

4. *Стамбулас А. Достижение целей Болонского процесса и государственное финансирование высшего образования в Греции // Экономика образования. – 2006. – № 3. – С. 118–122.*

5. www.ukrstat.gov.ua.

6. *Шаток М. Плата за обучение в британских вузах: некоторые проблемы // Экономика образования. – 2006. – № 5. – С. 68–70.*

7. *Лейтнер Э. Рыночные реформы в системе высшего образования Австрии // Экономика образования. – 2006. – № 5. – С. 57–59.*

8. *Куценко В.І. Соціальна сфера: реальність і контури майбутнього (питання теорії і практики): Монографія / За ред. д.е.н., проф., чл.-кор. НАН України Б.М. Данилишина / РВПС України НАН України. – Ніжин: ТОВ „Видавництво „Аспект-Поліграф”, 2008. – 818 с.*

УДК 338.5

С.М. НИКОЛАЄНКО

Інститут підприємництва та сучасних технологій

АСИМЕТРИЧНА ІНФОРМАЦІЯ НА РИНКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

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 тощо.

Основною метою статті є аналіз проблем, що виникають унаслідок асиметрії інформації на ринку медичного страхування та пошук шляхів їх вирішення.

Відповідно до мети основні завдання полягають у:

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

Асиметрична інформація – це ситуація, коли одна частина учасників ринкової угоди володіє важливою інформацією, а інші такої інформації не мають [2]. 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, обізнані зі своїм загальним станом здоров'я краще, ніж будь-яка страхова компанія, навіть у тому разі, якщо остання проводить медичний огляд. У результаті страхова компанія орієнтується на більш хворих. Оскільки найімовірніше те, що саме люди з незадовільним станом здоров'я найбільше бажають застрахуватися, їх частка у загальній кількості тих, хто страхується, 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, що, у свою чергу, знову підвищує ціну, і так доти, доки на ринку страхових послуг не залишаться лише хворі. В такій ситуації страхова діяльність стає не вигідною. Внаслідок 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 полягає 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 одержують переваги за рахунок інших, чий 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 ймовірність або значимість події, що обумовлює виплату. Іншими словами, це свідомо поведінка того, хто страхується, щодо збільшення ймовірності можливого збитку зі сподіванням, що останні будуть повністю (або навіть із надлишком) відшкодовані страховою компанією [2].

Особа, яка застрахувала здоров'я, почувається впевненіше. Однак у результаті цього ставлення до власного здоров'я стає менш серйозним. 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 суму страхування, свідомо йдуть на злочин.

Серйозним наслідком страхування є й те, що воно заохочує людину витратити на медичні послуги більше, ніж при інших умовах. Якщо людині відомо, 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. При цьому пацієнт не заперечуватиме, якщо, припустимо, ціну за один день дещо підвищать. Можна припустити, що й лікарі, знаючи, що страхова компанія оплачує частину лікування, будуть менше коливатися, прописуючи навіть дуже дорогі ліки з сумнівною ефективністю [4].

Чим вищу еластичність попиту по ціні будуть мати медичні послуги, тим більшою мірою проявлятиметься ця закономірність. Особливо загостриться ця суперечність, коли пацієнти зовсім не братимуть участь у витратах по наданню медичних послуг.

Формуючи різноманітні за змістом та вартістю страхові послуги, страховик змушений урахувати ситуацію на реально існуючому ринку медичних послуг. Його прагнення збільшити розмір страхових платежів негайно зіштовхується, з одного боку, із низьким платоспроможним попитом страхувальників, а з іншого – з альтернативними шляхами одержання медичної допомоги. При цьому слід зазначити існування ще однієї проблеми, пов'язаної з добровільним медичним страхуванням фізичних осіб, а саме ефективного відбору контингенту застрахованих. У наявних умовах існує несприятлива для страхових компаній тенденція, коли 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:

- визначення ліміту відповідальності страховика (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 початком дії обов'язків страхової компанії, що дозволяє виключити причинно-наслідковий зв'язок між прийняттям рішення про страхування та початком захворювання;
- виявлення індивідуального ризику захворюваності, в рамках якого страхові компанії пропонують своїм клієнтам заповнити спеціальну форму, де визначаються фактори, що свідчать про стан здоров'я клієнта;
- неукладання 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;
- неукладання договору страхування на суму, що перевищує дійсну вартість об'єкта страхування.

Окремі проблеми, пов'язані з моральним ризиком, можуть бути частково вирішені шляхом розширення контролю, який гарантує виключення зайвих. Однак покращення контролю може збільшити витрати. Наприклад, для гарантії, що коштами забезпечуються тільки дійсно необхідні операції, деякі страхові компанії в США оплачують лише операції, що проводяться в стаціонарі.

Наслідком цього є збільшення кількості операцій у лікарнях, які з меншими затратами можна було б здійснити в офісах приватно практикуючих лікарів.

Ще одним способом 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 зосталася на покриття власне застрахованою особою, буде стимулювати її самоконтроль, самообмеження, здорову поведінку, виконання профілактичних приписів.

Нарешті, у процесі передплати може здійснюватися оперативно-індивідуальна корекція умов страхування відповідно до виявлених нетипових ситуацій з розробленням, по суті, індивідуалізованого плану страхування [3]. При цьому використовується широкий спектр методичних підходів, зокрема:

- страхування з вилученням, коли застосовується стандартний тариф, але із страхових зобов'язань виключаються деякі стани та діагнози;
- страхування з типовим набором гарантованих страхових медичних послуг, але із застосуванням коефіцієнтів, що підвищують страховий тариф;
- встановлення верхньої межі обсягу відшкодування, понад яку страхові виплати не здійснюються або здійснюються в пропорції, що зменшується в міру 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 за однорідними групами осіб, що страхуються.

Але навіть за умов використання зазначених методів добровільного медичного страхування воно 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 підвищує страхові внески від початкового рівня та забезпечує прибуток недобросовісним особам за рахунок чесних та порядних.

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 тому, що доводиться ризикувати. У Нобелівському комітеті переконані, що теорія ринків з асиметричною інформацією є величезним кроком вперед як для економістів-

практиків, так і економічної науки. Попередня модель економіки вибудовувалася на передбаченні про повноту інформації, що наявна в економічних суб'єктів. Але в реальному житті цього немає і не може бути. Сформульована теорія наблизилася 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. Довбенко М. Нобелівська премія за розробку теорії асиметричної інформації // *Економіка України*. – 2003. – № 10. – С. 86–90.
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.

УДК 338.4 (447.46)

С.В. КОЛЯДЕНКО
Вінницький національний аграрний університет

СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМИ РОЗВИТКУ АГРОПРОМИСЛОВОГО КОМПЛЕКСУ ОБЛАСТІ

Реформування аграрної сфери економіки є нагальною національною проблемою. Процеси інерційного спаду виробництва сільськогосподарської продукції спостерігаються протягом останніх десяти років по більшості напрямів аграрного виробництва в рослинництві і тваринництві як України загалом, так і Черкаського регіону зокрема. Спад абсолютних показників виробництва сільськогосподарської продукції супроводжувався падінням обсягів виробництва в переробній промисловості та зменшенням споживання населенням основних продуктів харчування. Тому сьогодні актуальним є визначення пріоритетних шляхів розвитку в сферах і галузях агропромислового комплексу, вдосконалення їх міжгалузевої взаємодії.

Проблемі перспективного нарощування темпів виробництва продовольчої продукції присвячена велика кількість досліджень П.П. Борщевського, П.І. Гайдуцького, Ю.П. Лебединського, О.Ю. Лебединської, П.Т. Саблука та ін. Проте подальшого вивчення і розвитку потребує виробничо-економічний потенціал агропромислового комплексу кожного регіону, а також визначення пріоритетних напрямів його розвитку і структурних зрушень. Це стосується також АПК Черкаської області.

До головних причин погіршення рентабельності й фінансового стану, що стали поштовхом до загострення всіх внутрішньогосподарських проблем АПК Черкаського регіону, відносяться диспропорції в економіці України, що особливо різко виявилися на початку реформування виробничих відносин.