

Grote aversie tegen kleine risico's

Hoewel het gaat om relatief kleine bedragen, blijkt risicoaversie Nederlanders te weerhouden om vrijwillig eigen risico te kiezen in de basisverzekering. Dit gedrag strookt niet met de verwachte nutstheorie, maar biedt wel een verklaring voor kleine verzekeringen zoals die voor mobiele telefoons, fietsen en ski's.

JANKO GORTER

Senior econoom bij De Nederlandsche Bank en promovendus aan de Rijksuniversiteit Groningen

PAUL SCHILP

Senior management consultant bij ConQuaestor

De Nederlandse gezondheidszorg wordt in belangrijke mate gefinancierd via de basisverzekering. Deze kent voor volwassenen een verplicht eigen risico, dat dit jaar 220 euro bedraagt. Zij hebben daarnaast de mogelijkheid om een vrijwillig eigen risico te kiezen. Deze optie tot meer eigen risico is primair ingesteld om de zorgkosten te drukken. Eigen risico leidt namelijk niet alleen tot meer eigen betalingen, maar geeft ook een prikkel tot doelmatiger zorggebruik. De vrijwillige eigen risicokeuzes variëren van 0 tot 500 euro, in stappen van 100 euro. Hoewel hiermee premiekortingen zijn te behalen, oplopend tot 250 euro op jaarbasis, is het vrijwillig eigen risico bijzonder impopulair: dit jaar heeft slechts zeven procent van de volwassen verzekerden hiervoor gekozen. De voorgaande jaren lag het percentage met een positief vrijwillig eigen risico zelfs een tot twee procentpunten lager. Direct gevolg van dit keuzegedrag is dat het eigen risico op dit moment maar een bescheiden prikkelwerking heeft op de doelmatigheid van de zorg.

Voor de beperkte vraag naar vrijwillig eigen risico is volgens het verwachte nutsmodel, het gangbare model voor keuzegedrag binnen de economische wetenschap, maar een verklaring: de aangeboden premiekortingen zijn te laag. Dit model impliceert namelijk dat risicopreferenties bij de

besluitvorming over kleine risico's geen rol spelen (Arrow, 1971). Het is echter niet zozeer de hoogte van de premiekortingen die Nederlanders weerhoudt om eigen risico te kiezen, als wel een grote aversie tegen risico's, hoe klein dan ook. Vanuit gedragseconomisch perspectief blijkt een dergelijke aversie tegen kleine risico's wel begrijpelijk.

UNIEKE MARKT

De invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 heeft de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt sterk veranderd. Het doel van deze nieuwe wet was om de gezondheidszorg kostenefficiënter in te richten en de kwaliteit te verbeteren. Tegelijkertijd werden randvoorwaarden gecreëerd om te garanderen dat elke Nederlander gelijke toegang heeft tot de belangrijkste zorg. Zo wordt de samenstelling van het basispakket elk jaar bepaald door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en is elke Nederlander verplicht om een basisverzekering af te sluiten bij een private zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft op zijn beurt de plicht om elke Nederlander te accepteren. Hoewel verzekeraars vrij zijn in het bepalen van hun jaarlijkse premie en premiekortingen voor het vrijwillig eigen risico, is prijsdifferentiatie tussen consumenten verboden. Alle consumenten bij een verzekeraar, of verzekeringslabel, betalen dezelfde premie en krijgen dezelfde premiekorting. In tegenstelling tot veel andere verzekeringen is de premie(korting) daarmee onafhankelijk van het risico van een consument op het maken van kosten. Omdat het Ministerie van VWS jaarlijks de precieze dekking bepaalt en de kwaliteit van de geleverde zorg streng wordt geborgd, blijkt de basisverzekering de definitie van een homogeen product goed te benaderen.

Deze vergaande regulering van de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt maakt de markt ideaal voor onderzoek naar risicopreferenties. De keuze voor vrijwillig eigen risico verandert namelijk niets aan de dekking van het basispakket en het niveau van de dienstverlening. Mensen die kiezen voor een hoger eigen risico stellen zich sec bloot aan een klein finan-

cieel risico: in het meest nadelige geval bedraagt het verlies, gecorrigeerd voor de gemiddelde premiekorting, minder dan 300 euro.

POPULATIEPATRONEN

Om inzicht te krijgen in de eigenrisicokeuze van alle Nederlanders zijn data gebruikt van Vektis, het informatiecentrum van Nederlandse zorgverzekeraars. De gebruikte data hebben betrekking op alle Nederlanders van twintig jaar en ouder in het jaar 2008, ofwel circa twaalf miljoen personen. In 2008 was het wettelijk eigen risico 150 euro. In combinatie met het vrijwillige eigen risico kon in dat jaar dus voor maximaal 650 euro eigen risico worden gekozen.

Figuur 1 laat de gemiddelde eigen betalingen van Nederlanders onder het eigen risico zien, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht. Omdat het leeuwendeel van de consumenten geen vrijwillig eigen risico heeft, worden de gemiddelde eigen betalingen in belangrijke mate begrensd door het wettelijk eigen risico van 150 euro. De figuur laat daarnaast duidelijk zien dat zorgkosten toenemen met de leeftijd. Ook blijkt dat tot een leeftijd van circa zestig jaar mannen gemiddeld lagere zorgkosten hebben dan vrouwen. Het kostenverschil tussen mannen en vrouwen is het grootst bij twintigers en jonge dertigers, wat onder meer is terug te voeren op de anticonceptiepillen en bepaalde zwangerschapsgelateerde zorgkosten die onder het eigen risico vallen.

Zorgverzekeraars bieden verzekerden een korting aan op de premie in ruil voor een vrijwillig eigen risico. Deze korting is – net als de premie – voor alle verzekerden bij dezelfde zorgverzekeraar gelijk en wordt bepaald door de eigen betalingen van de verzekerden plus een mogelijke afname van moreel risico en administratiekosten (Van Vliet, 2004). Figuur 2 geeft voor 2008 de geboden premiekortingen bij een vrijwillig eigen risico van 500 euro. Ook weergegeven zijn de maximaal te verwachten kosten van het verhogen van het eigen risico naar 500 euro, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht. De maximaal te verwachten kosten zijn berekend op basis van decielen (tienprocentgroepen) van de feitelijke eigen betalingen van volwassenen met alleen het wettelijk eigen risico. In het kort komt de berekening op het volgende neer. Stel dat voor een leeftijd-geslacht-categorie geldt dat x procent eigen betalingen heeft die lager zijn dan het wettelijk eigen risico. In de berekening wordt dan aangenomen dat $(100-x)$ procent eigen betalingen heeft die de som van het wettelijk eigen risico en het maximaal vrijwillig eigen risico overstijgen. In Gorter en Schilp (2012) worden de gebruikte verdelingsdata gegeven, alsook nadere informatie over de berekeningswijze van de maximaal te verwachten kosten.

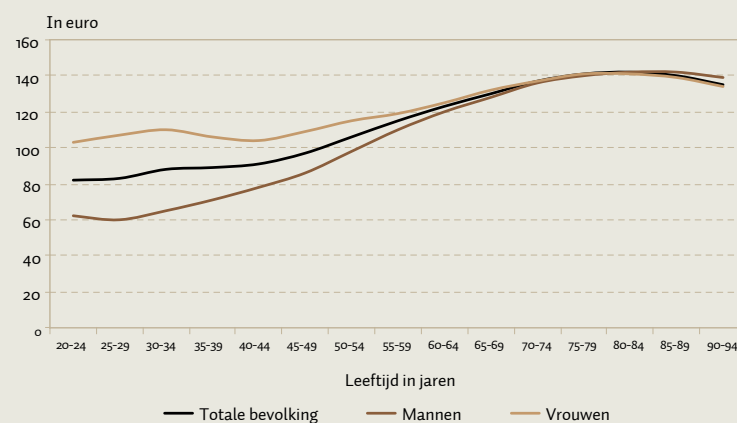
In 2008 bedroeg de gemiddelde premiekorting bij 500 euro eigen risico, gewogen naar het aantal verzekerden, 211 euro. Sommige zorgverzekeraars gaven minder korting, andere meer. De spreiding tussen het tiende en het negentigste percentiel was in 2008 circa 70 euro. Figuur 2 laat zien dat de gemiddelde premiekorting te laag was voor iedereen van 45 jaar en ouder, maar bij risiconutraliteit voldoende zou moeten zijn voor jongere mannen. Een hoog vrijwillig eigen risico blijkt het aantrekkelijkst voor mannelijke twintigers: voor hen overstijgen de verwachte opbrengsten de kosten met gemiddeld 60 euro.

Uit het bovenstaande volgt de verwachting dat jongeren, en

in het bijzonder jonge mannen, meer eigen risico kiezen. Tabel 1 laat zien dat dit inderdaad zo is, maar dat ook onder jongeren het percentage met een vrijwillig eigen risico beperkt is. Terwijl zeven op de tien jonge mannen zorgkosten hebben die het verplicht eigen risico niet overstijgen, kiest minder dan één op de tien voor een positief vrijwillig eigen risico. Merk op dat de groep mannelijke twintigers in de Nederlandse samenleving behoorlijk omvangrijk is: bijna één miljoen mannen zit in die leeftijdscategorie. De overgrote meerderheid hiervan laat dus een verwacht financieel voordeel liggen. Dit keuzepatroon, dat sinds 2008 niet wezenlijk is veranderd, suggereert dat de vrijwillige eigenrisicokeuze niet risiconutraal plaatsvindt en dat risicopreferenties een belangrijke rol spelen in de besluitvorming.

Gemiddelde eigen betalingen naar leeftijd en geslacht in 2008

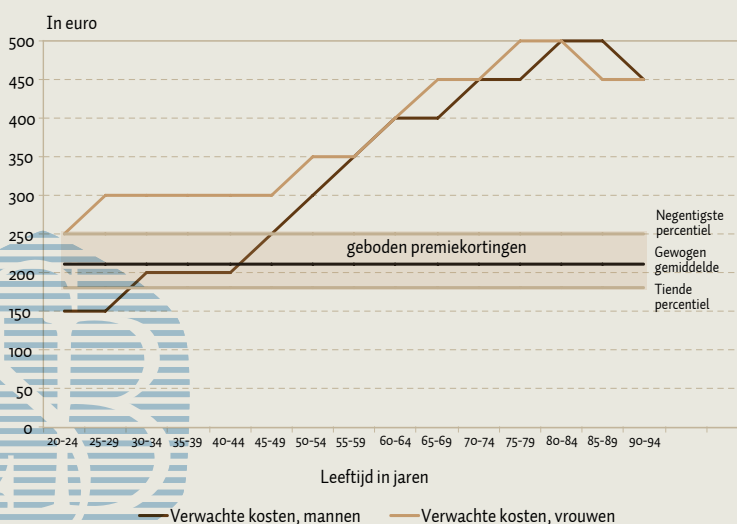
FIGUUR 1



Bron: Gorter en Schilp, 2012

Kosten en baten van verhogen vrijwillig eigen risico tot 500 euro

FIGUUR 2



Bron: Gorter en Schilp, 2012

Vrijwillig eigen risico, keuzepatronen naar geslacht en leeftijd in 2008

TABEL 1

Geslacht	Leeftijd	Percentage zonder vrijwillig eigen risico	Percentage met vrijwillig eigen risico
Man	20-29	92	8
Man	30-39	91	9
Man	40-49	92	8
Man	50-59	93	7
Man	60-69	96	4
Man	70-79	99	1
Vrouw	20-29	95	5
Vrouw	30-39	95	5
Vrouw	40-49	95	5
Vrouw	50-59	96	4
Vrouw	60-69	98	2
Vrouw	70-79	99	1

Bron: Vektis-data

RISICOPREFERENTIES EN RISICOPROFIEL

Om het belang van risicoaversie bij de keuze voor vrijwillig eigen risico vast te stellen, zijn econometrische analyses uitgevoerd op enquêtegegevens uit de DNB Household Survey. Dit panel bestaat uit ruim 2000 representatieve Nederlandse huishoudens. Specifiek is gekeken in hoeverre risicopreferentie-maatstaven de kans op het nemen van additioneel eigen risico significant beïnvloeden. Een belangrijke preferentie-maatstaf is in hoeverre enquêtedeelnemers het eens zijn met de stelling "Ik ben bereid om geld te verliezen

als er ook een kans is dat ik geld win". Deze vraag dekt goed de lading voor de verzekerde, aangezien een hoger vrijwillig eigen risico alleen betrekking heeft op meer financieel risico. Andere risicopreferentie-maatstaven zijn het financiële vermogen en inkomen van mensen. De hypothese hier is dat risicoaversie negatief samenhangt met inkomen en vermogen (Guiso en Paiella, 2008). Voor fervente pokeraars zal dit niet vreemd klinken: naarmate de stapel fiches groeit, neemt de bereidheid om risico's te nemen ook toe. Tot slot zijn als risicopreferentie-maatstaven opgenomen: een dummyvariabele die aangeeft of men zelfstandige is of in loondienst, en of men een dagelijkse roker is of niet. Beide dummy's zijn indicatoren van risicovol gedrag: rokers lopen meer gezondheidsrisico, terwijl zelfstandigen meer inkomensonzekerheid hebben. In de regressieanalyses wordt zo veel mogelijk gecorrigeerd voor het risicoprofiel van respondenten, door de leeftijd, het geslacht en het huisartsenbezoek mee te nemen. Ook wordt de zelfverklaarde gezondheidstoestand meegenomen als indicator van het risicoprofiel. Op de vraag "Hoe is je gezondheid in het algemeen?" kan de respondent in vijf gradaties antwoorden, van 'uitstekend' tot 'slecht'. Deze subjectieve maatstaf wordt in de literatuur gezien als een goede voorspeller voor toekomstige gezondheidstoestand (Wagstaff en Van Doorslaer, 1994).

De regressieresultaten bevestigen dat risicopreferenties een centrale rol spelen in de besluitvorming over vrijwillig eigen risico. Tabel 2 laat zien dat consumenten die bovengemiddeld risicotolerant zijn ten opzichte van financiële risico's, ten opzichte van de gezondheidsrisico's van roken en ten opzichte van baanonzekerheid, een ruim drie keer zo grote kans hebben om een hoog eigen risico in de basisverzekering te kiezen. Het belang van risicovariabelen als geslacht en leeftijd in de besluitvorming blijkt zowel statistisch als economisch marginaal te zijn. Hoewel dit opmerkelijke bevindingen zijn, stroken ze met de in tabel 1 beschreven keuzepatronen in de populatie. Mannen en jongeren kiezen weliswaar meer voor vrijwillig eigen risico dan vrouwen respectievelijk ouderen, maar de verschillen zijn niet overweldigend groot.

Geschatte kansen vrijwillige eigen risicokeuze (ER), in procenten

TABEL 2

	Probit	Ordered probit				
	ER>0 euro	ER=100 euro	ER=200 euro	ER=300 euro	ER=400 euro	ER=500 euro
Gemiddelde verzekerde	14,5	9,1	2,3	1,1	0,0	1,7
Benedengemiddeld risico						
Jonge man, 30 jaar	18,3	11,5	3,1	1,5	0,5	2,8
met een zelfverklaarde gezondheid "zeer goed"	19,2	11,9	3,3	1,6	0,5	3,0
idem en géén bezoek aan huisarts	21,3	13,3	3,8	1,9	0,6	3,8
Bovengemiddeld risicotolerantie						
Roker en werkzaam als zelfstandige	29,9	16,2	5,1	2,7	0,9	6,1
met een hoge financiële risicotolerantie	42,3	19,8	7,2	4,1	1,5	11,4
idem en relatief vermogend	50,6	21,1	8,3	5,0	1,8	15,8

Bron: Gorter en Schilp, 2012

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

RESULTATEN EN HET VERWACHTE NUTSPARADIGMA

Volgens het verwachte nutsmodel spelen risicopreferenties geen rol in de besluitvorming over kleine risico's. Wanneer risicopreferentie namelijk wel een rol zouden spelen, dan voorspelt het traditionele model onwaarschijnlijk keuzegedrag bij grotere belangen. Rabin (2000) heeft deze inconsistentie van het verwachte nutsmodel onder de aandacht gebracht, mede aan de hand van treffende voorbeelden. Zo laat hij zien dat iemand die geen kop-of-munt-weddenschap aandurft waarbij hij 100 euro kan verliezen of 110 euro kan winnen, volgens dit model ook een weddenschap zal afwijzen waarbij een on-eindig bedrag kan worden gewonnen of 1000 euro verloren.

Recente modellen uit de gedragseconomie blijken wel in staat om het eigen risicokeuzegedrag van Nederlanders te begrijpen (Kőszegi en Rabin, 2007). Deze modellen bouwen voort op het werk van Kahneman en Tversky en voorspellen dat mensen zeer risicoavers kunnen zijn ten opzichte van kleine financiële risico's. Twee factoren spelen hierbij een belangrijke rol: verliesaversie en een 'beperkte focus'. Verliesaversie (*loss aversion*) is het psychologische mechanisme dat verliezen mentaal gemiddeld twee keer zwaarder wegen dan winsten van gelijke omvang. Beperkte focus (*narrow framing*) is het fenomeen dat beslissingen afzonderlijk worden genomen, zonder de gehele context te overzien. Consumenten beoordelen de eigen risicokeuze als een losstaande beslissing en zijn vanwege verliesaversie niet bereid het eigen risico te verhogen, ook al is dit financieel aantrekkelijk.

KWALIFICATIES EN IMPLICATIES

De resultaten duiden erop dat Nederlandse consumenten gemiddeld genomen zeer risicoavers zijn ten aanzien van kleinschalige financiële risico's. Zekerheid wordt veelal verkozen boven onzekerheid, ook al moet hiervoor een stevige risicopremie worden betaald. Het is te kort door de bocht om dit gedrag direct als irrationeel te kwalificeren. Gilboa (2010) definieert gedrag als irrationeel als de beslisser, wanneer hij geconfronteerd wordt met een analyse van zijn gedrag, zijn gedrag wil wijzigen. Om onder deze definitie irrationaliteit te kunnen aantonen, moet daarom de vraag worden beantwoord of jonge mannen ander gedrag zouden vertonen wanneer ze worden geconfronteerd met deze analyse. De toekomst moet dit uitwijzen, maar anekdotisch bewijs van gewijzigd gedrag bestaat. Overigens zal een brede vraagtoename van jonge mannen naar vrijwillig eigen risico op termijn leiden tot lagere premiekortingen, omdat de schadelastreductie voor een verzekeraar in eerste instantie lager is dan de verstrekte premiekorting. Daarmee neemt de aantrekkelijkheid van het vrijwillig eigen risico weer af.

Meer in het algemeen temperen de bevindingen de verwachting dat de vrijwillige eigenrisicokeuze sterk hoger zou zijn wanneer de premiekortingen stijgen. Voor invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet werd verwacht dat, mede door het verbod op differentiatie van premiekorting, op termijn geen enkele verzekerde meer kiest voor een eigen risico (Van Kleef *et al.*, 2005). Door zelfselectie van gezonde verzekerden zou de geboden premiekorting steeds verder dalen, totdat het uiteindelijk ook voor de meest gezonde Nederlanders niet meer aantrekkelijk is om voor een vrijwillig eigen risico te kiezen. Om een substantieel aantal mensen een eigen risico te laten kiezen, werd destijds aanbevolen om verzeke-

raars te laten differentiëren in premiekorting, zoals dat ook gebruikelijk was in de particuliere ziektekostenverzekering. Deze aanbeveling is niet overgenomen en het aantal mensen dat vrijwillig eigen risico kiest, is inderdaad zeer beperkt gebleven. Toch blijkt uit deze analyse dat niet zelfselectie maar een grote risicoaversie de voornaamste verklaring van dit keuzegedrag vormt. In de leeftijdscohorten waarbij de verwachte zorgkosten lager zijn dan de premiekorting (mannen tot 44 jaar) kiest immers maar een kleine minderheid (acht procent) voor een vrijwillig eigen risico. Het verhogen van de vrijwillige eigenrisicocategorieën en bijbehorende premiekortingen – al dan niet gediifferentieerd naar leeftijd of geslacht – zal daarmee naar verwachting weinig effect sorteren. Indien men de zorgkosten via het eigen risico wil drukken, zal dit via een verhoging van het verplichte eigen risico moeten gaan.

De gevonden voorkeur en betalingsbereidheid voor zekerheid biedt ook een verklaring voor het bestaan van veel kleine risicoverzekeringen, zoals de mobiele telefoonverzekering, de laptopverzekering, de skiverzekering, et cetera. Dankzij de grote welvaart hebben Nederlanders in het algemeen niet alleen veel bezittingen maar ook de financiële ruimte om deze verworvenheden te verzekeren. Nu die ruimte door de economische neergang afneemt, zullen consumenten hun verzekeringsdekking wellicht willen verlagen. De recente toename in de vraag naar vrijwillig eigen risico lijkt hier althans op te duiden. Vanuit wetenschappelijk perspectief is het interessant in hoeverre het keuzegedrag samenhangt met het welvaartsniveau in een land. Recent experimenteel onderzoek naar keuzegedrag in Vietnam laat zien dat ook in minder ontwikkelde landen verliesaversie een belangrijk fenomeen is (Tanaka *et al.*, 2010).

LITERATUUR

- Arrow, K. (1971) *Essays in the theory of risk-bearing*. Chicago: Markham Publishing Company.
- Gilboa, I. (2010) Questions in Decision Theory. *Annual Review of Economics*, 2(1), 1–19.
- Gorter, J.K. en P. Schilp (2012) Risk preferences over small stakes: evidence from deductible choice. *DNB Working Paper*, 338.
- Guiso, L. en M. Paiella (2008) Risk aversion, wealth, and background risk. *Journal of the European Economic Association*, 6(6), 1109–1150.
- Kleef, R.C. van, W.P.P.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet (2005) Premiekorting bij een eigen risico: geen verbod op differentiatie. *ESB*, 90(4459), 203.
- Kőszegi, B. en M. Rabin (2007) Reference-dependent risk attitudes. *American Economic Review*, 97(4), 1047–1073.
- Rabin, M. (2000) Risk aversion and expected-utility theory: a calibration theorem. *Econometrica*, 68(5), 1281–1292.
- Tanaka, T., C.F. Camerer en Q. Nguyen (2010) Risk and time preferences: linking experimental and household survey data from Vietnam. *American Economic Review*, 100(1), 557–571.
- Vliet, R.C.J.A. van (2004) Deductibles and health care expenditures: empirical estimates of price sensitivity based on administrative data. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 4(4), 283–305.
- Wagstaff, A. en E. van Doorslaer (1994) Measuring inequalities in health and in the presence of multiple-category morbidity indicators. *Health Economics*, 3(4), 281–289.