

АСИМЕТРИЧНА ІНФОРМАЦІЯ НА РИНКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

У статті досліджуються проблеми негативної селекції та морального навантаження на ринку медичного страхування, пов'язані з асиметричністю інформації, та наводяться деякі шляхи вирішення зазначених проблем.

Вступ. У 2001 році Нобелівську премію в галузі економіки було вручено одразу трьом американським економістам – Джорджу Ейкерлофу, Майклу Спенсу і Джорджу Штігліцу – за їхній аналіз ринків з асиметричною інформацією. Асиметрична інформація – причина ринкових невдач, що є результатом систематичних невідповідностей у ринковій інформованості покупця і продавця. Вона характерна для багатьох ситуацій на ринку. Продавці товару знають про його якість більше, ніж покупці; ті, хто страхуються, володіють більшою інформацією про об'єкт страхування, ніж страхові компанії. В системі охорони здоров'я це є результатом необізнаності споживача з медичними послугами, що спричиняє як помилки під час прийняття рішень, так і залежність від надавача медичних послуг у прийнятті рішень від імені пацієнта. Така ситуація може призвести до втрати працездатності ринку, тобто слабкої економіки, постійних надлишкових доходів, надмірного використання і т.п.

Постановка завдання. Основною метою даної роботи є аналіз проблем, що виникають в наслідок асиметрії інформації на ринку медичного страхування та пошук шляхів їх вирішення.

Згідно з метою, завданнями досліджень стали:

- дослідження асиметричної інформації на ринку медичного страхування;
- дослідження проблем негативної селекції та морального навантаження;
- визначення шляхів вирішення проблем, що досліджуються.

Основна частина. Асиметрична інформація – це ситуація, коли одна частина учасників ринкової угоди володіє важливою інформацією, а інша

частина такої інформації не має. Якщо розглядати ринок медичного страхування, то його особливістю є те, що інформацією про стан здоров'я тут володіють покупці страхових полісів. Люди, які купують страховий поліс, знають свій загальний стан здоров'я краще, ніж будь-яка страхова компанія, навіть у тому разі, якщо остання проводить медичний огляд. У результаті страхова компанія орієнтується на найгірших. Оскільки найімовірніше те, що саме люди з поганим станом здоров'я найбільше бажають застрахуватися, їх відсоток у загальній кількості тих, що страхуються, зростає. Це підвищує ціну страхування. Більш здорові люди, зважуючи ступінь свого ризику, воліють не страхуватися. Як наслідок, частка людей з незадовільним станом здоров'я ще більш зростає, і це знову підвищує ціну, і так доти, доки на ринку страхових послуг не залишаться лише хворі. В такій ситуації страхова діяльність стає не вигідною. В наслідок асиметричної інформації на ринку виникає негативна селекція і це завершиться тим, що страхування стане доступним лише за цінами максимального ризику.

Для управління цим процесом страхові компанії наймають страхових агентів, робота яких складається у зборі інформації щодо клієнтів та класифікації їх за групами ризику, з метою проведення розрахунків страхових внесків для кожної групи. Проте не завжди можливо правильно класифікувати клієнтів за групами ризику, оскільки частка важливої інформації може бути прихована клієнтом від агента з метою отримання меншого страхового внеску. Такі клієнти отримують переваги за рахунок інших, чиї страхові внески зростуть.

Подібні ситуації на страховому ринку обумовлюють необхідність державного втручання. І це стає серйозним аргументом на користь державного медичного обслуговування або пов'язаного з ним державного медичного страхування для людей похилого віку. Забезпечуючи страхування для всіх людей, старших за 65 років, держава зводить до мінімуму негативні наслідки відбору найгірших.

Асиметрична інформація на ринку страхування несе в собі й інші небезпечні прояви. Це передусім проблема морального навантаження. Моральне навантаження – це поведінка індивіда, яка впливає на імовірність або значимість події, що обумовлює виплату. Іншими словами, це свідоме поведінка того, хто страхується, щодо збільшення імовірності можливого збитку з надією, що останні будуть повністю (або навіть із надлишком) відшкодовані страховою компанією.

Особа яка застрахувала здоров'я почувається впевненіше. Однак ця впевненість на деяких діє розслаблююче: вони перестають вживати заходів перестороги, які були для них обов'язковими до страхування. Це підвищує ризик і робить більш імовірним настання події, від якої людина застрахована. Така недбала поведінка приносить прибуток недобросовісним і нечесним людям за рахунок чесних і порядних. Це тим паче стосується тих людей, які розраховуючи на більшу страховку, свідомо йдуть на злочин.

Існує й ще серйозний наслідок страхування – воно заохочує людину витрачати на медичні послуги більше, ніж при інших умовах. Якщо людина знає, що страхова компанія сплатить 80% вартості перебування в лікарні за кожний додатковий день, вона може залишитися і надалі в ній, хоча фактично вже в цьому немає потреби. І вона не буде сильно заперечувати, якщо, припустимо, лікарня назначить ціну за один день 100 грн. замість 90 грн., знаючи, що збільшення ціни обійдеться їй тільки в 2 грн. Можна припустити, що і лікарі, знаючи, що пацієнту не прийдеться платити повністю по рахунку будуть менше коливатися, прописуючи навіть дуже дорогі ліки з сумнівною ефективністю.

Чим більшою еластичністю попиту по ціні будуть володіти медичні послуги, тим ця закономірність буде проявлятися в більшій мірі. Ще в більшій мірі це протиріччя проявиться, коли пацієнти зовсім не будуть приймати участь у витратах по наданню медичних послуг.

Формуючи різноманітні за змістом та вартістю страхові послуги, страховик змушений враховувати ситуацію на реально існуючому ринку медичних

послуг. Його прагнення збільшити розмір страхових платежів негайно зштовхується, з одного боку, із низьким платоспроможним попитом страхувальників, а з іншого боку – з альтернативними шляхами одержання медичної допомоги. При цьому слід зазначити існування ще однієї проблеми, пов'язаної з добровільним медичним страхуванням фізичних осіб – це проблема ефективного відбору контингенту застрахованих. В сучасних вітчизняних умовах існує несприятлива для страхових компаній тенденція, що поліси з медичного страхування купують здебільшого особи, які мають довготривалі проблеми зі здоров'ям, або дізналися про існування певного хронічного захворювання.

Існує декілька методів протистояння такій негативній ситуації. Серед найпоширеніших з них можна назвати наступні:

- встановлення ліміту відповідальності страховика (встановлення максимальної верхньої межі відшкодування клієнту вартості лікування);
- здійснення більш ретельного відбору кандидатів за допомогою класифікації клієнтів за групами ризику (і диференціювання страхових внесків);
- встановлення терміну відстрочки між моментом укладання договору та моментом початку дії обов'язків страхової компанії; встановлення такого терміну дозволяє виключити причинно-наслідковий зв'язок між прийняттям рішення про страхування та початком захворювання;
- встановлення індивідуального ризику захворюваності. В рамках цього страхові компанії пропонують своїм клієнтам заповнити спеціальну форму, в якій визначаються фактори, що свідчать про стан здоров'я клієнта;
- не укладання договорів страхування з клієнтами, які відносяться до груп підвищеного ризику (наркомани, алкоголіки та ін.);
- залучення висококваліфікованих спеціалістів для розслідування підозрілих обставин при висуванні сумнівних позовів до компанії;
- не укладання договору страхування на суму, що перевищує дійсну вартість об'єкту страхування.

Деякі з проблем, що пов'язані з моральним ризиком, можуть бути зменшені шляхом розширення контролю, який гарантує, що непотрібні витрати не будуть зроблені. Однак покращення контролю може збільшити витрати. Наприклад, для гарантії, що коштами забезпечуються тільки дійсно необхідні операції, деякі страхові компанії в США оплачують тільки операції, що здійснюються в стаціонарі. Наслідком цього є збільшення числа операцій в лікарнях, які з меншими затратами можна було б здійснити в офісах приватно практикуючих лікарів.

Ще одним із способів вирішення цієї проблеми є передбачуване в умовах страхування часткове відшкодування збитку, наприклад, за допомогою франшизи (встановлення мінімального розміру вартості лікування, з якого починається відповідальність страхової компанії). Тоді частина ризику, що залишилася на покриття самою застрахованою особою, буде стимулювати її самоконтроль, самообмеження, здорову поведінку, виконання профілактичних приписів.

Нарешті, у процесі передплати може здійснюватися оперативна - індивідуальна корекція умов страхування відповідно до виявлених нетипових ситуацій з розробленням, по суті, індивідуалізованого плану страхування. При цьому використовується широкий спектр методичних підходів. Ось деякі з них:

- страхування з вилученням, коли застосовується стандартний тариф, але із страхових зобов'язань виключаються деякі стани та діагнози;
- страхування з типовим набором гарантуємих страхових медичних послуг, але з застосуванням коефіцієнтів, що підвищують страховий тариф;
- встановлення верхньої межі обсягу відшкодування, більше якої страхові виплати не здійснюються або здійснюються в пропорції, що убуває по мірі зростання понесеної застрахованою особою шкоди;
- обмеження страхової відповідальності у початковий період її настання, наприклад, виплачування страхового відшкодування з N-го дня втрати працездатності;

- страхування з постійною надбавкою до стандартного тарифу для покриття додаткових ризиків або таких, що зростають з часом;
- страхування з частковим зниженням за рахунок дивідендів розміру чергових внесків, тобто з участю застрахованої особи в розподілі прибутку страховика.

Поряд з поточною оперативно-індивідуальною корекцією можлива і застосовується завчасна диференціація тарифів і умов страхування по однорідним групам страхуємих осіб.

Але навіть за умов використання вище зазначених методів ДМС не буде прибутковим видом діяльності для страхових компаній без залучення широкого кола споживачів різного віку з прийнятним станом здоров'я.

Багато різновидів недобросовісної поведінки не можуть бути простежені страховиком. Як наслідок, моральний ризик піднімає страхові внески від початкового рівня та приносить прибуток недобросовісним і нечесним людям за рахунок чесних та порядних.

Висновки.

Отже саме асиметричність у розподілі інформації є серйозною причиною невизначеності в ефективному використанні засобів і ресурсів. І така невизначеність постійно зростає. Прийняття рішень в умовах неповної інформації має свої наслідки. Один з них полягає в тім, що приходится ризикувати. У Нобелівському комітеті переконані, що теорія ринків з асиметричною інформацією є величезним кроком вперед як для економістів-практиків, так і для економічної науки. Попередня модель економіки вибудовувалася на передбаченні про повноту інформації, що є наявною в економічних суб'єктів. Але в реальному житті цього немає і не може бути. Сформульована теорія наблизила економічну науку до реальності. Тому вважаємо, що подальше вивчення проблем асиметричності інформації на ринках України в цілому і медичного страхування зокрема є надзвичайно важливим та перспективним.

Література.

1. Довженко М. Нобелівська премія за розробку теорії асиметричної інформації. // Економіка України. – 2003. – № 10.
2. Кириленко В.І. Мікроекономіка: Навч. посібник для студентів економ. спец. вузів. – К.: Таксон, 1998. – 334 с.
3. Кутузов І.М., Заярський М.І. Підходи до удосконалення передплати у медичному страхуванні. // Главный врач. – 2004. – № 7. – С. 33-37.
4. Піндайк Роберт С., Рубінфелд Деніел Л. Мікроекономіка / Пер. з англ. А. Олійник, Р. Сільський. – К.: Основи, 1996.