

МИРОВАЯ ЭКОНОМИКА

УДК: 614.2:330.59

JEL: I10, I13, I14, I31, D63

Оценка модели экономического поведения населения при потреблении опекаемых благ, с учетом неоднородности предпочтений: на примере Казахстана

А.В. Белянин, PhD, Associate Professor, High School of Economics
<https://orcid.org/0000-0002-0874-8393>; SPIN-код (РИНЦ): 1425-9480

Scopus author ID: 6603133320

e-mail: abelianin@hse.ru; albelix@yandex.ru

Л.С. Спанкулова, д.э.н., профессор

<https://orcid.org/0000-0002-1865-4681>; SPIN-код (РИНЦ): 1783-3761

Scopus author ID: 55985135800

e-mail: spankulova@mail.ru; lyazzat.spankulova@kaznu.kz**Для цитирования**

Белянин А.В., Спанкулова Л.С. Оценка модели экономического поведения населения при потреблении опекаемых благ, с учетом неоднородности предпочтений: на примере Казахстана // Проблемы рыночной экономики. - 2026. - № 1. - С. 136-145.

DOI: 10.33051/2500-2325-2026-1-136-145**Аннотация**

Мы представляем мотивы предпочтений потребителей медицинских услуг в Казахстане при помощи теоретической модели, учитывающей поведенческие особенности восприятия медицинских услуг. Одной из этих особенностей является наличие точки отсчёта (reference point), или представления респондента о базовом уровне собственного здоровья.

В поведенческой экономике – в частности, в теории перспектив (Kahneman and Tversky, 1979) показано, в частности, что люди оценивают свою готовность платить (willingness to pay, WTP) за те или иные блага в зависимости от этой точки отсчета. Кроме того, смещения этих оценок могут зависеть от социально-демографических характеристик, которые мы также учитываем по выборке жителей Казахстана.

Цель исследования – оценка модели экономического поведения и ее параметров предпочтений населения при потреблении опекаемых благ, с учетом неоднородности предпочтений.

Задача. Основной задачей нашего анализа является изучение особенностей отношения к лечению, связанные с национальными традициями, с учетом состава, места проживания и социально-экономического положения семьи. Выявление особенностей поведения людей различных регионов Казахстана в отношении медицинских услуг, для учета этих особенностей при принятии экономических решений, и выработке комплексных рекомендаций по усовершенствованию их доступности для разных слоёв населения.

Методология исследования строится на оценке модели функции ценности Канемана-Тверски, и ее параметров: r – (reference point) точки отсчета и L loss aversion неприятия потерь. Предположения модели, у пациента, который думает, что здоров $r = 0$ есть потребность в покупке x , но ему прописали лекарство по той же цене, которое должно спасти его от потери здоровья z . Если он его купит, то получит $r - Lx$, т.е. отрицательную величину, если же нет, то он получает $r + x - L \cdot z$ (получает x , но теряет здоровье). Его решение будет зависеть от того, что больше, а также от таких параметров, как его неверие в то, что он потеряет здоровье z может быть

случайной величиной, с его точки зрения, точки отсчета r , свойств функции полезности и прочее. Подход такого типа реализован, например, у Koczeǵi-Rabin. Согласно функции ценности Канемана-Тверски и ее параметров составлена базовая модель для *wtp* (willingness to pay for a policy – готовность платить за полис).

Ключевые слова: рациональность поведения экономических агентов, готовность платить за поддержание здоровья, уровень жизни семьи, самооценка здоровья, «порог готовности платить».

Assessing the model of economic behavior of the population when consuming protected goods, taking into account the heterogeneity of preferences: the example of Kazakhstan

Alexey V. Belianin, PhD, Associate Professor

<https://orcid.org/0000-0002-0874-8393>; SPIN-code (RSCI): 1425-9480

Scopus author ID: 6603133320

e-mail: abelianin@hse.ru; albelix@yandex.ru

Lazat S. Spankulova, Dr. of Sci. (Econ.), Professor

<https://orcid.org/0000-0002-1865-4681>; SPIN-code (RSCI): 1783-3761

Scopus author ID: 55985135800

e-mail: spankulova@mail.ru; lyazzat.spankulova@kaznu.kz

For citation

Belianin A.V., Spankulova L.S. Assessing the model of economic behavior of the population when consuming protected goods, taking into account the heterogeneity of preferences: the example of Kazakhstan // Market economy problems. - 2026. - No. 1. – Pp. 136-145 (In Russian).

DOI: 10.33051/2500-2325-2026-1-136-145

Abstract

We present the motives behind the preferences of healthcare consumers in Kazakhstan using a theoretical model that takes into account behavioral characteristics of healthcare perceptions. One of these characteristics is the presence of a reference point, or the respondent's perception of their baseline health.

Behavioral economics, particularly prospect theory (Kahneman and Tversky, 1979), has shown that people evaluate their willingness to pay (WTP) for certain goods depending on this reference point. Furthermore, biases in these estimates may be influenced by socio-demographic characteristics, which we also take into account for our sample of Kazakhstani residents.

The aim of the study is to evaluate a model of economic behavior and its parameters of population preferences for the consumption of healthcare services, taking into account preference heterogeneity.

Objective: The primary objective of our analysis is to examine the characteristics of attitudes toward treatment associated with national traditions, taking into account family composition, place of residence, and socio-economic status. To identify behavioral patterns in healthcare services among people in different regions of Kazakhstan, to take these patterns into account when making economic decisions, and to develop comprehensive recommendations for improving their accessibility for different segments of the population. The research methodology is based on evaluating the Kahneman-Tversky value function model and its parameters: r – (reference point) and L loss aversion (loss aversion). The model assumes that a patient who believes they are healthy ($r = 0$) has a need to purchase x , but they have been prescribed a drug at the same price that should protect them from losing health (z). If they purchase it, they will receive $r - Lx$, i.e., If he doesn't, he receives

$r + x - L \cdot z$ (he receives x , but loses health). His decision will depend on which is greater, as well as on parameters such as his disbelief that he will lose health (z can be a random variable from his point of view), the reference point r , the properties of the utility function, etc. An approach of this type has been implemented, for example, by Koczegei-Rabin. Based on the Kahneman-Tversky value function and its parameters, a basic model for *wtp* (willingness to pay for a policy) was developed.

Keywords: *rationality of behavior of economic agents, willingness to pay for maintaining health, standard of living of the family, self-assessment of health, "willingness to pay threshold"*.

Введение

С теоретической точки зрения здоровье является экономическим ресурсом (капиталом), который представляет ценность и для отдельного человека, и для государства. Однако ресурс это очень своеобразный. Во-первых, оно существенно более наблюдаемо для самого индивида, нежели чем для государства или любого иного стороннего наблюдателя – ведь “чужая голова не болит”. Во-вторых, и для самого человека оно наблюдаемо с искажениями: люди нередко пренебрегают заботой о собственном здоровье. Это искажение может быть связано как с недостаточным количеством информации, так и с привычками и даже предрассудками, которые вписываются в общую картину ограниченной рациональности. И с другой стороны, решения, принимаемые в таких обстоятельствах, могут порождаться и подпитываться различием в информации, образовании, доступной инфраструктуре – в общем, всем тем, что порождается общественным неравенством.

Отсюда формулировка исследовательского вопроса звучит таким образом: определить и представить общий подход к анализу решений людей в отношении собственного здоровья, при том, что эти решения могут отклоняться от стандарта рациональности по двум направлениям: с одной стороны, в силу ограниченной рациональности, с другой – ввиду объективных ограничений, вызванных неравенством доступа к медицинским услугам. Исследование взаимодействия этих двух факторов с целью вычленения вклада каждого из них в результирующие решения станет основной исследовательской задачей в перспективе.

Основные положения

Ответственность за личное здоровье является одновременно неотложной и сложной для принятия рациональных решений. Неотложной, потому что проблемы со здоровьем ощущаются каждым человеком, и никто не хочет жить с болью. Сложной, потому что многие проблемы со здоровьем являются потенциальными, незаметными для человека, и поэтому их легко игнорировать как несуществующие или «невозможные». Чтобы должным образом их учитывать, требуется последовательность во времени, дальновидность и объективная оценка вероятности будущих состояний – однако именно эти черты, как известно, являются проблематичными в свете исследований поведения [1,2].

Рассмотрим задачу рационального выбора в отношении собственного здоровья в виде принятия предупредительных мер, и в частности, требующей добровольной медицинской страховки. Практика многих стран в отношении таких страховок предполагает, что добровольный взнос со стороны индивида (работника) дополняется взносом его работодателя и/или государства [3], что является наиболее эффективным механизмом [4]. В качестве задачи такого рода для Казахстана можно привести возможность лекарственного страхования, или совместного финансирования страхования лекарств гражданами и государством в случае необходимости. Конкретный сценарий такого софинансирования может заключаться в том, что участвующий гражданин вносит часть своего располагаемого дохода, которая автоматически удваивается правительством, а дополнительная сумма (для простоты, равная взносу гражданина) вносится государством. Эта совокупная сумма резервируется на личном счете гражданина и может быть использована в течение следующего года для бесплатного приобретения необходимых лекарств. Рациональный индивид, по-видимому, должен приобретать такую страховку (или более общо, любую страховку, покрывающую потенциальные потребности в

медицинской помощи) при том условии, что выгоды от покрываемой ей медицинской помощи превысят затраты на покупку соответствующей помощи на открытом рынке для получения сопоставимого улучшения здоровья.

Всегда ли реальные люди ведут себя таким образом? Многочисленные исследования в области поведенческой экономики показывают, что это не всегда так. Люди не проверяют должным образом состояние своего здоровья [5], даже если это касается потенциально опасных для жизни заболеваний [6], игнорируют рецепты на покрываемые страховкой лекарства [7], что требует особых усилий, чтобы подтолкнуть их к этому [8, 9]. Кроме того, есть данные, свидетельствующие о том, что незнание соответствующей информации действительно приводит к потере благосостояния [10]. В следующем разделе мы формализуем эти соображения в виде модели, основанной на традиционном подходе к рациональному принятию решений в отношении охраны собственного здоровья [11, 12].

Базовая модель

В базовой версии модели индивид максимизирует ожидаемую полезность собственного здоровья по фон Нейману-Моргенштерну, при том, что его здоровье может принять два значения, или иначе говоря, он может оказаться в двух состояниях здоровья: плохом или хорошем. Обозначим агрегатные характеристики этих состояний здоровья h_B и h_G , соответственно; можно представить их как вектора характеристик h (анализов, давления, рентгеновских снимков и пр.), представленных по агрегированной численной шкале, по которой возьмём нормальные значения этих показателей h_G равными 0, так что заболевание может всегда рассматриваться как ухудшение здоровья до $h_B < h_G$.

Предположим, что субъективные вероятности состояний здоровья h_B и h_G равны p и $(1-p)$ соответственно. Игнорируя диагностические и другие расходы на лечение, рациональный агент, принимающий решение должен выбрать сумму страхового полиса z , зная, что она будет удвоена работодателем или государством в случае, если его состояние здоровья будет плохим, потребуются медицинские вмешательства. Решение о величине страхования z *ex ante* для индивида, нейтрального к риску определяется следующим балансовым тождеством:

$$(1 - p)c + p(c - \phi(h_B)) = (1 - p)(c - z) + p[(c - z) - \phi(h_B + g(2z))] \quad (1)$$

где c – потребление обычных (не связанных со здоровьем) товаров, $c-z$ – потребление за вычетом стоимости медицинского страхования, ϕ – предельное снижение полезности текущего состояния здоровья в случае заболевания h_B , $g(\cdot)$ – функция восстановления здоровья при расходах на его восстановление $2z$.

Это простая модель балансирования, но в ней содержится несколько неявных допущений.

Полезность обычного потребления c линейна по деньгам (денежная полезность, money metric utility).

Предельный ущерб здоровья ϕ , измеряемый в единицах денежной полезности, аддитивен по отношению к полезности обычного потребления.

Ухудшение здоровья h_B известно, как и стоимость его восстановления.

Страхование является единственным средством восстановления здоровья в случае заболевания, лечение за счет дополнительных собственных средств на момент принятия решения о страховке *ex ante* не рассматривается.

Лицо, принимающее решение, выбирает максимально возможное восстановление здоровья после болезни, т.е. использует всю величину страховки, если это необходимо.

Предположения 1 и 2 являются наиболее общими и приблизительно отражают все обобщённые экономически рациональные подходы к собственному здоровью. Смягчение этих предположений в пользу более общих моделей вызывает нетривиальные проблемы идентификации их параметров. Предположение 3 является стандартным для литературы [12]. Предположение 4 следует из индивидуальной рациональности: как таковое, оно не исключает возможности того, что принимающий решение *ex post* будет использовать собственные средства в случае болезни, но *ex ante* рационально приобрести справедливую страховку, при условии, что субъективная ставка дисконтирования не слишком низкая (выше 0,5, учитывая, что стоимость

страховки удваивается). Предположение 5 в основном служит для упрощения интерпретации, и дополняется тем соображением, что, если страховой случай не наступает, сумма денег, потраченная на страховку, в любом случае не вернется.

Упрощая (1), величину z можно получить как решение неявного уравнения:

$$p\phi(h_B) = z + p[\phi(h_B - g(2z))] \quad (2)$$

где левая часть обозначает ожидаемую потерю здоровья в случае заболевания и отсутствия страхования, а правая часть — потерю в случае страхования, которая представляет собой сумму определенных затрат на страховой полис и ожидаемой потери здоровья и его восстановления. Сделав еще одно упрощение, что $g(2z)=2z$, мы получаем:

$$p\phi(h_B) = z + p[\phi(h_B - 2z)] \quad (2a)$$

Решения зависят от функциональной формы ϕ . Одной из естественных версий является экспоненциальная: $\phi(h_B) = \exp(h_B)$, в этом случае страхование на $2z$ приводит к горизонтальному сдвигу ущерба здоровью вправо, что позволяет переписать 2a как:

$$p\exp(h_B) = z + p[\exp(h_B - 2z)] \quad (2b)$$

Корни (2b) показаны на рисунке 1 при уровне здоровья $h_B = 0,5$ и предварительных значениях z , равных p (для решения использована процедура `fsolve` в `python`). При этих значениях параметров низкая вероятность заболевания не требует медицинского страхования, в то время как если эта вероятность превышает 0.3, лекарственное страхование становится тем более желательным, чем выше становится такая вероятность.

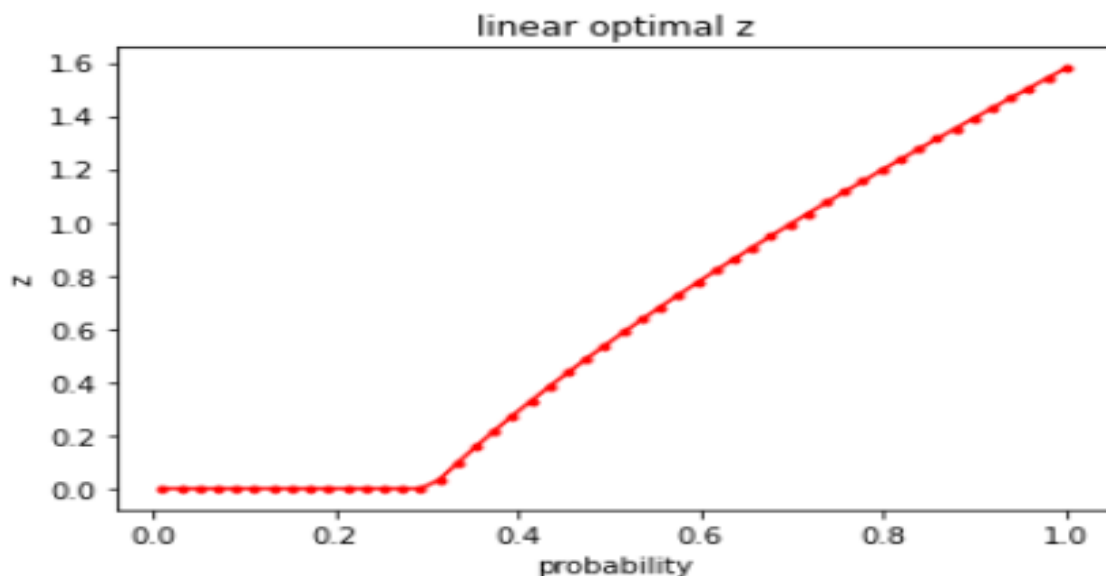


Рис. 1. Решения уравнения (2b).

Теперь наша задача состоит в том, чтобы использовать это решение для построения структурной модели, параметры которой могут быть оценены на реальных данных. При допущении рациональности индивида вероятность его заболевания p можно вывести из обратного отношения Миллса (inverse Mills ratio) $1/m = f(Xb)/(1-F(Xb))$, где Xb – характеристики склонности (propensity) индивида к заболеванию, которое можно взять из наблюдаемых данных. Обозначим эти прогнозируемые вероятности плохого здоровья через (\hat{p}) , и перепишем (2b) как:

$$\exp(h_B) = \hat{z} + \exp(h_B - 2z) \quad (3)$$

где $\hat{z} = \frac{z}{\hat{p}}$. Перегруппируем:

$$\begin{aligned} \hat{z} &= \exp(h_B) - \exp(h_B - 2z) = \exp(h_B) - \frac{\exp(h_B)}{\exp(2z)} = \exp(h_B) \frac{\exp(2z) - 1}{\exp(2z)} \\ &= \exp(h_B) \left(1 - \frac{1}{\exp(2z)}\right) \end{aligned}$$

и взяв логарифмы, получим:

$$\log \hat{z} = h_B + \log \left(1 - \frac{1}{\exp(2z)}\right) \rightarrow \log \hat{z} - \log \left(1 - \frac{1}{\exp(2z)}\right) = h_B \quad (4)$$

где выражения в левой части – это функция от готовности платить и вероятности заболевания, а правая часть – это вектор характеристик заболевания, которые оцениваются из реальных клинических данных для каждого пациента.

Варианты модели: несклонность к риску.

Альтернативные спецификации могут обобщаться в нескольких направлениях. Например, вместо линейной полезности можно предположить нелинейную. При заданной полезности CRRA условие равновесия задаётся формулой:

$$(1 - p) \frac{(c)^{(1-r)}}{1-r} + p \left(\frac{(c)^{(1-r)}}{1-r} - \phi(h_B) \right) = (1 - p) \frac{(c-z)^{(1-r)}}{1-r} + p \left(\frac{(c-z)^{(1-r)}}{1-r} - \phi(h_B + g(2z)) \right) \quad (5)$$

где c – потребление, а $c-z$ – потребление за вычетом стоимости медицинского страхования, $g(\cdot)$ – функция восстановления здоровья при расходах на лекарства $2z$, r – параметр несклонности к риску CRRA, а ϕ – предельная полезность потерянного здоровья. Упрощая это выражение, z можно получить как неявные решения:

$$(c)^{(1-r)} = (c - z)^{(1-r)} + p(1 - r)g(2z) \quad (6)$$

численные решения которого показаны на рис. 1 при нескольких допущениях.

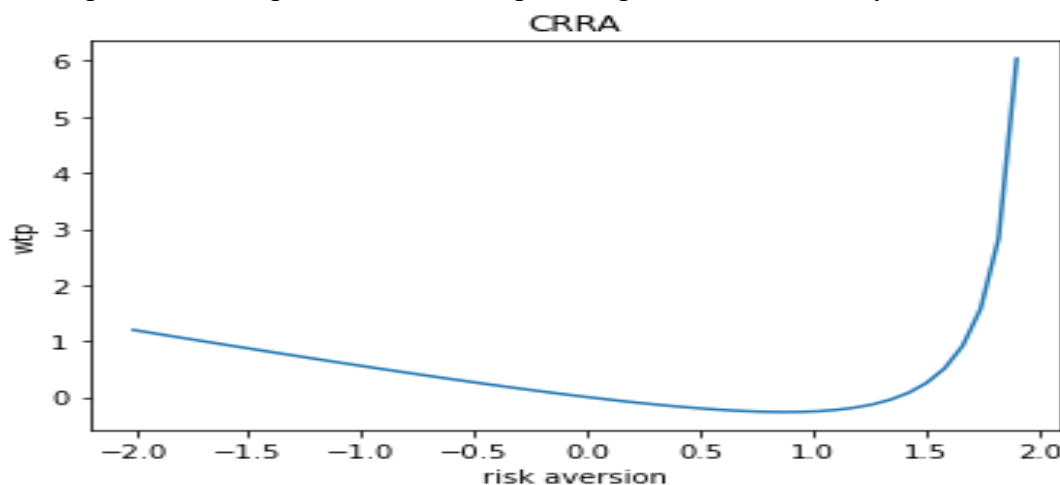


Рис. 2. Решения о готовности платить для разных значений функции полезности CRRA

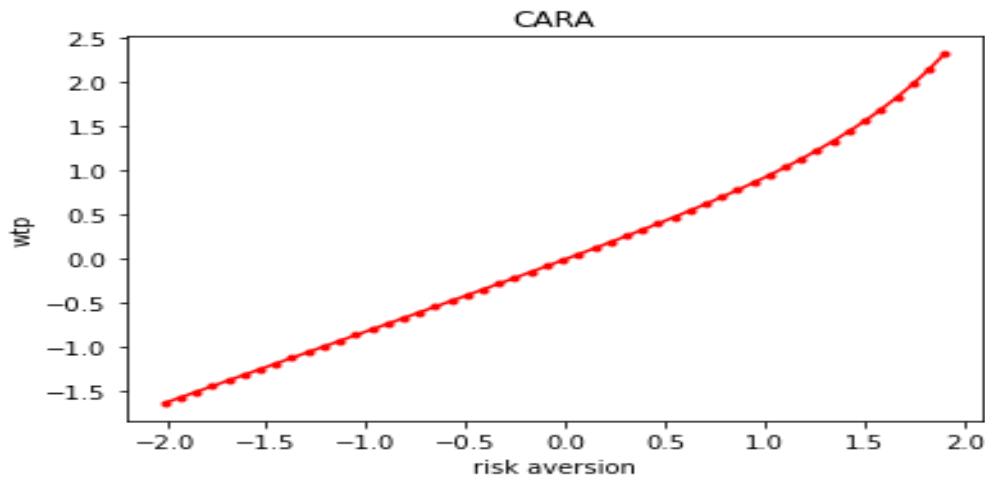


Рис. 3. Решения о готовности платить для разных значений функции полезности CARA

Спецификации функций ϕ и g могут быть более содержательными, и в частности, учитывать не только индивидуальные (несклонность к риску), но и более общие характеристики. Например, решение о страховании может приниматься на уровне семьи, а не индивида, может зависеть от семейных бюджетов и приоритетов, и др. – а все эти характеристики могут зависеть от состояний дел в регионе, т.е. от показателей межрегионального неравенства. Некоторые из этих параметров могут быть обусловлены с помощью многоуровневых моделей: (возможно, регион), семья и индивидуум. В частности, вероятность заболевания может быть обусловлена оценкой собственного здоровья и потребностями других членов семьи. Аналогичным образом, в расширенной модели ценность собственного здоровья может быть откалибрована с помощью самооценки состояния здоровья и собственных расходов на лекарства.

Неприятие риска и вероятность неблагоприятного события не поддаются непосредственному наблюдению, однако мы можем сделать выводы о них на основе данных. Средний уровень потребления на душу населения можно наблюдать в качественном ($qinc$) и количественном ($minc$) выражении. При допущениях о WTA и линейности мы можем оценить Вероятность заболевания можно вывести из V качестве альтернативы ее можно использовать для калибровки: если z известно и γ можно зафиксировать, мы можем сделать вывод о вероятности потребления.

Варианты модели: поведенческие спецификации

Более широкая поведенческая модель допускает компромисс между расходами на страхование лекарств и потенциальным ущербом для здоровья. Предположим, что болезнь наносит вред вашему здоровью, обозначенному как h . Тогда базовая модель становится:

$$v(c-z, h) = pv(c, h) + (1-p)v(c-R, h) \quad (7)$$

Также можно определить расширенную модель, в которой $1-q$ – это забота человека о собственном здоровье, а q – пренебрежение этой заботой. Тогда условие равновесия становится:

$$v(c-z, h) = qv(c, h) + (1-q) \int_s v(c-R_s) f(s) ds \quad (8)$$

(В частности, можно предположить, что функция здоровья человека является функцией Кобба-Дугласа, имеющей вид $v(c, h) = c^a h^b \dots$).

Естественно, следует исходить из того, что ущерб не должен быть очевидным: постоянную боль трудно терпеть долго, т. е. $q \leq Q$. Наконец, предположим, что восприятие вероятности возникновения потребности в страховании от лекарств искажено, поэтому субъективный вес вероятности равен p_i , а не f . Тогда функция ценности принимается как функция ценности теории перспектив типа Тверски-Канемана [11]:

$$v(c - z, h) = qv(c, h) + (1 - q)\left[\int_s v(c) \pi^+(s) + \int_s v(c - R_s) \pi^-(s)\right] \quad (9)$$

где π^+ – вероятности состояний, при которых ваше здоровье не ухудшается, а π^- – вероятности состояний, при которых оно ухудшается.

Полная теоретическая модель

Наша модель является расширением подхода, принятого в литературе по медицинскому страхованию [12,13]. Мы рассматриваем рациональный выбор между страхованием лекарств на сумму q и обычным потреблением c . Полезность репрезентативного индивидуума равна:

$$u = u(c, h) \quad (10)$$

где c – потребление, а h – состояние здоровья в долгосрочной перспективе. Производство здоровья задаётся формулой $h = h(q, s)$, где s – врождённое состояние здоровья индивидуума, а q – его денежные расходы на страхование лекарств. Мы нормализуем q до единиц c .

Фиктивная переменная решения о покупке положительного страхования обозначается $Q = \{0, 1\}$, а $wtp - q > 0$. Предполагается, что индивидуальный бюджет должен соответствовать ограничению, удовлетворяя потребности в потреблении, заданные $c(q, s)$, и общие медицинские расходы (лекарства плюс врачебная помощь), необходимые для поддержания здоровья $m(q, s)$, чтобы обеспечить результаты в области здоровья $h(m(q, s), s)$.

Предельная норма замещения между потреблением и страхованием лекарств не поддаётся наблюдению, но теоретически предоставление страхования по q стоит $g(q)$ потребительских товаров, что считается рациональной жертвой. С точки зрения неявной (ожидаемой) полезности и с учетом стандартных микроэкономических допущений о выпуклости и гладкости репрезентативный индивид должен быть индифферентен между отсутствием страхования лекарств и положительным страхованием по цене $g(q)$ потребительских товаров:

$$E[u(c(0, s), h(0, s))] = E[u(c(q, s) - g(q), h(q, s))] \quad (12)$$

где ожидание берётся по субъективно возможным состояниям мира s .

Предположим, что индивиды имеют общую функцию полезности:

$$u(c, h) = \frac{c^{1-r}}{1-r} + kh \quad (13)$$

где $k(h)$ – предельная полезность здоровья. Эта спецификация неявно предполагает, что потребление обычных товаров и здоровья никак не связаны друг с другом.

С этой спецификацией уравнение (12) можно переписать как:

$$E\left[\frac{c(0, s)^{1-r}}{1-r} + kh(0, s)\right] = E\left[\frac{(c(1, s) - g(q))^{1-r}}{1-r} + kh(1, s)\right] \quad (14)$$

которое, после определения, может быть решено для $g(q)$ и оценено с помощью наблюдаемого потребления и ожидаемого здоровья среди незастрахованных и застрахованных (проходящих лечение) субъектов.

Сделаем еще одно предположение, снова основанное на литературе: в случае если страхования нет соответствующие лекарства и услуги приходится покупать на рынке. Если страховая премия составляет q , то цена покупки на рынке лекарств и услуг соответствующего качества определяются рыночной функцией спроса. При отсутствии страховки общие (из собственного кармана) расходы на медицинское обслуживание составляют:

$$x(q, m) = p(q)m,$$

где $m(q, s) = m(0, s)$ в случае отсутствия страхования и $m(q, s)$ в случае его наличия, что, по-видимому, не увеличивается по q . Следовательно, рациональные индивиды будут максимизировать:

$$u(c, h(m, s)) \text{ при условии, что } c = y - x(q, m) \quad (15)$$

где y – доход.

Учитывая максимальное («полное») частное страхование лекарств q_{\max} , которое является оптимальным для индивидуума (при условии, что такое можно определить!), и нулевое страхование, фактическое страхование лекарств для лечения является линейной комбинацией максимального страхования:

$$p(q) = q p(q_{\max}) + (1-q) p(0) \quad (16)$$

так что общие медицинские расходы составят:

$$x(q,m) = [q p(q_{\max}) + (1-q) p(0)]m \quad (17)$$

при условии, что m не зависит от страхования лекарств (что вполне естественно, поскольку никто не будет потреблять ненужные лекарства), а предельное увеличение w_{tp} для страхования лекарств приводит к сокращению медицинских расходов на:

$$-dx/dq = [p(q_{\max}) - p(0)]m \quad (18)$$

что является частной предельной выгодой программы страхования лекарств при постоянном значении m .

Вышеизложенное в значительной степени основано на работе [12], за исключением того, что их работа посвящена медицинскому страхованию в США (Medicaid), для которого они решают уравнение (12) для оптимального поведения. Наше дополнение к этой модели заключается в возможности ограниченно рациональной неверной оптимизации. Вместо этого мы рассматриваем возможность неоптимального поведения: вместо инвестирования в страхование лекарств для снижения своих общих медицинских расходов можно подумать о субоптимальном страховании, приводящем к более низкому m и менее оптимальному здоровью $h()$. Упомянутое ранее неравенство может быть теперь включено не только в спецификации индивида (multinomial version), но и в объективные причины, обуславливающие эти характеристики, т.е., например, уровень неравенства.

Информация о финансировании. Данное исследование профинансировано Комитетом науки Министерства образования и науки Республики Казахстан в рамках грантового проекта ИРН AP26198345 «Снижение социально-экономического неравенства в регионах Казахстана с помощью инвестиций в здоровье и улучшение организации системы здравоохранения».

Литература

1. Tversky A., Kahneman D. (Eds.) Choices, values, and frames – New York: Cambridge University Press. – 2000. – p. 143.
2. Tversky A., Kahneman D., Slovic P. Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. – 1982. – pp. 3–20.
3. Morgan S. Summaries of National Drug Coverage and Pharmaceutical Pricing Policies in 10 Countries: Australia, Canada, France, Germany, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland and the U.K. // Working Papers Prepared for the 2016 Meeting of the Vancouver Group. – 2016. – New York, NY.
4. Fabbri D., Monfardini C. Opt out or top up? Voluntary health care insurance and the public vs. private substitution // Oxford Bulletin of Economics and Statistics. – 2016. – Vol. 78(1). – pp. 75–93.
5. Thornton R.L. The demand for, and impact of, learning HIV status // American Economic Review. – 2008. – Vol. 98(5). – pp. 1829–1863.
6. Haisley E., Volpp K.G., Pellathy T., Loewenstein G. The impact of alternative incentive schemes on completion of health risk assessments // American Journal of Health Promotion. – 2012. – Vol. 26(3). – pp. 184–188.
7. Kling J.R., Mullainathan S., Shafir E., Vermeulen L.C., Wrobel M.V. Comparison friction: Experimental evidence from Medicare drug plans // The Quarterly Journal of Economics. – 2012. – Vol. 127(1). – pp. 199–235.
8. Keller P.A., Harlam B., Loewenstein G., Volpp K.G. Enhanced active choice: A new method to motivate behavior change // Journal of Consumer Psychology. – 2011. – Vol. 21(4). – pp. 376–383.

-
9. Kimmel S.E., Troxel A.B., Loewenstein G., Brensinger C.M., Jaskowiak J., Doshi J.A., ... Volpp K. Randomized trial of lottery-based incentives to improve warfarin adherence // *American Heart Journal*. – 2012. – Vol. 164(2). – pp. 268–274.
 10. Liebman J.B., Luttmer E.F.P. Would People Behave Differently If They Better Understood Social Security? Evidence from a Field Experiment // *American Economic Journal: Economic Policy*. – 2015. – Vol. 7(1). – pp. 275–299.
 11. Tversky A., Kahneman D. Advances in prospect theory: Cumulative representation of uncertainty // *Journal of Risk and Uncertainty*. – 1992. – Vol. 5(4). – pp. 297–323.
 12. Finkelstein A., Hendren N., Luttmer E.P. The Value of Medicaid: Interpreting Results from the Oregon Health Insurance Experiment // *Journal of Political Economy*. – 2019. – Vol. 127(6). – pp. 2836–2874.
 13. Cardon J.H., Hendel I. Asymmetric information in health insurance: evidence from the National Medical Expenditure Survey // *RAND Journal of Economics*. – 2001. – pp. 408–427.

Об авторах

Белянин Алексей Владимирович, PhD, ассоциированный профессор, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, Россия.

Спанкулова Лазат Сейткажиевна, доктор экономических наук, профессор, Казахский Национальный университет им. аль-Фараби, Алматы, Казахстан.

About authors

Alexey V. Belianin, PhD, Associate Professor, National Research University «Higher School of Economics», Moscow, Russia.

Lazat S. Spankulova, Doctor of Sci. (Econ.), Professor, Al-Farabi Kazakh National University, Almaty, Kazakhstan.