



*Аналітична записка*

*Серія ««Соціальна політика»», № 16, 2020*

О. П. Коваль, д. е. н., доцент, с. н. с.,  
 головний консультант відділу соціальної стратегії  
 центру економічних та соціальних досліджень Національного інституту  
 стратегічних досліджень

## **ЩОДО ПРАВА ЛІТНІХ ЛЮДЕЙ НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ**

Рівень та якість надання медичної допомоги особам літнього віку традиційно є предметом нарікань та критики з боку науковців, експертів та пересічних громадян. Формування потреб літніх людей у медичній допомозі визначається особливостями захворюваності у цьому віці.

Попри те, що загальний рівень захворюваності осіб літнього віку не перевищує середній по Україні, деякі класи хвороб суттєво впливають на якість життя наших співгромадян на пізніх етапах їхнього життя. Так, жінки віком 55 років і старші та чоловіки віком 60 років і старші є лідерами із захворюваності на хвороби системи кровообігу та захворюваності на новоутворення. Також, порівняно високими є у цьому віці захворюваність на хвороби ока та придаткового апарату, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, хвороби ендокринної системи, розладу харчування, порушення обміну речовин. Унаслідок високого рівня захворюваності станом на кінець 2019 р. близько 14 млн осіб літнього віку перебувало під диспансерним наглядом. Найбільша кількість громадян похилого віку стоїть на обліку у зв'язку з хронічним характером зазначених захворювань.

Об'єктивні показники захворюваності суттєво впливають на самооцінку населенням похилого віку стану свого здоров'я. Так, майже кожен четвертий чоловік (24,6 %) у віці 60 років і старше та майже кожна третя жінка (30,8 %) у віці 59 років і старше оцінюють свій стан здоров'я як «поганий»<sup>1</sup>. Майже половина (48,5 %) чоловіків та більше половини (52,3 %) жінок вважають, що перенесені протягом останнього року захворювання негативно вплинули на їхню життєву активність.

Рівень доступності медичної допомоги, можливості придбання ліків та медичного

<sup>1</sup> Тут і далі за даними Держстату. Статистичний збірник «Самооцінка населенням стану здоров'я» та рівня доступності окремих видів допомоги у 2018 р.»

приладдя для літніх людей наведено у табл. 1.

Таблиця 1

**Рівень доступності медичної допомоги, можливості придбання ліків та медичного приладдя для літніх людей**

Кількість домогосподарств без дітей, у яких хто-небудь із членів при потребі не зміг через занадто високу вартість	Домогосподарства з однієї особи у непрацездатному віці (%)	Домогосподарства з двох і більше осіб (%)	
		у працездатному та у непрацездатному віці	у непрацездатному віці
придбати ліки	96,9	98,2	97,3
придбати медичне приладдя	98,8	100,0	98,1
відвідати лікаря	55,1	64,3	50,1
провести медичне обстеження	88,5	89,2	85,8
отримати лікувальні процедури	93,5	87,2	86,2
отримати лікування у стаціонарі	93,6	94,7	91,0

*Джерело: Статистичний збірник «Самооцінка населенням стану здоров'я» та рівня доступності окремих видів допомоги у 2018 р.»*

Як видно з таблиці, рівень доступності медичної допомоги, можливості придбання ліків та медичного приладдя для літніх людей може бути охарактеризований як катастрофічно низький. По кожній з наведених категорій показник не знижується нижче 50 %, сягаючи в окремих випадках 100 %.

Тому актуальним завданням сьогодення є забезпечення доступного лікування літніх людей. Трьома основними критеріями якості охорони здоров'я в усьому світі є: якість надання медичних послуг, їх територіальна та економічна доступність. Якщо перші два критерії є актуальними для всього населення України, то третій (доступність по грошам) відіграє особливо важливу роль саме для літніх людей через незадовільний рівень їхніх доходів.

При виробленні державної політики в цій сфері слід враховувати наступне. Уся множина національних систем охорони здоров'я є варіаціями за двома критеріями: суб'єктність платника за медичні послуги та суб'єктність надавача медичних послуг.

Платником за медичні послуги можуть бути:

1. Держава та/або територіальні громади. Джерелом грошових коштів є податкові та інші надходження до відповідних бюджетів.
2. Спеціалізований страховий фонд (за участі працівника або без такої). Джерелом коштів є частина заробітної плати (або нарахування на неї) у вигляді обов'язкових внесків.
3. Пацієнт (прямо чи через добровільну участь у приватній страховій компанії). Джерелом коштів є гроші пацієнта.
4. Комбінації з вищенаведених.

Наразі в Україні платниками за медичні послуги є перший та третій суб'єкти. Питома вага кожного з джерел в конкретній країні може слугувати ознакою тяжіння системи охорони здоров'я до однієї з чотирьох узагальнених моделей.

Жодне з наведених джерел фінансування не можна вважати оптимальним, оскільки усі вони мають індивідуальні недоліки. Тому конкретна комбінація диверсифікації джерел забезпечення медичної галузі має визначатись індивідуальними особливостями країни.

З нашої точки зору, архітектура реформованої системи охорони здоров'я України має виглядати наступним чином:

1. Державне (муніципальне) фінансування закладів охорони здоров'я має зберегтися.

2. Має бути запроваджена система обов'язкового медичного страхування. Таке страхування згідно з чинним законодавством має здійснюватись через нині діючий Фонд соціального страхування України. З урахуванням рішення Конституційного Суду України від 29 травня 2002 р. № 10-рп / 2002 (справа № 1 – 13/2002) платником внесків до Фонду має бути виключно роботодавець.

3. Нині діюча система добровільного медичного страхування через приватні страхові компанії має зберегтися.

Суб'єктність надавача медичних послуг є дещо менш значущим, проте важливим критерієм. Надавачами медичних послуг можуть бути:

- державні (муніципальні, відомчі) медичні заклади;
- приватні медичні заклади;
- їх комбінація.

Наразі останній варіант є найбільш поширеним в світі. Україна за цим критерієм цілком відповідає найкращим світовим практикам.

Тому в контексті права літніх людей на медичну допомогу невідкладним кроком в подальшому реформуванні вбачається запровадження загальнообов'язкового медичного страхування, яке має стати не субститутом, а доповненням до нинішньої системи фінансування системи охорони здоров'я. Саме страхові кошти, а не кошти державного фінансування мають стати «грошами, які ходять за пацієнтом» та забезпечити літнім людям якісне лікування.

Не можна обійти увагою і наступний аспект. Якщо йдеться про цю категорію громадян, то на перший план виходять вікові особливості, які потребують від їхніх носіїв пристосування до суспільства і пристосування суспільства до них в силу низки соматичних (тілесних) та психічних змін особистості, а також в зв'язку зі змінами в особистому житті та навколишньому оточенні.

Існуюча система підтримки та захисту літніх людей в Україні перебуває в процесі модернізації. У зв'язку з цим постає питання щодо доцільності запровадження в Україні окремих механізмів соціального страхування ризиків старості, в тому числі і геріатричного (по догляду) страхування<sup>2</sup> – виду цивільно-правових відносин щодо надання послуг грошового та негрошового характеру по догляду за людиною. Такі моделі поширені у багатьох розвинених країнах, зокрема, Німеччині, Японії, Ізраїлі тощо. Цей вид страхування забезпечує страховий захист у випадках, коли людина не може самостійно виконувати основні життєві функції внаслідок того чи іншого розладу, зокрема:

- фізичні розлади: відсутність здатності самостійно вставати, лягати, сидати, пересуватися, додержуватись санітарно-гігієнічних норм, приймати їжу та напої, контролювати справляння природних потреб;
- психічні розлади: порушення розумових здібностей, душевне захворювання, психічний розлад, втрата пам'яті.

Геріатричне страхування поширене у країнах з розвинутими страховими системами насамперед тому, що щоденна турбота про непрацездатних родичів чи близьких людей може бути надлишково обтяжливою навіть для найвідданіших людей, не кажучи вже про випадки, коли таких людей поруч нема.

В Україні певну частину функцій геріатричного страхування покладено на інститут соціальних послуг – комплекс заходів з надання допомоги особам, окремим соціальним групам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх

<sup>2</sup> Подеколи його називають довгостроковим страхуванням (Long-Term Care, або LTC).

подолати, з метою розв'язання їхніх життєвих проблем. Перелік соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати, затверджено Законом України «Про соціальні послуги»<sup>3</sup>.

Забезпечення населення геріатричною допомогою відноситься до компетенції Міністерства соціальної політики України, особливо в частині надання соціально-побутової допомоги самотнім особам похилого віку. У системі Мінсоцполітики функціонують будинки-інтернати для громадян похилого віку та інвалідів і територіальні центри соціального обслуговування. Наприклад, у 2018 р. мережа закладів та установ, що надають соціальні послуги, налічувала близько 2 тис. суб'єктів, якими обслуговується майже 3 млн осіб, зокрема:

- 676 територіальних центрів соціального обслуговування (надання соціальних послуг) (далі – терцентри), з яких 83 – в об'єднаних територіальних громадах;
- 69 центрів надання соціальних послуг (в об'єднаних територіальних громадах);
- 286 будинків-інтернатів для громадян похилого віку, осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю, психоневрологічних інтернатів, (далі – будинки-інтернати).

Наказами Мінсоцполітики затверджено Методичні рекомендації з культурно-дозвілєвої діяльності для громадян похилого віку, осіб з інвалідністю в інтернатних закладах / установах системи соціального захисту населення та Методичні рекомендації щодо організації працетерапії для громадян похилого віку

На виконання Угоди про асоціацію між Україною з однієї сторони та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії та їхніми державами-членами, з іншої сторони, Мадридського міжнародного плану дій з питань старіння, Європейської регіональної стратегії вперше в Україні розроблено Стратегію державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 року, яку схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 11.01.2018 (далі – Стратегія), яка передбачає реалізацію комплексних заходів щодо підтримки громадян похилого віку, їх інтегрування в суспільний розвиток, підвищення якості їхнього життя, захисту їхніх прав.

Для досягнення цілей цієї Стратегії розроблено й затверджено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 26.09.2018 № 688 план заходів з її реалізації.

Набувають розвитку інноваційні соціальні послуги. Протягом 2018 р. територіальними центрами соціального обслуговування (надання) соціальних послуг запроваджено:

- соціально-педагогічну послугу „Університети третього віку”, яку отримали більше 42 тис. осіб у всіх областях України;
- паліативний догляд за місцем проживання вдома – понад 200 осіб (Хмельницька, Харківська, Черкаська області та м. Київ);

Близько 71 тис. громадян похилого віку та інвалідів отримують соціальні послуги від непрацюючих фізичних осіб<sup>4</sup>.

Попри це, роботу соціальних служб не можна вважати повноцінною альтернативою геріатричному страхуванню з трьох причин:

- номенклатура соціальних послуг, яка не прокриває усіх потреб громадян;
- недостатня кількість соціальних працівників;
- недостатнє фінансування.

Ці три обставини не дозволяють забезпечити повноцінний щоденний догляд за людьми, які цього потребують. Справа ускладнюється тим, що геріатричні послуги – це особливий вид діяльності, спрямованої на задоволення специфічних потреб населення у діагностиці, лікуванні та профілактиці вікових патологій, а також організації соціально-

<sup>3</sup> Закон України «Про соціальні послуги» від 17 січня 2019 року № 2671-VIII // Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19>

<sup>4</sup> Соціальний звіт за 2018 рік // Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.msp.gov.ua/news/17003.html>

медичної, реабілітаційної, психологічної та соціально-побутової допомоги особам старших вікових груп. Суть геріатричної допомоги населенню полягає у здійсненні лікування та веденні медико-санітарного догляду за особами похилого віку, включаючи комплекс діагностичних заходів, а також у наданні цілого спектру соціальних, у т.ч. побутових та психологічних послуг населенню. Виникнення потреби у соціальних послугах спричиняється у населення похилого віку здебільшого появою труднощів у самообслуговуванні внаслідок певних патологій<sup>5</sup>.

Головними вадами системи геріатричної допомоги в Україні слід вважати наступні:

- недостатня кількість місць у спеціалізованих державних закладах;
- фінансова недоступність послуг у приватних закладах;
- територіальна недоступність (недостатня розгалуженість мережі) державних та приватних закладів;
- слабка обізнаність населення про види геріатричних послуг.

Саме тому одним з перспективних напрямів підвищення якості геріатричних послуг вбачається запровадження в Україні геріатричного страхування. Цей вид страхування має бути спрямовано на задоволення потреб пенсіонерів, насамперед старшого та частково середнього віку – період, коли життєві акценти зміщуються у бік забезпечення доступу до медичної та лікарської допомоги та потреби у сторонньому догляді. З певними обмовками можна стверджувати, що геріатричне страхування є таким собі симбіозом медичного страхування з соціальним обслуговуванням і навіть, подеколи, з соціальною інтеграцією.

У вітчизняних демографічних реаліях, в яких кількість людей похилого віку з часом лише зростатиме, розвиток геріатричного страхування набуватиме дедалі більшої актуальності. Геріатричне страхування дозволить обачливим особам заздалегідь піклуватись про власну старість та старість родичів чи близьких за рахунок посильних щомісячних внесків, які забезпечать гарантію догляду у разі необхідності.

Програми додаткового геріатричного (медико-соціального) страхування пенсіонерів старших вікових груп можуть передбачати дві форми страхового відшкодування:

- у натуральній формі як певний набір медико-соціальних послуг
- у вигляді компенсації в грошовій формі медико-соціальних витрат, понесених застрахованими особами пенсійного віку.

Програма відшкодування в натуральній формі може передбачати оплату страховиком із страхових фондів лікарських препаратів, проведення моніторингу стану здоров'я і медичного консультування з використанням телемедичних технологій, а також інші послуги медичного та соціального характеру.

У цьому випадку додаткове геріатричне страхування може бути складовою базової програми обов'язкового медичного страхування програми державних гарантій надання безкоштовної медичної допомоги.

Соціальний захист в геріатричному страхуванні втілюється в збереженні досягнутого рівня життя застрахованої особи за допомогою механізмів компенсації втраченого заробітку або додаткових непередбачуваних витрат, пов'язаних з лікуванням та реабілітацією (медичною, професійною або соціальною). Соціально-захисна функція є цілепокладальною для двох інших: відтворюваної та перерозподільної.

*Відтворювальна функція.* Її діапазон у часі простягається на весь життєвий цикл людини. Це означає, що розмір відшкодування вартості витрат на відтворення робочої сили визначається набором потреб не тільки в активні періоди трудового життя працівника, але й протягом періоду втрати працездатності.

*Перерозподільна функція (функція акумуляції та солідарного перерозподілу*

<sup>5</sup> Бачинська М. В. Організація системи геріатричної допомоги населенню: досвід європейських країн / М. В. Бачинська // [Соціально-економічні проблеми сучасного періоду України](http://www.irbis-nbu.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbu/cgiiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&S21P03=FILE=&S21STR=sepspu_2014_5_52). - 2014. - Вип. 5. - С. 459-467 // Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.irbis-nbu.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbu/cgiiirbis\\_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP\\_meta&C21COM=S&S21P03=FILE=&S21STR=sepspu\\_2014\\_5\\_52](http://www.irbis-nbu.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbu/cgiiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&S21P03=FILE=&S21STR=sepspu_2014_5_52)

*страхових резервів при настанні страхових випадків*). Ця функція дозволяє забезпечити перерозподіл страхових коштів з позиції солідарної участі застрахованих осіб в наданні матеріальної допомоги тим з них, для кого настає страховий випадок.

Враховуючи демографічні перспективи, вважаємо за доцільне започаткувати на експертному рівні дискусію щодо доцільності запровадження в Україні геріатричного страхування на наступних концептуальних засадах:

а) геріатричне страхування функціонує на квазідобровільній основі – працівник, отримавши робоче місце, автоматично включається до програми, але може у будь-який момент прийняти рішення про вихід з неї;

б) геріатричне страхування належить до компетенції Фонду соціального страхування України як складова медичного страхування; після двох років його функціонування до геріатричного страхування можуть долучатись приватні страхові компанії, що матимуть відповідну ліцензію;

в) джерелом фінансування геріатричного страхування мають стати відрахування з заробітної плати працівника та/або добровільні внески<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Детальніше про геріатричне страхування див.: Геріатричне страхування в Україні: навіщо і як?. аналіт. доп. / О.П. Коваль. – К.: НІСД, 2017. – 32 с // Електронний ресурс]. – Режим доступу: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/koval/Мои%20документы/geriatrychn-4c5dc.pdf>