

RESULTAAT VAN DE VERZORGINGSSTAAT: Leefbaarheid en gelijkheid

Ruut Veenhoven

gepubliceerd in: H.J. van de Braak (red) 'Rationaliteit en beleid. Hoofdstukken uit de Rotterdamse sociologie', Academisch Boeken Centrum, De Lier, 1990, ISBN 90-72015-65-7, blz 41-80

Samenvatting

De substantiële rationaliteit van beleid kan worden afgemeten aan de mate waarin ideële doelstellingen worden gerealiseerd en aan de leefbaarheid van de samenleving die dat oplevert. Beleid dat zijn eigen doelstellingen niet haalt is niet rationeel; beleid dat die doelstellingen wel haalt maar daardoor een onleefbare maatschappij schept evenmin.

Vanuit dit gezichtspunt wordt gekeken naar de resultaten van het geheel aan sociaal beleid dat gestalte heeft gekregen in de zgn. verzorgingsstaten. Hiertoe wordt eenvergelijking gemaakt van 23 hedendaagse 1e wereldlanden. Er wordt nagegaan of de meest uitgesproken verzorgings-staten daaronder zich onderscheiden door een grotere gelijkheid in levenskansen (een belangrijk ideaal-doel) en een grotere leefbaarheid. Noch het een noch het ander blijkt het geval. De verzorgingsstaten doen het niet beter dan landen waar de overheid zich terughoudend opstelt, maar ook niet slechter.

1. INLEIDING

De Rotterdamse sociologie kenmerkt zich door nadruk op beleid. Beleid als verschijnsel is een belangrijk object van onderzoek (sociologie *van* beleid) en veel van het onderzoek in Rotterdam richt zich op vragen rond keuzen in beleid (sociologie *voor* beleid). Deze bijdrage laat iets zien van het onderzoek voor beleid en van de wijze waarop dit bijdraagt tot een grotere rationaliteit. Onderzoek kan op twee manieren bijdragen tot rationaliteit van beleid. Ten eerste kan het helpen bij het vinden van geschikte middelen bij gegeven doelstellingen van beleid. Als zodanig kan het bijdragen tot een grote *functionele rationaliteit* van beleid (ook wel 'instrumentele effectiviteit' genoemd). Onderzoek kan ook consequenties zichtbaar maken van de doelstellingen zelf en daarmee bijdragen tot een beter oordeel over de zin ervan. Daarmee kan de *substantiële rationaliteit* van beleid verhoogd worden (ook wel 'eind-effectiviteit' genoemd).

Eén van de criteria voor substantiële rationaliteit van sociaal beleid is de *leefbaarheid* van de samenleving die het schept. In dit hoofdstuk wordt dat criterium afgebakend en geoperationaliseerd. Samen met het criterium 'gelijkheid' wordt het gebruikt bij beoordeling van het soort sociaal beleid waarbij de staat een centrale rol speelt en dat uitmondt in een zogeheten 'verzorgingsstaat'.

2. LEEFBAARHEID

Als criterium voor rationaliteit van beleid

2.1 Wetenschap en waarden

Sociologie die wil bijdragen tot de substantiele rationaliteit van beleid komt onvermijdelijk in ideologisch vaarwater. Het gaat dan om de zinnigheid van doelstellingen en prioriteiten. Oordeelsvorming daarover is niet mogelijk zonder beroep op ethische principes van goed en kwaad. Is zo'n sociologie dan nog wel wetenschappelijk? De zinnigheid van een streven naar 'vrijheid' of 'gelijkheid' valt immers niet objectief vast te stellen. Sociologen die zich met dit soort vragen bezighouden wordt dan ook vaak verweten dat ze in feite ideoloog zijn in academische vermomming. Strikt wetenschappelijke bijdragen tot beleid zouden alleen mogelijk zijn bij de keuze van middelen voor gegeven doelstellingen: d.w.z. op het vlak van functionele rationaliteit.

In de discussie over gewenste doelstellingen van beleid zijn echter meer bijdragen mogelijk dan alleen getuigenissen. Vanuit een zekere distantie en kennis van zaken kunnen sociologen zichtbaar maken in hoeverre verschillende doelstellingen verenigbaar zijn in een gegeven maatschappelijke context, of elkaar juist uitsluiten. Zodoende kunnen optimale combinaties van doelstellingen geïdentificeerd worden. Met het aanwijzen van mogelijke consistente combinaties van doelstellingen is de keuze nog niet gemaakt, maar is de complexiteit van het keuzeprobleem wel aanzienlijk gereduceerd.

Een goed voorbeeld van zo'n benadering is de analyse van het vrijheidsvraagstuk door Christiaan Bay.¹ Bay maakt eerst begripmatig duidelijk welke verschillende doelstellingen achter het woord 'vrijheid' schuil gaan en brengt dan in kaart welke voorwaarden voor realisering daarvan vervuld moeten worden en welke neven-effecten dat met zich meebrengt. Dit maakt het hem mogelijk om aan te geven waar verschillende vrijheden elkaar versterken: bijv. vrije informatievoorziening (potentiële vrijheid) draagt alleen maar bij tot reductie van dwang (sociale vrijheid) waar mensen de inherente onzekerheden mentaal aankunnen (psychologische vrijheid). Ook worden onverenigbaarheden duidelijk: hoe meer mogelijkheden mensen overzien (potentiële vrijheid) hoe scherper ze zich bewust worden van de beperkingen die de samenleving stelt (sociale onvrijheid).

Het inschatten van verenigbaarheid van verschillende doelstellingen van beleid is natuurlijk aan de orde van de dag. Op grond van zulk soort inschattingen zijn al heel wat wensen van de politieke agenda afgevoerd. Zo wordt inmiddels niet meer gestreefd naar absolute inkomensgelijkheid omdat duidelijk is geworden dat dit niet verenigbaar is met de doelstelling van welvaarts groei. Ook hebben we ons geschikt in beperking van de menselijke vrijheid door leerplicht, omdat dit noodzakelijk blijkt voor het realiseren van doelstellingen op het vlak van beschaving en democratie.

Zolang de effecten over en weer evident zijn, kunnen beleidsmakers het met hun gezond verstand wel af en hebben ze sociologen niet nodig. In veel gevallen is echter niet duidelijk hoe doelstellingen zich met elkaar verdragen en wordt het zicht ook beperkt door ideologische partisipris en institutionele belangen. In zulke gevallen kunnen bijdragen vanuit de wetenschap een stap verder helpen.

Ook voor geschoolde maatschappij-wetenschappers is het vaak niet eenvoudig om aan te

geven hoe doelstellingen van beleid ten opzichte van elkaar uitpakken. Het is meestal al lastig om de doelstellingen conceptueel helder van elkaar te onderscheiden en het blijkt vaak niet mogelijk om de netto-effecten met enige zekerheid in te schatten. Veel fundamentele beleidskeuzen blijven derhalve een gok. Toch hebben we inmiddels een aanzienlijk scherper beeld van de verenigbaarheid van tal van doelstellingen van beleid dan pakweg honderd jaar geleden. Niet alleen omdat er nu meer feiten op een rijtje staan, maar ook omdat er zich een meer gedifferentieerd begrippenapparaat ontwikkeld heeft en we meer samenhangen doorzien. Er is geen reden om aan te nemen dat de grens van onzekerheid in de toekomst niet verder verlegd kan worden. De sociologie heeft daar een belangrijke taak.

2.2 Ideaal en leefbaarheid

Bij verkenning van de onderlinge verenigbaarheid van doelstellingen van sociaal beleid is steeds één van de vragen in hoeverre de maatschappelijke idealen die men nastreeft sporen met wat burgers aankunnen en nodig hebben. Zoals architecten de schoonheid van een gebouw moeten afwegen tegen de bewoonbaarheid, zo komen ontwerpers van sociale politiek voor de vraag in hoeverre doorvoering van ideologische beginselen zich verdraagt met de eis dat de samenleving ook leefbaar moet blijven.

Deze vraag wordt vaak uit de weg gegaan door ‘ideaal’ gelijk te stellen met ‘leefbaarheid’. Wat ideologisch als ‘wenselijk’ wordt beschouwd heet dan ook gelijk ‘goed voor mensen’. De geschiedenis levert echter tal van voorbeelden van samenlevingen waarin hooggestemde politieke en religieuze idealen werden gerealiseerd, maar waarin de mensen het toch niet konden uithouden (o.a. 19e eeuwse utopische communes en 20e eeuwse socialistische staten). Substantiële rationaliteit van beleid vereist dan ook dat daadwerkelijk onderzocht wordt in hoeverre doorvoering van ideologische beginselen de leefbaarheid van de samenleving verhoogt of vermindert. Voor onze hedendaagse samenleving betekent het ondermeer dat kritisch wordt gekeken naar de consequenties van de verzorgingsstaat.

Daarmee is niet gezegd dat leefbaarheid uiteindelijk het enige criterium is voor beoordeling van de zinvolheid van sociaal beleid (zoals geluk in de utilitaristische moraal). Men kan er voor kiezen een portie leefbaarheid op te offeren aan realisering van een ander doel. Rationaliteit vereist dan wel dat men weet wat men doet.

2.3 Begrip leefbaarheid

De leefbaarheid van een samenleving is de mate waarin deze qua voorzieningen en vereisten aansluit op de behoeften en vermogens van de mensen die er in leven. Bijvoorbeeld: een samenleving is niet leefbaar als deze weinig voorzieningen biedt voor regulering van onderlinge conflicten (zoals informele sociale controle, rechtsprocedures, politie) en derhalve hoge eisen stelt aan psychologische assertiviteit, maar waar de inwoners juist psychologisch niet erg weerbaar zijn. De mensen in die samenleving zullen chronisch angstig zijn en derhalve geen prettig leven hebben en waarschijnlijk ook niet lang leven.

Behoeften en vermogens van mensen komen deels voort uit de natuur van de soort en zijn deels produkt van de socialisatiepraktijken van de samenleving waarin zij opgroeien. Meestal is dat dezelfde samenleving als waarin zij het met die behoeften en vermogens moeten zien te rooien. Behoeften en vermogens passen zich niet onbepaald aan bij wat de samenleving te bieden heeft. Voor zover behoeften en vermogens produkt zijn van socialisatie kunnen ze worden aangepast aan wat de samenleving te bieden heeft. De bovengenoemde onveilige samenleving kan harde

mensen gaan kweken. Dit is echter geenszins een automatisme: opgroeien in een onveilige samenleving kweekt eerder kwetsbare mensen, met een extreme veiligheidsbehoefte en onvermogen daaraan realistisch gestalte te geven.

Voor zover behoeften en vermogens in de menselijke natuur verankerd liggen, kan helemaal geen aanpassing aan het maatschappelijk aanbod bewerkstelligd worden. Waar elementaire fysiologische behoeften en vermogens in het geding zijn is dat tamelijk evident: een samenleving die mensen geen dak boven het hoofd biedt en slechts vier uur nachtrust gunt is natuurlijk onleefbaar, hoe er ook wordt opgevoed. Hoewel dit minder evident is, zijn er ook psychologische behoeften en vermogens die niet door opvoeding veranderd kunnen worden. Iedere samenleving moet enige 'zinnelijkheid' bieden en 'gestructureerde bezigheid'. Zinloos niets doen, geldt niet voor niets overal als straf.

Samenlevingen die onleefbaar zijn selecteren zichzelf weg door vlucht van de leden, of zelfs uitsterven ervan. Samenlevingen die net leefbaar genoeg zijn om de bevolking op peil te houden, hebben echter niet zonder meer slechtere kansen op voortbestaan dan goed leefbare samenlevingen. Geringe leefbaarheid van de eigen samenleving kan zich bijvoorbeeld vertalen in groot enthousiasme voor veroveringsoorlogen en een economisch systeem dat niet erg leefbaar is, kan op ander gronden toch dominant worden. Sociale evolutie leidt dus niet vanzelfsprekend naar een leefbaarder samenleving.

2.4 Meting van leefbaarheid

Er is vaak geprobeerd om het begrip leefbaarheid meer te specificeren in een programma van eisen: een samenleving wordt dan bijvoorbeeld leefbaar genoemd naarmate deze de burgers beter voorziet van voeding (calorieën per dag), huisvesting, (m² per persoon) en scholing. Op grond van zulke eisen worden dan puntenstelsels gemaakt waarmee de leefbaarheid van naties gemeten wordt.²

Er zijn veel problemen met dit soort leefbaarheidsindexen. Een algemeen erkend probleem is dat ze zich typisch beperken tot kwantificeerbare zaken op het materiële vlak en dat minder grijpbare sociale en psychische levensvoorwaarden uit het beeld verdwijnen. Een ander probleem is dat men vaak niet precies weet welke functies de betreffende voorzieningen precies vervullen in de samenlevingen waarom het gaat. Schoolopleiding kan bijvoorbeeld in de ene samenleving een veel breder pakket aan behoeften voorzien dan in een andere; vloeroppervlak per persoon heeft een andere betekenis in een individualistische cultuur dan in een collectivistische. Een meer fundamenteel probleem is verder dat het hoogst onduidelijk is in welke behoeften en vermogens nu precies voorzien moet worden. De criteria in dit soort indexen zijn typisch gebaseerd op onbewezen aannames daarover. Ze dienen ook typisch om bestaand beleid te legitimeren: niet om de zinnelijkheid ervan kritisch te evalueren.

Hoewel we het begrip leefbaarheid dus niet kunnen *specificeren* in samenstellende voorwaarden kunnen we het globaal niveau van leefbaarheid van een land wel *indiceren*. Ook zonder dat we precies weten wat een samenleving te bieden moet hebben, kunnen we nagaan of de mensen die er in leven goed gedijen. Een vergelijking met het begrip 'vruchtbaarheid' van grond kan dit verhelderen: ook toen nog niet bekend was welke verhoudingen van structuur, vocht en mineralen optimaal zijn voor het kweken van graan, konden we toch vaststellen waar het goed groeide of niet. Specificatie van voorwaarden (inputs) is meestal pas mogelijk op basis van zo'n output meting; als theoretisch niet op voorhand duidelijk is welke voorwaarden in het geding zijn moeten deze empirisch geïdentificeerd worden. In het geval van vruchtbaarheid van

grond ging dat door systematische vergelijking van grondsoorten die meer en minder vrucht dragen. Pas veel later kan op grond van bio-chemische inzichten enigszins beredeneerd worden wat nodig is. Op het vlak van leefbaarheid van samenlevingen hebben we ook maar weinig theoretische zekerheden en moeten de relevante maatschappijkenmerken vooralsnog voornamelijk langs inductieve weg in kaart worden gebracht. Daarvoor zijn indicatoren van leefbaarheid nodig.

2.5 Indicatoren van leefbaarheid

Waaruit blijkt nu hoe goed mensen gedijen in een samenleving? In de eerste plaats natuurlijk uit hun bio-fysiologisch functioneren. Als we willen weten hoe goed graan het doet op een bepaalde grondsoort kijken we naar zaken als snelheid in groei, volheid van de korrel en incidentie van schimmels en ziekten. Op analoge wijze kunnen we kijken hoe mensen het in een bepaalde samenleving en, door na te gaan hoeveel lichamelijke stoornissen voorkomen en hoe oud de mensen er worden: met andere woorden wat de *gezondheidstoestand* van de bevolking is. Als mensen veel ziek zijn en vroeg sterven is er kennelijk iets mis met de bestaansvoorwaarden die de samenleving biedt: zeker als in andere samenlevingen in de vergelijkbare geo-fysische condities betere resultaten geboekt worden. Hoe goed mensen gedijen in een samenleving blijkt ook uit hun *subjectief welbevinden*. Als de gemiddelde burger chronisch angstig en ongelukkig is, schort er kennelijk iets aan de samenleving. Voelen ze zich over het algemeen prettig en scheppen ze voldoening in hun bestaan dan sluiten de maatschappelijke voorzieningen en eisen kennelijk redelijk aan op individuele behoeften en vermogens.

'Gezondheid' moet in dit verband worden opgevat in de strikte betekenis van goed fysiologisch functioneren zoals blijkt uit afwezigheid van ziekte en lange levensduur. Het woord gezondheid wordt ook wel gebruikt in ruimere psycho-sociale betekenissen, waarbij ook geestelijk en sociaal welzijn wordt meegenomen.³ Wie sociaal geïsoleerd is of politiek onderdrukt wordt heet dan ook 'on gezond'. Hantering van zo'n ruim gezondheidsbegrip leidt in dit verband makkelijk tot cirkelredeneringen. De vraag wat leefbare omstandigheden zijn wordt dan onderzocht met een indicator waarin al bepaalde omstandigheden zijn opgenomen.

'Welbevinden' dient in dit verband te worden opgevat als totaal welbevinden. Voldoening met een bepaald aspect van het bestaan zegt nog niet dat iemand over het geheel goed floreert: bijvoorbeeld de arbeidsvreugde van een workaholic. Subjectief welbevinden dient uiteraard niet verward te worden met concepties van 'objectief welzijn'. Daarbij gaat het weer om a-priori noties over wat goed is voor mensen.⁴ Elders heb ik deze variant van subjectief welbevinden omschreven als 'levensvoldoening' of 'geluk'.⁵

'Goed gedijen' is geen eendimensionaal begrip maar in feite een verzamelterm die verschillende aspecten van functioneren tegelijk omvat. De hier gehanteerde indicatoren weerspiegelen die verzameling niet als geheel, maar grote delen ervan. Daardoor geven ze nooit precies hetzelfde beeld en kunnen ze soms tegenstrijdige resultaten leveren. Zo is het mogelijk dat iemand ziekelijk is, maar toch lang leeft omdat hij middels medische kunstgrepen boven het graf wordt gehouden. Ook is het mogelijk dat iemand op tal van aspecten dysfunctioneert, maar zich daarbij toch gelukzalig voelt, juist omdat hij psychisch niet in orde is. De ernst van dit probleem hangt af van de incidentie van dit soort gevallen. Blijkens onderzoek vormen ze eerder uitzondering dan regel. De correlaties tussen indicatoren van gezondheid en geluk zijn steevast hoog: zeker op populatieniveau.⁶ Er kan dus gesproken worden van een bevredigende construct validiteit.

2.6 Normen van leefbaarheid

Als leefbaarheid gehanteerd wordt als een finale doelstelling in de sociale politiek moet men ongeveer weten welk niveau men minimaal wil halen en wat maximaal haalbaar is. Zonder reflectie daarover is geen rationele afweging met andere doelstellingen mogelijk.

Het is niet eenvoudig om minimum normen voor gezondheid en welbevinden te beredeneren. Iedere keuze is arbitrair. De gangbare oplossing voor dit probleem is dat het bestaande niveau als minimum gefixeerd wordt. Slechter mag het in ieder geval niet. Op het vlak van de gezondheid worden allengs echter ook hogere doelen voor de toekomst gesteld: eerst ging het daarbij alleen om uitbanning van bepaalde ziekten, maar tegenwoordig ook om verhoging van de levensduur naar een bepaald niveau.⁷ Op het vlak subjectief welbevinden worden nog geen streefcijfers gehanteerd.

Welk niveau van leefbaarheid maximaal haalbaar is valt ook moeilijk vast te stellen. Utopische toekomstvisioenen suggereren dat er nog veel verbetering mogelijk is, maar dergelijke claims vallen moeilijk te verifiëren. Er valt in principe wel vast te stellen welk maximum er ooit gerealiseerd is in de samenleving. In de praktijk beperkt zich dat tot vergelijking van indicatoren van gezondheid en welbevinden in moderne natiestaten. In een analyse van Narrol⁸ kwam Noorwegen daarbij als beste uit de bus.

2.7 Bruikbaarheid voor beleid

Algehele gezondheid en welbevinden zijn traag reagerende indicatoren. Als de leefbaarheid van een samenleving achteruit loopt worden mensen niet meteen ziek en ongelukkig. Alleen bij rampen en revoluties treedt wel eens een snelle achteruitgang op, maar dan heeft men deze indicatoren meestal niet nodig om te weten dat er wat mis is. Als zodanig zijn gezondheid en welbevinden geen bruikbare sociale indicatoren voor alledaagse sturing. Ze zijn wel geschikt voor globale koersbepaling, met name voor evaluatie van beleid achteraf.

Deze indicatoren van leefbaarheid zijn ook niet geschikt voor sturing van beleid dat zich op specifieke aspecten van het bestaan richt: van een betere tandverzorging zal over het algemeen geen merkbaar effect uitgaan op algehele gezondheid en welbevinden. Gezondheid en welbevinden zijn wel bruikbaar voor beleid dat een groot aantal levensgebieden tegelijk bestrijkt. Dat is onder meer het geval bij beleid dat zich richt op de algehele verbetering van levensomstandigheden van bepaalde sociale categorieën, zoals bejaarden en etnische minderheden.

In het bejaardenonderzoek worden deze indicatoren ondermeer gebruikt om het effect van allerlei interventies te meten, zoals huisvesting in bejaardenwijken, opname in tehuizen en activeringsprogramma's.⁹ Trends in de gemiddelde levens-voldoening van bejaarden zijn ook gebruikt om het totaal effect van alle bejaardenbeleid in beeld te brengen.¹⁰ In onderzoek naar het resultaat van emancipatiebeleid wordt eveneens gebruik gemaakt van deze indicatoren. Zo is de verbetering van de levenssituatie van Zwarte Amerikanen sinds de jaren vijftig ondermeer afgemeten aan verbetering van de gezondheidstoestand en toename van levensvoldoening.¹¹ Gezondheid en welbevinden van burgers zijn ook bij uitstek geschikt om de leefbaarheid van samenlevingen als geheel in te schatten. Als zodanig zijn ze ook bruikbaar bij beoordeling van het totaal resultaat van sociaal beleid in een land. Zo wordt het effect van ontwikkelingsbeleid in derde wereldlanden ondermeer afgemeten aan verbetering van de gezondheidstoestand zoals blijkt uit de gemiddelde levensduur en is het failliet van 2e wereldlanden geïllustreerd aan het achterblijven van de levensverwachting met niet minder dan vijf jaar.¹² Verschillen in gemiddelde levensvoldoening per land zijn ondermeer gebruikt om het rendement van economische groei en politieke democratie zichtbaar te maken.¹³ Deze indicatoren zijn daarom

ook bruikbaar voor beoordeling van de leefbaarheid van de hedendaagse verzorgingsstaten en daarmee voor oordeelsvorming over de substantiële rationaliteit van het beleid dat zich richt op uitbouw en instandhouding van deze maatschappijvorm.

3. LEEFBAARHEID VAN DE VERZORGINGSSTAAT

Vrijwel alle moderne landen kennen collectieve arrangementen om de burger een bepaalde levensstandaard te verzekeren. Er zijn echter grote verschillen in omvang van investering daarin en in de rol van de staat daarbij. De zogeheten verzorgingsstaten kenmerken zich door een relatief grote inspanning voor collectieve zorg en een centrale rol van de staat. In deze staten wordt een belangrijk deel van het nationaal inkomen afgeroomd (tot 25%) waarmee de staat dan vervolgens allerlei sociale voorzieningen financiert.

Deze verzorgingsstaten zijn in belangrijke mate gevormd naar de maatschappelijke idealen die in het begin van deze eeuw grote aanhang kregen. Een belangrijke impuls kwam voort uit het ideaal van *sociale gelijkheid* dat vooral door de arbeidersbeweging verwoord werd. Sterk hiermee verbonden is het ideaal van ‘bestaanszekerheid’. Een belangrijke inspiratiebron was ook het ideaal van een *nationale gemeenschap* dat sterk benadrukt werd in christen-democratische kring en dat aansloot bij nationalistische sentimenten. Op de achtergrond spelen ook opvattingen over *menswaardig leven* die deel uitmaken van het beschavingsideaal van de intellectuele elite. In de verzorgingsstaten wordt veel onderzoek gedaan naar de mate waarin die idealen ook werkelijk gerealiseerd worden. In Nederland gebeurt dat ondermeer door het Sociaal en Cultureel Planbureau dat periodiek verslag doet van vooruitgang. De tendens van het onderzoek in de verschillende landen is dat het ideaal een stuk dichterbij is gekomen, maar nog niet helemaal gehaald. Laten we aannemen dat de verzorgingsstaten er inderdaad in geslaagd zijn om een idealere samenleving te scheppen. De vraag is dan of die samenleving er daarmee ook leefbaarder op is geworden.

Over de leefbaarheid van de verzorgingsstaat wordt verschillend gedacht. Pleitbezorgers van de verzorgingsstaat geven er hoog over op. In hun argumentatie zijn drie thema's te onderkennen: in de eerste plaats wordt verwezenlijking van een ideaal vaak gelijkgesteld met verhoging van leefbaarheid; bijv. de verzorgingsstaat heeft de traditionele standsverschillen vrijwel geëlimineerd, ‘dus’ is de samenleving nu een stuk leefbaarder. Zoals aangegeven in de vorige paragraaf is dit geen verhelderende begripshantering.

Het tweede thema is dat realisering van idealen wel moet leiden tot grotere leefbaarheid: bijv. door vermindering van de sociale ongelijkheid werd een groot deel van de bevolking verlost van allerlei chronische frustraties. Hier wordt wel een begripmatig onderscheid gemaakt tussen ideaal en leefbaarheid en wordt een causaal verband verondersteld.

De derde lijn van argumentatie is: ‘we hebben het nog nooit zo goed gehad’. Verondersteld wordt dan dat de samenleving leefbaarder is geworden gedurende deze eeuw en dat die vooruitgang in belangrijke mate het gevolg is van de gelijktijdige ontwikkeling van de verzorgingsstaat.

Er is echter ook twijfel aan de leefbaarheid van de verzorgingsstaat. Eén bron van twijfel is angst voor verlies aan vrijheid. Die angst is ondermeer verwoord in sociofiction zoals Brave New

World¹⁴ en in allerlei studies over vervreemding onder georganiseerde zorg.¹⁵ De teneur is dat verzorging van de wieg tot het graf lang niet zo leuk is als op het eerste gezicht wel lijkt, omdat menselijke behoeften aan autonomie en ontplooiing er door in het gedrang komen. Leven in eigen verantwoordelijkheid zou daarom bevredigender zijn dan afhankelijkheid van Vader Staat.

Een tweede bron van twijfel is de vraag of staatsbureaucratieën wel even goede zorg kunnen verschaffen als marktorganisaties of particulieren onderling. Het gaat hier om efficiency van productie en zorg op maat. Over de tekortkomingen van staatszorg in dezen bestaat een uitgebreide literatuur.¹⁶

Een derde reden om te betwijfelen of de verzorgingsstaat de samenleving er wel leefbaarder op maakt, is dat onbedoelde effecten optreden die de verworvenheden teniet lijken te doen. Zo zou de verzorgingsstaat ongewild een 'onderklasse' van uitkeringstrekkers scheppen die vervolgens de straat onveilig gaat maken en zou de staat allerlei functies overnemen van kerk en familie waardoor deze instituties atrofiëren en de burgers ten prooi vallen aan anomie en eenzaamheid.¹⁷

Tenslotte is een punt van kritiek dat de verzorgingsstaat de economie verstikt door hoge belastingdruk en geringe aansporing tot activiteit. Het systeem van herverdeling zou er daardoor toe leiden dat er steeds minder te verdelen valt.

Deze discussie kan alleen beslecht worden op basis van empirisch onderzoek. Met redeneren alleen komt men er niet uit en de verschillen in leefbaarheid zijn niet met het blote oog waarneembaar. Er is ook al het nodige onderzoek gedaan. Dat onderzoek heeft zich tot nog toe sterk toegespitst op afzonderlijke claims in de discussie: o.a. of zich inderdaad een nieuwe onderklasse aan het vormen is¹⁸ en of de belastingdruk in de verzorgingsstaten echt wel zo schadelijk is voor de groei van de economie.¹⁹ Zulk onderzoek geeft echter nog geen antwoord op de vraag naar de algemene leefbaarheid van de verzorgingsstaten. Het is best mogelijk dat alle genoemde twijfels inderdaad op waarheid berusten, maar dat veronderstelde voordelen evenzeer gelden en dat deze maatschappijvorm per saldo toch zeer leefbaar is. Daarom wordt in deze paragraaf nagegaan hoe leefbaar de huidige verzorgingsstaat eigenlijk zijn.

3.1 Gegevens

3.1.1 *Afhankelijke variabele: leefbaarheid*

De relatieve leefbaarheid van landen wordt gemeten naar de mate waarin burgers er floreren blijkens hun gezondheid en welbevinden. Hoe gezonder de inwoners en hoe prettiger ze zich voelen, hoe leefbaarder het land kennelijk is.

De gezondheid van de gemiddelde burger wordt gemeten naar de gemiddelde *levensduur* in het land. Hierover zijn goed vergelijkbare gegevens beschikbaar voor tal van landen en in flinke tijdreeksen. Er wordt gebruik gemaakt van de mortaliteitsstatistiek van de World Health Organisation.²⁰ Deze cijfers zijn gecorrigeerd voor leeftijdsopbouw van de bevolking.

Er zijn uiteraard nog wel meer indicatoren van de gezondheidstoestand per land. Om uiteenlopende redenen zijn die in deze context niet bruikbaar. Cijfers over medische consumptie (medicijngebruik, ziekenhuisopnames e.d.) zijn niet bruikbaar, omdat een hoge medische consumptie juist een goede gezondheidstoestand kan bewerkstelligen. Bovendien zijn bij zo'n indicator de verzorgingsstaten typisch in het nadeel omdat publieke gezondheidszorg meestal een groter deel van de vraag manifest maakt. Om de werkelijke gezondheidstoestand van de gemiddelde burger in beeld te krijgen, kan wel gebruik worden gemaakt van de gezondheids-

enquêtes, of liever nog van medische screenings van de bevolking. De beschikbare gegevens bieden voornamelijk echter onvoldoende mogelijkheden voor vergelijking tussen landen en door de tijd.

Het subjectief welbevinden van de bevolking wordt afgemeten naar gemiddelde levensvoldoening, ook wel ‘geluk’ genoemd. Hierover zijn inmiddels veel gegevens beschikbaar uit survey-onderzoek. Deze gegevens zijn samengebracht in de World Database of Happiness.²¹ De meest gehanteerde vraag blijkt de volgende: ‘Alles bij elkaar genomen hoe gelukkig vindt u zichzelf? Zeer gelukkig, redelijk gelukkig?’ In de jaren 1980/1982 is deze vraag gesteld in representatieve studies in 31 landen, waarvan 23 eerste-wereldlanden.

Er zijn nogal wat twijfels over de validiteit van deze eenvoudige enquêtevraag. Zo wordt verondersteld dat respondenten die vraag heel verschillend interpreteren en dat velen hem beantwoorden in de zin hoe gelukkig ze denken dat ze zouden moeten zijn naar gangbare maatstaven, in plaats van hoe ze zich werkelijk voelen. Ook is wel beweerd dat mensen het eigenlijk niet weten en maar wat roepen en dat ze zich gelukkiger voordoen dan ze zijn. Elders heb ik de houdbaarheid van deze en andere veronderstellingen getoetst aan de beschikbare empirische gegevens. De meeste bleken aantoonbaar onjuist en geen enkel bezwaar werd bevestigd.²² Voornamelijk kunnen we er dus vanuit gaan dat mensen gewoon zeggen wat ze van hun leven vinden als ze daarnaar gevraagd wordt in een anoniem interview.

Er zijn ook twijfels over de vergelijkbaarheid van antwoorden op dit soort vragen tussen landen. Zo wordt ook gezegd dat de (aanzienlijke) verschillen tussen landen weinig te maken hebben met eigenlijke levensvreugde, maar des te meer met de wijze van communicatie daarvan. De verschillen zouden onder meer veroorzaakt worden door andere connotatie van woorden, door verschil in morele waardering van geluk en door allerlei variaties in sociale presentatie. Ook die bezwaren heb ik elders op hun houdbaarheid getoetst. Daar bleef ook niet veel van over.²³ Voornamelijk kunnen we daarom ervan uitgaan dat gemiddeld gerapporteerd geluk per land wel ongeveer het werkelijke niveau van levensvreugde aangeeft.

3.1.2 *Onafhankelijke variabele: verzorgingsstaat*

De mate waarin sprake is van een verzorgingsstaat kan worden afgemeten aan de omvang van uitgaven voor collectieve welzijnszorg van staatswege. Dat is makkelijker gezegd dan gedaan. Het is niet zo eenvoudig om af te bakenen wat nu precies tot ‘collectieve welzijnszorg’ moet worden gerekend en waar wel of niet sprake is van ‘staatszorg’. Vergelijking wordt ook bemoeilijkt doordat de kosten vaak heel verschillend geboekt worden. Zo lijken de uitgaven voor werkloosheidsuitkeringen in Zweden heel laag omdat werklozen daar in het kader van het activerings- en scholingsbeleid veelal in overheidsdienst komen. Voor vergelijking tussen landen zijn globale indicatoren daarom het meest geschikt.

De meest globale financiële indicator is de omvang van de overheidsuitgaven na aftrek van defensie. Hieronder vallen ook scholing, huisvesting en verborgen werkloosheid. Echter ook uitgaven die meer met economie te maken hebben dan met welzijnszorg vallen onder deze indicator: bijv. overheidsinvesteringen in het wegennet. Gegevens over het niveau van overheidsuitgaven per hoofd van de bevolking werden ontleend aan het IMF.²⁴

Een meer specifieke indicator van welzijnszorg is het totaal aan uitgaven voor ‘sociale zekerheid’. Het ILO rekent hiertoe: medische zorg, kinderbijslag en uitkeringen voor ziekte, werkloosheid, ouderdom, arbeidsongeschiktheid de invaliditeit. Volkshuisvesting en gemeenschapsvoorzieningen blijven buiten beschouwing.²⁵

Onderzoekseenheden: 1e wereldlanden

De hierboven omschreven gegevens zijn beschikbaar voor 23 eerste-wereldlanden te weten: Australië, België, Canada, Denemarken, Duitsland (West), Finland, Frankrijk, Griekenland, Ierland, IJsland, Italië, Korea (Zuid), Luxemburg, Japan, Nederland, Noorwegen, Oostenrijk, Spanje, USA, UK, IJsland, Zweden en Zwitserland. De gegevens voor die landen staan vermeld in de **bijlagen 1 (levensvoldoening), 2 (levensduur) en 3 (uitgaven sociale zekerheid)**.

3.2 Leefbaarheid van 1e Wereldlanden

Voor een goede beoordeling van verschillen in leefbaarheid tussen deze landen moeten we zicht hebben op de verschillen die überhaupt mogelijk zijn: een verschil tussen ‘hoog’ en ‘zeer hoog’ is natuurlijk van een andere orde dan tussen het ‘allerhoogste’ en het ‘allerlaagste niveau’ dat voorkomt.

Levensvoldoening

Wij weten niet hoe gelukkig mensen ooit misschien wel zijn geweest in een paradijselijke natuurstaat of misschien nu nog wel zijn in geïsoleerde culturen. Kwantitatieve gegevens over levensvoldoening zijn alleen beschikbaar uit hedendaagse natiestaten en dan nog voornamelijk de min of meer welvarende. In die verzameling prijkt Nederland aan de top samen met IJsland en de Scandinavische landen. In deze landen omschrijft ruim 50% van de bevolking zich als ‘zeer gelukkig’, 40% ‘redelijk gelukkig’ en minder dan 10% ‘niet zo gelukkig’. Op een schaal van een tot drie leidt dat tot een gemiddelde van 2.4.

In **bijlage 1** staan de gemiddelden van de 23 1e wereldlanden in de jaren 1981-1982. IJsland geeft de hoogste score te zien met 2.38. In een andere periode is wel eens een nog hogere score waargenomen, bijv. Nederland 2.48 in 1979. De laagste score in **bijlage 1** is van Griekenland met 1.61. Ook andere Mediterrane landen scoren laag, evenals Japan en Zuid-Korea. Er zijn echter aanzienlijk lagere gemiddelden geobserveerd in andere landen. Zo bleek in India in 1975 het gemiddelde 1.43.²⁶ Meer dan de helft van de bevolking beschouwde zich daar als ongelukkig. Waarschijnlijk zijn er nog wel landen waar een groter deel van de bevolking ongelukkig is.

De gemiddelden die uit de enquêtes naar voren komen zijn uiteraard niet meer dan een verantwoorde schatting van de levensvreugde van de burger. Variaties in vraagstelling, steekproeftrekking en tijd van ondervragen kunnen allerlei verschillen veroorzaken. Toch blijken gemiddelden per land zeer stabiel door de tijd en komt uit verschillende onderzoeken vooralsnog steeds vrijwel dezelfde rangorde naar voren. De gemiddelden van de landen in **tabel 1** liggen dicht bij de hoogste score die ooit is waargenomen (2.48) dan bij de laagste (1.43): 18 van de 23 1e wereldlanden scoren 2 of hoger, wat betekent dat de meerderheid van de bevolking redelijk tot zeer gelukkig is. (zie **Figuur1**)

Levensduur

De levensverwachting bij de geboorte is de laatste eeuw voortdurend gestegen in de meeste landen van de wereld. Die stijging is deels te danken aan terugdringing van de kindersterfte, maar voor een belangrijk deel ook aan vermindering van vroegtijdige sterfte onder volwassenen en van een verlenging van de oude dag. De levensverwachting is momenteel het hoogst in Japan en IJsland. De gemiddelde burger wordt in die landen ruim 77 jaar oud. Nederland, Noorwegen, Zweden en Zwitserland komen op een goede tweede plaats met ruim 76 jaar. In ontwikkelingslanden is de levensverwachting bij geboorte bijna 25 jaar lager: in India bijv. 52 jaar. Als de levensverwachting op 15-jarige leeftijd vergeleken wordt zijn de verschillen minder spectaculair,

maar nog steeds aanzienlijk.

Bezien in een variatiebreedte van 77 jaar tot 52 jaar scoren de 1e wereldlanden niet slecht. In al die landen ligt de gemiddelde levensverwachting boven de 72 jaar. Hekkensluiters zijn Luxemburg en Portugal. Het grootste verschil is vijf jaar.

Een en ander leidt tot de conclusie dat de 1e wereldlanden qua levenskwaliteit aardig aan de grens zitten van wat tot nog toe mogelijk is gebleken. Er zijn echter onderling nog aanzienlijke verschillen. We kunnen nu nagaan of die te maken hebben met de mate van staatszorg.

3.3 Mate van leefbaarheid en omvang van staatszorg

Dat de 1e wereldlanden over het algemeen redelijk leefbaar zijn, betekent nog niet dat de verzorgingsstaat zo heilzaam is. Hoewel in al die landen sprake is van een zekere verzorging van staatswege zijn al die landen ook redelijk welvarend. Om het effect van staatsverzorging als zodanig zichtbaar te maken moet eerst de ruwe correlatie berekend worden en vervolgens het effect van verschillen in welvaart worden uitgezuiverd.

Levensvoldoening

In een eerdere vergelijking onder zeven EG-landen vond ik geen verband tussen het niveau van uitgaven voor sociale zekerheid en geluk. Er was zelfs een tendens in negatieve richting.²⁷ Toen meer gegevens beschikbaar kwamen heb ik die analyse herhaald op 19 1e wereldlanden. Daarbij bleek een significant positief verband. Verschillende financiële indicatoren van staatszorg leverden correlaties rond + .40. Controle voor welvaart van het land veranderde dat beeld niet.²⁸ Inmiddels zijn er recentere gegevens (1981-1982) uit 23 landen beschikbaar. Uit die gegevens komen ook positieve verbanden naar voren, maar veel lager en niet significant. Zie **tabel 1**. Ook als omvang van de overheidsuitgaven als indicator van staatszorg wordt gehanteerd blijven correlaties te laag. Controle voor welvaart toert ook geen sterker verband te voorschijn. **Figuur 1** toont de verdeling die achter deze cijfers schuil gaat.

Bij zulke kleine aantallen zijn de uitkomsten natuurlijk altijd onzeker. Van de drie hier genoemde uitkomsten is de laatste echter nog de minst onzekere. Meer zekerheid valt ook nauwelijks meer te krijgen, want met deze 23 gevallen hebben we bijna alle 1e wereldlanden van deze tijd gehad. Voorlopig moeten we het er dus maar op houden dat inwoners van uitgesproken verzorgingsstaten niet wezenlijker gelukkiger zijn dan burgers van even rijke landen waar de staat een minder geprononceerde rol heeft in de collectieve welzijnszorg.

Levensduur

Bij mijn weten is nog niet eerder onderzocht of de levensduur wezenlijk hoger ligt in verzorgingsstaten. Wel is er gesuggereerd dat inkomensgelijkheid per land gepaard gaat met een iets langere levensduur ongeacht het niveau van welvaart.³¹

Tabel 1 vermeldt ook de correlaties tussen staatszorg en levensverwachting. Ook hier zijn de correlaties positief, maar heel laag en niet significant. Controle voor welvaart verandert daar weer weinig aan. Vooralsnog moet ook hier geconcludeerd worden dat er geen aanwijsbaar verband bestaat.

3.4 Toename leefbaarheid en groei staatszorg

De correlaties van **tabel 1** zeggen niet het laatste woord. Het is mogelijk dat staatsverzorging de leefbaarheid van het land wel degelijk ten goede komt, maar dit bij vergelijking van deze scores niet blijkt. Een van de redenen daarvoor kan zijn dat de leefbaarheid ook sterk afhangt van andere factoren, zoals cultuur en misschien wel genen en dat een bestaand verband daardoor aan het oog onttrokken wordt. Het is ook mogelijk dat de verzorgingsstaten zich het sterkst ontwikkeld hebben in de minst leefbare landen: misschien wel omdat de ellende hoog moet oplopen om staatsingrijpen te legitimeren.

Deze problemen kunnen worden ondervangen middels vergelijking door de tijd. Als staatszorg toch leidt tot een grotere leefbaarheid moet dat blijken uit een toename van levensvoldoening en levensduur na vergroting van staatszorg. Die toename van leefbaarheid moet ook groter zijn naarmate de toename aan zorginspanning groter is: d.w.z. de leefbaarheid moet het sterkst gestegen zijn in die landen die zich het meest als verzorgingsstaat ontwikkeld hebben.

Levensvoldoening

Over levensvoldoening zijn nog maar weinig bruikbare tijdreeksen beschikbaar. In de USA is vergelijking van 1946 tot 1985 mogelijk. Gedurende die tijd zijn de Amerikanen globaal even gelukkig gebleven. In Japan wordt vanaf 1958 bijgehouden hoe de bevolking een eigen bestaan waardeert, ook daar tekent zich geen wezenlijke verandering af.³² Beide landen kenmerken zich overigens door een zeer bescheiden niveau van staatszorg en een bescheiden uitbouw in de periode 1960-1980. Ze kenmerken zich echter ook door een explosieve groei van de welvaart, wat de uitkomsten toch opmerkelijk maakt.

Levensduur

De levensverwachting is deze eeuw in vrijwel alle landen van de wereld gestegen en bleef gedurende de laatste decennia ook stijgen in de 1e wereldlanden. De vraag is nu of die stijging groter was in de meest uitgesproken verzorgingsstaten. Voor beantwoording van die vraag kunnen we niet zonder meer stijging van uitgaven voor staatszorg afzetten tegen toename van levensduur. Toename van de gemiddelde levensverwachting is namelijk moeilijker te realiseren naarmate het niveau al hoger ligt. Daarom worden in **tabel 2** drie begin-niveaus onderscheiden en wordt voor ieder daarvoor bekeken in hoeverre de levensverwachting zich ontwikkeld heeft in landen waar de verzorgingsstaat meer en minder is uitgebouwd.

Er blijkt uit **tabel 2** geen grotere toename in de landen waar de verzorgingsstaat het meest is uitgebouwd. De grootste toename tekent zich juist af in landen waar de uitgaven voor sociale zekerheid het minst gestegen zijn. Onder de landen met een laag startniveau scoort Japan het hoogst en onder landen met een hoog startniveau Griekenland.

Alles bij elkaar moet geconcludeerd worden dat alle hedendaagse verzorgingsstaten redelijk leefbaar zijn, maar dat meer staatszorg daaraan over het algemeen weinig toevoegt. Extra staatszorg doet echter ook geen afbreuk aan de leefbaarheid. Kennelijk zijn de verschillende zorgsystemen functioneel ongeveer equivalent.

4. GELIJKHEID VAN LEVENSKWALITEIT IN DE VERZORGINGSSTAAT

Zoals al opgemerkt, is leefbaarheid niet het enige criterium. De substantiële rationaliteit van

beleid moet worden afgemeten aan de mate waarin het een optimale combinatie van doeleinden oplevert. Een beleid wat resulteert in een iets lagere leefbaarheid, maar dat aanzienlijk hogere intellectuele en economische prestaties levert is daarmee nog niet minder.

In dit verband is het interessant om te weten hoe de verzorgingsstaten op andere criteria scoren. Het valt buiten het bestek van deze bijdrage om de prestaties van de verzorgingsstaat op alle relevante criteria door te lichten. Op basis van de hier gepresenteerde gegevens kan wel vergelijking op één ander criterium gemaakt worden en wel het criterium 'gelijkheid'. Dit criterium is ook zeer relevant, omdat het bewerkstelligen van sociale gelijkheid een van de centrale doelstellingen van de verzorgingsstaat is. Als het beleid geresulteerd heeft in een grotere gelijkheid zonder verlies aan levenskwaliteit mag dat gerust 'rationeel' genoemd worden.

Er is een rijke literatuur over de recente ontwikkelingen in sociale ongelijkheid in de verzorgingsstaten³⁵ en er is ook al het nodige gepubliceerd over verschillen in ongelijkheid tussen landen.³⁶ Die literatuur richt zich op specifieke vormen van ongelijkheid in de sociaal economische sfeer: verschillen in bezit, inkomen, aanzien en stijgingskansen. Verschillen op dat vlak worden gemakkelijk gelijkgesteld met verschil in 'levenskansen' in het algemeen. Voor een inschatting van levenskansen in brede zin zijn dat soort gegevens echter niet erg geschikt. Niet alleen zijn er in het leven meer relevante kansstructuren dan alleen sociaal-economische, maar ook zijn de specifieke ongelijkheden vaak niet goed vergelijkbaar tussen landen. Inkomensgelijkheid heeft in het ene land andere consequenties dan in het andere. Daarom is het nuttig de blik te verleggen van specifieke kansen naar *gerealiseerde levenskwaliteit*. Als burgers in een land sterk verschillen naar levenskwaliteit zijn de levenskansen in dat land kennelijk nogal ongelijk verdeeld, misschien zelfs zonder dat men zich dat bewust is en de verschillen inzet zijn geworden van politieke strijd en object van sociologisch onderzoek.

Ongelijkheid in gerealiseerde levenskwaliteit kan worden afgemeten naar de mate waarin burgers verschillen in levensvoldoening. Als alle burgers even gelukkig zijn, is er sprake van volstrekte gelijkheid: ook als iedereen doodongelukkig is. Als de ene helft zeer gelukkig is en de andere helft zeer ongelukkig, is er sprake van de grootst mogelijke ongelijkheid. De mate van spreiding in levensvoldoening in landen kan ondermeer worden uitgedrukt in standaarddeviaties.³⁷ Gegevens hierover staan vermeld in **bijlage 1**. Op overeenkomstige wijze kan de spreiding in gerealiseerde levensduur gebruikt worden als indicator van maatschappelijke ongelijkheid. Hoe groter de verschillen in levensduur tussen de burgers, hoe ongelijker de levenskansen kennelijk verdeeld zijn in het land. Ongelijkheid in levensduur kan ondermeer worden uitgedrukt in Gini-coëfficiënten.³⁸ Gegevens hierover staan vermeld in **bijlage 2**.

4.1 Mate van gelijkheid en omvang van staatszorg

Levensvoldoening

In mijn eerder genoemde analyse van 19 1e-wereldlanden vond ik een sterk verband tussen niveau van uitgaven voor staatsverzorging en spreiding in levensvoldoening. In de meest uitgesproken verzorgingsstaten was de spreiding aanzienlijk kleiner. De correlaties lagen rond -.60 en bleven nagenoeg even sterk na controle voor welvaart.³⁹

De resultaten vallen in de hier gehanteerde verzameling van 23 landen heel anders uit. Zie **figuur 2** en **tabel 3**. De correlaties dwarrelen rond nul. Vooralsnog moet dus geconcludeerd worden dat de meest verzorgende staten niet gekenmerkt worden door grotere gelijkheid in geluk.

Levensduur

Tabel 3 toont overeenkomstige correlaties met spreiding in levensverwachting. Hoewel allen in de voorspelde richting, zijn de correlaties laag en niet significant.

4.2 Toename gelijkheid en groei staatszorg

Ook in dit geval is vergelijking door de tijd noodzakelijk om mogelijk verhulde effecten aan het licht te brengen. Wederom is dit alleen mogelijk met sterftcijfers.

De ongelijkheid in gerealiseerde levensduur neemt al geruime tijd af in vrijwel alle landen van de wereld.⁴² Dit is in belangrijke mate het gevolg van het terugdringen van kindersterfte, maar niet uitsluitend. De verschillen in levensduur zijn ook hier in de geanalyseerde le wereldlanden verder afgenomen gedurende de laatste decennia. Er kan nu worden nagegaan of die afname sterker was in de meest uitgesproken verzorgingsstaten.

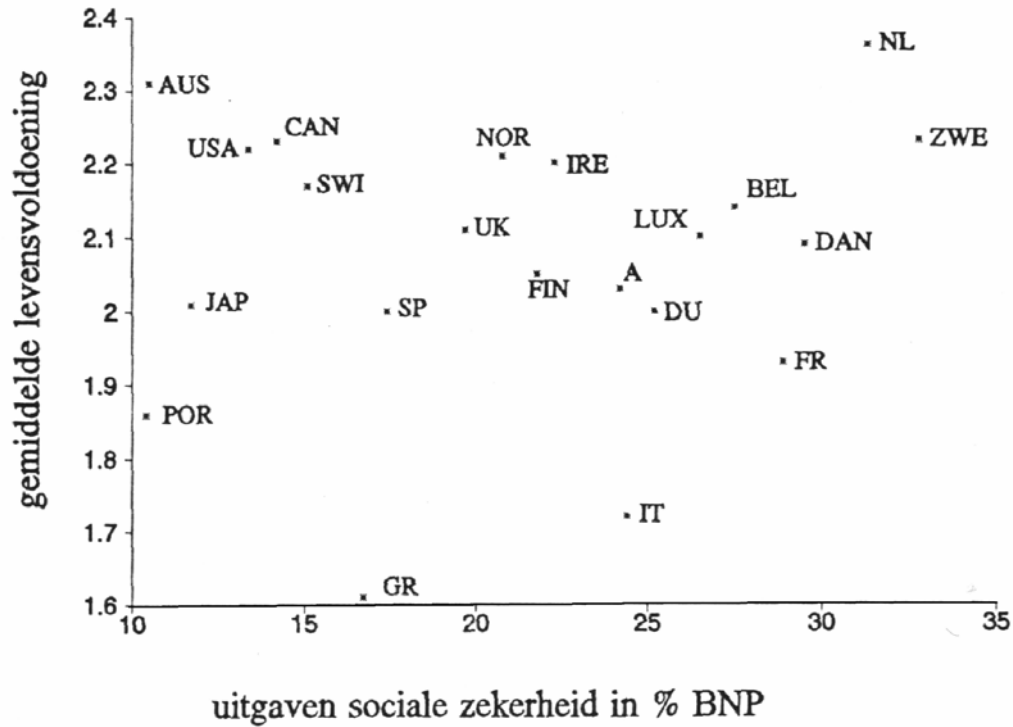
Tabel 4 presenteert de relevante gegevens: wederom horizontaal uitgesplitst naar startniveau. De gegevens wijzen er niet op dat uitbouw van de verzorgingsstaat sterk heeft bijgedragen tot grotere gelijkheid in levensduur. Deze uitkomst sluit aan bij bevindingen uit eerder onderzoek naar de ontwikkeling van verschillen in sterfte naar sociaal milieu in Nederland en Engeland. Daarbij bleken de traditionele verschillen zeer hardnekkig te zijn.⁴³

5 CONCLUSION

De verzorgingsstaten blijken zich niet te onderscheiden door een grotere gelijkheid in levenskansen. Dit geldt althans voor gelijkheid in de meest brede zin, zoals gemeten naar de omvang van verschillen in levensvoldoening en levensduur tussen burgers. De verzorgingsstaten blijken zich ook niet te onderscheiden in leefbaarheid, zoals gemeten door gemiddeld niveau van levensvreugde en levensduur. Ze zijn niet minder leefbaar dan even rijke landen met beperkte staatszorg, maar ook niet meer.

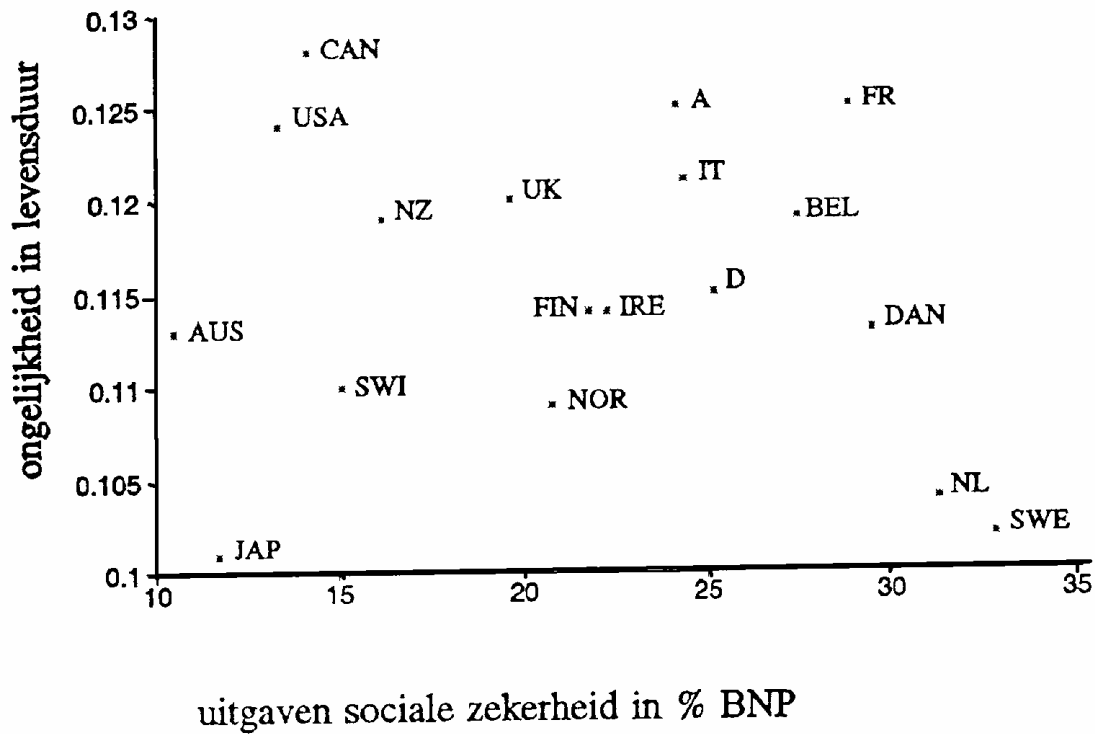
Betekent dit dat de verzorgingsstaat als een mislukking moet worden beschouwd? Niet zonder meer. Dat het resultaat niet beter is dan van andere 1e wereldlanden betekent nog niet dat het slechter is. Vergeleken met 2e en 3e wereldlanden doen de 1e wereldlanden het heel goed: in ieder geval wat leefbaarheid betreft. In 1e wereldlanden levert een sociaal beleid waarin de staat centraal staat per saldo kennelijk een even goed resultaat als sociaal beleid dat meer overlaat aan de markt en het maatschappelijke middenveld.

Figuur 1



A	Oostenrijk	GR	Griekenland	NOR	Noorwegen
AUS	Australië	IJ	IJsland	POR	Portugal
BEL	België	IRE	Ierland	SP	Spanje
CAN	Canada	IT	Italië	USA	Ver.Staten
DAN	Denemarken	JAP	Japan	UK	Ver.Koninkrijk
D	Duitsland (W)	LUX	Luxemburg	SWE	Zweden
FIN	Finland	NL	Nederland	SWI	Zwitserland
FR	Frankrijk	NZ	Nw. Zeeland		

Figuur 2



A	Oostenrijk	FR	Frankrijk	SP	Spanje
AUS	Australië	IRE	Ierland	USA	Ver.Staten
BEL	België	IT	Italië	UK	Ver.Koninkrijk
CAN	Canada	JAP	Japan	SWE	Zweden
DAN	Denemarken	NL	Nederland	SWI	Zwitserland
D	Duitsland (W)	NZ	Nw. Zeeland		
FIN	Finland	NOR	Noorwegen		

Tabel 1**Staatszorg en leefbaarheid in 23 1^e wereldlanden**

indicatoren van staatszorg	correlatie met levensvoldoening		correlatie met levensduur	
	<i>nulde orde</i>	<i>gecontroleerd voor welvaart</i>	<i>nulde orde</i>	<i>gecontroleerd voor welvaart</i>
Overheidsuitgaven defensie in % BNP	+ .30	+ .15	+ .11	+ .13
Uitgaven sociale zekerheid in % BNP	+ .10	-.01	+ .08	+ .18

Data: Uitgaven sociale zekerheid: ILO²⁹ Overheidsuitgaven: IMF's³⁰ Levensvoldoening tabel 1,
Levensverwachting **tabel 2**

Tabel 2***Uitbouw verzorgingsstaat en toename levensverwachting: 19 1^e wereldlanden 1950-1980***

beginniveau levens- verwachting in 1950 (in leeftijd)	Toename levensverwachting 1960-1980 (in jaren) <i>naar stijging uitgaven sociale zekerheid 1950-1986</i>		
	<i>laag: < 5%</i>	<i>midden: 5-10%</i>	<i>hoog: >10%</i>
Laag (69-70 jaar)	11.6 Japan	5.7 Duitsland (W) 7.5 Finland 7.1 Italië 5.1 Oostenrijk 5.8 USA	4.8 België 4.2 Ierland
Midden (71 jaar)	5.9 Australië 6.1 Canada 3.5 Nieuw Zeeland	4.8 UK	5.8 Frankrijk
Hoog (72-74 jaar)	5.1 Griekenland		2.9 Denemarken 3.4 Nederland 3.6 Noorwegen 4.1 Zweden

Data: Toename uitgaven sociale zekerheid ontleend aan Gordon.³³

Toename levensverwachting: Ultee e.a.³⁴

Tabel 3***Staatzorg en gelijkheid in levenskwaliteit: 23 1^e wereldlanden rond 1980***

indicatoren van staatzorg	correlatie met spreiding in levensvoldoening (gecorrigeerde standaarddeviaties)		correlatie met spreiding in levensduur (Gini-coëfficiënten)	
	<i>nulde orde</i>	<i>gecontroleerd voor welvaart</i>	<i>nulde orde</i>	<i>gecontroleerd voor welvaart</i>
Overheidsuitgaven minus defensie(in % BNP)	- .21	+ .01	- .30	- .19
Uitgaven sociale zekerheid(in % BNP)	+ .18	+ .17	- .14	- .13

Data: Uitgaven sociale zekerheid: ILO ⁴⁰; Overheidsuitgaven IMF⁴¹; Levensvoldoening:
tabel 1 , Levensduur: **tabel 2**.

Tabel 4***Uitbouw verzorgingsstaat en afname ongelijkheid in levensverwachting
18 1^e wereldlanden 1960-1980***

Beginniveau van ongelijkheid 1960 (hoogte Gini-coëfficiënten)	Afname van ongelijkheid in levensverwachting 1960-1980 (verschil Gini-coëfficiënten)		
	<i>Naar stijging uitgaven sociale zekerheid 1950-1980</i>		
	<i>gering= <5%</i>	<i>matig= 5-10%</i>	<i>sterk= >10%</i>
laag: (Gini <.130)	.006 Nw. Zlnd.	.005 UK	.015 Denemarken .017 Nederland .018 Noorwegen .018 Zweden
midden: (Gini 131-149)	.029 Australië	.025 Zwitserl.	.017 België .013 Frankrijk .023 Ierland
hoog: (Gini > .150)	0.22 Canada 0.55 Japan	.035 Duitsland .037 Finland .036 Italië .034 Oostenrijk .027 USA	

Data: Toename uitgaven sociale zekerheid: Gordon.⁴⁴
Afname ongelijkheid in levensverwachting: Ultee e.a.⁴⁵

Bijlage 1***Levensvoldoening in 23 eerste wereldlanden***

land	gemiddelde	sd	spreiding	sdcorr
Australië	2.31	.58		.24
België	2.14	.62		.42
Canada	2.23	.52		.18
Denemarken	2.09	.71		.60
Duitsland (West)	2.00	.52		.52
Finland	2.05	.46		.31
Frankrijk	1.93	.59		.45
Griekenland	1.61	.66		.40
Ierland	2.20	.63		.40
IJsland	2.38	.55		.15
Italië	1.72	.62		.33
Japan	2.01	.56		.51
Korea (Zuid)	1.81	.61		.37
Luxemburg	2.10	.56		.37
Nederland	2.36	.63		.33
Noorwegen	2.21	.56		.27
Oostenrijk	2.03	.81		.77
Portugal	1.86	.52		.27
Spanje	2.00	.61		.57
Verenigd Koninkrijk	2.11	.63		.47
Verenigde Staten	2.22	.60		.33
Zweden	2.23	.52		.18
Zwitserland	2.17	.57		.32

Data: World Database of Happiness ⁴⁶

Bijlage 2**Levensverwachting in 23 1e-wereldlanden 1950-1980**

land	levensverwachting bij geboorte (jaren)			ongelijkheid in levensduur (gini-coëfficiënten)
	gemiddelde periode 1980-1984	toename 1950-1980	ongelijkheid rond 1980	afname 1950-1980
Australië	75.2	5.9	.113	.029
België	73.7	4.8	.119	.017
Canada	75.8	6.1	.128	.022
Denemarken	74.6	2.9	.113	.015
Duitsland West	73.9	5.7	.115	.035
Finland	74.2	7.5	.114	.037
Frankrijk	75.3	5.8	.125	.013
Griekenland	75.7	5.1	---	---
IJsland	77.2	4.5	---	---
Ierland	73.1	4.2	.114	.023
Italië	74.7	7.2	.121	.036
Japan	77.2	11.6	.101	.055
Luxemburg	72.3	---	---	---
Nederland	76.3	3.4	.104	.017
Nieuw Zeeland	73.8	4.1	.119	.006
Noorwegen	76.2	3.6	.109	.018
Oostenrijk	73.0	6.8	.125	.034
Portugal	72.2	12.2	---	---
Spanje	75.5	7.3	---	---
Ver.Staten USA	74.3	5.98	.124	.027
Ver.Kon. UK	74.3	4.8	.120	.005
Zweden	76.5	4.1	.102	.018
Zwitserland	76.2	6.4	.110	.025

Data: Levensverwachting: WHO ⁴⁷, Ongelijkheid in levensduur: Ultee e.a. 1988. ⁴⁸

Bijlage 3***Uitgaven voor sociale zekerheid in % BNP in 23 1e-wereldlanden***

	Niveau 1980	Toename 1960-1980
Australië	10.5	4.0
België	25.5	10.5
Canada	14.2	4.2
Denemarken	29.5	15.4
Duitsland (West)	25.2	8.4
Finland	21.8	7.9
Frankrijk	28.9	13.7
Griekenland	16.7	1.6
IJsland	---	---
Ierland	22.3	10.7
Italië	24.4	5.2
Japan	11.7	4.8
Luxemburg	---	---
Nederland	31.3	16.4
Nieuw Zeeland	16.6	2.1
Noorwegen	20.8	11.3
Oostenrijk	24.2	6.7
Portugal	10.4	---
Spanje	17.4	---
USA	13.4	5.2
UK	19.7	6.5
Zweden	32.8	18.6
Zwitserland	15.1	5.9

Data: Niveau 1980: ILO.⁴⁹ Toename 1960-1980: Gordon.⁵⁰

Noten

1. C. Bay, (1965)
The Structure of Freedom.
Stanford University Press.
2. R.J. Estes, (1984)
The Social Process of Nations.
New York: Preager Publishers.
3. Definite World (1946)
Health Organisation
4. R. Veenhoven, (1984)
Conditions of Happiness.
Dordrecht: Kluwer Academie,.
5. R. Veenhoven, o.c., 1984 pp. 22-25.
6. R. Veenhoven en P. Ouweneel, (1989)
Happiness as an indicator of the livability of nations: Two relevance checks.
Verschijnt in Proceedings of the International Conference on Social Reporting.
Wissenschaftszentrum Berlin.
7. WHO, (1985)
Targets for Health for All.
Copenhagen: World Health Organisation, Regional Office for Europe,.
8. R. Naroll, (1982)
The Moral Order.
London: Sage.
9. R. Schulz, (1976)
Effects of control and predictability on physical and psychological well-being of institutionalized aged.
In: Journal of Personality and Social Psychology, nr. 5, pp. 563-573.

R.A. Ward, M. LaGory, S.R. Sherman, (1985)
Neighborhood and network age concentration: does age homogeneity matter for old people?
In: Social Psychology Quarterly, pp. 138-149.
10. D.D. Witt, G.D. Lowe, C.W. Peek, E.W. Curry, (1980)
The changing Association between Age and Happiness. Emerging Trend or Methodological Artifact?.
In: Social Forces, nr. 4, pp. 1302-1307.

11. R.A. Manning-Gibs, (1972)
Relative deprivation and self reported happiness of Blacks 1946-1966.
Unpublished Dissertation. University of Texas USA.
12. R. Andorka, (1990)
The use of timeseries in international comparison.
In: E. Oyen (Ed.), *Comparative Methodology*. London: Sage, p. 217.
13. R. Veenhoven en P. Ouweneel o c.
14. A. Huxley, (1932)
Brave New World.
Stockholm: Continental Books,
15. F.A. Hayek, (1946)
The Road to Serfdom.
London.

H. Achterhuis, (1982)
De markt voor welzijn en geluk.
Baarn: Ambo.

C. Murray, (1984)
Loosing ground: American Social Policy. 1950-1980.
New York: Basic Books.
16. M. Hill en G. Bramley, (1986)
Analyzing Social Policy.
Oxford: Basil Blachard, ch. 6 and 10.

J. Albers, 1988
Gesundheitssysteme der OECD im Vergleich.
In: M.G. Schmidt, Red., *International und Historisch Vergleichende Analysen*. Opladen:
Westdeutschen Verlag,.
17. C. Murray, (1984)
Loosing Ground: American Social Policy. 1950-1980.
New York: Basic Books.
18. G. Engbertsen, (1990)
Publieke bijstandgeheimen. Het ontstaan van een onder-klasse in Nederland.
Leiden: Stenfert Kroese,.
19. W. Korpi, (1985)
Economic growth and the Welfare State: a comparative study of 18 OECD countries.
In: *Labour and Society*, Vol. 10, pp. 195-209.

20. World Health Organization, (1986)
World Health Statistics Annual.
Geneva, pp. 182-187.
21. R. Veenhoven, (1990)
World Database of Happiness. Catalogue of National Distributions 1990 update.
Rotterdam: Erasmus University.
22. R. Veenhoven o c., 1984, ch. 3.
23. P. Ouweneel en R. Veenhoven, (1990)
Differences in happiness across nations; cultural bias or societal quality?
In: Proceedings of the European Conference for Cross-Cultural Psychology. Amsterdam:
Zwets & Zeitlinger.
24. IMF, (1986)
Manual on Government Finance Statistics.
Washington: International Monetary Fund.
25. ILO, (1988)
The Costs of Social Security: 121h International Inquiry 1981-1983.
Geneva: International Labour Office.
26. R. Veenhoven o c., 1990, table A.
27. R. Veenhoven o c., 1984, p. 156.
28. R. Veenhoven en P. Ouweneel,
The happiness revenues of the welfare state.
Teruggetrokken artikel.
29. ILO, o.c., 1988.
30. IMF o.c., 1986.
31. D.N. Chao, (1979)
National resources and life-expectation.
In: Proceedings of the Meeting on Socio-economic Determinants and Consequences of
Mortality, Mexico: UN Publications, 1980, pp. 453-483.
32. R. Veenhoven, o.c., 1990
33. M.S. Gordon, (1989)
Social Security Policies in Industrial Nations.
Cambridge: Cambridge University Press.

34. W.C. Ultee, N.D. de Graaf en van Puijenbroek, (1988)
Gezonde en ongezonde vraagstellingen.
In: Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg, pp. 333-339.
35. J. Vogel,
Inequality in Sweden.
36. D.J. Treiman, (1977)
Occupational Prestige in Comparative Perspective.
New York: Academic Press.
37. R. Veenhoven, (1990)
Inequality in happiness: inequality in countries compared between countries.
Paper presented at the 12th World Congress of Sociology, Madrid.
38. W.C. Ultee, e.a., o.c., 1988.
39. R. Veenhoven en P. Ouweneel, o.c., 1989, Exhibit 3.
40. ILO, o.c., 1988.
41. IMF o.c., 1986
42. W.C. Ultee, e.a. o.c., 1988
43. A.E. Kunst en Mackenbach, (1990)
Sociale ongelijkheid en sterfte. Worden sociaal economische verschillen in sterfte kleiner?
In: Tijdschrift DEMOS, pp. 47-48.
44. M.S. Gordon, o.c., 1989
45. W.C. Ultee, e.a., o.c., 1988.
46. R. Veenhoven o.c., 1990.
47. WHO, o.c., 1986
48. W.C. Ultee, e.a., o.c., 1988.
49. ILO, o.c., 1988.
50. M.S. Gordon o.c., 1989.