

DRAUDIMO VERSLO PLĖTRA: TEORINIAI ASPEKTAI IR RINKOS PLĖTROS PRIELAIIDOS

Aleksandra Lezgovko¹, Povilas Lastauskas²

¹*Klaipėdos universitetas, Minijos g. 153, LT-93185 Klaipėda, Lietuva
El. paštas aleksandra@draudimas.com*

²*Vilniaus universitetas, Saulėtekio al. 9, LT-01513 Vilnius, Lietuva
El. paštas Povilas.Lastauskas@ef.vu.lt*

Įteikta 2008 02 11; priimta 2008 03 04

Santrauka. Šiandienis draudimas, nors ir išlaikęs savo esminę paskirtį, turi nemažai skirtumų, palyginti su pirmtaku, kuriuos daugiausia lėmė technologijų kaita, draudėjų poreikiai ir draudikų galimybės. Šio straipsnio tikslai – apžvelgti ir išryškinti tokios draudimo rinkai būdingos problemos, kaip asimetrinė informacija¹, nepalanki atranka², sąlyginiai komisiniai, draudimo rinkos išsivystymo lygis, tendencijos, pagrindiniai matai, nusakantys draudimo padėtį, tarpininkų reikšmė pardavimo procese. Viena iš problemų sprendimo būdų – draudimo produktų variantai, kai gali būti pasiektas bent dalinis rizikos skaidymas, pasiūlant mažesnes kompensacijas arba nepilnus padengimus. Sąlyginiai komisiniai nepriklausomiems tarpininkams gali palengvinti naujų draudikų įėjimą į rinką, nes sukuria palankius paskatos poveikius, padedančius įveikti nenorą bendradarbiauti su nauju rinkos dalyviu dėl nesančių darbinių ryšių. Be to, kompensavimo sistema, pagrįsta ir premija, ir pelningumu remtais komisinais, skatina perduoti patikimą informaciją draudikui apie klientus, antraip neigiamai paveiktų sąlyginius komisinius. Mokumas II turės poveikį ne tik draudikams, bet per juos ir visam šalies ūkiui. Viena iš lauktinų rezultatų yra draudėjų apsaugos padidėjimas ir draudimo paslaugų suvokimo pagerėjimas. Tai mažintų asimetrinės informacijos problemas, nes draudėjas, geriau suvokęs draudimo specifiką, ne tik disponuotų didesniu informacijos kiekiu, bet turėtų daugiau paskatų atskleisti informaciją draudikams, kuri būtina tinkamam draudimo polisui pasiūlyti. Tyrimo uždaviniai – nustatyti dabartinio laikotarpio draudimo rinkos bruožus; pateikti jos raidos prognozę; numatyti teorinio tyrimo modelio taikymo galimybes. Taip pat bus stengtasi aptarti ne tik specifinius, bet ir kitoms rinkoms būdingus reiškinius – konkurenciją ar koncentraciją. Tyrimo metodai: išanalizavus mokslinę užsienio literatūrą, pateikiami teoriniai draudimo rinkos vystymosi aspektai ir atstovaujamojo-atstovo teorijos draudime modelis, kuriuo remiantis ir buvo atliktas tyrimas bei įvertinta esama draudimo rinkos situacija.

Reikšminiai žodžiai: draudimas, draudėjas, draudikas, draudimo tarpininkai, draudimo įmoka, draudimo rinką, sąlyginiai komisiniai.

¹ Asimetrinė informacija (assymetric information) – situacija, kai šalys disponuoja skirtingu informacijos kiekiu apie transakciją.

² Nepalanki atranka (adverse selection) – situacija, susiklostanti, kai žmonės, turintys didžiausią tikimybę gauti naudos iš draudimo, taip pat yra ir tikėčiausi draudimo pirkėjai.

EXPANSION OF INSURANCE BUSINESS: THEORETICAL ASPECTS AND ASSUMPTIONS OF MARKET DEVELOPMENT

Aleksandra Lezgovko¹, Povilas Lastauskas²

¹Klaipėda University, Minijos g. 153, LT-93185 Klaipėda, Lithuania
E-mail: aleksandra@draudimas.com

²Vilnius University, Saulėtekio al. 9, LT-01513 Vilnius, Lithuania
E-mail: Povilas.Lastauskas@ef.vu.lt

Received 11 February 2008; accepted 4 March 2008

Abstract. The nowadays insurance, although still having its own essential purpose, has a lot of differences in comparison with the predecessors, which have been mostly determined by the change in technologies, insurer's demands and assurer's opportunities. Purposes of this article is to review and highlight such problems, typical of the insurance market, as asymmetric information, adverse selection, conditional commissions, development level of insurance market, the main measures, defining the state of insurance, significance of intermediators in the process of selling. One of the ways of problems solution is versions of insurance products, when there may be reached at least partial resolution of risk, by suggesting fewer compensations or incomplete repayments. Conditional commissions for independent intermediators may facilitate the entrance of new assurers into the market, because they create favourable impacts of incentive, which help to overcome unwillingness to collaborate with a new market participant because of non-existing work relationship. Moreover, the system of compensation, motivated both by a bonus and profitability, based on commissions, induce to transmit reliable information for an insurer about customers, otherwise it would have a negative impact on conditional commissions. Solvency II will have impact not only on assurers, but, on the whole economy of the country. One of the expected results is the increase of an insurer's protection and improvement at understanding of insurance services. This would reduce problems of asymmetric information, because an insurer would not only dispose of the bigger information amount, but would also be more induced to reveal information for insurers, which is essential in order to offer an appropriate insurance policy, after a better perception of insurance particularity. Tasks of the research – to establish features of insurance market of the current period; to provide prognosis of its development; to anticipate application opportunities of a theoretical research model. There will also be an attempt to discuss not only specific, but also other phenomena, typical of other markets, such as competition or concentration.

Methods of the research: after foreign scientific literature has been analysed, there are provided theoretical aspects of insurance market development and a represented-representative theory model in insurance, on the basis of which the research has been done and the current situation of insurance market has been evaluated.

Keywords: insurance, insurer, assurer, insurance intermediators, insurance premium, insurance market, conditional commissions.

1. Įvadas

Daugelis socialinių mokslų susiduria su sunkumais nustatyti visuomeninių santykių pobūdį, juolab jį tiksliai apibrėžti. Ne išimtis yra ir draudimas, apibrėžiamas daugybe variantų. Visgi įprasta akcentuoti rizikos realizavimosi pasekmių mažinimą, perduodant galimus finansinius nuostolius draudikui kaip esminę draudimo paskirtį. Pats draudimas yra išskirtinis ir tuo, kad neatitinka standartinės ekonominės veiklos principų, t. y. valstybė stengiasi reguliuoti ne tik draudikų mokumą, bet ir, pavyzdžiui, dažnai nustato draudimo sutarčių struktūrą. Kaip teigiama draudimo literatūroje (Winter 1991), ekonominis intervencijos pagrindimas dažniausiai remiasi prielaida, kad būtent draudimas, o ne kitų finansinių tarpininkų verslas labiausiai kenčia nuo bendro poveikio ar veiksmo problemos (*Collective action problem*). Tad draudėjai interpretuojami kaip investuotojai (kartais vadinami nustatytos skolos investuotojai (*Fixed-debt investors*)), kurie kapitalo srautus

nukreipia į draudiką, atsakingą už jų naudojimą ir išmokėjimą – tiek palyginti artimoje perspektyvoje (pvz., turto draudimas), tiek praėjus ilgesniam laikui (pvz., gyvybės draudimas). Įprasta manyti, kad draudikas gali susivilioti rizikingais projektais, mat visas pelnas, gautas sėkmingai investavus, atitenka draudimo kompanijai, o ištikus nesėkmei nuostoliai gali būti iš bent dalies išskaidyti tarp draudėjų. Čia kyla vadinamoji atstovaujamojo-atstovo problema (apie tai bus kalbama toliau), kai draudikas gali pasinaudoti padėtimi ir veikti priešingai negu draudėjas (atstovaujamas) pageidautų, t. y. prisiimti pernelyg didelę riziką, naudodamasis draudėjo sukauptu kapitalu. Gana akivaizdi išeitis – įtraukti draudikų kontrolės sąlygas sutartyse, ypač susivienijus draudėjams (individuali kontrolė pernelyg sudėtinga, o rezultatų neduodanti veikla yra betikslė). Vis dėlto kai kurie draudimo ekonomistai gana skeptiškai žvelgia į sprendimą ir pateikia „zuikiavimo“ problemos argumentą, kai nebus imtasi draudėjams nau-

dingos veiklos, mat kiekvienas tikėsis, kad tai padarys kas nors kitas. Taigi prieiname prie valstybės įsikišimo motyvo, kuris yra įgyvendintas, įkuriant minimalų garantinį fondą, atsakingą už dalinės kompensacijos garantavimą, įvykus draudimo įvykiui ir draudikui tapus nemokiam. Šis reguliavimo mechanizmas, kaip bet kuri rinkos ydos taisymo priemonė, nėra tobula, mat dar labiau mažina draudėjų motyvus kontroliuoti draudikų mokumą. Šios ir kitos draudimo problemos sprendžiamos pasitelkiant skirtingus metodus ir priemones, kuriuos aptarsime po pagrindinių draudimo ekonomikos elementų, tarpininkų, kainodaros, specifinių rinkos ydų, būdingų draudimui, pristatymo.

2. Draudimo tarpininkai

Kaip žinia, draudimas – svarbi ekonominė veikla, būdinga visoms išsivysčiusioms šalims. Tad ir procesas, kurio metu draudikas randa draudimo paslaugos pirkėją (arba atvirkščiai) nėra toks paprastas kaip, pavyzdžiui, manytų neoklasikai, siūlydami *tâtonnement* proceso hipotezę, vadinamąją Walras'o aukcionierių. Išties, rinkos kūrimas sudėtingesnis, reikalaujantis ir tarpininkų darbo, t. y. konsultantų, kurie ištirtų pirkėjų (draudėjų) poreikį, atsižvelgdami į draudikų galimybes, ir parinktų geriausias rinkos dalyvių kombinacijas. Ši tikslą įgyvendinti padeda draudimo tarpininkai: agentai ir brokeriai. Kaip teigia mokslininkai (Cummins, Doherty 2005), draudimo tarpininkavimo sektorius yra stipriai koncentruotas, tad absoliutus tarpininkų skaičius yra labai didelis. Pastebima, kad mažas ir vidutinės rizikas daugiausia tvarko mažesnio dydžio tarpininkai, beje, net ir būdami nedideli, kai kurie agentai ir brokeriai sėkmingai konkuruoja ir dėl didesnės rizikos klientų, ypač tie, kurie specializuojasi viename ar kitame draudimo sektoriuje. Žinoma, didžiausius klientus su rizika, susijusia tarptautiniu mastu, savo pusėn patraukia galingiausi draudimo brokeriai. Suprantama, brokerius masina draudimo premijos, nuo kurių dažniausiai skaičiuojami tarpininkams atiteksiantys komisiniai.

3. Draudimo įmokos

Apibrėždami *draudimo įmokos* sąvoką ir komponentes, pirma atkreipkime dėmesį į teisinį draudimo reguliavimą Lietuvoje. Pagal LR civilinį kodeksą (2000 m.)³ draudimo sutartimi viena šalis (draudikas) įsipareigoja už sutartyje nustatytą draudimo įmoką (premiją) sumokėti kitai šaliai (draudėjui) arba trečiajam asmeniui, kurio naudai sudaryta sutartis, įstatyme ar draudimo sutartyje nustatytą draudimo išmoką, apskaičiuotą įstatyme ar draudimo sutartyje nustatyta tvarka, jeigu įvyksta įstatyme ar draudimo sutartyje nustatytas draudimo įvykis

(6.987 straipsnis). Taigi akcentuojamas draudimo išmokos aspektas, kuris išties stipriai koreguos draudimo premijos dydį. Vis dėlto draudimas yra daugiaaspektis produktas, tad verta paminėti, kad nei draudimo išmokos dydis nebūtinai nustatant draudimo kainą, nei kaina bus esminis draudimo pasirinkimo veiksnys. Tad kaina, nors ir būdama svarbi parinkimo sąlyga, nėra vienvaldė – ne ką mažiau svarbi draudiko reputacija, mokumas, draudimo suma, nusakanti rizikos padengimo dydį, rizikos valdymo gebėjimai ir t. t. Taigi šiuo atveju įprastas aukciono procesas nėra tinkamas analizės metodas, nes kaina nėra vienintelis veiksnys, kuris rūpi pardavėjui ir pirkėjui⁴.

Vadinasi, draudimo pasirinkimas gali priklausyti nuo viso veiksnių derinio, neišskiriant nė vieno kaip svarbiausio:

$$DP = f(P, C, K, IS, IR), \quad (1)$$

čia: *DP* – draudimo pasirinkimas;

P (price) – kaina,

C (coverage) – padengimas (draudimo suma);

K (credit quality) – kredito kokybė;

IS (insurer services) – draudiko paslaugos;

IR (insurer reputation) – draudiko reputacija⁵.

Visos ekonomikos saugumui užtikrinti būtina, kad draudikai varžytųsi dėl klientų neperžengdami tiek ekonominių, tiek teisinių normų, mat priimta pernelyg didelė rizika grasina neigiamomis ekonominėmis pasekmėmis. Žinoma, svarbu, kad ir klientas suvoktų bei įvertintų savo riziką, draudimo pranašumus mažinant rizikos sąnaudas; dėl to šiuolaikinėje rinkoje pastebima, kad draudimo tarpininkai ne tik padeda rasti tinkamiausią draudiką klientams, bet ir, pavyzdžiui, teikia konsultacijas rizikos valdymo ir modeliavimo klausimais. Tai padeda potencialiai spręsti tokias specifines problemas, kaip asimetrinė informacija.

4. Asimetrinė informacija⁶ draudimo rinkose

Trumpai apžvelkime problemos turinį ir prigimtį, nes šiuolaikinė draudimo teorija neapsieina nepaminėjusi potencialaus asimetrinės informacijos egzistavimo, ku-

⁴ Iš esmės taip yra įprastiniuose aukcionuose, pavyzdžiui, naftos.

⁵ Adaptuota iš Cummins, D. J.; Doherty, A. *The Economics of Insurance Intermediaries*. Wharton School, University of Pennsylvania. 2005.

⁶ *Išsamios informacijos rinka* (angl. *market with imperfect information*) – rinka, kurioje pirkėjai ir pardavėjai neišsamiai ir nevienodai informuoti apie realią prekių vertę, jų paklausą ir pasiūlą. Atskiras neišsamios informacijos atvejis yra *asimetrinė informacija*, kai viena pusė (pirkėjas ar pardavėjas) apie tikrąją prekęs vertę žino daugiau. Pavyzdžiui, darbuotojas apie savo gebėjimus žino daugiau nei jį priimančias darbdavys, butą ar automobilį parduodantis senasis savininkas apie šią nuosavybę žino daugiau nei ją perkantis naujasis savininkas, sveikatos draudimo sutartį sudarantis klientas apie savo sveikatą ir įpročius žino daugiau nei draudimo kompanija, firmos savininkas žino apie firmą daugiau nei norintis į ją investuoti investuotojas ar galintis suteikti kreditą bankas ir pan. Prieiga per internetą: <http://lt.wikipedia.org/wiki/Nepilnos_informacijos_rinka>, žiūrėta [2008 01 15].

³ Remtasi pakeista ir papildyta redakcija iki 2007 m. sausio 1 d.

ris ekonominiu požiūriu išskiria draudimo veiklą iš kitų verslų. Problema kyla dėl informacijos netobulumų, kitaip sakant, skirtingo dviejų rinkos dalyvių, draudiko ir draudimo pirkėjo, informuotumo. Tad, esant asimetrinei informacijai, gali nutikti, kad kai kurie draudėjai mokės pernelyg mažas įmokas, palyginti su draudiko prisiimama rizika, o kiti gali būti apmokestinami per daug. Nepalanki atranka (*adverse selection*) pasireiškia kaip rezultatas, kai mokantieji mažesnę (subsidijuotą) įmoką drausis daugiau negu tie, kurie moka subsidijas, taip sukurdami sąlygas nestabiliui rinkai. Tokia situacija susiklosto, kai asimetrinės informacijos problema išnaudojama strategiškai ir „gerosios“ rizikos subsidijuoja „blogąsias“. Jeigu draudikas negali atskirti klientų rizikingumo, o patys klientai to neatskleidžia, tuomet iš visų prašoma vienoda įmokos suma. Pasekmės akivaizdžios, kai „gerosios rizikos“ yra išstumiamos, o tarp draudėjų lieka rizikingesni klientai. Taigi visi, kurie turi mažesnes rizikas, o moka tiek pat, kaip ir rizikingesni klientai, tarytum juos subsidijuoja. Manoma, kad draudimo tarpininkai padeda spręsti panašias problemas, nes draudikas negali žinoti visų klientų individualių rizikų, jų savybių, įprasta priimta galvoti, kad tarpininko ir kliento ryšys gerokai glaudesnis. Juk draudikas turi gebėti matuoti ir išsklaidyti savo portfelio riziką, laikyti pakankamą kapitalo kiekį, kad sugebėtų patenkinti ir netikėtų ieškininių poreikių, įkainoti rizikas tiek, kad padengtų prisiimtą riziką, o visai tai reikalauja žinių apie kiekvieną individualią riziką. Manoma, kad tarpininkai dažnai patys atlieka rizikos analizę prieš kurdami rizikos valdymo strategijas, daug metų palaiko artimus ryšius su klientais ir geba perduoti informaciją draudikams, kurie gali taikyti konkurencingesnę bei teisingesnę kainodarą, disponuodami didesniu informacijos kiekiu. Svarbus analizės elementas yra draudimo apimtis, t. y. tiek priimtos rizikos dydis (draudimo suma), tiek draudimo įmoka (premija), mat galvotina, kad asimetrinės informacijos problema daug stipresnė mažesnėms sumoms, kai neapsimoka atlikti rizikos analizės, o didžiausių sumų draudimas generuoja didelius informacijos kiekius. Deja, tai ne vienintelė problema, kuri susiklosto draudimo rinkose.

5. Atstovaujamojo-atstovo teorija ir draudimas

Dar vienas rinkos ydos tipas kyla iš vadinamosios atstovaujamojo-atstovo teorijos (*Principal-agent theory*), kuri kalba apie atstovaujamojo (*principal*) ir atstovo (*agent*) santykį, kai šis veikia ne savo, o atstovaujamojo („viršininko“) vardu. Teorijos ašis yra klausimas – ar tikrai agentas elgiasi taip, kad geriausiai atstovautų „viršininko“ interesams. Klasikinis šios teorijos pavyzdys yra akcinės bendrovės atstovavimas, kur vadovai (agentai) veikia akcininkų vardu. Atstovavimo būtinumas aiškintinas atstovaujamojo kvalifikacijos, laiko ar įgūdžių stoka. Taigi

vienas svarbiausių aspektų yra agentų stebėjimo ir kontroliavimo galimybės, mat visuomet esti galimybė gerinti savąją, o ne akcininkų gerovę. Klausimas dėl tinkamo atstovavimo ir interesų konflikto nesvetimas ir draudimo teorijai. Svarbiausia, kad, esant atstovaujamojo-atstovo problemai (kuri savo prigimtimi yra išmokų pagundos (*moral hazard*) rūšis), egzistuočių kompensavimo sistema agentui, leidžianti suderinti atstovaujamojo ir atstovo interesus. Kitu atveju tikėtina, kad atstovo veiksmai bus nukreipti siekiant savų interesų.

Draudimo ekspertai (Cummins, Doherty 2005) dažnai nagrinėja įmokos dydžio paremtų komisinių įtaką atstovaujamojo-atstovo teorijos kontekste. Išplaukiantys rezultatai gana kontraversiški, pavyzdžiui, norint padidinti gaunamų komisinių dydį, reikia: finansiškai patikimesnio (mokesnio) draudiko, didesnės, daugiau rizikų padengiančios draudimo sumos, didesnės įmokos duotai draudimo sumai. Tad akivaizdu, kad trečiasis punktas neatitinka kliento interesų, o pirmasis naudingas klientui. Suprantama, draudimo suma labiausiai priklauso nuo kliento poreikių, tad ją sunku apibendrinti. Visgi interesų konfliktų gali būti ir išvengta, jei jie bus suderinti. Tam gali padėti (Cummins, Doherty 2005): tarpininkų sąžiningumas klientų atžvilgiu, kai draudimo kompensavimo procedūros yra aiškos, skaidrios ir žinomos klientui, kitaip tariant, tik nenuslėpdamas detalių tarpininkas gali prisidėti prie asimetrinės informacijos eliminavimo ir rinkos veiksmingumo; autoriai mano, kad draudimo rinka yra konkurencinė, tokiu atveju vyksta ne kainos, o kokybės konkurencija, tad, norint išlaikyti klientą, reikia įrodyti, kad jam naudinga draustis, t. y. tarpininkas kuria vertę draudėjui; galop, kai draudimo suma yra labai didelė, brokeriai ir agentai gali derėtis dėl mokesčio, o ne komisinių, tokiu atveju būtent mokestis kontroliuos tarpininko paskatas veikti kliento naudai ir bus išvengta ar bent sumažinta potencialių neigiamų atstovaujamojo-atstovo pasekmių.

6. Keletas draudimo rinkų problemų sprendimo būdų

Iš išvardytų draudimo srities problemų nepalanki atranka yra laikoma viena svarbiausių. Jai spręsti nėra rasta bendro recepto – nuomonės smarkiai skiriasi priklausomai nuo to, ar labiau vertinamas rizikos sujungimas į bendrą fondą ar teikiama pirmenybė bandymams rizikas atskirti, vertinti individualiai. Pirmasis variantas taiko bendros draudimo įmokos kainodarą (taigi ekonominė netektis priklausys nuo draudimo paklausos elastingumo). Kaip parodė tyrimas (Rea *et al.* 1992), netektis susidaro dėl:

- 1) per didelės draudimo paklausos tarp rizikingų klientų, kai perkopiamas jų perkeliama rizikos ribinės vertės ir ribinių sąnaudų sankirtos taškas;

2) kai mažos rizikos vartotojų poreikis draudimui nepasiekia taško, kur ribinė vertė lygi ribinėms sąnaudoms. Rizikos fondo kūrimas bandomas pateisinti tuo, kad jo sukūrimo nauda yra didesnė už netektį, ypač kai patys vartotojai negeba diferencijuoti tarp skirtingų rizikos lygių (t. y. netektys, sukeltos skirtingų rizikų, yra heterogeniškos tarp draudėjų).

Individuali kainodara tampa vis patrauklesnė ir siektinesnė, kai:

- 1) mažėja rizikos atskyrimo valdymo ir įgyvendinimo sąnaudos;
- 2) auga vidutinių netekčių homogeniškumas;
- 3) auga draudimo paklausos elastingumas (Cummins, Doherty 2005).

Žinoma, didelę įtaką daro ir technologinis progresas, leidžiantis atskirti vartotojus, teisinė bazė, reglamentuojanti draudikų kainodarą, kiti veiksniai. Praktinis įgyvendinimas dažniausiai ribojamas sunkumų atskirti ir išmatuoti rizikas bei rasti tikruosius veiksnys, lemiančius priežastinį santykį su draudėjo rizika (pvz., lytis, kaip lengvai randamas veiksnys, gali tik koreliuoti su tikroju faktoriumi). Vienas iš būdų išspręsti šias bėdas – draudimo produktų variantai (sutarčių meniu) (Rothschild, Stiglitz 1976), kai gali būti pasiektas bent dalinis rizikos skaidymas, pasiūlant mažesnes kompensacijas arba ne visus padengimus. Iš esmės šis sprendimas skirtas mažos rizikos vartotojams (kurie suvokia priklausantys mažos rizikos grupei), norintiems įsigyti dalinius sandorius. Visgi esminis šio „recepto“ trūkumas gali būti pernelyg mažas rizikos kiekis, perduodamas draudikams.

Dar vienas būdas nepalankiai atrankai spręsti – liberalizavimas ir leidimas draudikui bei draudėjui rinktis tokias draudimo priemones, kurios labiausiai atitinka poreikius. Šiuo atveju vyriausybė neturi jokio vaidmens, nes pati rinkta „nubaudžia“ tuos draudikus, kurie susigundo manipuliuoti atstovo padėtimi. Žinoma, augantis valstybės vaidmuo stabdo liberalizavimą – tiek įvedant kliūtis kelti premijos kainą įvairioms grupėms (pvz., sveikatos draudimas neįgaliesiems), tiek draudžiant individualią kainodarą, kai ji ekonomiškai apsimoka (pvz., gyvybės draudimas ir draudėjo lytis, ekstremaliu atveju – draudėjo rasė). Visgi bandoma nekrypti į kraštutinumus, o teisiškai įtvirtinti draudiko galimybes įvertinti individualius rizikos veiksnius – paradoksalu, bet dažniausiai tuos, kurie stipriai siejasi su draudžiamais naudoti (pvz., lytis).

7. Sprendimai prieš sudarant sutartį

Aptarkime keletą rinkos ydas silpninančių priemonių, kurios naudojamos prieš sudarant sutartis – išlyga (*warranty*) ir atstovavimas (*representation*). Jos gali būti interpretuojamos pasitelkus lošimų teorijos elementus: tikslas, kurį stengiamasi pasiekti, yra draudėjo noras atskleisti

visą asmeniškai disponuojamą informaciją apie riziką (paversti ją simetriška abiejų šalių atžvilgiu); negana to, siekiama, kad šis atskleidimas taptų dominuojančia draudėjo strategija. Kaip teigia draudimo mokslininkai (Seth 2000), tai lengviau pasiekama, kai:

- 1) neatskleidus informacijos potencialios baudos dydis išauga;
- 2) draudimo įvykių, kai draudėjui gali būti skirta bauda skaičius išauga;
- 3) leidžiamo informacijos klaidingumo laipsnis sumažėja;
- 4) tikimybė, kad melagingumas bus išaiškintas, padidėja.

Verta paminėti, kad išlygos naudojimas remiasi gerokai stipresnėmis paskatų priemonėmis negu atstovavimas, mat kraštutiniu atveju bauda skiriama, jei įvykus draudimo įvykiui draudėjas bent kiek nors nutuokė apie tokią galimybę. Atstovavimo atveju būtų reikalaujama bausti, jei draudėjas sąmoningai nuslėpė informaciją, o įmoka buvo pernelyg maža, palyginti su ta, kuri būtų paskirta, bei sutartis dėl didelės rizikos visai nebūtų sudaryta, jei nuslėpta informacija būtų atskleista. Taigi vidutinė bauda yra gerokai mažesnė antruoju atveju, taip pat ir polinkis pasidalyti privačia informacija. Kita vertus, tai reikalauja gerokai mažesnių sąnaudų ir stipriai sumažina tikimybę, kad bus nubaustas tas, kurio įsitikinimai ištis buvo simetriški. Dažnai taikomi apribojimai ne tik prieš, bet ir po sutarties sudarymo – tačiau jų ekonominė reikšmė daug mažesnė (pvz., draudžiant gyvybę – draudėjas mirė ir neįmanoma patikrinti, ar jis atskleidė visą reikalingą informaciją. Tokiu atveju teisė draudžia atlikti informacijos patikimumo tyrimus ir įpareigoja įvykdyti sutartyje numatytas sąlygas). Egzistuoja ir kitokių reguliavimo priemonių, pavyzdžiui, draudėjo elgesio reglamentavimas, t. y. praktikuojama teisiškai nustatyti, kai draudimo poliso savininkas peržengė protingumo ribas, tikriausiai siekdamas draudimo išmokos.

8. Sąlyginiai komisiniai kaip draudimo ydų mažinimo priemonė

Kalbėdami apie rinkos ydų sprendimus, turime grįžti prie draudimo tarpininkų. Taigi jie veikia ne tik kaip rinkos „kūrėjai“, apie ką kalbėjome anksčiau, bet ir kaip specifinių problemų sprendėjai. Norėdami suvokti draudimo rinkos ypatumus, turėtume išsiaiškinti mechanizmą, kuriam veikiant, nepriklausomi tarpininkai atlieka rinkos tvarkytojų vaidmenį. Visų pirma reikėtų suprasti, kad įprastas atstovaujamojo-atstovo teorijos šablonas čia netinka, mat tarpininkas yra tiek draudiko (nes pasirašo draudimo sutartį ir gauna komisinį atlyginimą), tiek norinčiojo draustis (vertina rizikas, konsultuoja ir parenka geriausias sąlygas) atstovas. Iki šio momento aptarėme brokerio motyvus,

atsirandančius norint išlaikyti klientą bei užsitikrinti pajamas, tačiau aplenkėme draudiką. Tad įtraukime į analizę tiek vienus, tiek kitus. Anot draudimo ekonomistų (Cummins, Doherty 2005), vienas veiksmingiausių ne tik skatinimo, bet ir rinkos ydų sprendimo būdų yra „sąlyginiai komisiniai“ (*contingent commissions*. Plačiau: Wilder 2002). Tai specifiniai komisiniai, kurių dydis priklauso nuo tokių veiksmų, kaip tam tikro draudiko pelningumas arba pajamos, atsiradusios dėl tarpininko surastų klientų, o įmoka remtų komisinių dydis yra procentas nuo įmokos, sumokėtos už draudimo polisą. Manoma, kad neigiamų pasekmių dėl sąlyginių komisinių neturėtų atsirasti, jei tarpininkas planuoja savo ateitį. Neigiamų pasekmių galėtų kilti iš siekio rinktis pelningiausius komisinių atžvilgiu draudikus, nekreipiant dėmesio į kliento poreikius, visgi ekonominė logika sufleruotų priešingai. Iširta, kad įmoka remti komisiniai sudaro didžiąją brokerių pajamų dalį, kai sąlyginiai – vos 4–5 % (Cummins, Doherty 2005). Dar stipresnis argumentas prieš savivalę kyla iš finansų teorijos – jeigu brokerio „kainą“ galime nusakyti kaip visų būsimų finansinių srautų dabartinę vertę, tuomet įmokos komisiniai yra vienas svarbiausių veiksmų. Maža to, kalbame apie dinaminę poziciją, kur klientų išlaikymas yra ne ką mažiau svarbus veiksnys, vėlgi apsaugantis nuo galimos neigiamos sąlyginių komisinių įtakos klientams. Juk jeigu tarpininkai nepadės klientams išieškoti išmokų (tokiu būdu didinant pelningumą ir komisinius) ar elgsis negarbingai bei nesąžiningai su klientais, jie ne tik pretenduoja juos prarasti, bet ir būti nubausti pagal galiojančius teisės aktus.

Sąlyginiai komisiniai, kaip aptarėme, neturėtų tapti priešišku mechanizmu draudimo rinkoje. Anaiptol, manoma, kad jie gali padėti rinkai tapti konkurencingesnei, t. y. palengvinti naujų draudikų įėjimą į rinką. Viena vertus, konkurencingumas skatinamas jau vien dėl nepriklausomų tarpininkų, nes klientas gali rinktis iš daugybės draudikų, lyginti jų pasiūlymus, remdamasis įvairiais parametrais. Visgi dar didesnei konkurencijai suaktyvinti gali padėti faktas, kad sąlyginiai komisiniai sukuria palankius paskatos poveikius, padedančius įveikti nenorą bendradarbiauti su nauju rinkos dalyviu dėl nesančių darbinių ryšių. Be to, kompensavimo sistema draudimo brokeriui, pagrįsta ir premija, ir pelningumu remtais komisiniais, skatina perduoti patikimą informaciją draudikui apie klientus, antraip neigiamai paveiktų sąlyginius komisinius (pvz., dezinformavęs, kad klientas yra mažos rizikos, o paaiškėjus, kad taip nėra (įvykus draudimo įvykiui), draudiko pelnas mažėja, taigi – sąlyginiai komisiniai). Esant pasitikėjimui, laisvam informacijos judėjimui, tikėtina teisingesnė kainodara kiekvieno kliento atžvilgiu ir sumažėję nepalankios atrankos padariniai.

9. Abejonės dėl standartinių draudimo ekonomikos teiginių

Iki šiol apžvelgėme tradicinį, vyraujantį požiūrį į draudimo teorinius pagrindus. Esti nemažai tyrimų, kurių rezultatai paneigia klasikines išvadas. Štai De Meza ir Web analizė (Meza, Webb 2001) paneigia Rothschild and Stiglitz (1976)⁷ rezultatus, anot kurių, paskatos pirkti draudimą yra didžiausios tiems, kurie disponuoja privačia informacija apie galimą netektį. Išmokų pagunda papildo nepalankios atrankos idėją, kad apsidraudę turi mažiau stimulų saugotis ir padidina draudimo įvykio tikimybę, palyginti su tais, kurie neapsidraudę. Aptariamas tyrimas dėmesį telkia į vidinę riziką bei pavojų, kurie apibūdina individų polinkį atlikti rizikingus veiksmus. Tuomet apibendrinama, kad atsargesnieji ne tik daugiau draudžiasi, bet ir mažina rizikingų atvejų tikimybę, palyginti su tais, kurie yra nerūpestingi ir neatsargūs. O šie argumentai prieštarauja standartinėms išvadoms, teigiančioms, kad asimetrinė informacija sukelia nepakankamą draudimo tiekimą. Autorių pateiktame modelyje atsargūs klientai sumažina premijų dydį ir į rinką įtraukia rizikingesnius, ne tokius rūpestingus individus. Taip pat pademonstruojama, kad apmokestinimas galėtų padėti pasiekti išlošį pagal Pareto⁸, išstumdamas pačius rizikingiausius agentus. Taip įvyksta dėl to, kad kylant įmokos dydžiui, daugiausia rizikuojantys, mažiausia besirūpinantys saugumu asmenys atsisakys draustis, o tai bus naudinga likusiems pirkėjams⁹. Pabrėžiama, kad svarbios administracinės sąnaudos, nuo kurių dydžio priklauso, ar gali būti rasta pusiausvyra. Pateikiami statistiniai duomenys, kad nuo 1985 iki 1995 metų Jungtinėje Karalystėje draudikų išlaidos, palyginti su gautomis pajamomis, lygiomis visų gautų įmokų sumai, buvo apie 25 % transporto priemonių draudimui ir 37 % būsto draudimui (Seth 2000).

Svarbi analizės dalis yra ta, kad atsargumas yra teigiamai susijęs su draudimo pirkimu. Tai reiškia, kad gyvybės draudimo pirkėjai yra atsargesni bei priklauso žemesnei negu vidutinei nelaimingų atsitikimų grupei. Tai aiškinama, kad baikštesni, atsargūs individai mažins rizikavimo tikimybę, didindami draudimo pirkimus ir imdamiesi daugiau atsargumo priemonių.

⁷ Stiglitz gavo Nobelio ekonomikos premiją, kaip, beje, ir pirmasis nagrinėjęs asimetrinės informacijos problemą Akerlof (1970).

⁸ Pareto taisyklė, arba 20/80 principas, teigia, kad 20 % pastangų duoda 80 % rezultatų, o likusios 80 % pastangų – tik 20 % rezultatų. Tolesni pagerinimai ne visada reikalingi. Prieiga per internetą: <http://lt.wikipedia.org/wiki/Pareto_principas>, [žiūrėta 2008 01 15].

⁹ Pasitraukus patiems rizikingiausiems klientams, vidutinė rizika sumažėja. O tai potencialus premijos sumažėjimas, dėl to tiems, kurie būtų įsigiję draudimą anksčiau, buvo numatę išlošį esant didesnei įmokai – šiuokart išlošis dar padidėja. Griežtesniam pagrindimui naudotina valstybės intervencija ir mokesstinė politika, kai, pakilus mokamai įmokai dėl mokesčių, kurie vėliau grąžinami kaip vienkartinė išmoka, laimi visi – ir atsargiausi, ir rizikingiausi klientai.

Atkreiptinas dėmesys, kad gauti rezultatai neturėtų būti suabsoliutinti, pavyzdžiui, draudimas su didesniu padengimu bus pasirinktas ne tik tų, kurie mažiausiai linkę rizikuoti ir visokeriopai stengiasi minimizuoti riziką, bet, esant išmokų pagundai, ir tų, kurie apsidraudę nelinkę imtis apsaugos priemonių. Kita vertus, išvados dėl vidinės rizikos galioja, kai daugiau linkę rizikuoti ir imtis mažiau apsaugos priemonių draudžiasi rečiau. Tai gali būti išplėsta ir kitiems atvejams, kai esti pernelyg optimistiškas požiūris „tai niekad neatsitiks man“ arba nesugebėjimas tinkamai įvertinti riziką, ją nuvertinti arba manyti, kad jos nebėra. Tai taip pat veda į nesidraudimo pasirinktį. Galiausiai reikia atkreipti dėmesį, kad priklausomai nuo priežasčių, turi būti taikoma skirtinga politika (optimizmas, pavyzdžiui, reiškia klaidingą nenorą draustis, tad subsidijavimas gali neištaisyti kognityvios paklaidos, atsirandančios dėl pernelyg teigiamų individų percepcijų¹⁰).

10. Sandorių teorija ir asimetrinės informacijos neegzistavimas

Dar viena sritis, kuri vis dažniau susilaukia mokslininkų kritikos, yra asimetrinė informacija ir jos egzistavimo įrodymai. Štai viename iš tyrimų (Chiappori, Salanié 2002) šia tema buvo panaudoti duomenys apie Prancūzijos motorinių transporto priemonių draudimo rinką, norint ištirti aptariamąsias problemas dydį. Autoriai teigia, kad empiriniai tyrimai, būtini sandorių teorijai patvirtinti ar paneigti, yra palyginti reti – ir ne tik dėl duomenų trūkumo, bet ir dėl jų patikimumo, heterogeniškumo, pernelyg menko standartizavimo laipsnio. Tad draudimo rinką buvo pasirinkta neatsitiktinai – tai ideali niša sandorių teorijos tyrinėjimams, mat daugelis sandorių yra standartizuoti, reguliuojami teisiškai, dažniausiai gali būti detalčiai aprašomi naudojant keletą esminių kintamųjų, o svarbiausia – draudikai kaupia informaciją apie draudimo įvykius bei patirtas sąnaudas, būtinas klientų „pasirodymui“ įvertinti.

Asimetrinė informacija, nesvarbu, ar tai būtų nepalankios atrankos ar *ex ante*¹¹ išmokų pagundos problema, statistiškai reiškia teigiamą koreliaciją tarp dviejų sąlyginių skirstinių. Prieš pateikdami tyrimų rezultatus, prisiminkime sandorių teorijas (Rothschild ir Stiglitz 1976), iš kurių svarbiausios išvados tyrimui (Meza, Webb 2001):

1) esant nepalankiai atrankai, draudėjai susiduria su

draudimo produktų variantais, iš kurių jie gali laisvai pasirinkti labiausiai norimą;

2) sandoriai su didesne draudimo suma (didesniu padengimu) parduodami su didesne draudimo įmoka;

3) kuo didesnė draudimo suma ir atitinkamai draudimo įmoka, tuo didesnė nesažiningų draudėjų veiksmų tikimybė.

Apsiribodami trumpu pirmųjų išvadų aptarimu, kad pirmoji galioja skirtingiems nepalankios atrankos atvejams ir savo prigimtimi yra kokybinis matas, o antroji reikalauja išmanyti firmos kainodaros politiką, apsistosi-me ties trečiuoju, kuris reikalaus patikrinti, ar egzistuoja teigiama koreliacija tarp padengimo dydžio ir draudimo įvykių dažnio tarp stebimų identiškų draudėjų.

Egzistuoja du pagrindiniai¹² draudimo apsaugos variantai: pirmas – pilnas, kuris yra brangus, ir antras (paprastas) – pigesnis, naudojant franšizę¹³. Tuomet tie, kurie žino, kad disponuoja didesne rizika, anot tradicinės teorijos, rinksis brangųjį variantą, o tie, kurių rizika mažesnė, bus priversti rinktis pigesnę draudimą, su mažesniu padengimu, nes pirmasis yra neproporcingai brangus jų rizikai. Teigiama, kad galimybė rinktis bent iš dalies sumažina nepalankios atrankos problemą, nors jos iki galo neišsprendžia. Kaip matėme, Rothschild ir Stiglitz modelio pasekėjai siūlo draudimo tarpininkus kaip galimą problemos sprendimo būdą.

Išmokų pagundos problema gana akivaizdi esant sandoriui su didele draudimo suma – tuomet teorija sufleruoją, kad draudėjas turės mažiau paskatų saugotis nuo draudimo įvykio. Pasinaudoję Prancūzijos transporto priemonių vairuotojų civilinės atsakomybės draudimo duomenimis (tiriamas tik jaunimas, kad būtų išvengta heteroskedastiškumo¹⁴ problemos bei skirtingos patirties įtakos, kuri lemia draudimo kainą), autoriai išskyrė fiktyvųjį kintamąjį, reikalingą tyrimui: jie tarė, kad *responsabilité civile* (RC) ir *assurance tous risques* (TR) apibūdins paprasto ir didesnio padengimo sandorius. Kitaip tariant, pirmasis tipas yra įstatymais įtvirtintas (fiktyvaus kintamojo reikšmė lygi 0), antrasis gali būti pasirinktas vairuotojų, norinčių didesnės išmokos, bet reikalaujantis sumokėti didesnę draudimo įmoką (reikšmė lygi 1). Praleisdami ekonometrinių modelių parinkimo ir metodinius klausimus¹⁵, tik paminėdami panaudotą

¹⁰ Kitaip tariant – suvokimas. Prieiga per internetą: <<http://lt.wikipedia.org/wiki/Percepcija>>, [žiūrėta 2008 01 15].

¹¹ Terminas *ex ante* yra naujosios lotynų kalbos kilmės ir reiškia „prieš įvykį“. Įprastai naudojamas komerciniame pasaulyje, kur specifinio veiksmo arba veiksmų visuma prognozuojama iš anksto. Prieiga per internetą: <<http://en.wikipedia.org/wiki/Ex-ante>>, [žiūrėta 2008 02 06].

¹² Čia nekalbame apie proporcinį, pirmosios rizikos ir papildomą draudimo apsaugos variantus.

¹³ Franšizė arba išskaita – tai paties draudėjo dalyvavimas atlyginant nuostolius.

¹⁴ Heteroskedastiškumas (*heteroscedasticity*, *heteroskedasticity*) yra statistikoje ir ekonometrijoje pasitaikantis terminas, neturintis tinkamo lietuviško atitikmens. Žodis kilęs iš graikų kalbos ir yra visuotinai suvokiamas kaip nepastovios regresinio modelio paklaidų dispersijos sinonimas.

¹⁵ Plačiau: Chiappori, Salanié 2002.

dvinario pasirinkimo modelio tipą (*probit*), galime išskirti rezultatus: asimetrinė informacija nėra motorinių transporto priemonių draudimo rinkos (bent jau jauniems vairuotojams) bruožas, kitaip tariant, neaptikta koreliacijos tarp sąlyginių skirstinių. Taigi ekonominė išvada būtų, kad draudėjas neturi informacinio pranašumo (bent statistiškai reikšmingo) prieš draudiką. Netgi patikrinus vyresnius vairuotojus (su trejų metų stažu), kurie bent teoriškai galėtų turėti gerokai daugiau reikšmingos informacijos, palyginti su jaunimu, bei ją nuslėpti nuo draudikų, neaptikta asimetrinės informacijos egzistavimo pėdsakų. Vertindami bet kokius rezultatus, turėtume būti gana atsargūs, ypač nagrinėdami statistinius modelius. Visgi tyrimas atskleidė reikšmingą informaciją ir draudimo ekonomistai vis labiau linkę tikėti, kad rizika nėra esminis asimetrinės informacijos šaltinis, tačiau individų pirmenybės bei rizikos laipsnis turi būti įtraukti¹⁶, o modeliai turėtų būti plėtojami, stengiantis įtraukti draudėjo elgseną, patirties įtaką informacijos disponavimui, atskirti išmokų pagundą nuo nepalankios atrankos ir kt. Be to, rezultatai bus skirtingi ne tik kitoms draudimo rinkoms, bet ir kitoms šalims netgi transporto priemonių draudimo rinkose. Žinoma, ne ką mažiau svarbus ir vyriausybės vaidmuo, darantis ir tiesioginę, ir netiesioginę įtaką. Valstybės savo tikslams pasiekti remiasi reguliavimo priemonėmis.

11. Reguliavimo ir intervencijos loginis pagrindimas

Visų pirma išsiaiškinkime valstybės intervencijos šalininkų argumentus. Teigiama, kad draudimo priežiūros sistema kuriama siekiant kiek įmanoma daugiau užtikrinti, kad: 1) draudikai turėtų pakankamai finansinių išteklių draudimo išmokoms padengti (mokumo priežiūra); 2) sąžiningai elgtųsi su klientais, užtikrintų finansinių sandorių skaidrumą (veiklos priežiūra) (Savage 1998). Kaip įprasta, socialiniuose santykiuose nėra viena-reikšmiškumo. Kaip teigia kai kurie draudimo specialistai, būtent antrasis variantas pristato vartotojų interesus, kurie nebūtinai dera su mokumo kontrolierių interesais ir reikia išlaikyti šių dalių nepriklausomumą, įkuriant koordinacinį centrą. Visgi kiti mano, kad reikalingas bendras priežiūros modelis, suvienijantis abi priežiūros rūšis, mat tik taip būtų galima pasiekti nuoseklų ir efektyvų sprendimą. Draudimo veikla apima nemažai sferų, kurių suvokimas reikalingas, norint projektuoti finansinės priežiūros gaires. Taigi esminis pajamų šaltinis draudikui yra premija, kurių visų suma, pridėjus

investicijų įplaukas, turi: 1) padengti pagrįstas draudimo išmokas polisų savininkams; 2) padengti administracines ir kitas išlaidas, susijusias su draudiko veikla; 3) užtikrinti pakankamą grąžą draudiko savininkams (Savage 1998).

Vienas iš svarbiausių argumentų dėl reguliavimo poreikio yra noras užtikrinti ilgalaikį draudiko mokumą ir veiklos tęstinumą, mat šiame dinamiškame, nuolat kintančiame pasaulyje garantuoti pastovius ryšius su klientu nėra paprasta, o nemokus draudikas pakerta visą draudimo esmę. Mokumo reikalavimas turi šiuos tikslus: sumažinti riziką, kad draudikas nesugebės išmokėti draudėjams, atsitikus draudimo įvykiui, atitinkamą išmoką; sumažinti polisų savininkų nuostolius, kai kompanija negali padengti visų draudimo išmokų; suteikti kontrolieriams ankstyvos informacijos, kad kapitalas gali sumažėti žemiau reikalaujamo lygio tam, kad jie galėtų iškart įsikišti; skatinti pasitikėjimą draudimo sektoriaus finansiniu stabilumu (Solvency 2006). Žinoma, tai nėra vienintelė sritis, susijusi su nesėkmės tikimybe, mat draudimas kaip ekonominė veikla yra komplikauta sistema, išsiskirianti netgi iš kitų finansinių tarpininkų. Pavyzdžiui, klientas, padėjęs indėlį į banką, yra pasiryžęs jį susigrąžinti po nustatyto termino, o tai suvokia ir bankas, priėmęs kapitalą. Tad banko polinkis bus investuoti į patikimą šaltinį, kuris garantuotų aukštesnes pajamas negu išmokamos palūkanos klientui, kita vertus, bankas tikriausiai nesirys veltis į avantiūras ir patirti finansinių nuostolių, nes akivaizdu, kad, atėjus terminui, indėlis su suderėtomis palūkanomis bus pareikalautas. Viskas gerokai sudėtingiau draudimo atveju. Pirma, išmoka nėra susieta su nustatytu terminu, o yra stochastinė, t. y. priklauso su draudimo įvykio realizavimosi tikimybes¹⁷. Kitas svarbus aspektas – draudikas visuomet turės polinkį minimizuoti išmokos galimybę, sukurdamas įvairių apribojimų ir taisyklių; priešingus ketinimus turės klientas, besidraudžiantis kokios nors rūšies draudimu. Šie priešingi interesai, draudiko disponavimas draudėjo kapitalu ir polinkis pasipelnyti investuojant į rizikingus aktyvus (draudimo išmokos gali ir neprireikti), taip pat galimi draudėjo bandymai nuslėpti svarbią informaciją, kuri galėtų paveikti draudimo sutarties sąlygas, sukuria reguliavimui dirvą.

Valstybė, pasinaudodama reguliavimo svertais, dažnai riboja draudikų investavimo galimybes (pvz., ir tokiose liberaliose ekonomikose, kaip JAV ar Kanada) į rizikingesnius negu vidutiniai aktyvus, tokius kaip nekilnojamasis turtas ar paprastosios akcijos. Visgi sutinkama, kad toks reguliavimas nėra efektyvus ir vis labiau linkstama prie apdairaus draudiko portfelio formavimo. Tai pagrindžia šie veiksniai (Savage 1998):

¹⁶ Labai įdomi įžvalga „vyšnių skynimo“ teorijos, teigiančios, kad jei individai turi skirtingus polinkius rizikuoti, o tie, kurie labiausiai nemėgsta rizikos, daugiau draudžiasi ir vairuoja atsargiau, tai gali susidaryti netgi priešingas rezultatas negu sandorių teorija teigtų – neįgyjama koreliacija tarp draudimo padengimo ir draudimo įvykių dažnio.

¹⁷ Šiuo atveju galvoje turimas paprastas rizikinis gyvybės draudimas nuo mirties ir (arba) nelaimingų atsitikimų, nes kaupiamasis gyvybės draudimas yra artimesnis banko paslaugoms (senatvė nėra stochastinis (neprognozuojamas) įvykis).

- 1) modernioji portfelio teorija parodo, kad investicinė rizika yra labiau susijusi su bendruoju portfeliu negu su visų atskirai sudėtų investicinių rizikų suma;
- 2) pasirodant naujoms investicinėms priemonėms reguliavimo mechanizmas nespėja taip greitai keistis ir gali stabdyti draudikų plėtrą, bloginti konkurencinę jų padėtį;
- 3) daugelis taisyklių gali būti apeitos, įkuriant fiktyvias kompanijas ir realiai investicijos nebus suvaldytos.

Kaip tarpinis sprendimas tarp visiškos laisvės ir reguliavimo buvo pritaikytas Kanadoje, pasiūlant „investicinius krepšelius“, kai draudikas yra reguliuojamas, bet jam leidžiama nustatytą turto dalį investuoti ten, kur jis pageidauja. Šiuo atveju krepšelis suteikia daugiau lankstumo ir leidžia investuoti ten, kur nėra kokios nors esminės priežasties, kodėl to daryti nereikėtų (Savage 1998).

Kaupiamasis gyvybės draudimas ir rizikinis gyvybės draudimas (nuo mirties ir (ar) nelaimingų atsitikimų) esmingai skiriasi. Gyvybės draudimo kompanija kaupia kapitalą, kuris galiausiai tampa mokėtinas, t. y. įprasti įsipareigojimai, fiksuojami finansinėje atskaitomybėje. Rizikinis gyvybės draudimas yra išskirtinis, mat kaupia „galimų išmokų rezervą“, kuris nėra tikra skola (arba įsipareigojimas), nes niekad nėra aiškus dydis, kuris bus panaudotas iš rezervo. Visos problemos kyla, kai rezervo dydis nustatomas netiksliai – jei pernelyg didelis, tuomet draudikas turi alternatyviųjų sąnaudų (pinigai galėjo būti investuoti ar panaudoti kur nors kitur gerokai efektyviau) ir tampa mažiau konkurencingas, jei pernelyg mažas – draudikas gali tapti nemokus, jei nesugebės rasti finansavimo šaltinių, o tai gresia krize, paliesiančia ne tik draudėjus, bet ir visą ekonomiką. Žinia, pablogėjus lūkesčiams ir galimybėms sumažinti riziką (apsidrausti), ekonominė konjunkcija linkusi susvyruoti, netgi patekti į recesijos būseną. Taigi vyriausybės dažnai susigundo pateikti sprendimus, turėsančius apsaugoti nuo krizių, tokius kaip kainų reguliavimas.

12. Kainų reguliavimas

Valstybės dažnai reguliuoja kainų mechanizmu, nes tai yra paprastai įgyvendinama ir nereikalauja didelių sąnaudų. Teorinis intervencijos pagrindimas slypi prielaidoje, kad draudikai yra iracionalūs, o vyriausybė racionali ir gali apsaugoti nuo draudimo sistemos griūties, kai vienas draudikas neadekvačiai sumažina kainas ir kiti seka jo pavyzdžiu. Gaila, bet praktikoje vaistai dažniau būna prastesni už ligą, mat kainų iškraipymas visuose sektoriuose veda prie neefektyvių paskirstymų. Išskiriamos dvi kainų reguliavimo galimybės – tiesioginis kainos nustatymas tam tikrai draudimo rūšiai arba kainų ribų nustatymas, kuriuo turi vadovautis draudikas. Iš esmės

abi yra pasmerktos – draudikai dažniausiai reaguoja į suvaržymus keisdami strategiją ir orientuodamiesi į ne-kaininę konkurenciją. Tad vartotojo gerovė smunka, nes jis tiesiog negali gauti tokio draudimo, kokio norėtų, t. y. neegzistuoja reali rinka. Dar blogiau, kainų reguliavimas sutrikdo rinkos pusiausvyrą ir sukuria dirvą šešelinei rinkai. Ekonominiai rezultatai aiškūs – esant per mažai draudimo kainai susidaro draudimo trūkumas, o pernelyg didelė kaina „nuskriaudžia“ vartotoją draudiko pasisavintos ekonominės rentos kaina (esant prielaidai, kad jis sutinka draustis (kai yra laisvas pasirinkimas); jei draudimo prasiskverbimas¹⁸ sumažėja, tai apskritai sumažina visos ekonomikos stabilumą).

Vienas svarbiausių iššūkių – gebėjimas surasti tinkamą balansą tarp reguliavimo ir konkurencijos. Visų pirma patys reguliuotojai nedisponuoja visa reikalinga informacija, tad galimybės apsaugoti draudimo sistemą smarkiai priklauso nuo jų kompetencijos, žinių, teisinės bazės ir t. t. Aklas bandymas apsaugoti nuo nesėkmių, nepaisant sąnaudų, visuomet baigiasi konkurencijos suvaržymais ar netgi jos eliminavimu, išstumia užsienio arba vietinį kapitalą, priklausomai nuo teisinio reguliavimo (ar leidžiama vadovautis pagrindinės šalies teise, kuri gali būti tiek griežtesnė, tiek švelnesnė už vietinę) ir, kaip įprasta, už šias valstybės „pastangas“ ilgesniu laikotarpiu sumoka visuomenė. Daugelis sutinka, kad tinkamiausias būdas yra balansas tarp viešo intereso išsaugojimo ir konkurencijos, verslumo ir efektyvumo siekio. Deja, šį tikslą įgyvendinti nėra taip paprasta, mat nėra aišku, kas yra viešas interesas, juolab kokios leistinos valstybės intervencijos ribos.

Tam, kad būtų užtikrinta konkurencinė draudimo rinka, yra reikalingos šios sąlygos (Savage 1998):

- 1) pakankamas draudikų skaičius, užtikrinantis pasirinkimo laisvę vartotojui;
- 2) kompetentingi draudikų darbuotojai, gebantys atlikti techninius skaičiavimus, reikalingus kokybiškai draudimo rizikos atrankai ir įkainojimui;
- 3) visuomenė, disponuojanti informacija apie draudimo produktus;
- 4) gana didelis išmokų reikalavimų skaičius, užtikrinantis statistškai patikimą galimybę įkainoti draudimo polisus.

Labai svarbi sąlyga konkurencijai veikti yra draudimo kontrolės nepriklausomumas nuo politinės situacijos, mat būtent politinė intervencija pakerta bet kokios rinkos galimybes funkcionuoti efektyviai.

Draudimo rinka ir užsienio konkurentai yra dažna

¹⁸ Draudimo prasiskverbimas $= \frac{\sum_{i=1}^n D_i}{BVP}$, čia $\sum_{i=1}^n D_i$ yra per atskaitinį

laikotarpį pasirašytų draudimo bruto įmokų suma, o BVP – bendrasis vidaus produktas.

mokslininkų diskutuojama tema, išsiskirianti dviem priešingomis nuomonėmis – palaikančiomis ir prieštaraujančiomis užsienio kompanijų konkurencijai. Vieni teigia esą užsienio draudikai įnešiantys į rinką aukštesnę ekspertizės lygį, daugiau patirties ir sumanumo, naudingo visai rinkai. Taip pat svarbi kompetencija draudimo premijų kainodaroje, mat ateinantis naujas ir patyręs konkurentas turi pasiūlyti konkurencingą produktą (jeigu nori išlikti rinkoje), tuo pat metu statistiškai patikimą (atspindintį riziką), o tai gali tapti sektinu modeliu rinkoje veikiantiems vietos draudikams. Užsienio kapitalo priešininkai labiausiai prieštarauja šiai prielaidai dėl neva jos neatitikties realybei. Jie teigia, kad vietinė draudimo rinką gali būti per maža užsienio draudikams, o norėdami nusiriekti savo rinkos dalį jie gali siūlyti pernelyg mažas kainas ir bent trumpu laikotarpiu nesivadovauti pelno siekiu (mat jį nori užsitikrinti ilgu laikotarpiu). Tikėtina, kad abu scenarijai yra įmanomi, o jų realizacija priklauso nuo individualios šalies charakteristikų.

Galop bet kokiai ekonominei sistemai veikti sėkmingai reikalingas tos sistemos dalyvių informuotumas, t. y. žinojimas, kokios yra „žaidimo“ taisyklės. Norėdami pasiekti ištis konkurencija grįstą draudimo rinką, turime nepamiršti visuomenės patirties draudžiantis – ne tik produktų išmanymo, savo poreikių suvokimo, bet ir gebėjimo vertinti, ar pasiūla atitinka atskiro asmens poreikį, ar kainodara yra teisinga ir t. t. Taigi ne tik nemokumas, bet ir nesąžiningas elgesys su draudėjais gali pakirsti visą draudimo sistemą. Tuomet bus sukurta dar viena „rinkos yda“, kai draudikas bus pranašesnis, disponuodamas informacija, kuri nesuvokiama, neprieinama ar kitaip neatsiduria visuomenės dispozicijoje. Tad reikia siekti profesinės draudimo pardavėjų kompetencijos ir užtikrinti pakankamo informacijos kiekio perdavimo galimybę vartotojui, norinčiam apsidrausti.

13. Draudimo kontrolė: būdai ir priemonės

Prasminga apžvelgti praktikoje taikomas priemones kontroliuojant draudimo sektorių ir įvertinti šių būdų efektyvumą. Manoma, kad norint pagerinti draudimo kontrolės sistemą, visų pirma reikia patobulinti tiek prižiūrėtojų priemonės informacijos kokybę, tiek kiekybę. Ne ką mažiau svarbu ir standartų laikymasis, sudarant finansines suvestines, nes tik tokiu būdu bus galima palyginti kompanijas, užtikrinti duomenų tikslumą ir suderinamumą bei taikyti užsienio šalių patirtį. Apibendrintai draudikų finansinės būklės analizei naudojami įvairūs finansiniai indeksai ir koeficientai, kai kurie nusipelnę didesnio pripažinimo dėl jų tikslumo. Iliustracijai dažniausiai naudojamas 1970 m. Nacionalinės draudimo įgaliotinių asociacijos (*National Association of Insurance Commissioners*) (JAV) atliktas tyrimas, numatęs, kad maždaug 12–15 finansinių indeksų atskleidžia 75 % atvejų likus dvejim

metams iki draudiko nemokumo pradžios ir net 95 % likus metams. Atkreiptinas dėmesys, kad šie skaičiai pritaikomi tiems draudikams, kurie ištis tapo nemokūs, t. y. tarp nemokių 95 % peržengia atrinktų indeksų ribas, likus metams iki finansinių problemų. Šie testai yra žinomi kaip ankstyvaus perspėjimo testai arba IRIS indeksai, dažnai naudojami įvairiose šalyse. Žinoma, IRIS indeksai turėtų būti papildomais indikatoriais kiekvienose šalyse atskirai, kad geriausiai išreikštų specifines sąlygas. Be abejo, šis indeksų krepšelis turi būti naudojamas kaip papildymas, o ne pakeitimas finansinei draudikų analizei. Bet kokio draudiko patikimumui vertinti privalu ištirti finansinę riziką, o tai reikalauja ne tik finansinių rodiklių, bet ir įvairių industrijų, ekonominės literatūros, mokslinės ir verslo spaudos, kapitalo pakankumo, galimybių perdrausti tyrimų. Vienas svarbiausių metodų – draudikų inspektavimas jų būstinėse. Šis būdas siekia tokių tikslų: 1) suvokti draudiko verslo specifiką; 2) aptikti mokumo problemas; 3) aptikti egzistuojančios teisinės bazės neatitikimus; 4) anksti išspręsti aptiktas problemas; 5) išgauti informaciją apie veikiančią sistemą kompanijoje, galinčią turėti reikšmės inspektuojant kitus draudikus. Inspektavimas pradedamas planavimu, toliau eina tyrimas pačioje kompanijoje, ataskaitos rengimas ir paskesnės priemonės (Savage 1998).

Tyrimas draudiko būstinėje praktikuojamas daugelyje šalių. Vienas svarbiausių uždavinių yra minimalaus kapitalo reikalavimo patikrinimas – inspektorius, aptikęs kapitalo trūkumą, įpareigoją valdybą jį pašalinti. Tai gali būti atlikta pakeičiant veiklos kryptį arba ieškant naujos kapitalo atsargos. Pats minimalaus kapitalo nustatymas įgauna vis sudėtingesnę formą, didžiausią dėmesį kreipiant ne tik į įsipareigojimų nevykdymo riziką, bet ir į su turto susijusį pavojų (pvz., pervertintą turtą). Rizikos dažniausiai yra skirstomos į skirtingus lygius, suteikiant skirtingus svorius, pavyzdžiui finansinių įsipareigojimų nevykdymas gali būti stipriai diferencijuojamas tarp valstybės obligacijų ir kompanijų, kurių reitingas yra palyginti žemas, obligacijų. Tad kapitalo kiekio reikalavimas šiems dviem atvejams yra labai skirtingas. Beje, pats kapitalas dažniausiai skirstomas į pagrindinį ir papildomą, priklausomai nuo jo pastovumo, pavaldumo, kitų specifikacijų.

Draudimo ekonomistai pabrėžia, kad išorinė kontrolė nėra vaistas nuo visų ligų. Ne ką mažiau svarbi draudiko savikontrolė. Tam reikalinga asmeninė valdybos atsakomybė esant finansinėms problemoms, kurios galėjo būti suvaldytos. Dėl šių ir kitų problemų sprendimo draudikai neapsieina be auditorių ir aktuarijų pagalbos.

14. Reguliavimo ateitis: Mokumas II

Galiausiai trumpai aptarkime ateities žingsnius, tobulinant esamą kontrolės sistemą. Tad ateities iššūkius atremti Europa pasiryžusi su daug žadančia reguliavimo

priemone *Mokumas II*. Mokumo reikalavimai, įtvirtinti Europoje dar praeito amžiaus 8 -ajame dešimtyje, nebeatitinka šių dienų poreikių, tad *Mokumas II* – Europos Sąjungos projektas, skirtas reformuoti draudimo reguliavimą bei suteikti saugumo garantą draudėjams (draudimo polisų savininkams), sustiprinti draudimo rinkos stabilumą (Solvency 2006). Tikimasi, kad *Mokumas II* bus įgyvendintas apie 2010 metus, o tai leis pasiekti naują kokybę matuojant ir valdant riziką, paskirstant kapitalą.

Mokumas II glaudžiai siejasi su kita reguliavimo sistema, skirta bankams, *Basel II* (Implementation 2004). Būtent iš šio projekto yra paveldėta trijų atramų sistema: pirmoji atrama – minimalūs kapitalo reikalavimai; antroji – kontrolės (priežiūros) vykdymo procesas; trečioji – rinkos drausmė ir informacijos atskleidimas. Tad pirmajai atramai reikalingiausi suvienodinti turto ir įsipareigojimų apskaičiavimo standartai, kad visoje Europoje būtų galima rasti kapitalo reikalavimus, „žaidžiant“ pagal tas pačias taisykles, antroji atrama skirta užtikrinti, kad draudikai disponuoja geromis rizikos priežiūros ir valdymo technikomis, turi pakankamai kapitalo. Galiausiai trečiosios atramos tikslas – kapitalo pakankamumo lyginimo galimybė tarp skirtingų draudikų. Daugiausia dėmesio yra skiriama kapitalo pakankamumo funkcijai, atsakingai už draudikų mokumą. Išskiriami du slenksčiai – mokumo kapitalo ir minimalaus kapitalo reikalavimai, kuriems apskaičiuoti Komisija pasiūlė taikyti 99,5 % ir 90 % atitinkamai tikimybes, kad draudikas tęs veiklą bent vienerius metus. Labai svarbu, kad *Mokumas II* įtraukia ne tik draudimo, bet ir kitų rūšių rizikas – kredito, operacinę ir rinkos. Tai pagelbės atlikti išsamesnius ir tikslesnius skaičiavimus, potencialiai padės apsisaugoti nuo klaidų, atsirandančių dėl neteisingų kompanijų rizikingumo įvertinimų. Be abejo, jokia formulė ar sausi reikalavimai neatskleis realybės, tad *Mokumas II* turėtų tapti inovacijų varikliu, užtikrinančiu geresnį ir atsakingesnį rizikos valdymą, naujų ir efektyvesnių metodų paieškas, galop *Mokumo II* tikslai turėtų tapti integraliais draudikų tikslais, kurių siekiama bendromis draudikų, kontrolierių ir visuomenės pastangomis.

15. Išvados

Apibendrinant reikia pasakyti, kad ekonominė draudimo teorija reikšmingai skiriasi nuo įprastų verslų, mat paprastai pateisina konkurencijos suvaržymą ir skatina masto ekonomiją, pagrįsdama nemokumo ir nepalankios atrankos argumentais. Tačiau tuomet kyla pagrįstas konkurencijos apribojimų klausimas, pvz., kai kurie specialistai (Implementation 2004) mano, kad JAV gerokai trūksta konkurencijos, o esantys antikonkurenciniai leidimai yra ekonomiškai nepagrįsti (pvz., leidžiant bendrą duomenų rinkimą, neaišku, kodėl leidžiama bendra duomenų analizė, kodėl leidžiama neefektyviems draudikams bendri-

ninkauti, kai kitose ūkio šakose tai yra uždrausta ir t. t.). Kyla ir kitų efektyvumo klausimų esant kolektyviniams reitingavimams, duomenų apdorojimui, netgi masto ekonomijos egzistavimo pagrįstumui. Sutinkama tik dėl to, kad draudimo sektoriui laikas keistis. Tam didžiausią įtaką padarė: išaugusi konkurencija (draudikai įsitvirtina tarptautinėse rinkose, tapo atviresni ir dinamiški), evoliucija finansų rinkose (naujos finansės priemonės bei išaugusi rinkos integracija pagerino draudikų prieinamumą prie gilių finansinių rinkų, išplėtė galimybes tiksliai vertinti finansines rizikas), pažanga tarp finansų institucijų valdant ir matuojant riziką (VaR (*Value-at-Risk*) modelių plėtotė leidžia pasiekti vis tikslesnį rizikos matavimo lygį ir populiarina rizikos valdymą kompanijų lygmeniu), paskirstymo naujovės (produktai vis dažniau parduodami naudojantis telefonija ir internetu), gerovės sampratos išpopuliarėjimas (senstant Vakarų šalių piliečiams, pensijų sistemos gali paskatinti draudikų produktų paklausą, ypač susijusių su išmokomis senatvėje) (Implementation 2004).

Draudimas – labai dinamiška sritis, kurią projektuoti yra sudėtinga užduotis. Ši painiava kyla dėl draudimo tikslų ir poveikio įvairiapusiškumo bei prieštaravimo. Kaip aptarta, ne visada pavyksta suderinti draudikų, jų tarpininkų ir draudėjų interesus. Dar daugiau neaiškumų kyla vertinant draudimo poveikį šalies ūkiui ir kiekvieno gyventojo gerovei. Nepaisant šio prieštaravimo, dauguma pritaria, kad draudimas suteikia nemažai gyvybingumo ekonomikai ir skatina investicijas, suteikia saugumo bei aktyvina verslumą.

Lietuvos draudimo rinka turi didelių plėtros galimybių, kurias patvirtina menki draudimo išsivystymo rodikliai. Be to, manytina, kad egzistuojanti aplinka yra labai palanki augimui – socialinis draudimas pereina į privatų sektorių, užsienio kapitalo įmonės įneša gerosios patirties, kelia kokybės reikalavimų, pastebima draudimo įmonių ir bankų integracija.

Gyvybės draudimas plėsis daugiau negu ne gyvybės draudimas. Apie tai byloja šių draudimo rūšių plėtros lygiai ir vykdomos socialinės reformos, individų disponuojamų pajamų ūgtelėjimas, dėl to padidėjusios galimybės pasirūpinti ateitimi.

Makroekonominė aplinka taip pat liks patraukli draudimo rinkos plėtrai – Lietuvos BVP išlaikys didesnius augimo tempus negu ES vidurkis, ekonomiką skatins ES injekcijos (pagal 2007–2012 m. finansinę perspektyvą), nedarbas turėtų išlikti vienas žemiausių, be to, augančios disponuojamos gyventojų pajamos skatins taupyti, aktyvins tokias draudimo sritis, kurios taps reikšmingesnės dėl išaugusių pajamų: didėjant pajamoms, auga investicijos į kapitalo atsargą, nuo kurios vertės pokyčių yra draudžiamasi.

Literatūra

- Chiappori, P.-A.; Salanié, B. 2002. Testing for Asymmetric Information in Insurance Markets, *The Journal of Political Economy* [interaktyvus] 108(11): 56–78 [žiūrėta 2007 09 05]. Prieiga per internetą: <<http://home.uchicago.edu/~pchiappo/wp/cjssdef.pdf>>.
- Cummins, D. J.; Doherty, N. A. 2005. *The Economics of Insurance Intermediaries*. Wharton School, University of Pennsylvania.
- Implementation of Basel II: Practical Considerations [interaktyvus], Bank for International Settlements, Switzerland 2004 [žiūrėta 2007 09 10]. Prieiga per internetą: <www.bis.org/publ/bcbs109.pdf>.
- Macey, J.; Miller, G. P. 1993. *The McCarran-Ferguson Act of 1945: Reconceiving the Federal Role in Insurance Regulation*. New York University Law Review.
- Meza, D.; Webb, D. C. 2001. Advantageous selection in insurance markets, *Journal of Economics* 32(2): 249–262.
- Rea, S. et al. 1992. Insurance Classifications and Social Welfare, in Dionne, Georges (ed.). *Contributions to Insurance Economics*. Boston, Kluwer.
- Rothschild, M.; Stiglitz, J. E. 1976. Equilibrium in Competitive Insurance markets: an Essay on the Economics of Imperfect Information, *Quarterly Journal of Economics* 2.
- Savage, L. 1998. *Re-Engineering Insurance Supervision*. World Bank Working Paper No. 20, Washington, DC.: World Bank. SWISS RE, SIGMA.
- Seth, J. Chandler. 2000. Insurance regulation, in 3 *The International Encyclopedia of Law and Economics* 837 (Boudewijn Bouckaert & Gerrit De Geest eds.).
- Solvency II: a new framework for prudential regulation of insurance in the EU. Discussion paper [interaktyvus]. 2006. [žiūrėta 2007 09 05]. Prieiga per internetą: <ec.europa.eu/internal_market/insurance/docs/solvency/impactassess/annex-c07_en.pdf>.
- Wilder, J. M. 2002. *Contingency Fees and Incentives in Commercial Lines Insurance*. Ph.D. dissertation, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge.
- Winter, S. 1991. The Liability Insurance Market, *Journal of Economic Perspectives* 5(3): 115–136.

Aleksandra LEZGOVKO. The master of industrial engineering and the master of management, assistant professor of Social Sciences Faculty of Klaipėda University, president of Insurance and Risk Management Institute. Scientific interests: risk management, insurance and reinsurance.

Povilas LASTAUSKAS. IV course student of Economical analysis. Scientific interests: economical analysis and insurance.