de opkomst van de verzorgingsstaat geen einde gemaakt aan de systematische deprivatie van de onderklasse, maar heeft het wel het verzet daartegen gebroken. Die kritiek is mooi samengevat door Pierson (1992: 49-68). Vanuit feministische hoek komen soortgelijke geluiden. In die analyses bestendigt de verzorgingsstaat traditionele verschillen tussen mannen en vrouwen, ondermeer door het kostwinnersbeginsel. Voorvechters van andere minderheden hebben de verzorgingsstaat eveneens verantwoordelijk gesteld voor continuering van hun achterstandspositie. Ook daarover meer bij Pierson (1992: 73-92). Dat is allemaal niet bevorderlijk voor groter gelijkheid in welzijn.

Een ander thema is dat de verzorgingsstaat ook nieuwe ongelijkheden creëert, ondermeer door het mechanisme van de 'armoedeval'. Doordat het verschil tussen uitkering en minimumloon zo klein is, wordt werken ontmoedigd. Mensen kunnen daardoor onbedoeld in een uitzichtloze situatie van uitkeringsafhankelijkheid geraken, wat weer allerlei neveneffecten met zich meebrengt, zoals afnemende zelf-discipline en sociaal isolement. Ook dat is niet bevorderlijk voor een grotere gelijkheid in welzijn, zeker niet als die effecten zich met name voordoen bij mensen die toch al slecht af zijn.

Uitkomst onderzoek

Deze tegengestelde speculaties hebben aanleiding gegeven tot veel onderzoek naar inkomensgelijkheid in landen met meer en minder verzorgingsstaat. De conclusie daarvan is dat verzorgingsstaten toch wel degelijk een wat gelijkere inkomensverdeling bewerkstelligen. Misschien minder dan verwacht, maar toch. Zie o.a. Headey et al (1997).

Vershil in zorg niet relevant voor welzijn?

Als staatszorg wél resulteert in een gelijkere verdeling van inkomen, maar niet in gelijkere welzijn, maakt inkomen kennelijk niet zoveel uit voor het welzijn. Dat blijkt ook inderdaad uit onderzoek naar de relatie tussen inkomen en geluk. Inkomen is onderhevig aan de wet van verminderende meeropbrengst. Naarmate het land rijker wordt neemt het effect van welvaartsgroei af en worden de verschillen in geluk tussen arme en rijke burgers kleiner. Zie o.a. Diener et al (1993) en (Veenhoven (1996b)). In de rijke 1e wereldlanden zijn de effecten inmiddels zo klein geworden dat inkomens-herverdeling er niet meer toe doet.

Toch kan men zich voorstellen dat een moderne samenleving wel een minimum moet bieden aan collectieve inkomensverzekering. De verzorgingsstaat is tenslotte niet voor niets ontstaan. Veel van de ontstaansgronden die DeSwaan (1988) noemt zijn ook vandaag nog actueel. In dat licht bezien betekent de uitkomst van dit onderzoek dat dit minimumniveau in alle 1e wereldlanden wel ongeveer gehaald wordt. In dat verband is het goed te bedenken dat de uitgaven voor collectieve sociale zekerheid in al die landen substantieel zijn. In het land van de 'Amerikaanse toestanden' nog altijd 12% van het nationaal inkomen. Kennelijk is dat voldoende om het ontstaan van zichtbare verschillen in welzijn te voorkomen. Het is denkbaar dat dit minimum niet overal en altijd op hetzelfde niveau ligt. Procentueel zal het minimum waarschijnlijk dalen, naarmate de welvaart stijgt. De mate van zelfredzaamheid van de bevolking kan ook verschil uitmaken.

Effecten in evenwicht?

Deze verkenning laat zien dat meer of minder staatszorg heel verschillende effecten kan hebben op het welzijn van burgers. Op grond van dit onderzoek valt niet te zeggen in hoeverre die effecten werkelijk optreden. Wat we wel kunnen zeggen is dat ze elkaar kennelijk neutraliseren. Het is dus goed mogelijk dat alle partijen in deze discussie wel enig gelijk hebben, maar dat het totaal effect dus anders is dan ze ieder voor zich inschatten.

Als er inderdaad sprake is van een evenwicht van effecten, betekent dat niet dat de voor- en nadelen van sociale zekerheid altijd tegen elkaar opwegen. De hier gepresenteerde gegevens hebben betrekking op een periode waarin de staatsbemoeienis met sociale zekerheid een historisch ongekende omvang had. Het is best mogelijk dat invoering van de bescheiden arrangementen in de eerste helft van deze eeuw wel een aantoonbaar effect op het welzijn hadden. Wellicht waren de gesignaleerde neven-effecten toen ook nog niet zo sterk. Voor de toekomst mogen we ook niet uitsluiten dat zich ooit wel een netto effect op niveau of verdeling van welzijn zal voordoen. Het gegeven dat het in deze tijd niet uitmaakt tempert echter wel de verwachtingen.

De balans van positieve en negatieve effecten zal ook niet voor alle bevolkingsgroepen de zelfde zijn. Dat omvang van de staatszorg voor de gemiddelde burger niet uitmaakt, betekent niet dat er geen categorieën zijn die het wel voelen. Het is best mogelijk dat meer of minder collectieve sociale verzekering wel enig effect heeft op het welzijn van speciale bevolkingsgroepen zoals arbeidsongeschikten, bejaarden en trekkers van kinderbijslag.

Als het niveau van welzijn in die groepen substantieel daalt, moet dat echter tot uiting komen in een grotere spreiding van welzijn in de bevolking als geheel. Zoals we gezien hebben is verandering van de uitgaven voor sociale zekerheid niet gepaard gegaan met een verandering in spreiding van gezondheid en geluk. Als er slachtoffers vallen, dan is hun aantal dus in ieder geval zo klein dat ze onzichtbaar zijn in de statistiek.

Verder dient niet uit het oog te worden verloren dat eventuele verliezen aan welzijn bij die groepen kennelijk elders gecompenseerd worden. Als het gemiddelde gelijk blijft moeten er tegenover verliezers ook winnaars staan.

6.3 **Waarom valt dat zo moeilijk te geloven**

Zoals al opgemerkt wekten deze resultaten vooralsnog voornamelijk ongeloof. Eerdere rapportages over dit fenomeen (Veenhoven 1990, 1992b, Veenhoven & Ouweneel 1995) zijn dan ook niet opgepakt. Dat maakt de kwestie eigenlijk wel zo interessant. Waarom wil men hier niet aan?

Het makkelijkste antwoord is dat er maar weinig mensen op dit resultaat zitten te wachten. Zeker in Nederland niet. Vrijwel alle Nederlanders dragen de verzorgingsstaat een warm hart toe en zien dus liever onderzoek dat die attitude bevestigt. Van de deskundigen op dit terrein verdient het merendeel zijn brood aan onderzoek in dienst van de verzorgingsstaat. Dat noodt evenmin tot enthousiasme. De theorie van omgang met dissonante informatie verklaart de rest.

Een wat moeilijker vraag is waarom het ook zo lastig voorstelbaar is dat omvang van de staatszorg niet uitmaakt. Ik kan daar uit ervaring over mee praten. Het heeft enige tijd geduurd voordat ik mij realiseerde dat ik het onverwachte resultaat anders kon zien dan als een onverklaarbare meetfout. Als ik mijn worsteling reconstrueer valt op dat het gangbare woordgebruik me aanvankelijk parten speelde. Bij termen als 'verzorgingsstaat'

en 'sociale zekerheid' kon ik me moeilijk een neutrale relatie tot welzijn voorstellen. 'Zorg' en 'zekerheid' is toch goed voor mensen? Het omgekeerde ('onverzorgd' en 'onzeker') is toch duidelijk verkeerd? In dat opzicht was de benaming 'verzekeringsstaat' door Van Maarseveen (1990) een eye-opener. Die term verwijst naar hetzelfde verschijnsel, maar zonder de positieve connotatie. Ik kon me daarbij beter voorstellen dat er ook nadelen aan vastzitten. Dat gaat ook als ik de termen als 'sociale zekerheid' en 'sociale rechten' vervang door 'verplichte inkomensverzekering'. De suggestie van het woord blijft groot. Dat geldt ook voor wetenschappers, en zeker voor wetenschappers die deze terminologie in omloop hebben gebracht.

Een tweede reden is wellicht dat we van statelijke verzorgingsarrangementen een veel helderder beeld hebben dan van niet-statelijke zorg. Statelijke zorgarrangementen komen regelmatig in de aandacht door de voortdurende politieke discussie en de constante stroom van onderzoek die dat met zich meebrengt. Niet-statelijke zorg blijft systematisch onderbelicht. Wat weten we nu eigenlijk over de omvang en kwaliteit van zorg in familie, bedrijven en kerkgenootschappen? Doordat we ons zo weinig kunnen voorstellen bij niet-statelijke zorg ontstaat makkelijk de indruk dat terugtrekking van de staat ook vermindering van zorg betekent. Deze misperceptie doet zich misschien nog wel het sterkst voor bij deskundigen op het terrein van de verzorgingsstaat. Beroepsblindheid komt in de beste kringen voor.

Ten derde is het ook niet makkelijk voorstelbaar dat mensen goed kunnen leven met minder financiële verzekering. We horen immers voortdurend klachten over armoede en bestaansonzekerheid? Ook hier doet zich het gevaar van vertekende waarneming voor. Leed is beter zichtbaar dan geluk. Klachten klinken luider dan tevredenheid, zowel bij de mensen zelf als in de pers. Er is een constante stroom van berichten over onvrede van mensen, die vaak al te makkelijk verbonden worden met conclusies over maatschappelijk onrecht en verval. Het beeld wordt nog eens extra vertekend doordat belangengroepen de kommer van hun cliënten breed plegen uit te meten. Daardoor verliest men makkelijk uit het oog dat het overgrote deel van de Nederlanders lang en gelukkig leeft.

Ook het gangbare mensbeeld maakt het moeilijk voorstelbaar dat we even goed kunnen leven met minder verplichte verzekering. In de alledaagse politiek ziet men burgers vaak als bezorgde risicomijders. In dat mensbeeld ligt de nadruk op wat Maslow (1970) 'gebreksmotivatie' noemt. Als gebreksmotivatie de boventoon voert zijn mensen misschien inderdaad beter af met een stevig pakket aan verplichte verzekeringen. Als drang tot zelfactualisering domineert zouden ze wel eens beter kunnen gedijen met wat meer uitdaging en verantwoordelijkheid. Maslow zag gebreksmotivatie als een voorbijgaande ontwikkelingsfase. In een gunstig ontwikkelingsklimaat zou dat plaats maken voor bredere strevingen naar zelfactualisering. Dat zou nu wel eens het geval kunnen zijn.

In dit verband moeten we ons ook bedenken dat de menselijke soort niet in het Paradijs geëvolueerd is. Onze voorouders leefden in tamelijk barre omstandigheden, zonder overheidszorg van de wieg tot het graf. We zijn geselecteerd op het vermogen om met forse uitdagingen om te kunnen gaan. Dat doet vermoeden dat we wel enige onzekerheid kunnen hebben en dat het ons misschien zelfs wel goed doet. Het verklaart ook waarom mensen nogal eens risico zoeken en waarom mensen niet zelden opleven bij tegenslag, zelfs als ze die hadden willen vermijden. Zo bezien is het niet vreemd dat meer of minder verplichte verzekering niet uitmaakt voor geluk en gezondheid.

6.4 Implicaties voor beleid

Als het waar is dat we even goed kunnen leven met wat minder verzorging van de wieg tot het graf, hoeft de verzorgingsstaat niet ten koste van alles overeind te worden gehouden. Het kan dan wel 'een tandje minder', vooral als andere overwegingen dat noodzakelijk maken.

Dat het minder *kan* betekent overigens niet dat het minder *moet*. De verzorgingsstaten leveren weliswaar niet meer welzijn (niveau en gelijkheid), maar ook niet minder. De keuze voor het sociaal bestel is daardoor welzijnsneutraal. Er is dus ruimte voor het volgen van ideologische voorkeur. Als twee jassen even warm zijn, kun je gerust kiezen voor wat je het mooist vindt. De politiek kan zich daardoor veilig profileren op het thema verzorgingsstaat. Behoud ervan kan worden bepleit op gronden van 'solidariteit' en 'rechtvaardigheid' en er kan worden gestreden voor inperking van staatsinmenging op grond van 'eigen verantwoordelijkheid'. De wetenschap dat dit uiteindelijk niet uitmaakt voor het welzijn ontnemt die argumenten echter wel wat van hun glans.

Het resultaat betekent evenmin dat we de Nederlandse verzorgingsstaat pardoes tot Amerikaanse proporties kunnen terugbrengen. Doordat de zorgproductie in Nederland zozeer onder staatsregie is gekomen zijn niet-statelijke zorgarrangementen nogal gemarginaliseerd. Eventuele overschakeling vraagt dus tijd en een beleid van stapsgewijs opkweken. In feite is zo'n beleid ook ingezet.

6.5 Implicaties voor verder onderzoek

Bij dit onderzoek moesten we het doen zonder gegevens over ongelijkheid in levensduur rond 1990. Dat vereiste namelijk een tijdrovende bewerking van sterfstatistieken. Daardoor kon ook het effect op verandering in die ongelijkheid niet in beeld worden gebracht. Dit is een eerste prioriteit voor verder onderzoek.

Daarnaast is het nuttig het gehele onderzoek te repliceren. Zolang deze resultaten ongelooft blijven ontmoeten, moet worden aangetoond dat ze zich steeds voor blijven doen. Bij replicatie kan het aantal landen worden uitgebreid, ondermeer met de resultaten van de derde ronde van het Wereld Waarden Onderzoek. Met meer landen krijgen we ook beter zicht op mogelijke contingenties. Nu hebben we een vrij goed beeld van het effect van staatszorg in 1e wereldlanden. Misschien pakt dat in 3e wereld landen toch anders uit. Verder onderzoek creëert in ieder geval langere tijdsperiodes, waardoor het effect van veranderingen in omvang van de sociale zekerheid allengs duidelijker wordt.

Bij replicatie kunnen ook andere indicatoren van collectieve sociale zekerheid beproefd worden. Dat zou goed kunnen als Esping-Anderson's maat voor sociale rechten ('de-commodification score') ook wordt berekend voor de negentiger jaren. Dat is overigens een project op zich. In ieder geval kan de hier gehanteerde maat van uitgaven voor sociale zekerheid verfijnd worden door rekening te houden met verschil in beroep op sociale zekerheid. Dat kan ondermeer door de leeftijdsstructuur van het land in aanmerking te nemen.

Het is ook nuttig om te verkennen in hoeverre het resultaat verschilt voor specifieke bevolkingsgroepen. Daartoe kunnen dan aparte analyses worden gemaakt voor bv de 65+ bevolking, voor ouders met jonge kinderen en voor arbeidsongeschikten. Daarbij moet dan niet alleen worden gezocht naar de groepen die per saldo profiteren van een sterke verzorgingsstaat, maar moet ook in kaart worden gebracht waar eventuele verliezen in welzijn terecht komen.

Verder kan ook gekeken worden naar aparte sociale voorzieningen. Dat moeten dan wel voorzieningen zijn die voldoende omvattend zijn om zich in het overall welzijn te

manifesteren. Oudedagsvoorzieningen zijn daar een voorbeeld van. Het onderzoek van DiTella et al (1997) naar effecten van werkloosheidsregelingen biedt een goed model.

Tenslotte kan het onderzoek ook worden uitgestrekt naar de verzorgingsstaat in bredere zin. Dit onderzoek betrof alleen de omvang van collectieve arrangementen voor inkomensverzekering. Die vormen weliswaar de kern van de verzorgingsstaat, maar staten leveren nog wel meer zorg. Die andere zorgvoorzieningen laten zich vooralsnog minder makkelijk kwantificeren. Naarmate de statistiek verbetert stijgen de kansen voor dit onderzoek.

Het mooiste zou natuurlijk zijn als de totale zorgproductie in landen in beeld kan worden gebracht en het aandeel van de staat daarin vergeleken kan worden. Dat vereist ondermeer kwantificering van zorgproductie in de privé-sfeer. Voorlopig is dat nog een brug te ver.

7 CONCLUSIE

Er blijkt geen verband tussen de omvang van de verzorgingsstaat en gemiddeld niveau van welzijn. In landen met royale sociale zekerheid leven mensen niet langer, gezonder en gelukkiger dan in even welvarende landen met kariger collectieve voorzieningen. Groei of krimp van de uitgaven voor collectieve sociale zekerheid blijkt ook ongerelateerd aan toe- of afname in niveau van gezondheid en geluk.

Er blijkt evenmin een verband tussen omvang van de staatszorg en gelijkheid in welzijn tussen burgers. In landen met royale arrangementen voor sociale zekerheid is de spreiding in gezondheid en geluk niet kleiner dan in even welvarende landen met beperkter collectieve verzekeringen. Groei en krimp van de uitgaven voor sociale zekerheid gaat ook weer niet samen met af- of toename van ongelijkheid in gezondheid en geluk tussen burgers.

Deze non-verschillen kunnen niet worden toegeschreven aan ongevoeligheid van de gebruikte indicatoren. Het kan ook niet liggen aan toevalligheden in de dataset. Soortgelijke analyses op andere landen en perioden laten het zelfde zien.

De verklaring van deze uitkomst moet eerder op inhoudelijk vlak gezocht worden. Voor- en nadelen van het stelsel van verplichte inkomensverzekeringen houden elkaar kennelijk in evenwicht. Mogelijk is de balans in andere tijden wél positief geweest.

Dit resultaat betekent dat de verzorgingsstaat niet ten koste van alles overeind gehouden hoeft te worden. We kunnen immers even goed leven met wat minder zorg van de wieg tot het graf. Daarmee is echter niet gezegd dat de verzorgingsstaat moet worden afgeschreven. Het systeem levert weliswaar niet meer welzijn, maar ook niet minder. Veel of weinig collectieve verzekering is daarom een kwestie van (politieke) smaak. Eventuele veranderingen moeten wel langzaam worden doorgevoerd.

REFERENTIES

- Appels, A., Bosma, H., Graubauskas, V., Gostaukas, A. & Sturmans, F. (1996)
Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population
Social Science & Medicine, vol 42, pp 681-689
- Bartley, M., Blane, D. & Montgomery, S. (1997)
Health and the life-course: Why safety nets matter.
British medical Journal, vol 314, pp 1194-1196
- Diener, E., Sandvik, E., Seidlitz, L. & Diener, M.
The relationship between income and subjective wellbeing: relative or absolute?
Social Indicators Research, vol 28, pp 195-223
- Diener, E. & Fujita, F. (1997)
Social comparisons and subjective wellbeing.
in: Buunk, B. & Gibbons, R. (eds), 'Healing, coping and wellbeing, Perspectives from social comparison theory', Erlbaum, Mahwah NJ, pp 329-358
- DiTella, G., Macculloch, R.J. & Oswald, A.J. (1997)
The macro-economics of happiness
Center for economic performance, discussion paper 19
Institute of economics and statistics, Oxford UK
- Estes, E. (1984)
The social progress of nations
Preager, New York
- Esping-Andersen, G. (1990)
Three worlds of welfare capitalism
Polity Press, Cambridge
- Fowler, P.C. & Richards, D.G. (1995)
Size of public sector and economic growth, OECD countries 1965-85
International Journal of Social Economy, vol 22 pp 11-23
- Headey, B. & Wearing, A. (1992)
Understanding happiness: A theory of subjective well-being
Longman Cheshire, Melbourne, Australie
- Headey, B., Goodin, R.E., Muffels, R., & Dirven, H.J. (1997)
Welfare over time: Three world of welfare capitalism in panel perspective
Journal of Public Policy, vol 17, pp 329 ev
- Idler, E.L. & Benyamini, Y. (1997)
Self-assessed health and mortality. A review of twenty-seven community studies.
Journal of Health and social Behavior, vol 38, pp 21-37

ILO (1996)

Cost of Social Security, 14th international inquiry 1987-1989
Geneva, International Labour Office

Kunst, A. (1997)

Cross-national comparisons of socio-economic differences in mortality
Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam

LeGrand, J. (1987)

Inequalities in health. Some international comparisons.
European Economic Review, vol 31, pp 182-191

Maasseveen, van H. (1990)

De Verzekeringsstaat
Nederlands Juristen Blad, afl 1, pp 1-7

Marshall, T.H. (1963)

Citizenship and social class
in: *Sociology at the crossroads and other essays*
Heinemann, London

Maslow, A. (1970)

Motivation and personality
Harper & Row, 1970, New York

Murray, G. (1984)

Loosing ground. American social policy 1950-1980
Basic books, New York

Pfaller, A., Gough, I., & Therborn, G. (1991)

Can the welfare state compete?
McMillan, London, UK

Pierson, P. (1994)

Dismanteling the welfare state? Reagan, Thatcher and the politics of retrenchment
Cambridge University Press

Pierson, C. (1992)

Beyond the welfare state?
Polity Press, Cambridge, UK

Pommer, E. & Ruitenbergh, L. (1994)

Profijt van de overheid III
VUGA, Den Haag

Popenoe, D. (1988)

Disturbing the nest. Family change and decline in modern society
New York, Aldine de Gruyter

DeSwaan, A. (1988)

In care of the state. Health care, education and welfare in Europe and America.
Polity Press, Cambridge

UNPD (1996)

Human Development Report 1996
United Nations Development Program, Washington DC, USA

VanderVeen, R.J. (1990)

De sociale grenzen van beleid. Een onderzoek naar de uitvoering en effecten van het stelsel van sociale zekerheid.
Stenfert Kroeze, Leiden

VanderVeen, R.J (1998)

Solidarity and social security: effects of decollectivization in the Netherlands
Sociale Wetenschappen, vol 41, in druk

Veenhoven, R. (1984a)

Conditions of happiness
Kluwer academic, Dordrecht

Veenhoven, R. (1990b)

Resultaat van de verzorgingsstaat: Leefbaarheid en gelijkheid
in: H. van de Braak (red) 'Rationaliteit en beleid: Hoofdstukken uit de Rotterdamse sociologie' Academisch Boeken Centrum, De Lier, pp 41-80

Veenhoven, R. (1989f)

Is happiness relative?
Social Indicators research, vol 24, 1-34

Veenhoven, R. (1993b)

Happiness in nations. Subjective appreciation of life in 56 nations 1946-1992
RISBO, Erasmus Universiteit Rotterdam

Veenhoven, R. (1992a)

Social equality and state-welfare-effort: More income-equality, no more equality in quality-of-life.

Paper presented at the international sociological conference 'towards the Good Society', June 25-26 1992 Rotterdam, Netherlands

Veenhoven, R. (1994a)

Is happiness a trait? Test of the theory that a better society does not make people any happier
Social Indicators Research, vol 34, pp 33-68

Veenhoven, R. (1995b)

The cross-national pattern of happiness. Test of predictions implied in three theories of happiness.

Social Indicators Research, vol 34, pp 33-68

Veenhoven, R. (1996)

Happiness and freedom, the merits of multiple choice society

Paper presented at the 26th International Conference of Psychology, Montreal, Canada

Later published as: *Freedom and Happiness A comparative study in 46 nations in the early 1990's.*

In: Diener, E. & Suh, E.M. (eds) 'Culture and subjective wellbeing'

MIT press, Cambridge, MA USA, 2000, ISBN 0 262 04182 0, pp. 257-288

Veenhoven, R. (1996b)

Happy life-expectancy. A comprehensive measure of quality-of-life in nations.

Social indicators Research, vol 39, pp 1-58

Veenhoven, R. (1996d)

The study of life-satisfaction

in: Saris, W.E., Veenhoven, R., Scherpenzeel, A.C. en Bunting, B. (reds) 'A comparative study of satisfaction with life in Europe'

Eötvös University Press, Budapest, pp 11-48

Veenhoven, R. (1996a)

Developments in satisfaction research

Social Indicators Research, vol 37, pp 1-46

Veenhoven, R. & Ouweneel, P. (1995)

Livability of the welfare-state: Appreciation-of-life and length-of-life in nations varying in state-welfare-effort.

Social Indicators Research, vol 36, pp 1-14

WVS (1994)

World Values Survey 2 1990-92, Cumulative file

ICPSR, file 6160, Ann Arbor Michigan, USA

NOTES

- 1... Later onderzoek naar de relatie tussen welvaart en verzorgingsstaat heeft overigens een andere uitkomst opgeleverd. Bij vergelijking van OECD landen over de periode 1950-90 blijkt geen kleinere welvaarts groei in landen met hoge uitgaven voor collectieve sociale zekerheid. Zie o.a. Pfaller et. al (1991) en Fowler & Richards (1995).
- 2... Zoals verder zal blijken is de tegenstelling 'welvaart' vs 'welzijn' geen nuttig kader is voor discussie over de verzorgingsstaat. Meer of minder collectieve sociale zekerheid maakt niet uit voor de welvaart (noot 1) en ook niet voor het welzijn (conclusie van dit onderzoek).
- 3... De allereerste analyses toonden aanvankelijk wel enig verschil in de verwachte richting. Weliswaar geen verschil in niveau van geluk, maar wel in spreiding ervan. Een artikel met die strekking werd aangeboden bij Social Indicators Research en geaccepteerd voor publicatie. Kort daarna kwamen echter nieuwe gegevens beschikbaar, die het beeld veranderden. Het artikel werd teruggetrokken. Enige jaren later werd alsnog een artikel in Social Indicators Research gepubliceerd, maar nu met een heel andere strekking (Veenhoven & Ouweneel 1995)
- 4... Die landen zijn gespecificeerd op **bijlage 2**. De volledige datamatrix is verkrijgbaar bij de auteur: e-mail veenhoven@fsw.eur.nl
- 5... Gini is een maat voor ongelijkheid in populaties. Deze maat wordt veel gebruikt voor inkomensongelijkheid en geeft dan aan in hoeverre het aandeel van inkomensgroepen in het totale inkomen verschilt. Toegepast op levensverwachting zegt de maat in hoeverre het aandeel van een overlevingsgroep aan het totaal aantal geleefde jaren verschilt. Als iedereen ongeveer even lang leeft, is het aandeel van de 10% kortst-levenden ongeveer 10%, het aandeel van de 20% kortst-levenden ongeveer 20%. In een scatterplot manifesteert dat zich als een rechte lijn. Gini berekend de afwijking van die rechte.
- 6... De voormalige oost-blok landen beleefden in 1990 een belangrijke overgang. Dat kan het niveau van levenstevredenheid nadelig beïnvloed hebben. Als we die landen weglaten wordt het verband iets sterker. Overigens veranderen de conclusies niet.
- 7... Marshall ziet de ontwikkeling van de verzorgingsstaat als derde fase in een evolutie van rechten. Eerst werden burgerlijke rechten bevochten (rechtsstaat), daarna politieke rechten (democratie) en tenslotte 'sociale rechten' (verzorgingsstaat).
- 8... Satisfactie met sommige aspecten van het bestaan blijkt wel afhankelijk van sociale- en temporele vergelijking, dat is bijvoorbeeld het geval met inkomens tevredenheid. Voor de voldoening met het leven als geheel geldt dat echter niet. De oordeelsvorming gaat daar ook anders. Geluk wordt niet 'gecalculeerd' op basis van gepercipieerd succes in realisering van aspiraties, maar eerder 'afgeleid' uit het stemmingsniveau, wat op zijn beurt de mate van behoeftebevrediging reflecteert (Veenhoven 1991). Geluk is dan ook niet ongevoelig voor omstandigheden die werkelijk uitmaken voor bevrediging van basisbehoeften. Zoals gezegd correleert geluk sterk met welvaart, vrijheid en verdraagzaamheid. Honger en onderdrukking wennen niet.

Tabel 1
Vragen en aanpak

VRAGEN	METHODEN	
	Vergelijking <i>stand</i> in landen op één tijdstip	Vergelijking <i>verandering</i> in landen door de tijd
Royaler verzorgingsstaat, hoger <i>niveau</i> welzijn?	§ 4.1	§ 4.2
Royaler verzorgingsstaat, groter <i>gelijkheid</i> welzijn?	§ 5.1	§ 5.2

Tabel 2
Uitgaven sociale zekerheid en mate van welzijn
32 tot 28 landen 1990

Niveau welzijn	Verband met omvang verzorgingsstaat uitgaven sociale zekerheid in % BNP pc			
	<i>ruwe correlatie</i>	<i>N</i>	<i>welvaart constant</i>	<i>N</i>
<i>Gezondheid</i>				
φ ervaren gezondheid	$r = +.23$ ns	31	$r_p = -.16$ ns	28
φ levens-duur	$r = +.64$ **	38	$r_p = +.25$ ns	35
<i>Geluk</i>				
φ stemmingsniveau	$r = +.37$ *	30	$r_p = +.06$ ns	27
φ levens-tevredenheid	$r = +.28$ ns	32	$r_p = -.24$ ns	29
φ overall geluk	$r = +.33$ ns	38	$r_p = -.20$ ns	35

Tabel 3

Verandering uitgaven sociale zekerheid en verandering niveau welzijn
37 tot 13 landen 1980-1990

Af/toename welzijn	Verband met krimp/groei verzorgingsstaat % af/toename uitgaven sociale zekerheid					
	<i>ruwe corre- la tie</i>	<i>N</i>	<i>T1 welzijn constant</i>	<i>N</i>	<i>T1-T2 welvaar- groei constant</i>	<i>N</i>
<i>Gezondheid</i>						
▲φ ervaren gezondheid	r = +.08 ns	30	r _p = +.03 ns	14	r _p = +.01 ns	14
▲φ levens-duur	r = +.23 ns	37	r _p = +.17 ns	34	r _p = —.03 ns	34
<i>Geluk</i>						
▲φ stemmingsniveau	r = +.10 ns	29	r _p = —.08 ns	13	r _p = —.10 ns	13
▲φ levens-tevredenheid	r = —.03 ns	37	r _p = +.08 ns	18	r _p = +.35 ns	18
▲φ overall geluk	r = —.19 ns	37	r _p = —.45 ns	14	r _p = —.33 ns	14

Tabel 4
Uitgaven sociale zekerheid en ongelijkheid in welzijn
31 tot 20 landen rond 1990

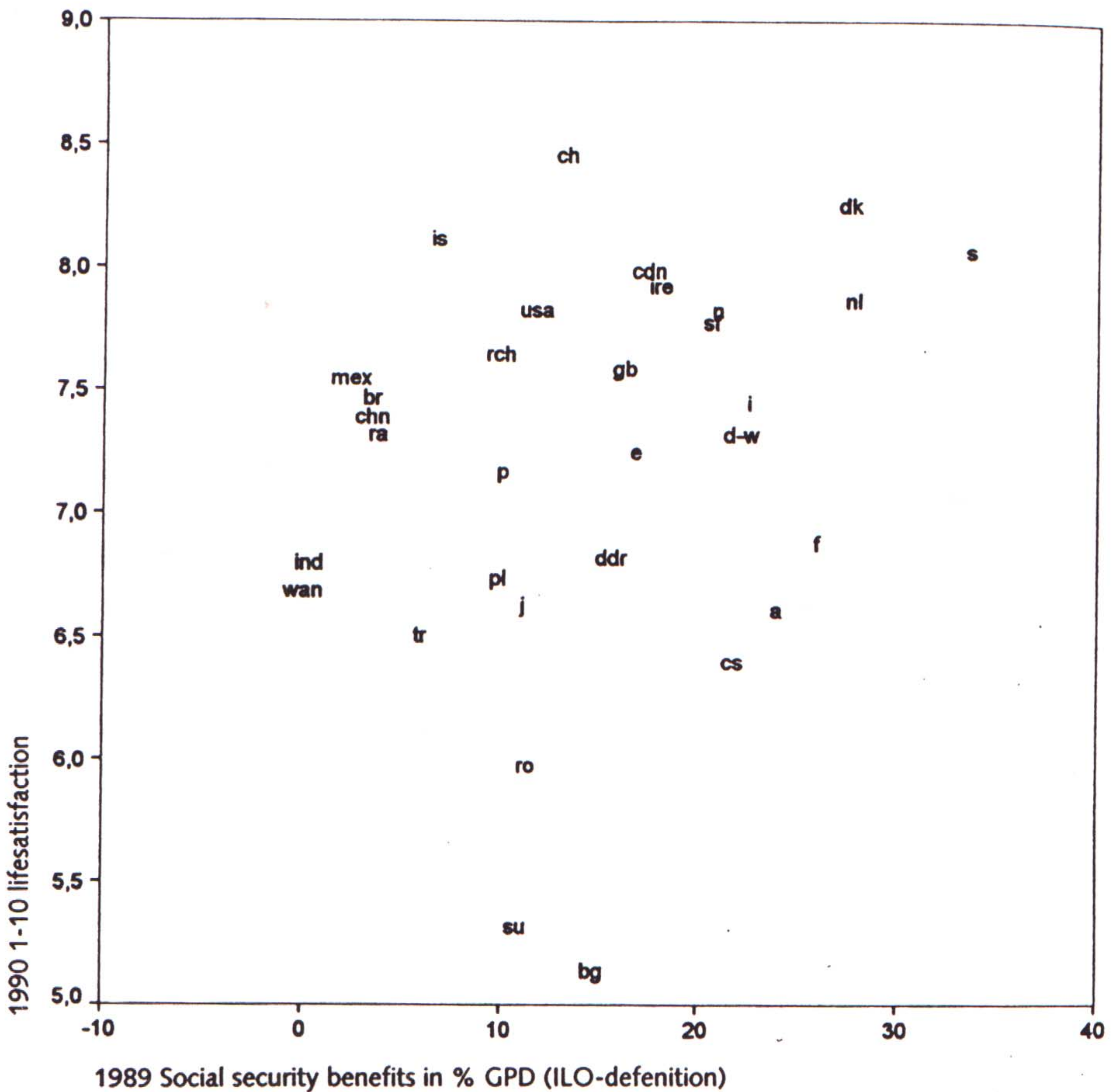
Spreiding welzijn	Verband met staatszorg uitgaven sociale zekerheid in % BNP			
	<i>ruwe correlatie</i>	<i>N</i>	<i>welvaart constant</i>	<i>N</i>
<i>Gezondheid</i>				
SD ervaren gezondheid	$r = -.03$ ns	31	$r_p = -.06$ ns	20
Gini levens-duur (data 1980)	$r = -.65$ **	26	$r_p = -.37$ ns	22
<i>Geluk</i>				
SD stemmingsniveau	$r = -.15$ ns	31	$r_p = +.07$ ns	28
SD levens-tevredenheid	$r = -.29$ ns	32	$r_p = +.20$ ns	29
SD overall geluk	$r = -.62$ **	32	$r_p = -.39$ *	29

Tabel 5
Verandering uitgaven sociale zekerheid en verandering ongelijkheid welzijn
19 tot 10 landen 1980-90

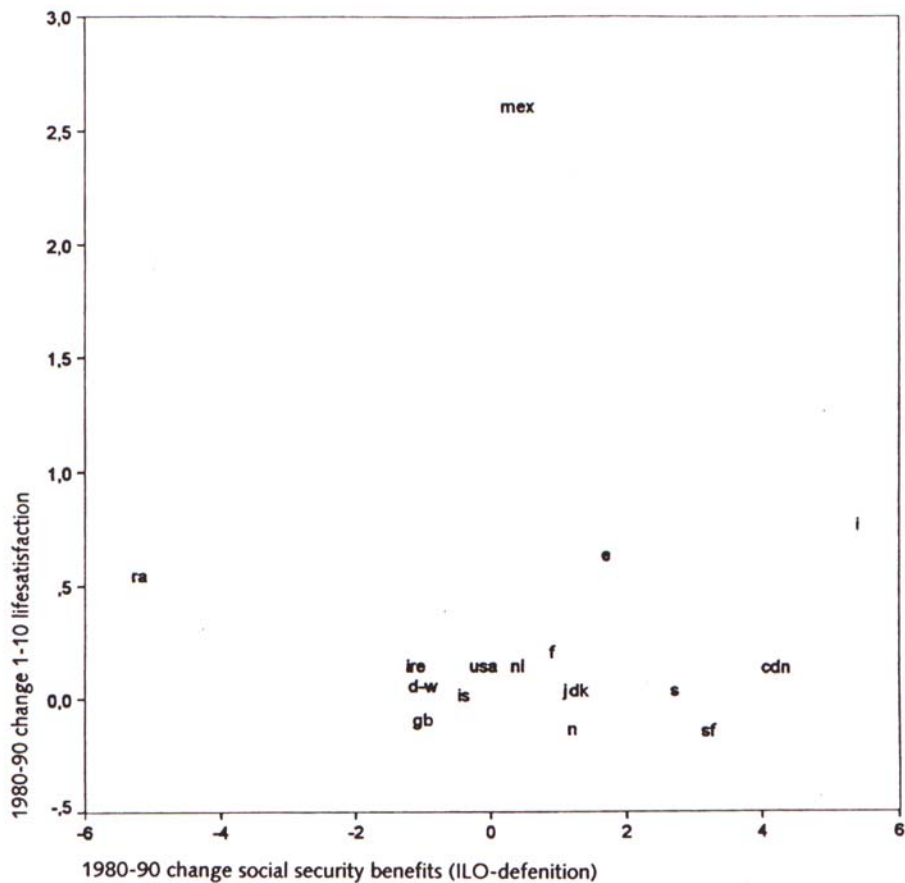
Af/toename spreiding welzijn	Verband met krimp/groei verzorgingsstaat % af/toename uitgaven sociale zekerheid					
	<i>ruwe correlatie</i>	<i>N</i>	<i>T1 spreiding welzijn constant</i>	<i>N</i>	<i>T1 - T2 welvaar- oei constant</i>	<i>N</i>
<i>Gezondheid</i>						
▲SD ervaren gezondheid	$r = +.28$ ns	17	$r_p = -.43$ ns	14	$r_p = -.23$ ns	14
▲SD levens-duur	n.a.		n.a.		n.a.	
<i>Geluk</i>						
▲SD stemmingsniveau	$r = -.46$ ns	13	$r_p = -.51$ ns	10	$r_p = -.40$ ns	10
▲SD levens-tevredenheid	$r = -.10$ ns	19	$r_p = -.16$ ns	16	$r_p = -.10$ ns	16
▲SD overall geluk	$r = +.09$ ns	18	$r_p = +.07$ ns	15	$r_p = +.14$ ns	15

Tabel 6
Samenvatting resultaten

VRAGEN	METHODEN	
	Vergelijking <i>stand</i> in landen op één tijdstip	Vergelijking <i>verandering</i> in landen door de tijd
Royalere verzorgingsstaat, hoger <i>niveau</i> welzijn?	Antwoord: 'Nee'	Antwoord: 'Nee'
Royalere verzorgingsstaat, groter <i>gelijkheid</i> welzijn?	Antwoord: 'Nee'	Antwoord: 'Nee'



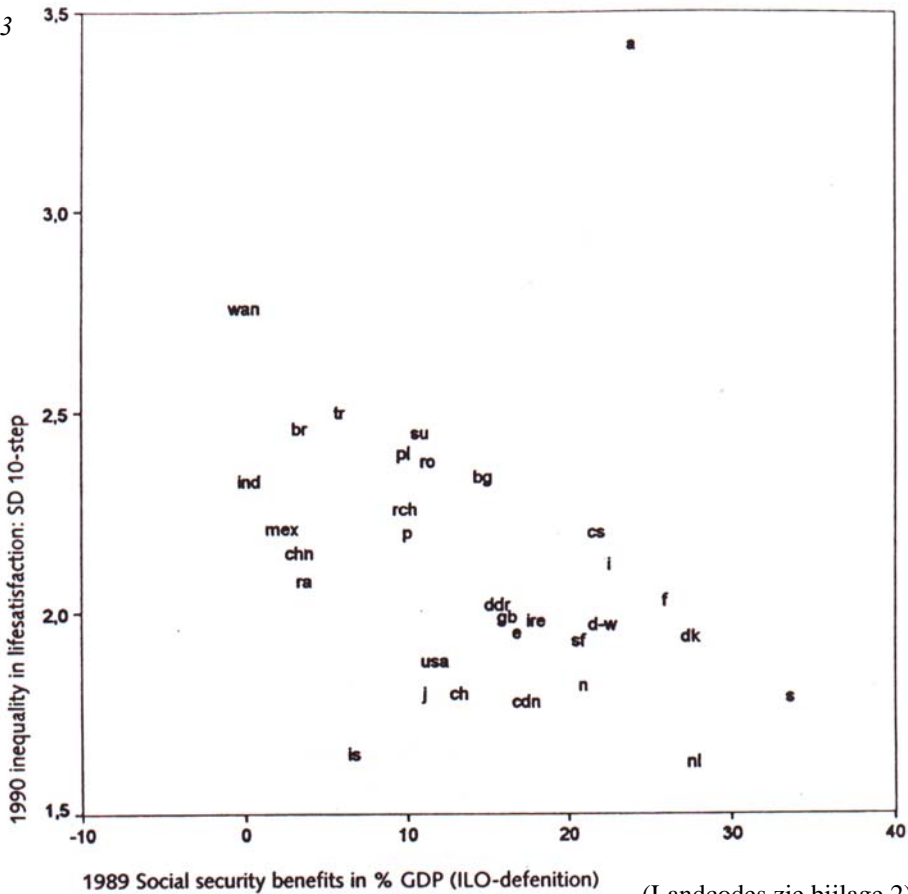
(Landcodes zie bijlage 2)



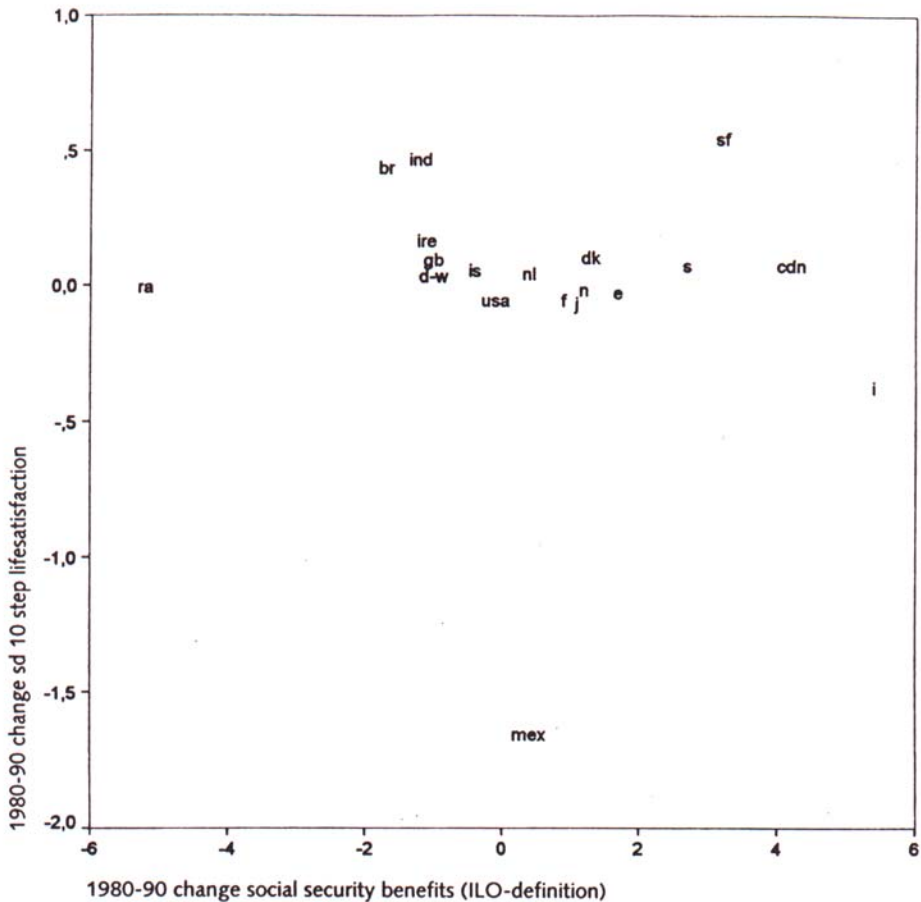
(Landcodes zie bijlage 2)

FIGUUR 9.3 UITGAVEN SOCIALE ZEKERHEID EN ONGELIJKHEID IN LEVENSTEVREDENHEID

43



(Landcodes zie bijlage 2)



(Landcodes zie bijlage 2)

Variabele	Meting	Bron
Welzijn <i>Gezondheid</i> * Ervaren gezondheid * niveau in land * ongelijkheid tussen burgers * Levensduur * niveau in land * ongelijkheid tussen burgers <i>Geluk</i> * Stemming * niveau in land * ongelijkheid tussen burgers * Tevredenheid met eigen leven * niveau in land * ongelijkheid tussen burgers * Overall geluk * niveau in land * ongelijkheid tussen burgers	Enkele enquête-vraag: "Alles bij elkaar genomen, hoe staat het met uw gezondheid tegenwoordig?" Zeer slecht (1)zeer goed (5) * gemiddelde * standaard-deviatie schatting op basis bekende sterfte naar leeftijd (levensverwachting) spreiding in sterfte tafels, uitgedrukt in Gini-coëfficiënten 10 enquête-vragen over voorkomen gevoelens in de laatste weken: 5 positieve en 5 negatieve gevoelens, antwoorden (ja/nee) gesommeerd in Gevoels Balans Schaal (-5 tot +5) * gemiddelde * standaard-deviatie Enkele enquête-vraag: "Alles bij elkaar genomen, hoe tevreden bent u met uw leven als geheel? Geef aan in een getal van 10 (tevreden) tot 1 (ontevreden)". * gemiddelde * standaarddeviatie Enkele enquête-vraag: "Alles bij elkaar genomen, bent U: Zeer gelukkig (4), behoorlijk gelukkig (3), niet zo gelukkig (2) of helemaal niet gelukkig (1)?" * gemiddelde * standaard-deviatie	World Value Surveys, item 83 WVS 1994 UNDP 1996 Veenhoven 1992a p. 134 World Values Surveys items 83-93 WVS 1994 World Values Surveys item 96 WVS 1994 World Values Surveys item 18 WVS 1994
Verzorgingsstaat omvang sociale zekerheid	Uitgaven voor verplichte verzekeringen voor: ziekte, invaliditeit, ouderdom, werkeloosheid, arbeidsongeschiktheid en kinderbijslag	ILO 1996
Welvaart koopkracht per hoofd	Hoeveelheid goederen/diensten die gemiddelde burger kan kopen. Inkomens pariteiten vastgesteld aan de hand van standaardpakket.	UNDP 1996

Bijlage 1: Databronnen

Bijlage 2: Landcodes

RA	Argentinië
AUS	Australië
A	Oostenrijk
B	België
BR	Brazilië
BG	Bulgarije
CDN	Canada
RCH	Chili
CHN	China
CS	Tsjecho-Slowakije (voormalig)
DK	Denemarken
DDR	Oost Duitsland (voormalig)
EW	Estland
SF	Finland
F	Frankrijk
GR	Griekenland
H	Hongarije

IS	IJsland
IND	India
IRE	Ierland
IL	Israël
I	Italië
J	Japan
LR	Letland
LT	Litauen
L	Luxemburg
MAL	Maleisië
MEX	Mexico
NI	Noord Ierland
NZ	Nieuw Zeeland
NL	Nederland
WAN	Nigeria
N	Noorwegen
RP	Filippijnen

PL	Polen
P	Portugal
RO	Roemenië
SU	Rusland
ZA	Zuid Afrika
ROK	Zuid Korea
SGP	Singapore
SLO	Slovenië
E	Spanje
S	Zweden
CH	Zwitserland
T	Turkije
GB/UK	Groot Brittannië
USA	Verenigde Staten Amerika
D-w	West Duitsland
WR	Wit Rusland