

CURRENT AND FUTURE WAYS OF SOCIAL AND HEALTH INSURANCE DEVELOPMENT⁸²

Сучасні та майбутні шляхи розвитку соціального та медичного страхування⁸³

Romuald Holly

In my short speech I would like to share with you my opinion on the current and future ways of social and health insurances development; if at all possible to foresee them, where they are going to, why just these ways. I would also like to discuss the most crucial circumstances, conditions, obstacles, barriers disturbing these ways of changes and, at last, how to break through numerous deadlocks caused by many other undesirable factors. That is why I would like to present and comment on the three following key issues:

1. What are possible **directions of social and health insurances development**? Where social and health insurances are going to and why just there?
2. What are the most important advantages and disadvantages – circumstances, conditions, obstacles, barriers on the way to social and health insurance development?
3. How to overcome the most severe current and potential deadlocks on the right way to the social and health insurance development? Which way is the right one?

For of many reasons we can accept the **presumption that social and health risk should be treated and considered together** because the risks of this kind are fully comple-

У своєму короткому виступі хотів би поділитися з вами моєю думкою про поточні та майбутні шляхи розвитку соціального та медичного страхування; якщо взагалі можна передбачити їх, куди вони йдуть, чому саме ці способи. Хотілося б також обговорити найважливіші обставини, умови, перешкоди, бар'єри, які заважають цим шляхам змін, і, нарешті, як прорватися через численні тупики, обумовлені багатьма іншими небажаними факторами. Тому я хотів би представити і прокоментувати три ключові питання:

1. Які можливі напрямки **розвитку соціального та медичного страхування**? Де реалізується соціальне та медичне страхування і чому саме там?
2. Які найбільш важливі переваги та недоліки - обставини, умови, перешкоди, бар'єри на шляху розвитку соціального та медичного страхування?
3. Як подолати найважчі поточні та потенційні глухі кути на правильному шляху розвитку соціального та медичного страхування? Який шлях є правильним?

З багатьох причин ми можемо прийняти припущення, що **соціальні ризики і ризики для здоров'я слід долати і досліджувати разом**, оскільки ризики такого роду

⁸² Authorized text of paper prepared by the author for International Forum „Economics, Finance, Business, Management” organized by Taras Shevchenko University, Faculty of Economics, Kiev, 21-24 May 2019.

⁸³ 1 - Авторизований текст статті, представленої автором на Міжнародному форумі „Економіка, фінанси, бізнес, менеджмент”, організованому Економічним факультетом Київського національного університету імені Тараса Шевченка (Київ, 21-24 травня 2019 р.).

mentary: usually each of them is simultaneously both a reason and result of another one.

Thesis

It is my thesis that social and health insurances are heading the wrong direction – strictly towards serious deadlocks.

Hypothesis

According to my conjectures, there are two serious sources of current and probably future developmental problems and perturbations concerning social and health insurances:

1. Defective and/or not mature enough model of health care systems (esp. in Central and East European countries)
2. Domination of industry insurance paradigm in theory, doctrine and methodology of risk neutralization lasting since 1930s.

Both of these decisive factors determined the way of social and health insurance development so far stimulated numerous determinants, such as the type and organizational maturity of social and health care model implemented in specific countries, thanks to the prevailing paradigm of insurance doctrine and, simultaneously, the series of independent and semi-dependent circumstances and conditions.

With reference to the first-mentioned factor allow me to remain us that we can differentiate the following health care models:

- etatist (state) – public,
- market (commercial) – overwhelmingly private,
- civil (citizens activity and participation) – charitable, usually established in the shape of special fund to support a definite group of patients suffering because of given severe illnesses or diseases,
- hybrid (mixt).

повністю доповнюють один одного.

Теза

Моєю тезою є те, що соціальне та медичне страхування йдуть в неправильному напрямку – прямим курсом до серйозних тупиків.

Гіпотеза

Згідно з моїми припущеннями, існують два серйозних джерела поточних і, можливо, майбутніх проблем розвитку та сум'ять щодо соціального і медичного страхування:

1. Дефектна та/або недостатньо зріла модель систем охорони здоров'я (особливо у країнах Центральної та Східної Європи);
2. Домінування галузевої страхової парадигми в теорії, доктрині та методології нейтралізації ризиків, що триває з 1930-х років.

Обидва ці вирішальні чинники визначили шлях розвитку соціального та медичного страхування, що тривалий час стимулюються численними детермінантами, такими як тип та організаційна зрілість моделі соціальної та медичної допомоги, що впроваджується в конкретних країнах, завдяки пануючій парадигмі страхування і, одночасно, низкою незалежних і напівзалежних обставин і умов.

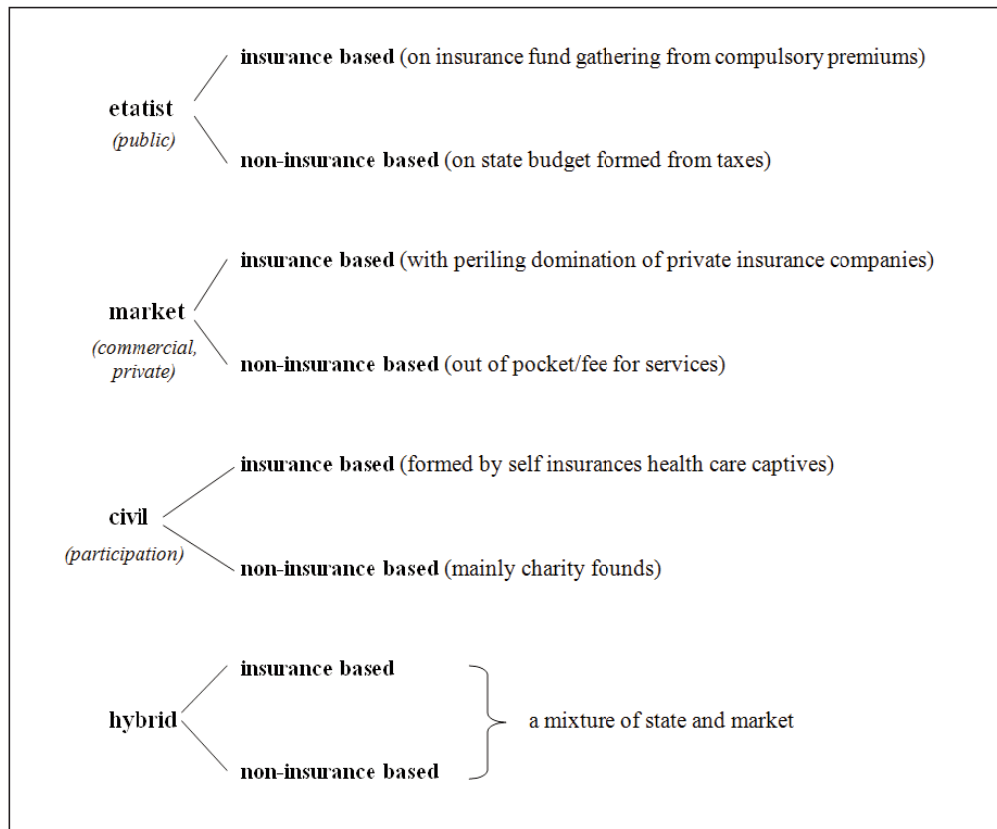
Посилаючись на перший згаданий фактор, дозвольте мені нагадати нам, що ми можемо диференціювати такі моделі охорони здоров'я:

- етатистська (державна) – публічна,
- ринкова (комерційна) – в основному приватна,
- громадянська (активність та участь громадян) – благодійна, зазвичай створена у формі спеціального фонду для підтримки певної групи пацієнтів, які страждають через важкі хвороби або хвороби,

Theoretically, taking into consideration various ways of financing health care services we can distinguish 8 different healthcare models:

- гібрид (змішана).

Теоретично, враховуючи різні способи фінансування медичних послуг, можна виділити 8 різних моделей охорони здоров'я: Є багато аргументів і багато доказів, що підтверджують висновок про те, що **най-**



There are many arguments and a great deal of proof supporting the conclusion that **the best one is the hybrid model**. The two leading advantages of hybrid (state/market) insurance healthcare system (IHCS) are:

- full cover of health risks by health insurance offer (products),
- financial balance of the system (due to an insurance fund formed by premiums adjusted to the scope of health risks and costs of treatment).

As a result, considering future insurance ways of social and health risks neutralization we are aware what are of pros and cons of insurance method of social and health risks protection in comparison with other methods; especially as regards the ways of financing these kinds of risks. Generally, financing social and health security is guaranteed by a state budget (coming from common taxes imposed on citizens). It concerns most of social risks and especially these health risks that can not be financed in another way, such as infections and epidemic diseases, mental diseases and generally all risks of health loss faced by people who are not in a position to pay for necessary treatment. The scope of health risks neutralization, defined in this way, is treated as a basic (fundamental) health care financed directly from the state budget or from a separate fund formed with common compulsory semi-premiums gathered as a specific percentage of citizen's incomes. Inasmuch as the level of percentage is not defined by actuarial risk evaluation but imposed arbitrarily by political decision makers, the fund chronically suffers from money shortage. Consequently, the scope of health risks covered by the health care system is restricted, quality of treatment is very poor and the degree of health care accessibility is very low.

The situation like this creates room for voluntary health insurances or – in case of lack of them – forces patients to cover their treatment directly out of pocket. To avoid a confusion caused by this situation, some formal legal re-

кращою є гібридна модель. Дві провідні переваги гібридної (державної / ринкової) системи охорони здоров'я (IHCS):

- повне покриття ризиків для здоров'я за пропозицією медичного страхування (продуктів),
- фінансовий баланс системи (за рахунок страхового фонду, сформованого за рахунок премій, орієнтованих на обсяг ризиків для здоров'я та витрат на лікування).

В результаті, враховуючи майбутні страхові шляхи нейтралізації соціальних ризиків та ризиків для здоров'я, ми усвідомлюємо, які є плюси і мінуси страхового методу захисту соціальних та медичних ризиків у порівнянні з іншими методами; особливо щодо способів фінансування цих видів ризиків. Загалом, фінансування соціального та медичного забезпечення гарантується державним бюджетом (виходячи з загальних податків, що збираються з громадян). Це стосується більшості соціальних ризиків і особливо тих ризиків для здоров'я, які не можуть бути профінансовані іншим способом, таких як інфекції та епідемічні захворювання, психічні захворювання та взагалі всі ризики втрати здоров'я, з якими стикаються люди, які не можуть платити за необхідне лікування. Визначений таким чином обсяг нейтралізації ризиків для здоров'я розглядається як основна (фундаментальна) медична допомога, що фінансується безпосередньо з державного бюджету або з окремого фонду, сформованого зі спільних обов'язкових внесків, зібраних як певний відсоток доходів громадян. Оскільки рівень процентної ставки не визначається оцінкою актуарного ризику, але встановлюється довільно політичними особами, що приймають рішення, фонд хронічно страждає від дефіциту грошей. Отже, обсяг ризиків для здоров'я, які охоплюються системою охорони здоров'я, обмежений, якість лікування дуже низька, а ступінь доступності медичної допомоги дуже низький.

gulations defining relationships between public and commercial health care sectors have to be done. Or else, the whole health care system as well as its patients are doomed to persist in deep illness. It is not the only reason for the contemporary social and health insurance deadlocks.

The second, but **not less important source of serious deadlocks**, on the way to social and health care insurance development, **is paradigm of so-called insurance industry**, where insurance is treated as a kind of regular state industry.

In insurance theory and practice we distinguish two paradigms:

- paradigm of market profits,
- paradigm of customer/client interest.

In the paradigm of market profits (insurance industry) insurance is treated as an economic device (exactly – financial instrument) to protect members of risk community against losses as plausible results of definite occurrences and threats. In contemporary practice (especially concerning property and personal insurance), it prevails in the formula of the so-called insurance industry that renders the initiative to insurers – producers of insurance products who prepare an offer according to their own interests consistently with the rule: if an offer meets social customer's demand, it means that the insurer fulfills his social and/or economic role. So, if a potential client is ready to buy a product offered by an insurer (producer), it proves that the product covers the client's needs and expectations. (!) As a result, the main purpose of the insurance company is only multiply the income. The bigger, the better!

In contrary to the paradigm of market profits (*insurance industry*), **the paradigm of consumer interest determines the ways and method of risk neutralization: (1) not allowing to initiate undesirable occurrences and/or (2) blocking, breaking or hold off threats and perils and/or (3) not permitting or, at least, limit losses.** To do that we must intervene into process of mechanism of risk re-

Така ситуація створює можливості для добровільного медичного страхування або – у разі їх відсутності – змушує пацієнтів покривати своє лікування безпосередньо з кишені. Щоб уникнути плутанини, спричиненої цією ситуацією, необхідно забезпечити належне правове регулювання, що визначатиме відносини між державними та комерційними секторами охорони здоров'я. Інакше, вся система охорони здоров'я, а також її пацієнти приречені на глибокі хвороби. Це не єдина причина для сучасних соціальних і медичних страхових тупиків.

Другим, але **не менш важливим джерелом серйозних тупиків** на шляху розвитку соціального та медичного страхування є **парадигма так званої страхової галузі**, де страхування розглядається як своєрідна державна промисловість. У теорії та практиці страхування ми виділяємо дві парадигми:

- парадигма ринкових прибутків,
- парадигма інтересу споживача/клієнта.

У парадигмі ринкових прибутків (страхової галузі) страхування трактується як економічний пристрій (саме – фінансовий інструмент) для захисту членів групи ризику від втрат як правдоподібних результатів певних явищ і загроз.

У сучасній практиці (особливо щодо майнового та особистого страхування) переважає формула так званої страхової індустрії, яка ініціює страховикам - виробникам страхових продуктів, які готують пропозицію відповідно до власних інтересів згідно з правилом: якщо пропозиція відповідає попиту соціального клієнта, це означає, що страховик виконує свою соціальну та / або економічну роль. Отже, якщо потенційний клієнт готовий придбати продукт, що пропонується страховиком (виробником), це доводить, що продукт охоплює потреби та очікування клієнта. (!) В результаті основна мета страхової компанії полягає лише в збільшенні доходу. Чим більше, тим краще!

alization – by methods of prophylactic and prevention. In order to do that efficiently consumers keep initiative to determine their needs and expectations concerning the kind and scope of risk to be covered by insurance products. The framework of this paradigm restricts the role of an insurer to constructing a product profitable to them but, most of all, it restricts it to covering the risk determined by the consumer (i.e. the risk that can violate consumer's interest). As a result, any insurance product conforms to consumer's interest and risk that can infringe and/or adversely affect their interest.

Managing risk according to the contemporary dominating market profits paradigm leads us to an appropriate method of risk neutralization. The first and foremost purpose of insurance according to this paradigm is financial (re)compensation for losses and harm determined by and limited to decisions written down in an insurance agreement. Financial compensation (usually estimated and paid after the final risk/occurrence realisation) is treated as the main and sufficient way of insurance protection. The real restitution of the insurance subject/object status, according to the state before the risk/occurrence realization is just a supplementary possibility.

Even more uncommon way of insurance protection is intervention into the process of risk/occurrence realization to avoid undesirable results of risk or, at least, to limit their scope/scale. Prevention (operating against recognized sources of threats and/or perils) as well as prophylaxis (acting for general security and resistance) are formally offered by insurers but in reality they have been treating these two ways of protection solely as a marketing trade mark of their insurance business.

In contrary to the insurance industry paradigm, the paradigm of consumer interest requires the accurate recognition of consumers/clients needs and expectations – their interests and adjustment of an insurance method and technics of managing risk to protect these inte-

На відміну від парадигми ринкових прибутків (страхової галузі), **парадигма споживчого інтересу визначає шляхи та метод нейтралізації ризику: (1) блокування небажаних випадків та / або (2) блокування, розрив або утримання загроз і небезпеки та / або (3) уникнення або, принаймні, обмеження втрат**. Для цього необхідно втрутитися в процес механізму реалізації ризику - методами профілактики та запобігання. Для того, щоб зробити це ефективно, споживачі зберігають ініціативу, щоб визначити свої потреби та очікування щодо виду та обсягу ризиків, які повинні покриватися страховими продуктами. У рамках цієї парадигми роль страховика обмежується створенням прибуткового для них продукту, але, перш за все, це обмежує його покриття ризику, визначеного споживачем (тобто ризик, який може порушити інтереси споживачів). Як результат, будь-який страховий продукт відповідає інтересам споживача та ризику, який може порушити та / або негативно вплинути на їхні інтереси.

Управління ризиками відповідно до сучасної домінуючої парадигми ринкових прибутків призводить до відповідного методу нейтралізації ризику. Першою і найголовнішою метою страхування відповідно до цієї парадигми є фінансова (повторна) компенсація втрат і шкоди, яка визначається та обмежується рішеннями, записаними у договорі страхування. Фінансова компенсація (зазвичай оцінюється і сплачується після остаточного здійснення ризику / події) розглядається як основний і достатній спосіб страхового захисту. Реальна реституція статусу страхового суб'єкта / об'єкта перед реалізацією ризику / події є лише додатковою можливістю.

Ще більш незвичайним способом страхового захисту є втручання в процес реалізації ризику / явища з метою уникнення небажаних наслідків ризику або, принаймні, обмеження їх обсягу/масштабу. Запобігання

rests. Whereas in case of most property risks and some personal risks (e.g. risk of death) financial compensation for harms and losses can fully satisfy the consumers/clients (especially if harm or loss of an object matches their real interests), in case of the most common personal risks (especially health risk), the best ways of risk neutralization are prevention and intervention in the process of risk realization (with respect to health risks and treatment) and additionally, but not necessarily, it secures financial compensation.

That is why the main purpose of this insurance paradigm is to intervene in the mechanism of risk realization, to avoid or at least to restrict the scale of potential health losses.

Besides problems caused by current defective health systems implemented in the country and prevailing in theory, doctrine and insurance practice paradigm of market profits, there are some independent or semi-dependent determinants of healthcare system effectiveness. The most essential determinants and conditions are according to importance:

- social and cultural (biases, habits, prejudices, superstitions, ...) that formed our health values, needs, expectations,
- ideological and political influences,
- religious influences,
- epidemiological threats,
- economic conditions,
- formal and legal regulations (legal provisions),
- infrastructural restrictions (conditioning possible or impossible definite kind of medical procedures),
- demographical determinations (changes in social structure and consequences of demographic revolution, e.g. aging of society),
- human resources & competence-based (number of doctors, nurses per number of potential patients, competences of health suppliers),

(дія проти визнаних джерел загроз та / або небезпек), а також профілактика (що впливає на загальну безпеку та опір) формально пропонуються страховиками, але насправді вони розглядають ці два способи захисту виключно як торгову марку свого страхового бізнесу.

На відміну від парадигми страхової індустрії, парадигма споживчих інтересів вимагає чіткого визнання потреб та очікувань споживачів / клієнтів - їх інтересів та коригування страхового методу і техніки управління ризиками для захисту цих інтересів. Оскільки у випадку більшості майнових ризиків та деяких особистих ризиків (наприклад, ризик смерті), фінансова компенсація за шкоду та збитки може повністю задовольнити споживачів / клієнтів (особливо якщо шкода або втрата об'єкта відповідає їхнім реальним інтересам), у більшості загальних особистих ризиків (особливо ризиків для здоров'я), найкращим способом нейтралізації ризику є запобігання та втручання в процес реалізації ризику (з огляду на ризики для здоров'я та лікування) і додатково, але не обов'язково, це забезпечує фінансову компенсацію.

Тому основною метою цієї страхової парадигми є втручання в механізм реалізації ризику, уникнення або принаймні обмеження масштабів потенційної шкоди здоров'ю.

Окрім проблем, спричинених існуючими в країні недосконалими системами охорони здоров'я та переважаючими в теорії, доктрині та практиці страхування ринкових прибутків, існують деякі незалежні чи напівзалежні детермінанти ефективності системи охорони здоров'я. Найважливіші детермінанти та умови відповідно до важливості:

- соціальні та культурні (упередження, звички, забобони, пересуди, ...), які сформували наші цінності, потреби, очікування здоров'я,
- ідеологічні та політичні впливи,
- релігійні впливи,

- organizational and managerial restrictions concerning political decision-makers and directors of health care system entities,
- professional preparation of health care system managerial staff (knowledge, skills, experience).

What should be done to work out and implement insurance risk neutralization methods, ways and techniques appropriate to the nature and specific character of social and health risks? The best ways to develop insurance theory, doctrine and method are:

1. Widening the scope of risk definition and the sense of insurance by reinterpretation insurance imponderables that form the idea of insurance, especially such as: solidarity, freedom (“for” and “from”), justice, equality, efficiency (in achieving goals), economic effectiveness as well as risk and interest of a given social group, risk occurrence, threats, perils, harms, losses, (re)compensation, satisfaction of all stakeholders.
2. Enriching the insurance doctrine with new rules and standards of prevention and prophylaxis as well as intervening in the process mechanism of risk realization (not only the losses (re)compensating financially, which are mainly property losses and partially personal losses).

Equally important are the questions such as what should be done to make the existing hybrid insurance-based system of health-care more efficient, especially how to make it coherent with commercial private-free-market sector of the health care system, how to make them complementary (to complement one another), how to adjust these two sectors to make them reciprocally supportive instead of reciprocally competitive or even hostile?

Regardless from many possible ways of existing health care system improvement **the first**

- епідеміологічні загрози,
- економічні умови,
- формальні та правові норми (правові положення),
- інфраструктурні обмеження (обумовленість можливістю або неможливістю певного виду медичних процедур),
- демографічні критерії (зміни в соціальній структурі та наслідки демографічної революції, наприклад, старіння населення),
- людські ресурси та компетентність (кількість лікарів, медсестер на кількість потенційних пацієнтів, компетенції постачальників медичних послуг),
- організаційні та управлінські обмеження щодо політичних осіб, які приймають рішення, та директорів суб'єктів системи охорони здоров'я,
- професійна підготовка управлінського персоналу системи охорони здоров'я (знання, навички, досвід).

Що необхідно зробити для розробки та впровадження методів нейтралізації страхових ризиків, способів і методів, що відповідають характеру та специфіці соціальних ризиків та ризиків для здоров'я? Найкращими шляхами розробки теорії страхування, доктрини і методу є:

1. Розширення сфери визначення ризику та сенсу страхування шляхом переосмислення страхових факторів, що формують ідею страхування, зокрема таких, як: солідарність, свобода, справедливість, рівність, ефективність (у досягненні цілей) економічна ефективність, а також ризик та інтереси певної соціальної групи, виникнення ризику, загроз, небезпек, шкоди, збитків, компенсації, задоволення всіх зацікавлених сторін.

stage of the reform should consist in the three following steps of changes:

1. Improvement of existing hybrid (state/market) insurance-based model of health care by:
 - improving the existing health care system via implementing real insurance rules and mechanisms to guaranteed financial balance of the system (due to insurance fund formed by premiums adjusted as closely as possible to the scope of health risks and costs of treatment),
 - implementing a guaranteed health care benefits basket to clearly and precisely separate both sectors: state/public and commercial/private and make them complementary (to complement – one another)
2. Providing the government staff – civil servants, members of government administration, directors and officers of health care system entities with necessary knowledge about organizational and functional rules of the system and practical skills on how to manage the system effectively. The same applies to executive officers of private insurance companies and another private entities of health care system.
3. Working out new ways of constructing health care insurance products, covering precisely the real needs and interests of consumers/clients and making them simultaneously profitable for insurers.

2. Збагачення доктрини страхування новими правилами і стандартами профілактики та запобігання, а також втручання в механізм реалізації ризику (не тільки втрати компенсації матеріально, які є переважно майновими втратами і частково особистими втратами).

Не менш важливими є такі питання, як: що потрібно зробити, щоб вдосконалити існуючу гібридну систему охорони здоров'я, зокрема, як зробити її узгодженою з комерційним сектором приватного вільного ринку системи охорони здоров'я, як зробити їх взаємодоповнюючими, як налагодити ці два сектори, щоб забезпечити їх взаємну підтримку замість взаємної конкуренції або навіть ворожнечі?

Зважаючи на багато можливих шляхів удосконалення існуючої системи охорони здоров'я, **перший етап реформи повинен складатися з трьох наступних кроків змін:**

1. Удосконалення існуючої гібридної (державної/ринкової) страхової моделі охорони здоров'я шляхом:
 - вдосконалення існуючої системи охорони здоров'я шляхом впровадження реальних страхових правил та механізмів гарантованого фінансового балансу системи (за рахунок страхового фонду, сформованого з максимально наближених премій до обсягу ризиків для здоров'я та витрат на лікування),
 - впровадження гарантованого кошика пільг на охорону здоров'я для чіткого і точного поділу обох секторів: державного / державного та комерційного / приватного; зробити їх взаємодоповнюючими.
2. Забезпечення державних службовців – публічних осіб, членів державної адміністрації, директорів та посадових осіб органів охорони здоров'я необхідними

знаннями про організаційні та функціональні правила системи та практичні навички щодо ефективного управління системою. Те ж саме стосується керівників приватних страхових компаній та інших приватних суб'єктів системи охорони здоров'я.

3. Розробка нових способів побудови страхових продуктів охорони здоров'я, що покривають саме реальні потреби та інтереси споживачів / клієнтів і роблять їх одночасно прибутковими для страховиків.