

УДК 330.1:32

DOI <https://doi.org/10.30970/PPS.2024.55.32>

## **ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АРХІТЕКТУРИ ВИБОРУ У ПУБЛІЧНІЙ ПОЛІТИЦІ (НА ПРИКЛАДІ СФЕР СОЦІАЛЬНОГО ТА МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ, ДОНОРСТВА)**

**Андрій Гарбадин**

*Львівський національний університет імені Івана Франка,  
філософський факультет, кафедра теорії та історії політичної науки  
вул. Університетська, 1, 79000, м. Львів, Україна*

Дослідження присвячено розгляду комплексу суспільних сфер, у яких архітектура вибору могла б запропонувати нові та корисні опції.

Розглянуто ринок соціального страхування. Розкрито досвід Швеції, де пропонується власний варіант приватизації соціального захисту, суть якого зводиться до широких можливостей вибору. З'ясовано проблеми із такою програмою, а саме те, що якби всі громадяни Швеції були еконами, то не виникало б жодних проблем – можливість вільного вибору із великої кількості альтернатив повністю би спрацювала. Проте, оскільки більшість людей таки гумани, збільшення кількості альтернатив та можливості вільного вибору лише ускладнюють прийняття остаточно рішення.

Доведено, що чим ширше вибір, тим більше доведеться сприяти людям при прийнятті рішення. Уряд міг би розробити систему консультацій, які б сприяли усвідомленому вибору громадян, підштовхуючи їх у власних же інтересах до прийняття оптимального рішення.

Розглянути специфіку медичного страхування у контексті його вибору, на прикладі США. Р. Талер виділяє чотири основні недоліки такої системи: 1) Учасникам практично не допомагали зробити ефективний вибір, інструкція по плану планом було занадто коротка; 2) Для більшості пенсіонерів опцією за замовчуванням був не вступ до програми; 3) Стандартний варіант був обраний випадковим чином для осіб, зареєстрованих автоматично; 4) Послуга майже не надавалася найбільш уразливим верствам населення. Найсильніше план уряду варто критикувати за випадковий стандартний план для найбільш соціально вразливих громадян, а також тих, хто хворіє хронічними хворобами. Обґрунтовано альтернативу, яка б могла підштовхнути людей до оптимальнішого вибору, а саме – віддати перевагу «інтелектуальній» реєстрації на противагу випадковій.

Розглянуто особливості донорства органів та можливості впливу на цей процес через архітектуру вибору. З'ясовано, що у США, у більшості із штатів, політика донорства визначається правилом прямої згоди. Альтернатива із архітектури вибору та основ лібертаріанського патерналізму є презумпцією згоди. Вона не порушує свободу вибору, не кидається у крайність рутинного забору і не зводиться до правила за замовчуванням, а при такій стратегії всі громадяни вважаються готовими стати донорами. Проте у них залишається можливість зареєструвати своє небажання жертвувати органи. При цьому процедура відмови повинна бути простою, оскільки чим вона складніша, тим менше у людей свободи вибору.

*Ключові слова:* поведінкова економіка, архітектура вибору, лібертаріанський патерналізм, публічна політика, підштовхування.

Є цілий комплекс сфер у житті суспільства, у яких архітектура вибору могла б запропонувати нові та корисні опції. Відповідно дане дослідження присвячене розгляду кількох таких суміжних сфер.

Перше, що варто розглянути, це ринок соціального страхування. Р. Талер у своїх дослідженнях детально аналізує досвід Швеції, у якій уряд детально спланував певні аспекти архітектури вибору, упустивши один важливий момент.

Отже, у Швеції пропонується власний варіант приватизації соціального захисту, суть якого зводиться до широких можливостей вибору. «Це прекрасний приклад стратегії максимальної кількості варіантів. Дайте людям якомога більше опцій, і нехай вони вчиняють на свій розсуд. Майже у всіх аспектах розробники плану схилилися до невтручання» [1].

Ось ключові особливості шведської програми: 1) Учасникам дозволялося формувати власний портфель, що міг включати до до п'яти фондів зі схваленого списку; 2) Один фонд ретельно відбирався в якості стандартної опції для всіх, хто незалежно від причини відмовився прийняти самостійне рішення; 3) Проведення масштабної рекламної кампанії для переконання учасників збирати свій портфель самостійно, а не за замовчуванням; 4) Будь-який фонд, що відповідав певним стандартам, міг бути включеним у систему, що спричинило велику кількість альтернатив «спочатку було доступно 456 (!) фондів. Станом на 14 серпня 2007 року в списку містилося 783 опції. Всього з моменту запуску програми згадувалося понад 1000 фондів» [1]; 5) Інформація про різні варіанти, включаючи показники і ризики, містилася в брошурах, які роздають учасникам; 6) Фонди, за винятком обраного за замовчуванням, могли залучати інвесторів за допомогою реклами.

Р. Талер наголошує, що якби всі громадяни Швеції були еконами, то не виникало б жодних проблем – можливість вільного вибору із великої кількості альтернатив повністю би спрацювала. Проте, оскільки більшість людей таки гумани, збільшення кількості альтернатив та можливості вільного вибору лише ускладнюють прийняття остаточного рішення.

Одразу можна сформулювати критику опції по замовчуванню, стандартизованого варіанту через два незворотні запитання: «що повинно бути в портфелі? І який статус такий фонд повинен отримати від держави?» [1].

Окремо варто зупинитися на рекламі та її значенні у організації всієї системи загалом. Для контексту Р. Талер пропонує уявити два потенційні сценарії, за яким могла б така рекламна кампанія просуватися. За першого сценарію «фонди займалися б просвітою учасників, пояснюючи переваги низьких витрат, диверсифікації та довгострокового інвестування. Вони застерігали б людей від небезпеки екстраполяції недавніх показників прибутковості на майбутнє. Реклама допомагала б споживачам визначити ідеальний для них спосіб розміщення активів. Його економісти називають кордоном ефективності, до якої повинен прагнути раціональний інвестор» [1]. Тобто така реклама сприяла б більш правильному і розумному вибору.

Другий сценарій передбачає паралельну ідейну траєкторію, що є кошмаром для поведінкових економістів. «У цьому страшному сні рекламодавці закликають споживачів мислити з розмахом, не задовольнятися синицею в руці – варіантами з індексуванням – і багатіти шляхом інвестування. У рекламі ніколи не згадуються збори, зате багато говориться про показники минулих років. Але ж немає жодного доказу, що вони дозволяють прогнозувати майбутні результати. Любителі робити ставки на спорт помітять схожість з такою рекламою. Адже вона теж розповідає про «фаворитів майбутніх ігор» і пропонує приголомшливі і майже безпомилкові прогнози на основі результатів, скажімо, останніх трьох тижнів» [1]. Зрозуміло, що такий сценарій апелюватиме до не надто раціонального прийняття рішень.

У рекламній кампанії, яка використовувалась у Швеції, головну роль зіграв Гаррісон Форд у образі Індіани Джонса, а основним лозунгом реклами був «Гаррісон Форд допоможе вибрати кращу пенсію» [1]. І варто зазначити, що реклама суттєво вплинула на вибір інвестиційного портфеля: «вона підштовхнула людей до варіантів з низькими очікуваними доходами через значні збори та високі ризики. Останні обумовлені більшою часткою акцій,

більш активним управлінням, уподобаннями секторів, що динамічно розвиваються, і вкладень на внутрішньому ринку» [1]. Вибір прогнозований та безпечний.

Весь вищеописаний приклад показує, як би все могло виглядати краще, якби в процесі організації використовувалась система архітектури вибору, адже автори шведського плану чудово справилися із створенням та рекомендацією стандартного, проте не найефективнішого портфелю. «План був бездоганим. Багато інвесторів за межами Швеції вклали б кошти в цей фонд, будь така можливість. Це повністю спростовує припущення, що держава в принципі не здатна зробити що-небудь правильно» [1]. Однак захоочення самостійного формування портфелю учасниками стало найбільшим мінусом шведського плану, і це серйозний мінус, адже держава може і повинна у складних ситуаціях «сприяти правильному вибору людей ... коли потрібно прийняти складне рішення в незнайомій ситуації і немає швидкого зворотного зв'язку в разі помилки, невелике підштовхування цілком виправдано й доречно» [1].

І все це дає підстави Р. Талеру на висновок: «чим ширше вибір, тим більше доведеться сприяти людям при прийнятті рішення» [1]. Уряд міг би розробити систему консультацій, які б сприяли усвідомленому вибору громадян, підштовхуючи їх у власних же інтересах до прийняття оптимального рішення.

Окремо варто розглянути сципифіку медичного страхування у контексті його вибору, на прикладі США.

У державній програмі медичного страхування США Medicare є кілька частин, і свого часу дискусійним у ній вважався пункт D, згідно з яким кожен громадянин, що має страхування по пункту А (страхування госпіталізації) та пункту В (страхування медичних послуг), має страхування і на лікарські препарати. Це і є пункт D. так от, проблема виникла у визначенні обсягу цього страхування – чи страхуватиме програма загальний перелік лікарських препаратів? Як бути з препаратами, що видаються по рецепту? Чи потрібно додатково оплачувати цей пункт?

У 2000 році, коли на посаду президента США балотувалися Альберт Гор та Джордж Буш-молодший, у обох кандидатів було своє вирішення цієї дилеми. Альберт Гор пропонував вирішити проблему класичним шляхом: «включити в Medicare рецептурні препарати, зібрати експертну раду для обговорення конкретних питань і створити спеціальний список ліків для пенсіонерів» [1]. Натомість Джордж Буш, навпаки: «схилявся до жалісливого консерватизму, який можна вважати лейтмотивом його передвиборчої кампанії. Цю тенденцію він прагнув об'єднати з посиленням ролі вільного ринку і комерційного сектору. Буш запропонував нову дорогу програму соціального захисту для пенсіонерів з широким вибором лікарських планів, розроблених комерційними медичними компаніями. Споживачі могли б приєднатися до будь-якого» [1]. На виборах переміг Буш-молодший, і приблизно через три роки Конгрес підтримав його план, а «на реалізацію плану Буша було виділено 500 млрд. доларів субсидії» [1]. Це була найбільша на той час реформа системи медичного страхування, зокрема через появу частини D, яка почала допомагати здобувати препарати, прописані пацієнту по рецепту.

Р. Талер вважає, що в деяких питаннях Джордж Буш-молодший був безумовно правий. Зокрема як чистема надання медичних послуг «частина D майже повністю виправдала очікування творців. Але план був занадто громіздким, що заважало прийняттю правильних рішень» [1].

Тому Р. Талер виділяє чотири основні недоліки такої системи: 1) Учасникам практично не допомагали зробити ефективний вибір, інструкція по плану планом було занадто коротка; 2) Для більшості пенсіонерів опцією за замовчуванням був невступ до програми;

3) «Стандартний варіант був обраний випадковим чином (!) для 6 млн. осіб, зареєстрованих автоматично. Причому при підборі плану не можна було враховувати, які ліки виписували людям раніше» [1]; 4) Послуга майже не надавалася найбільш уразливим верствам населення – бідним і неосвіченим.

Зважаючи всі плюси та мінуси Р. Талер вважає, що назвати її провальною було б неправильно – вона дійсно принесла багато користі. Однак вона безумовно була б покращена за рахунок системи архітектури вибору.

Найсильніше план уряду варто критикувати за випадковий стандартний план для найбільш соціально вразливих громадян, а також тих, хто хворіє хронічними хворобами.

Р. Талер цю проблему ілюструє на прикладі Керолін, яка керувала роботою їдальні у школах великого міста. Так от, «їй потрібно було вирішити, як представити страви на вітрині. Одним з варіантів розстановки був довільний порядок. Звичайно, цей підхід можна вважати об'єктивним і принциповим. Але в деяких школах таке представлення меню призведе до нездорового харчування. Випадкова організація страв змусить деяких учнів сісти на дієту з піци, чіпсів і морозива. Тому вона небажана» [1]. І Р. Талер вважає, що саме такий сценарій уряд вибрав для 6 млн. малозабезпечених і хворих громадян: «кожен, хто не прийняв самостійного рішення, був автоматично прикріплений до вибраного випадковим чином стандартного плану. При цьому страхова сума не перевищувала граничного значення, встановленого для кожного конкретного регіону» [1].

Наскільки великою була ціна таких помилок? Відповідь на це питання можна дати скільки людей вирішило змінити свій стартовий план – оскільки у системі допускалась зміна плану після року його використання. «На жаль, у нас не так багато даних, оскільки уряд не особливо прагне їх розкривати. В період реєстрації 2007 року близько 2,4 млн. осіб – 10% учасників Частини D – змінили свій вибір. З них 1,1 млн. становили люди з низьким доходом, переведені урядом на інший план в односторонньому порядку. Мета – позбавити їх від необхідності платити збільшені страхові внески» [1].

І це, насправді невелика кількість, зважаючи на об'єм проекту. Чому ж тоді так мало? Можна знайти дві відповіді на це запитання. Першої відповіді дотримуватимуться прихильники програми: «широкий діапазон планів відповідає різним станам здоров'я, і пенсіонери вибрали найбільш відповідний їх потребам варіант. Все добре, і змін не потрібно» [1]. І така відповідь могла би бути вірна, якби поведінка учасників програми відповідала засадам поведінки еконів – тобто якщо припустити свідомий та зважений вибір, чого робити не доводиться. Друга відповідь буде більш правдоподібною: «учасники – гумани, інертність і відхилення в сторону статусу-кво утримують їх від змін» [1]. Парадокс в тому, що інертність та відхилення у сторону статусу-кво утримувало їх як від вибору оптимальної програми, так і її корекції.

Яку ж альтернативу можна запропонувати? Як підштовхнути людей до оптимального вибору? Зробити вибір за замовчуванням випадковим буде невдалою ідеєю. Якщо небагата людина здійснить неправильний вибір, то її рахунки за ліки збільшаться і це матиме різко негативні наслідки.

Р. Талер вказує, що «найпростіше рішення – віддати перевагу «інтелектуальній» реєстрації на противагу випадковій» [1]. Такий підхід було використано тільки у штаті Мен: «для підбору варіанту, який би відповідав індивідуальним потребам пацієнтів, у Мені було обрано десять планів, що відповідають критеріям штату. Вони оцінювалися виходячи з даних по використанню рецептурних препаратів за минулі три місяці. Учасники планів, що покривали менше 80% витрат на необхідні ліки, були переведені в інші автоматично. Втім, вони могли самостійно відмовитися від змін» [1]. Іншим людям було розіслано листи, у яких містилась

інформація про кращі варіанти та рекомендаціями проконсультуватися із держслужбовцями. В результаті порядку 22% людей свій план змінили. А це величезна різниця.

Окремо варто розглянути особливості донорства органів та можливості впливу на цей процес через архітектуру вибору.

Чому це важливо? Можна розпочати із статистики, до якої апелює сам Р. Талер: «З 1988 року зроблено понад 360 тис. операцій з трансплантації органів, не менше 80% яких надійшло від покійних донорів. На жаль, попит на органи набагато випереджає пропозицію. На січень 2006 року в листах очікування значилися понад 90 тис. тільки тільки в США, в основному на нирки, і сотні тисяч в інших країнах» [1]. Високий попит на органи обмежений розмірами пропозиції не лише і не стільки через особливості релігійних вірувань чи переконань, особливо у США. Насправді більшість людей не планує померати – тому планувати потенційну участь у донорських програмах за життя обирають для себе одиниці. І Р. Талер вважає, що таку ситуацію можна і треба змінювати.

Варто зауважити, що у США, у більшості із штатів, політика донорства визначається правилом прямої згоди. Його суть у тому, що «людина повинна зробити ряд конкретних кроків, щоб зафіксувати свою готовність стати донором. Але багато хто цього не робить» [1]. Як приклад Р. Талер цитує дослідження, проведене Шелдоном Курцем і Майклом Саксом, серед жителів Айови: «97% респондентів висловилися на підтримку трансплантації. Значна більшість заявили, що хотіли б пожертвувати органи, свої і дітей, в разі трагічних обставин» [1]. Однак серед тих, хто висловився у підтримку донорства, лише у 43% це було відзначено в посвідченні водія така готовність. «З готових особисто пожертвувати органи 64% мали позначку в правах і лише 36% підписали карту донора» [1]. Це наштовхує нас на висновок, що дуже часто людей від донорства відштовхує не ідейна відмова, а небажання здійснити конкретні кроки по реєстрації у процедурі – а це вже сфера інтересу поведінкової економіки.

Ще один, найагресивніший підхід ведення політики у сфері донорства органів, називають рутинним забором органів. В такому випадку «держава вважається власником частин тіла покійних або тих людей, що знаходяться у безнадійному становищі, і може їх вилучати без чийого б то не було дозволу. Абсурдно, але легко уявити себе прихильником рутинного забору. Теоретично такий підхід міг би врятувати життя. І він зовсім передбачає втручання в тіла тих, хто має хоч якісь шанси на життя» [1]. Однак такий підхід не використовується в повному обсязі жодним штатом – така практика однозначно викликає запитання стосовно власної демократичності.

Яку ж альтернативу можна запропонувати виходячи із архітектури вибору та основ лібертаріанського патерналізму? Р. Талер її називає презумпцією згоди.

Вона не порушує свободу вибору, не кидається у крайність рутинного забору і не зводиться до правила за замовчуванням, а швидше діє протилежно до них: «при такій стратегії всі громадяни вважаються готовими стати донорами. Проте у них залишається можливість зареєструвати своє небажання жертвувати органи» [1]. Тобто, замість того аби власним зусиллям давати згоду на донорство, потрібно буде засвідчити акт незгоди на таку дію – перевернувши процедуру вийде перевернути і її наслідки, але інертність та інші негативні фактори тепер працюватимуть не у мінус, а у плюс системи. При цьому Р.Талер наголошує, що «процедура відмови повинна бути простою, оскільки чим вона складніша, тим менше у людей свободи вибору. Лібертаріанський патерналізм прагне до мінімальних, а краще – нульових витрат для тих, хто вважає за краще діяти на власний розсуд» [1]. І це захистить всю запропоновану систему від звинувачень у її маніпулятивності. І такий підхід використовується у деяких країнах Європи. Всюди є своя специфіка, проте процедура відмови передбачає більше за один клік.

Однак презумпцію згоди не варто вважати вирішенням проблеми в цілому, адже такий масштабний підхід до трансплантації органів вимагає цілої інфраструктури. У світі лідером у цій сфері вважається Іспанія, де на мільйон населення приходиться приблизно 35 донорів, тоді як у США їх трохи більше ніж 20 на мільйон.

Відповідно стандартне правило є дуже важливим для результативності донорства як процедури. «У США при відсутності прямої згоди у вигляді донорської карти покійного члени сім'ї відхиляють прохання про донорство приблизно у половині випадків. У країнах з презумпцією згоди родичі відмовляють набагато рідше, хоча побажання донора теж не задокументовані. В Іспанії частка відмов складає 20%, а у Франції близько 30% ... У системі з презумпцією згоди представники організацій трансплантаційної координації та працівники лікарень звертаються до членів сім'ї як «до родичів донора», а не навпаки» [1]. Така зміна підходу суттєво впливає на позицію родини, хоча сутнісно мало що змінює. Це ще один приклад важливості та ефективності ідей поведінкової економіки на практиці.

Також зміну політики у сфері трансплантації органів ускладнює якраз політика як полісу – необхідність обґрунтування таких змін з позиції урядів та їх електоратів ідеологічно. Презумпція згоди може не викликати великої кількості запитань у родичів потенційного померлого, проте викликатиме запитання у процесі її узаконення, формалізації у правовому полі. Як вихід Р. Талер пропонує реалізувати презумпцію згоди як частину процедури реєстрації посвідчення водія: «при оновленні прав буде необхідно зробити позначку навпроти згоди або відмови стати донором. Без неї заяву не приймуть. У штаті Іллінойс у 2008 році впровадили подібну процедуру. Під час фотографування для нових водійських прав у людини питали, чи хоче вона стати донором. Якщо ви ствердно відповіли, то вам нагадають, що члени сім'ї не зможуть заперечувати проти вилучення органів. З огляду на це пропонувалося відповісти на питання ще раз. Результати цієї програми надихають» [1].

Відповідно проведене дослідження демонструє на прикладі сфер пенсійного планування, медичного страхування та донорства критичні місця у державному регулюванні суспільного життя, а також демонструє альтернативну точку зору на дану проблематику із позицій методології поведінкової економіки та лібертаріанського патерналізму Р. Талера.

### Список використаної літератури

1. Thaler, Richard H.; Sunstein, Cass R. (2008). *Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness*. New Haven, Connecticut: Yale University Press.
2. Thaler, Richard H. (2015). *Misbehaving: The Making of Behavioral Economics*. New York: W. W. Norton & Company.

## FEATURES OF APPLYING CHOICE ARCHITECTURE IN PUBLIC POLICY (CASE STUDIES IN SOCIAL AND HEALTH INSURANCE, AND ORGAN DONATION)

**Andriy Garbadin**

*Ivan Franko National University of Lviv,*

*Faculty of Philosophy, Department of Theory and History of Political Science*

*Universytetska str., 1, 79000, Lviv, Ukraine*

The article explores the range of societal domains where choice architecture could offer new and beneficial options. The focus is on the social insurance market, with an in-depth look at Sweden's

experience, where a privatized social protection model based on extensive choice opportunities is proposed. The study identifies issues with this approach, noting that if all Swedish citizens were perfectly rational, the abundance of alternatives would be manageable. However, since most people are not perfectly rational, increasing the number of options and opportunities for free choice complicates the decision-making process.

It is demonstrated that a broader choice necessitates greater support for individuals in making decisions. The government could develop a system of consultations to assist citizens in making informed choices, guiding them towards optimal decisions in their own best interests.

The study also examines the specifics of health insurance choices, using the United States as a case study. R. Thaler identifies four main drawbacks of the current system: 1) Participants receive minimal assistance in making effective choices, with overly brief plan instructions; 2) The default option for most retirees is not to enroll in the program; 3) The standard option is randomly assigned to individuals who are automatically enrolled; 4) The service is minimally provided to the most vulnerable populations. The government's plan is most criticized for the random standard option given to socially vulnerable citizens and those with chronic illnesses. An alternative approach is proposed, favoring "intelligent" registration over random assignment to encourage more optimal choices.

The study also addresses organ donation, exploring how choice architecture can influence this process. It is found that, in most U.S. states, donation policies follow an opt-in rule. The choice architecture alternative and libertarian paternalism principle propose an opt-out presumption, which respects freedom of choice without falling into routine or default rules. This strategy presumes all citizens are willing to be donors but allows them to easily register their refusal to donate. The procedure for opting out should be simple, as greater complexity reduces the freedom of choice.

*Key words:* behavioral economics, choice architecture, libertarian paternalism, public policy, nudging.