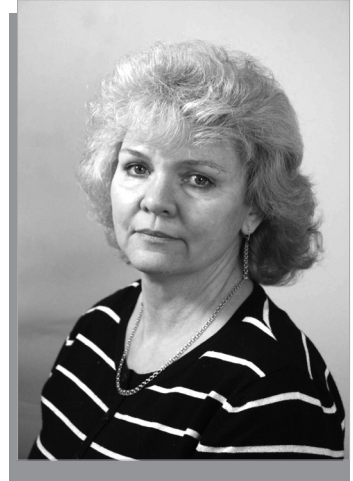


ЕКОНОМІЧНА ТЕОРІЯ

УДК 330.1:61-021.4

Т. М. КАМІНСЬКА

доктор економічних наук, професор,
професор кафедри економічної теорії
Національного юридичного університету
імені Ярослава Мудрого, Харків
kamtm@ukr.net
ORCID ID: 0000-0003-1359-834X



ВПЛИВ АСИМЕТРІЇ ІНФОРМАЦІЇ НА ЯКІСТЬ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ¹

Проаналізована одна зі специфічних недосконалостей ринку медичних послуг — асиметрія інформації про якість цих послуг, її вплив на результативність лікування або полегшення страждань хворих людей. Запропоновані рекомендації щодо зменшення наслідків інформаційної асиметрії.

Ключові слова: охорона здоров'я, асиметрія інформації, якість медичних послуг.

JEL Classification: D82, I11.

Постановка проблеми. Удосконалення якості медичних послуг та поліпшення здоров'я й тривалості життя громадян України є метою реформування охорони здоров'я. Це тривалий і вкрай необхідний процес, бо людський капітал є головним чинником сучасної модернізації суспільства. Якісне здоров'я надає безпеку та свободу людині, забезпечує тривале активне життя і створює

¹ Роботу виконано в межах цільової комплексної програми «Соціально-економічна модернізація України та формування інноваційної моделі розвитку» (№ державної реєстрації 0111u000961) та фундаментального дослідження «Науково-теоретичні проблеми формування, розвитку та інституційної побудови правової економіки в Україні» за рахунок видатків державного бюджету (№ державної реєстрації 0115U000326).

передумови для ефективного виробництва. Проте у доповіді Програми розвитку ООН про стан людського розвитку за 2013 р. Україна посідає лише 83 місце зі 187 країн. Якість медичних послуг є також детермінантою їх конкурентоспроможності, зокрема на глобальному ринку, що сприяє їх експорту та вирівнюванню платіжного балансу країни.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Комплексний аналіз якості медичних послуг (з позиції надавачів, споживачів медичних послуг, інвесторів і суспільства загалом) завжди цікавив теоретиків. Природно, що багато уваги приділяється клінічній якості або результативності власне лікування. А. А. Невзгода та О. А. Невзгода поєднують її з економічною доцільністю лікування [1]. Н. З. Мачуга розглядає цілісний ланцюг якості надання медичних послуг [2]. У нашому дослідженні ми беремо за основу певний аспект — якість послуги за оцінкою пацієнта. Це має значення і з гуманітарних позицій, і з традиційної економічної мети найповнішого задоволення потреб людини в умовах обмежених ресурсів. Своєрідність цього аспекту спонукає враховувати особливе явище на ринку медичних послуг, а саме — асиметрію інформації про її якість.

Про асиметрію інформації з різною глибиною узагальнення пишуть представники інституціоналізму, а також автори, які займаються економічними проблемами охорони здоров'я. До останніх належать У. Браузер, Е. Клевер, Д. Перкінз, Т. Райс, Дж. Стігліц, Е. Магуайр, Дж. Гендерсон, Г. Муні, Л. І. Якобсон, І. М. Шейман, С. В. Шишкін та ін. Однак вони обмежуються лише констатуванням факту інформаційної асиметрії на ринку медичних послуг, об'єктом вважають власне якість клінічної допомоги та її загальні обсяги. Юристи теж торкаються цієї проблеми. Наприклад, З. Гладун розглядає «права пацієнта на одержання медичної інформації щодо стану свого здоров'я, перебігу і лікування захворювання, захист цієї інформації від розголошення і збереження її у таємниці», аналізуючи правові режими медичної допомоги [3]. Але далеко не всі автори аналізують наслідки інформаційної невідповідності, її вплив на стан здоров'я людей, зокрема в Україні. А це стримує вироблення ефективних рекомендацій щодо реформування системи охорони здоров'я.

Формулювання цілей. Основною метою статті є аналіз асиметрії інформації на ринку медичних послуг, зокрема в Україні, та її вплив на соціально-економічну та медичну якість цих послуг.

Виклад основного матеріалу. Асиметрія інформації на сучасному ринку медичних послуг означає, що створюється така ситуація, за якої одні учасники контрактних відносин володіють більшою часткою інформації, ніж інші. Контракти можуть бути формалізовані (письмові) або шляхом мовчазної угоди. Частіше за все існує ситуація, коли додаткові вигоди отримують надавачі медичних послуг, а їх споживачі, тобто пацієнти, є стороною, яка зазнає обмеження прав на інформацію про зміст і якість лікування.

При цьому існує два різновиди асиметрії інформації. Це обумовлено самою структурою медичної послуги. З одного боку, її можна розглядати як корисний ефект у вигляді відновлення здоров'я чи полегшення страждань хворого, тобто як безпосередньо медичну допомогу. З другого — як корисний ефект іншого роду, що задовольняє вибір пацієнтів щодо певного сервісу, наприклад, доступність лікування, рівень сервісу (наявність окремої палати, душу, телефону), відсутність черги, повноцінне й доступне харчування, належний контакт зі страховою компанією тощо. В цьому разі йдеться про якість медичної послуги в соціально-економічному сенсі, а не про суто клінічну допомогу. Зазначений аспект є додатковою характеристикою якості медичної допомоги і обумовлюється він не лише медичними, а й соціальними, а також економіко-організаційними параметрами. У платному секторі охорони здоров'я (він охоплює не тільки приватну медицину, але й, на жаль, тіньову економіку у державному секторі) цей бік якості підсилює привабливість медичної послуги і є об'єктом всебічного маркетингу.

Асиметрія інформації про сервісний бік якості медичних послуг поширена на ринку так само, як і про будь-який товар. Теоретично припускають її відсутність на ринку досконалої конкуренції, який насправді є абстрактною моделлю. Особливо до цього схильні неокласики, представники маржиналістської економічної теорії. Вони виходять з того, що покупці повністю обізнані про усі якості товарів і послуг, а ціни на них є рівноважними. Так, засновник мікроекономіки А. Маршалл, звертаючи увагу на особливості вільного ринку, де кожний окремий покупець «виступає сам за себе», припускає, що «його обізнаність про діяльність інших звичайно цілком достатня, щоб він не став погоджуватися... купувати за більшою ціною, ніж усі інші» [4, с. 24]. Насправді ж, якби ця ознака — повна інформованість покупців — виконувалась, можна було говорити про автономність і незалежність споживачів, про можливість здійснення ними раціонального вибору. На практиці така ідеальна ситуація відсутня. Навіть навпаки — трансакційні витрати пошуку повноцінної інформації постійно зростають. У цьому аспекті асиметрія інформації про сервісний бік якості медичних послуг є невід'ємною ознакою економічного життя.

Що ж до інформаційної асиметрії про якість суто медичної, клінічної допомоги, то її відсутність неможливо уявити навіть теоретично. Це обумовлено тим, що пацієнт здебільшого не має медичної освіти та відповідних кваліфікаційних якостей, а в екстрених нещасних випадках взагалі не здатний думати і приймати оптимальне рішення. Здогдатися про необхідність лікування певної хвороби до появи її симптомів він теж не може, цю хворобу має виявити досвідчений діагност. Одержання інформації з минулого досвіду у пацієнта теж обмежене (порівняно з купівлею звичайного товару), бо не завжди захворювання повторюються і мають однакові прояви.

Проте лікар, навпаки, може свідомо, з тих чи інших причин не інформувати хворого про всі наслідки медичних процедур або додавати зайві. Його авторитет для пацієнта значно вищий за авторитет продавця на звичайному ринку. Якщо той намагається умовити покупця придбати товар, з ним зовсім не обов'язково погодяться. Зовсім інша справа, коли переконає лікар. Його недобросовісна поведінка та ігнорування клятви Гіпократа мають сумні наслідки. Один із зарубіжних прикладів: американський онколог з Детройта призначав без потреби пацієнтам курси хіміо- та променевої терапії. Від його дій постраждало понад 500 хворих. Згодом у нього було конфісковано понад 17,6 млн дол., отриманих за лікування від страхових компаній [5].

Ступінь інформаційної асиметрії суто про клінічну якість значно вищий за ступінь асиметрії про кращий сервіс, який супроводжує лікування. Нездорозуміння й наслідки зростання цін. Наочно це відображено на рисунку.

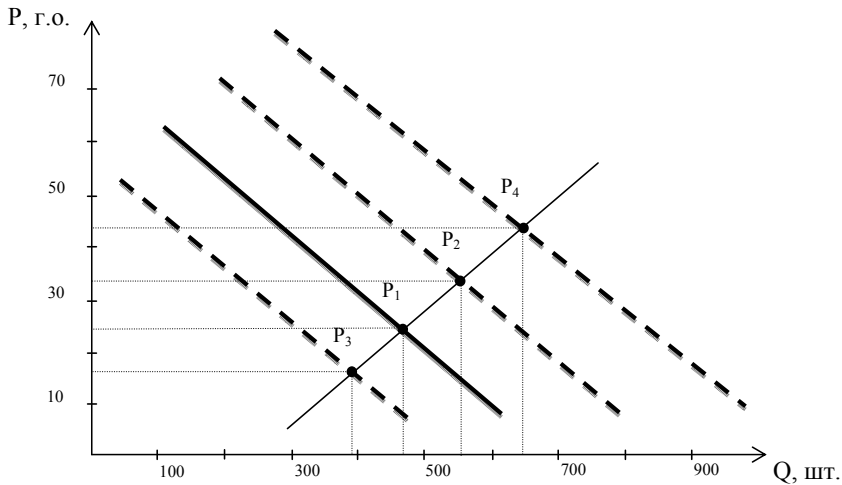


Рис. Вплив асиметрії інформації на ціноутворення на ринку медичних послуг

Рівноважна ціна P_1 має місце на вільному ринку. Під впливом нецінового чинника, наприклад, прискорених аналізів або надання послуги без черги, вона зростає і становитиме P_2 . Однак споживач має вибір — відмовитись від сервісу. А якщо він дізнається, що йому нав'язують зайві послуги (наприклад, святковий ритуал при виписці з пологового будинку або дитячі розваги під час черги до лікаря), то може й зовсім змінити лікувальний заклад. Тоді ціна медичної послуги впаде до P_3 . У той же час пацієнт навряд чи відмовиться від додаткової діагностики своєї хвороби чи додаткових клінічних аналізів, оскільки не знає, зайва ця процедура чи ні. У нього немає

вибору попри законодавче закріплення права розпочати лікування або відмовитися від медичної допомоги (ч. 3 ст. 284 Цивільного кодексу України). Пропозиція лікаря стимулює попит, рівноважна ціна зростає і стало утримується. Якщо до цього додається ще й непоганий сервіс, рівноважна ціна буде вищою за P_2 (наприклад, P_4).

Протидія асиметрії інформації про стан здоров'я хворих, методи лікування, наявність ризику, лікувальні експерименти є однією з причин соціалізації медицини в європейських країнах (особливо скандинавських), де комерційні лікувальні заклади мало поширені. Головними суб'єктами захисту прав споживачів-пацієнтів, мінімізації інформаційних втрат тут виступають держава та структури соціального медичного страхування. Проте на українському ринку пацієнти мало захищені. На початку ринкових перетворень вони взагалі не мали досвіду реклами і комерційної поведінки лікарів і «купувалися» на пропозицію лікування уявних захворювань, які є просто ознаками старіння або неправильного способу життя. І дотепер остеохондроз, остеопороз чи ожиріння іноді лікують подібно до гострих захворювань. Деякі інфекції, яким можна запобігти звичайною гігієною, лікують антибіотиками, що знищують природну мікрофлору організму, об'єктивно спричиняючи нові хвороби. Значні резерви стимулювання попиту пацієнтів має і зайва діагностика.

У міру зростання тіньової економіки асиметрія інформації поширюється. Цьому сприяє еволюція від неформальних платежів лікарям державного сектору за хірургічні операції до сплати зайвих і дорогих клінічних аналізів, які часто призначають імунологи, ендокринологи, алергологи, і аж до відвертого хабара за позачергове лікування або кращий сервіс, за лікарняний лист. Можливості для корупції особливо сприятливі для несумлінних наркологів, тому що попит на наркотики є абсолютно нееластичним. Тому, коли пацієнтам після поступового зниження доз наркотиків призначається замісна терапія, вони психологічно й фізіологічно залежні від дій і рішень лікарів, їх легше схилити до хабара. Недарма, за даними TNS, у 2014 р. 84% опитаних українців давали хабарі саме в лікарнях та інших медичних установах [6]. Іноді бізнес на здоров'ї українців у державному секторі стає дуже рентабельним, бо значна частина витрат у лікарнях (на світло, водо- й тепlopостачання, медичне обладнання, деякі ліки, заробітну плату) покривається за рахунок суспільних ресурсів — на відміну від приватного сектору. В той же час якість лікування страждає. Небажання частини медичного персоналу відмовитися від неформальних прибутків є однією з причин труднощів із реформування охорони здоров'я в Україні і навіть саботажу.

Зазвичай оцінка якості діагностики й лікування здійснюється на основі статистичних показників, насамперед про загальні обсяги наданої медичної допомоги. На якість медичних послуг впливає також рівень кваліфікації та сумлінність медперсоналу. Її відсутність відтворює медичні помилки. Один із останніх прикладів: у Кременчуці 19-річна дівчина померла під час анестезії через те, що медсестра переплутала балон з киснем з аргоном, який заповнив легені [7]. Щоб запобігти помилок та інших проявів несумлінної праці, керівники лікувальних закладів прагнуть наймати висококваліфікованих фахівців, однак вони не мають достатньої інформації про найманих працівників. Отже, одна асиметрія інформації (про якість медичних послуг) пов'язана з іншою (про якість медичної праці) і підсилюється нею. Керівники орієнтуються на деякі сигнали якості освіти працівника. Відомо, що престижними вважаються дипломи ВНЗ з розвиненими науковими школами і клінічними базами, добрими і тривалими традиціями. Головні лікарі швидше візьмуть на роботу випускника Харківського медичного університету, ніж випускника медичних факультетів деяких непрофільних університетів, які з'явилися зовсім недавно. Важливими сигналами є документи про закінчення клінординатури і про атестацію лікарів на виявлення спеціальних знань і практичних навичок, на присвоєння чи підтвердження кваліфікаційної категорії. Показник стажу роботи свідчить про досвід медичного працівника і дає можливість отримати додаткову інформацію про його попередні успіхи. В той же час сигнали «червоного» диплома у дев'яності і двохтисячні роки значно знецінилися через корупцію та систему привілеїв для дітей співробітників у процесі навчання. Але за рівних інших умов, диплом «бюджетника» є привабливішим за диплом «контрактника» завдяки більш високому рівню їх стартового відбору і кращій успішності.

Проте складності відбору кваліфікованих кадрів головними лікарями зростають через жорсткий примусовий розподіл випускників медичних вищих навчальних закладів. Він насправді дає старт молодим лікарям і дозволяє регулювати ринок медичної праці, але у випадку їх несумлінного ставлення до справи збільшує шанси неякісних медичних послуг, оскільки молодого спеціаліста не можна звільнити або дати йому заробіток, менший за ставку. Негативні наслідки асиметрії інформації на ринку праці медичних працівників, а також відсутність контрактної системи їх найму неодмінно позначаються на якості медичних послуг.

Одним із шляхів усунення цих наслідків є відчутне зростання офіційної заробітної плати медичного персоналу. Сьогодні вона відстає від зарплати у низці галузей, про що свідчать дані таблиці.

**Середньомісячна заробітна плата за деякими видами економічної діяльності
(січень – травень 2015 р.)¹ [8]**

Галузі Показники	Абсолютний рівень заробітної плати	Відносний рівень заробітної плати
Одиниці виміру	у розрахунку на одного штатного працівника, грн	% від середньої заробітної плати
Промисловість	4375	115,5
Транспорт, складське господарство, поштова та кур'єрська діяльність	4117	108,6
Інформація та телекомунікації	6760	178,5
Фінансова та страхова діяльність	8160	215,4
Професійна, наукова та технічна діяльність	6273	165,6
Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги	2478	65,4
Усього	3788	

Відповідно до економічної теорії злочинів лауреата Нобелівської премії Гері Беккера, суб'єктами тіньової економіки є раціональні суб'єкти, схильні до ризику (risk takers), які прагнуть до максимізації вигід за умов обмеженості ресурсів [9]. Вони свідомо планують вибір з різних варіантів поведінки ту, за якою співвідношення вигід та витрат буде для них оптимальним. В умовах низької заробітної плати та безкарності лікар схильний працювати поза формальними правилами економічної поведінки, максимізуючи свій дохід. Висока заробітна плата і невідворотність покарання, навпаки, робить дуже дорогими і невігідними неформальні відносини з пацієнтом.

Право громадянина України на достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я передбачено в Основах законодавства України про охорону здоров'я (п. (є) ст. 6 розд. II; ст. 39 розд. V), а також частково — у таких законах України: «Про захист прав споживачів» (п. 4 ст. 4 розд. II; п. 1 ст. 6; «Про психіатричну допомогу» (ст. 25 розд. III); «Про лікарські засоби» (ст. 8 розд. II); «Про доступ до публічної інформації» (п. 2 ст. 6 розд. 1). Кримінальна відповідальність за наслідки помилкового лікування передбачається у Кри-

¹ Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини зони проведення АТО.

мінальному кодексі України (статті 139–145 розд. II). Однак механізм реалізації законодавства не відпрацьований. Стандарти якості медичних послуг, їх мінімальний набір при лікуванні визначені Постановою Кабінету Міністрів України, а не законом. Довести у суді, чи був пацієнт інформований про негативні наслідки хірургічного або терапевтичного втручання, або чи зроблена помилка з вини лікаря — дуже непросто. Виникає багато питань до клінічних випробувань ліків на пацієнтах та організації роботи комісій з питань етики. Більшість правових норм захисту пацієнта має номінальний характер, бо вони теж окреслені не законом, а лише типовим положенням про комісії з питань етики, яке затверджується центральним органом виконавчої влади.

Висновки. Асиметрія інформації про якість медичних послуг потребує додаткового захисту пацієнтів на відміну від захисту звичайного споживача на традиційному ринку. Необхідно закріпити законом України стандарти якості і норми захисту пацієнтів від зайвих послуг взагалі та під час клінічних випробувань лікарських засобів. Слід також законодавчо ввести до переліку показників якості медичної послуги ступінь інформованості про неї пацієнтів або їх представників. Потребує удосконалення механізм реалізації правових положень про надання хворим права вибору лікарів і медичних закладів.

Після децентралізації та автономізації державних медичних закладів місцеві органи влади повинні замовляти у медичних установ необхідні для громадян медичні послуги з потрібною якістю. Крім держави, захист хворих людей мають також здійснювати мотивовані треті сили — страхові компанії та громадські організації, зокрема медичні асоціації. Треба законодавчо окреслити їх права та обов'язки щодо інформування пацієнтів та контролю за якістю лікування, захисту від зайвих послуг і відвертих хабарів. У страхових контрактах слід закріпити право за власником поліса на альтернативну консультацію з лікарем і психологом.

У процесі реформування медицини слід дуже обережно пропонувати розширення практики оплати праці медичних працівників залежно від кількості обслугованих пацієнтів. Ця система зберігає спокусу надлишкової пропозиції медичних послуг і необґрунтованого зростання вартості лікування, що неприпустимо в умовах обмежених суспільних ресурсів та економічної кризи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Невзгода А. А. Оцінка якості надання медичної допомоги: управління наданням медичної допомоги в приватному медичному закладі [Електронний ресурс] / А. А. Невзгода, О. А. Невзгода. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/uploads/2011/10/nevzгода.pdf>.

2. Мачуга Н. З. Методологічні аспекти формування та функціонування системи якісних медичних послуг в Україні : монографія / Н. З. Мачуга. – Тернопіль : Крок, 2012. – 199 с.
3. Гладун З. Режим надання медичної допомоги: поняття, види й адміністративно-правове регулювання / З. Гладун // Право України. – 2014. – № 3. – С. 206–213.
4. Маршалл А. Принципы экономической науки. Т. II : пер. с англ. / А. Маршалл. – М. : Прогресс, 1993. – 310 с.
5. Moghe S. Patients give horror stories as cancer doctor gets 45 years [Електронний ресурс] / S. Moghe // CNN. – 2015. – July 11. – Режим доступу: <http://gordonua.com/news/worldnews/Onkolog-iz-SSHA-poluchil-45-let-zaklyucheniya-zamoshennichestvo-89029.html>.
6. ТОП самых коррумпированных государственных структур, по мнению украинцев [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.tns-ua.com/ru/global/publications/top-samyh-korruptirovannyh-gosudarstvennyh-struktur-po-mneniju/>.
7. 19-летняя девушка умерла из-за врачебной ошибки [Електронний ресурс] : Ukrainian Business Resource. – 2015. – 7 августа. – Режим доступу: <http://ubr.ua/ukraine-and-world/incidents/19-letniaia-devushka-umerla-iz-za-vrachebnoi-oshibki-351632>.
8. State Statistics Service of Ukraine [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ukrstat.org/en/>.
9. Becker Gary S. Crime and Punishment: An Economic Approach [Електронний ресурс] / Gary S. Becker // Journal of Political Economy. – 1968. – Vol. 76. – № 2. – P. 169–217. – Режим доступу: http://www.jstor.org/stable/1830482?seq=1#page_scan_tab_contents.

REFERENCES

1. Nevzgodina A. A. Otsinka yakosti nadannya medichnoyi dopomogi: upravlinnya nadanniyam medichnoyi dopomogi v privatnomu medichnomu zakladi. Retrieved from: <http://www.apteka.ua/uploads/2011/10/nevzgodina.pdf>.
2. Machuga N. Z. (2012). Metodologichni aspekti formuvannya ta funktsionuvannya sistemi yakisnih medichnih poslug v Ukrayini. Ternopil: Krok.
3. Gladun Z. (2014). Rezhim nadannya medichnoyi dopomogi: ponyattya, vidi y administrativno-pravove reguluyuvannya. Pravo Ukrayini. 3. 206–213.
4. Marshall A. Printsipyi ekonomicheskoy nauki. T. II. (1993). Moskva: Progress.
5. Moghe S. Patients give horror stories as cancer doctor gets 45 years (2015). CNN. July 11. Retrieved from: <http://gordonua.com/news/worldnews/Onkolog-iz-SSHA-poluchil-45-let-zaklyucheniya-zamoshennichestvo-89029.html>
6. TOP samyih korruptirovannyih gosudarstvennyih struktur, po mneniyu ukrainsev. Retrieved from: [http://www.tns-ua.com/ru/global/publications/top-samyh-korruptirovannyh-gosudarstvennyih-struktur-po-mneniju/](http://www.tns-ua.com/ru/global/publications/top-samyh-korruptirovannyh-gosudarstvennyh-struktur-po-mneniju/).
7. 19-letnyaya devushka umerla iz-za vrachebnoy oshibki (2015). Ukrainian Business Resource. August 7. Retrieved from: <http://ubr.ua/ukraine-and-world/incidents/19-letniaia-devushka-umerla-iz-za-vrachebnoi-oshibki-351632>.
8. State Statistics Service of Ukraine. Retrieved from: <https://ukrstat.org/en>.

9. Becker Gary S. Crime and Punishment: An Economic Approach (1968). Journal of Political Economy, 76. 2. 169–217. Retrieved from: http://www.jstor.org/stable/1830482?seq=1#page_scan_tab_contents.

Стаття надійшла до редакції 14.07.2015.

Рецензент — доктор економічних наук, професор Л. С. Шевченко, Національний юридичний університет імені Ярослава Мудрого, м. Харків, Україна.

Reviewer — Shevchenko L. S., Doctor of Economic Sciences, Professor, Yaroslav Mudryi National Law University, Kharkiv, Ukraine.

Рецензент — доктор економічних наук, професор С. В. Тютюннікова, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, Україна.

Reviewer — Tyutyunnikova S. V., Doctor of Economic Sciences, Professor, V. N. Karazin Kharkiv national University, Ukraine.

Т. М. КАМИНСКАЯ

доктор экономических наук, профессор, профессор кафедры экономической теории Национального юридического университета имени Ярослава Мудрого, Харьков

ВЛИЯНИЕ АСИММЕТРИИ ИНФОРМАЦИИ НА КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Проанализовано одно из специфических недостатков рынка медицинских услуг — асимметрия информации об их качестве, ее влияние на результативность лечения или облегчения страданий больных людей. Предлагаются рекомендации относительно уменьшения негативных последствий информационной асимметрии.

Ключевые слова: здравоохранение, асимметрия информации, качество медицинских услуг.

Т. М. KAMINSKA

Doctor of science (economy), professor, Professor of economic theory department, Yaroslav Mudryi National Law University

THE IMPACT OF ASYMMETRIC INFORMATION ON THE QUALITY OF HEALTH SERVICES

Problem setting. Nowadays human capital is the main factor of the society modernization. The qualitative care gives security and freedom, provides long active life and creates conditions for effective production.

Recent research and publication analysis. Usually the scientists consider only indicators of clinical quality of health services. But they do not take into account the awareness about it of the patients, and also risks of impact on their decisions of the unscrupulous doctors and the deterioration of public health.

Paper objective is to analyse information asymmetry in the health market, particularly in Ukraine, and its influence on medical and socio-economic quality of medical services.

Paper main body. There are two types of asymmetric information, namely about directly clinical care and about accessibility of treatment and the scale of services (quality of health services in socio-economic terms). The level of the first asymmetry is much higher than that of the second one, mostly because the patient does not have medical education and appropriate qualification characteristics, his experience in treating diseases is limited. Under these conditions, the doctor may consciously stimulate demand on drugs and treatment because their price increases. Protection of information asymmetry is one of the reasons of socialization of medicine in Europe (especially Scandinavia). However, in Ukraine the pharmaceutical companies and medical personnel use inexperience of patients. Informal payments to doctors, paying for extra and expensive clinical tests, frank bribes for better conveniences or sick leave also contribute to information asymmetry. The reluctance of the part of medical personnel to refuse additional incomes is one of the reasons for sabotage of reforming health care in Ukraine.

The heads of medical institutions are faced with another asymmetry of information — about the quality of medical labour. The difficulties of selection of qualified personnel are growing in Ukraine due to lack of their employment contract system, compulsory work appointment of graduates of medical schools, low salary, which entices the physicians to maximize their incomes outside legal rules of conduct. In Ukraine it is very difficult to prove in the court the crime of doctors.

Conclusions of the research. Protecting patients requires improving the legislation and participation of motivated third forces — the insurance companies and civil organizations, including the medical associations. The process of the health system reforming should be very careful proposing expansion of pay-for-service system, because it provokes information asymmetry.

Short Abstract to an article

Abstract. The article analyzes one of the specific imperfections of health market. This is asymmetry of information about their quality, its influence on effectiveness of treatment or alleviate the suffering of sick people. The recommendations for reducing the negative effects of information asymmetry are proposed.

Key words: health care asymmetry of information, the quality of health services.