

## Chapter 7

---

### Samenvatting (summary in Dutch)

Arme huishoudens hebben vaak geen zorgverzekering en betalen rechtstreeks uit hun portemonnee voor gezondheidszorg. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) schat dat elk jaar 150 miljoen mensen in de financiële problemen raken door ziekte en letsel. Catastrofale uitgaven aan gezondheidszorg dwingen hen geld te lenen tegen hoge rentes; land en andere productieve bezittingen te verkopen; of kinderen van school te halen omdat het huishouden het schoolgeld niet meer kan betalen. Waarom hebben arme mensen geen zorgverzekeringen om deze financiële problematiek te voorkomen?

Eén reden is dat het moeilijk is zorgverzekeringen te leveren in ontwikkelingslanden. Zonder een verplichtstelling zoals we die in Nederland kennen kan er *adverse selectie* optreden, wat betekent dat families zich vooral verzekeren wanneer ze hoge uitgaven aan gezondheidszorg verwachten. Een ander probleem is *moral hazard*, i.e. de verzekerden gebruiken meer en duurdere zorg omdat de verzekering een deel van de kosten vergoedt. Verder gaan verzekeringsagenten in afgelegen gebieden van deur tot deur om de verzekeringspremie te innen, wat de transactiekosten verhoogt. Tot slot zullen verzekeraars moeten investeren in de lage kwaliteit van de zorg. Deze factoren verhogen de kosten voor verzekeraars en dus de premies, met als gevolg dat commerciële verzekeringspremies onhoudbaar zijn.

Beleidsmakers subsidiëren daarom *microzorgverzekeringen* - betaalbare zorgverzekeringen ontwikkeld voor arme mensen. Deze producten lijken op het eerste gezicht vaak een goede deal. Het aantal verzekerden blijft echter laag, zelfs wanneer premies sterk gesubsidieerd zijn. Dit is moeilijk te rijmen met economische theorieën die meer vraag naar verzekeringen voorspellen. Dit proefschrift bestudeert daarom mogelijke redenen voor het uitblijven van de vraag. Waarom nemen de armen geen verzekeringskaart?

#### **Eerste hypothese: Referentiepunten**

Een eerste verklaring gaat uit van 'prospect theorie', ontwikkeld door psychologen Amos Tversky en Nobelprijswinnaar Daniel Kahneman. Volgens prospect theorie hangt welzijn niet af van consumptie zelf maar van veranderingen ten opzichte van een referentiepunt, bijvoorbeeld het geplande consumptieniveau. Meer (of minder) consumeren dan gepland wordt beschouwd als een winst (of verlies) en dit verhoogt (of vermindert) welzijn. Het effect op welzijn is het sterkst wanneer het om huidige consumptieplannen gaat. Consumenten met een referentiepunt nemen

inkomstenverliezen in de toekomst om vandaag niet minder te moeten consumeren dan ze hadden gepland. Ze sparen hierdoor minder.

Neem ter illustratie iemand die zowel vandaag als morgen \$10 denkt te verdienen én te besteden. Nu blijken inkomsten slechts \$9 te zijn, waardoor het plan om beide dagen \$10 uit te geven niet langer haalbaar is. Omdat het opgeven van een huidig plan meer pijn doet dan het opgeven van een toekomstplan is het optimaal \$1 te lenen en vandaag - volgens plan - \$10 te besteden. Het gehele verlies wordt uitgesteld tot morgen; dan geeft de consument \$2 minder uit dan gepland. Referentiepunten kunnen dus besparingen verminderen. Een verzekering is een manier van sparen, wat mogelijk de lage vraag verklaart.

De armen kunnen echter vaak niet lenen. Dit proefschrift laat zien dat in die context referentiepunten geen plausible verklaring meer zijn voor de lage verzekeringsvraag. Wanneer huishoudens met inkomstenverliezen te maken hebben met leenrestricties, zullen ze huidige plannen op moeten geven terwijl toekomstige plannen nog wel haalbaar zijn. Dit motiveert hen meteen het volledige verlies te nemen. Ze sparen om toekomstige plannen wel door te kunnen voeren. Neem bovenstaand voorbeeld, waar het dagelijks inkomen onverwachts \$9 in plaats van \$10 is. Het plan om vandaag \$10 te consumeren is onhaalbaar voor iemand die niet kan lenen. Het meest gunstige alternatief is om vandaag \$8 te besteden en \$1 te sparen, zodat er morgen \$10 is zoals gepland. In een context met leenrestricties kan prospect theorie dus leiden tot een *hogere* - in plaats van *lagere* - vraag naar verzekeringen. Prospect theorie kan daardoor de lage vraag naar microzorgverzekeringen niet verklaren.

### **Tweede hypothese: Adverse selectie**

Een andere verklaring is adverse selectie, wat betekent dat mensen zich alleen verzekeren wanneer ze minder gezond zijn en meer gezondheidszorg verwachten te gebruiken. Testen of er sprake is van adverse selectie *tussen* huishoudens is een uitdaging vanwege andere karakteristieken, zoals risico aversie, die gecorreleerd zijn aan zowel gezondheid als het nemen van een verzekering. Dit proefschrift controleert voor deze eigenschappen door te kijken naar verschillen tussen gezinsleden *binnen* hetzelfde huishouden. De studie test of huishoudens meer geneigd zijn gezinsleden met hogere risico's te verzekeren en gebruikt hiervoor een uniek verzekeringsprogramma in Nigeria. Huishoudens kunnen individuen verzekeren in dit programma, in tegenstelling tot andere programma's waar het hele gezin in één keer verzekerd moet worden.

Data werd verzameld voor de start van het programma (de baseline) en twee jaar later. Veel huishoudens verzekerden inderdaad niet hun hele gezin. Vooral grote en relatief armere huishoudens besloten slechts een paar gezinsleden in te schrijven. Deze huishoudens hadden wellicht moeite de verzekeringspremie voor het hele gezin te betalen. Desondanks was er geen sprake van adverse selectie. Ook al voorspelde gezondheid tijdens de baseline de latere uitgaven aan zorg, gezondheid speelde geen rol in de verzekeringsbeslissing van huishoudens met toegang

tot het programma. Adverse selectie verklaart dus de lage vraag niet.

Dit betekent ook dat het de moeite waard is om te experimenteren met individuele verzekeringen om de vraag te bevorderen onder grote en relatief arme huishoudens. Zij hebben waarschijnlijk moeite de premie te betalen voor hun hele gezin en zouden wellicht niemand hebben kunnen verzekeren als het hele gezin zich had moeten inschrijven. Verzekeraars gebruiken vaak gezinsverzekeringen om adverse selectie te voorkomen, maar de Nigeriaanse case studie vindt helemaal geen adverse selectie binnen gezinnen. De mogelijkheid om individuen te verzekeren biedt huishoudens met lage inkomens mogelijk toegang tot betere zorg.

### **Derde hypothese: Meeliften op de microkrediet groep**

Een laatste hypothese is dat de vraag laag blijft omdat de armen zich wenden tot hun sociale netwerk voor uitgaven aan gezondheidszorg. Zo zijn microkrediet klanten vaak verantwoordelijk voor alle leningen binnen hun groep. Om te voorkomen dat de groep ‘failliet’ gaat en niet meer kan lenen, draagt de groep collectief bij voor zieke groepsleden die zelf niet kunnen afbetalen. De groep kan echter niet genoeg bijleggen wanneer te veel leden ziek zijn. Verzekeringen verminderen de faillissementskans en kunnen dus het welzijn in een groep verhogen - zelfs in een context van microkrediet waarin groepen een deel van het risico delen.

Op hetzelfde moment is het besluit een *individuele* verzekering te nemen in een microkrediet groep een sociaal dilemma: Wanneer verzekering aangeboden wordt op individueel niveau kan een klant besluiten zich niet te verzekeren omdat ze denkt dat haar groepsleden zich gaan verzekeren, en altijd voor haar kunnen bijleggen. Dit wordt meeliften (free-riding) genoemd en gaat ten koste van de groep, vooral wanneer andere groepsleden besluiten hetzelfde te doen en niemand verzekering neemt. Meeliften is niet mogelijk wanneer de verzekering aangeboden wordt op groepsniveau. Dit bevordert de vraag naar verzekeringen.

Om dit te testen bootste een experiment met microkrediet klanten in Tanzania de verzekeringsbeslissing in deze context na. Het experiment laat zien dat met name minder risico averse deelnemers geen individuele verzekeringen nemen. Zij liften mee op de bijdragen van meer risico averse groepsleden. Groepsverzekeringen gaan het meeliften tegen en bevorderen de vraag onder de minder risico averse deelnemers. Groepsverzekeringen verhogen mogelijk het aantal verzekerden, afhankelijk van wat voor risicovoorkeur mogelijke klanten hebben.

Concluderend, dit proefschrift beschouwt tegelijkertijd de institutionele context en gedragsfactoren, zoals referentiepunten, adverse selectie en risicovoorkeuren. Er zijn duidelijke interacties tussen gedrag en instituties: referentiepunten kunnen een lage vraag alleen verklaren wanneer het mogelijk is te lenen; adverse selectie kwam vrijwel niet voor in de Nigeriaanse context; en groepsverzekering bevorderde de vraag afhankelijk van risicovoorkeuren. Begrip van deze interacties is cruciaal bij het ontwerpen van goede microverzekeringen, en zal bijdragen aan financiële inclusiviteit en betere gezondheidszorg.

