

# **ГЕРІАТРИЧНЕ СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ : НАВІЩО І ЯК?**

*Аналітична доповідь*

КИЇВ - 2017



*За повного або часткового відтворення матеріалів даної публікації  
посилання на видання обов'язкове*

Автор:

**Коваль О.П.** – д.е.н., с.н.с., головний науковий співробітник відділу соціальної безпеки

Геріатричне страхування в Україні: навіщо і як?. аналіт. доп. /  
О.П. Коваль. – К.: НІСД, 2017. – 32 с.

Проаналізовано систему соціального страхування в Україні. Обґрунтовано необхідність запровадження геріатричного страхування в контексті демографічної ситуації, що склалася в Україні. Запропоновано основні концептуальні засади, на яких має бути запроваджено геріатричне страхування.

Для фахівців у сфері соціального страхування та соціальних послуг.

© Національний інститут стратегічних досліджень, 2017 р.

## ЗМІСТ

ЗМІСТ .....	3
ВСТУП .....	4
1. Геріатричне страхування: сутність, принципи, функції .....	5
1.1. Геріатрична допомога населенню похилого віку в Україні та у світі .....	5
1.2. «Геріатрична пастка» .....	8
1.3. Принципи і функції геріатричного страхування .....	11
2. Концептуальні засади запровадження геріатричного страхування .....	13
3. Рекомендації .....	19
ПІСЛЯМОВА .....	20
Додатки. Міжнародний досвід геріатричного страхування .....	22
Додаток 1. Структура системи страхування в Україні.....	22
Додаток 2. Міжнародний досвід геріатричного страхування. Німеччина.....	25
Додаток 3. Міжнародний досвід геріатричного страхування. Японія .....	26
Додаток 4. Міжнародний досвід геріатричного страхування. Ізраїль .....	29

Если ты не внемлешь благоразумию,  
то оно тебе обязательно отомстит.

*Бенджамин Франклин*

Когда умные люди не исключают возможность фиаско,  
они готовятся к нему заранее.

*Дмитрий Силлов. Закон Наёмника*

## ВСТУП

Існуюча система підтримки та захисту людей похилого віку в Україні перебуває в процесі модернізації. У зв'язку з цим постає питання щодо доцільності запровадження в Україні окремих механізмів соціального страхування ризиків старості, включаючи медичне і геріатричне (по догляду) страхування. Відповідь на це питання може підказати досвід багатьох розвинутих країн, зокрема, Німеччини, Японії, Ізраїлю тощо.

Якщо вести мову про соціальну адаптацію і соціальну інтеграцію людей похилого віку, на перший план виходять вікові особливості, які потребують від них 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.

Це пов'язане з тим, що виклики старості не прості. Відповідь на них дає сама людина. Багато залежить від її індивідуальних особливостей, освіти, життєвого досвіду та пріоритетних духовних цінностей. Крім того, літні люди різняться як по рівню сприйняття нового, так й своїми творчими здібностями. Отже, літні люди представляють собою світ індивідуальностей, чия широка палітра життєвих устремлінь не піддається спрощеній класифікації.

Тому спеціалістам у галузі пенсійного та медичного страхування, працівникам соціальних служб, волонтерам і просто небайдужим громадянам важливо мати системні уявлення про соціальні проблеми людей похилого віку, про можливості й обмеження діючих на сьогодні систем обов'язкового та добровільного медичного страхування, а також про шляхи формування ефективних геріатричних соціальних служб<sup>1</sup>.

Діюча на сьогодні в Україні система соціального захисту осіб похилого віку не завжди, а подеколи й взагалі не передбачає ефективних заходів допомоги літнім людям. Більше того, стан системи соціального догляду за старими, яка дісталась нам у спадок від СРСР, у силу об'єктивних та суб'єктивних причин невпинно погіршується.

Одним із видів ризиків старості є підвищений ризик захворюваності. Хворі люди потребують медичної допомоги та догляду незалежно від своїх статків або соціального статусу. Тому у літніх людей більш високий рівень потреб у медичній допомозі і на них припадає значна доля медичних і соціальних послуг. Особливо характерно це для старших вікових груп. Особи віком 65 років та старше вдаються до медичної допомоги вдвічі частіше, ніж населення в цілому. Хоча їх частка не перевищує 10 % від чисельності всього

---

<sup>1</sup> Ройк В. Пожилые и стареющий социум России: выбор модели жизнедеятельности // Электронный ресурс]. – Режим доступа:

[https://books.google.ru/books?id=Eb0ODQAAQBAJ&pg=PT264&lpg=PT264&dq="геріатрическое+страховани е"&source=bl&ots=OLhSXF1BUG&sig=1OySWFSkHONvpDPBbynzJBiko6E&hl=ru&sa=X&ved=0ahUKEwi2ipDSn6TVAhXod5oKHTcmC5QQ6AEIKDAB#v=onepage&q=%22%D0%B3%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5%20%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%85%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5%22&f=false](https://books.google.ru/books?id=Eb0ODQAAQBAJ&pg=PT264&lpg=PT264&dq=)

населення в економічно розвинених країнах, на них припадає не менше 35 % сукупних витратків на охорону здоров'я та соціальне обслуговування.

Стан здоров'я виступає визначальним чинником, від якого залежить вибудовування життєвих стратегій у похилому віці: орієнтація на трудову чи громадську діяльність або на заслужений відпочинок, що дозволяє підтримувати згасаючі сили, вибір способу життя (у сім'ї чи самотньо), включаючи визначення необхідності в соціальній підтримці з боку соціальних закладів або родинній допомозі.

Хвороби ведуть до зниження працездатності або навіть безпорадності, в силу чого літні люди стають залежними від сторонньої допомоги. Слабке розуміння загроз захворювань з точки зору фінансових витрат та природна людська необачність по суті є великим гальмом у формуванні інститутів і культури медичного, пенсійного та геріатричного страхування в Україні.

Перше по важливості питання в розробці продуманої державної соціальної політики по відношенню до старих – це наявність доступної інформації при ризику захворюваності та їх матеріальні наслідки. Це досить високі, а подеколи й просто невідомі для пересічного українця та членів його родини витрати. Ось чому надзвичайно важливою задачею є забезпечення громадян достовірною інформацією щодо ризиків старості а також формування на державному рівні медико-біологічних механізмів і спеціалізованих систем їх (ризиків) оцінки.

Про проблеми старості слід регулярно нагадувати громадянам задля виховання у них почуття «реальної присутності підвищеного ризику» захворювань у похилому віці, у тому числі й із вкрай тяжкими наслідками. Це необхідна цільова установка по виробленню в українців почуття стурбованості та передбачливості щодо свого соціального захисту в старості, що допоможе їм стати відповідальнішими у формуванні своєї життєвої стратегії<sup>2</sup>. В умовах ринкової економіки принцип особистої відповідальності є основним принципом побудови і розвитку національних систем соціального страхування, який втілений у фінансовому механізмі компенсацій наслідку соціального ризику зусиллями самих громадян.

## **1. ГЕРІАТРИЧНЕ СТРАХУВАННЯ: СУТНІСТЬ, ПРИНЦИПИ, ФУНКЦІЇ**

### **1.1. Геріатрична допомога населенню похилого віку в Україні та у світі**

У широкому сенсі страхування – це вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних осіб та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними особами та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) та доходів від розміщення коштів цих фондів.

З надширокого переліку видів страхування, що функціонує в Україні (наразі більше п'ятидесяти) для цілей цієї доповіді виділимо соціальне страхування – організаційно-

---

<sup>2 2</sup> Роик В. Пожилые и стареющий социум России: выбор модели жизнедеятельности // Электронный ресурс]. – Режим доступа:

[https://books.google.ru/books?id=Eb0ODQAAQBAJ&pg=PT264&lpg=PT264&dq="геріатрическое+страховани е"&source=bl&ots=OLhSXF1BUG&sig=1OySWFSkHONvDPBbynzJBiko6E&hl=ru&sa=X&ved=0ahUKEwi2ipDSn6TVAhXod5oKHTcmC5QQ6AEIKDAB#v=onepage&q=%22%D0%B3%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5%20%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%85%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5%22&f=false](https://books.google.ru/books?id=Eb0ODQAAQBAJ&pg=PT264&lpg=PT264&dq=)

економічний інститут захисту громадян від соціальних ризиків<sup>3</sup>, що функціонує на страховому принципі. Наразі в Україні функціонує щонайменше 19 видів страхування, що мають ознаки соціального. Структура системи страхування в Україні наведена у додатку 1.

Здавалося б, таке розмаїття видів соціального страхування має покривати усі ризики у соціальній сфері. Насправді, це не зовсім так. У світовій практиці існують деякі види соціального страхування, які з тих чи інших причин не застосовуються в Україні. Зокрема, одним із таких видів є страхування по догляду.

Страхування по догляду<sup>4</sup> – вид цивільно-правових відносин щодо надання послуг грошового та не грошового характеру по догляду за людиною. Цей вид страхування забезпечує страховий захист у випадках, коли людина з тих чи інших причин 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.

Страхування по догляду набуло широкого розповсюдження 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.

Справедливості заради слід зазначити, що в Україні певну частину функцій страхування по догляду покладено на інститут соціальних послуг. Згідно Закону України «Про соціальні послуги»<sup>5</sup>: «соціальні послуги – комплекс заходів із надання допомоги особам, окремим соціальним групам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати, з метою розв'язання їх життєвих проблем». Перелік соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати, затверджено наказом Міністерства соціальної політики України<sup>6</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 2016 р. мережа закладів та установ, що надають соціальні послуги, налічувала близько 2 тис. суб'єктів, якими обслуговується майже 2 млн осіб, зокрема:

- 667 територіальних центрів соціального обслуговування (надання соціальних послуг);
- 287 будинків-інтернатів для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю<sup>7</sup>.

Близько 68 тис. громадян похилого віку та осіб з інвалідністю отримують соціальні послуги від фізичних осіб згідно з Порядком призначення і виплати компенсації фізичним особам, які надають соціальні послуги<sup>8</sup>.

<sup>3</sup> Різнопланові сутності (економічна, суспільна, медична, духовна тощо) явища «соціальний ризик» підлягають окремому висвітленню. Для цілей цього дослідження під цим терміном будемо мати на увазі ризики погіршення добробуту громадян, пов'язані з їх життям, здоров'ям та працездатністю.

<sup>4</sup> Подеколи його називають довгостроковим страхуванням (Long-Term Care, або LTC)

<sup>5</sup> Закон України «Про соціальні послуги» від 19 червня 2003 року № N 966-IV

<sup>6</sup> Перелік соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати, затверджений наказом міністерства соціальної політики України від 19 вересня 2012 року № 537.

<sup>7</sup> Соціальний звіт за 2016 рік // Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.msp.gov.ua/timeline/Socialni-zviti-.html>

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

- вичерпність переліку соціальних послуг, який не прокриває усіх потреб громадян;
- недостатня кількість соціальних працівників;
- недостатнє фінансування з боку держави.

Ці три обставини не дозволяють забезпечити повноцінний щоденний догляд за людьми, що цього потребують. Справа ускладнюється тим, що геріатричні послуги – це особливий вид діяльності, направленої на задоволення специфічних потреб населення у діагностиці, лікуванні та профілактиці вікових патологій, а також організації соціально-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 потреб у соціальних послугах населенню похилого віку здебільшого спричиняється появою труднощів у самообслуговуванні внаслідок певних патологій<sup>9</sup>.

Стан справ з геріатричною допомогою в кожній окремій країні, власне як і в цілому у сфері охорони здоров'я та соціальної сфері, визначається трьома показниками: перелік послуг, їх якість та доступність. Причому останній показник – доступність – на нашу думку, слід вважати визначальним. Йдеться як про доступність у локаційному сенсі (мережа установ та організацій), так й у фінансовому (спроможність людини оплачувати послуги, яких вона потребує).

Забезпечення геріатричною допомогою населенню, яке цього потребує, у країнах Західної Європи здійснюється традиційно з використанням різного роду власних або залучених ресурсів усіх суб'єктів у сфері геріатричних послуг. При цьому суб'єктами, які надають відповідні послуги, є: держава, ринок (у т. ч. обов'язкове та добровільне соціальне страхування), громадянське суспільство (мережа різноманітних асоціацій, об'єднань, співтовариств), неформальні об'єднання (сім'я, друзі, сусіди).

Джерелами фінансового забезпечення геріатричної допомоги у світі є (в рейтинговому порядку): фонди пенсійного страхування, фінансові ресурси системи добровільного страхування на обслуговування в похилому віці, державні, місцеві (муніципальні) бюджети, кошти благодійних організацій та громад, міжпоколінні трансферти та власні кошти осіб похилого віку<sup>10</sup>.

Останнім часом у багатьох країнах світу, особливо у Швеції, Фінляндії, Нідерландах, Франції, США, значно більше уваги приділяється забезпеченню літнього населення висококваліфікованою медичною допомогою на дому. Для цього створюються необхідні колективи спеціалістів (команда фахівців: лікар-геронтолог, няня-санітар, соціальний працівник, психолог і реабілітолог), які здійснюють медичний нагляд осіб похилого віку. В Ісландії, наприклад, у такий медичний колектив входять лікар-геронтолог, няня-санітар та соціальний працівник.

---

<sup>8</sup> Порядок призначення і виплати компенсації фізичним особам, які надають соціальні послуги, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 29.04.2004 № 558 (зі змінами).

<sup>9</sup> Бачинська М. В. Організація системи геріатричної допомоги населенню: досвід європейських країн / М. В. Бачинська // Соціально-економічні проблеми сучасного періоду України. - 2014. - Вип. 5. - С. 459-467 // Електронний ресурс]. - Режим доступу: [http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbuv/cgiirbis\\_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP\\_meta&C21COM=S&2\\_S21P03=FILA=&2\\_S21STR=sepspu\\_2014\\_5\\_52](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=sepspu_2014_5_52)

<sup>10</sup> Бачинська М. В. Організація системи геріатричної допомоги населенню: досвід європейських країн / М. В. Бачинська // Соціально-економічні проблеми сучасного періоду України. - 2014. - Вип. 5. - С. 459-467 // Електронний ресурс]. - Режим доступу: [http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbuv/cgiirbis\\_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP\\_meta&C21COM=S&2\\_S21P03=FILA=&2\\_S21STR=sepspu\\_2014\\_5\\_52](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=sepspu_2014_5_52)

У США до складу таких бригад також входить психолог та реабілітолог. Як правило, налагодження та функціонування такого виду допомоги є набагато витратнішим, оскільки кожна така команда оснащується необхідними приладами та апаратурою, інколи навіть спрощеною виїзною лабораторією, транспортними засобами тощо. Проте вона є і більш ефективною в плані ранньої діагностики та доступності медико-санітарної допомоги особам похилого віку.

У Великій Британії, Іспанії, Італії розповсюдженні платні геріатричні послуги. У Франції, як правило, надають грошову допомогу як компенсацію на витрачений час і втрачений заробіток при догляді за особами похилого віку. У Німеччині розповсюджена самоорганізація осіб похилого віку і вони теж залучаються до співпраці по догляді самих пенсіонерів (товариства)<sup>11</sup>.

Повертаючись до України, зазначимо, що 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.

Одним із перспективних напрямів покращення стану справ у цій сфері вбачається запровадження в Україні страхування по догляду.

Метою страхування по догляді є допомога особам похилого віку, хронічно хворим, інвалідам, пораненим тощо. Така допомога може надаватись у закладах кваліфікованого медичного догляду, будинках для людей похилого віку, психіатричних лікарнях та на дому.

Окремо слід зупинитись на співвідношенні термінів «страхування по догляді» та «геріатричне страхування». Частина дослідників вважає, що це абсолютно різні види страхування, а отже їх слід розрізнити<sup>12</sup>. Натомість ми вважаємо, що, незважаючи на низку особливостей, про які буде сказано нижче, геріатричне страхування є поодиноким випадком страхування по догляді у частині послуг людям похилого віку.

## 1.2. «Геріатрична пастка»

Тема довгострокового догляду за літніми людьми набуває усе більшої актуальності. Прогнозується, що в країнах Євросоюзу після 2018 р. постаріння населення приведе до зростання видатків на обслуговування осіб старших віків від 7,0 до 8,5 % ВВП.

Проблематика постаріння населення України настільки давно й усебічно освітлюється засобами масової інформації, що ми не бачимо сенсу зайвий раз перебирати загальновідомі цифри й факти. Обмежимося лише максимально широкими її контурами.

Якщо ще 100 років тому до пенсійного віку доживало не більше 5 відсотків людей, то зараз в економічно розвинених країнах доживає не менше 60-80 відсотків. В Україні цей відсоток трохи менший, але не набагато. Більш того, період отримання пенсій також істотно збільшився. Зростання тривалості життя, без сумніву, є знаковим явищем в історії людства.

Одночасно, разом із тривалістю життя, зростає і його якість. Ці два, на перший погляд, окремі самостійні процеси насправді щільно пов'язані між собою. Внаслідок зростання якості життя кожне нове покоління людей живе довше, ніж попереднє.

Стале зростання якості життя викликає не менш стале зростання потреб в її забезпеченні, а отже, вимагає постійного економічного зростання. Виникає простий, проте

<sup>11</sup> Там само

<sup>12</sup> Див., наприклад: Ройк В. Д. От «бесплатного» социального обеспечения к системе страхования рисков старости // Труд и социальные отношения. – 2015. – № 1. – стр. 99 – 109.



цілком логічний ланцюг: «зростання якості життя» – «зростання потреб» – «зростання економіки».

Проте пенсійне забезпечення та витрати, пов'язані з медичним та соціальним обслуговуванням осіб похилого віку, вже у середньостроковій перспективі перетворяться на найбільшу статтю громадських витрат в більшості економічно розвинених країн. Отже, державний грошовий ресурс неминуче буде змушений переспрямовуватись з інвестицій у соціальну сферу. Якщо не будуть прийняті відповідні контрзаходи, то соціальні витрати, пов'язані з життєдіяльністю пенсіонерів, з часом почнуть (а в деяких країнах вже почали) стримувати розвиток економік.

Таким чином, уряди більшості розвинутих країн поступово опиняються у своєрідних «ножицях». З одного боку, зростання кількості пенсіонерів внаслідок беззаперечних успіхів медицини, убезпечення умов праці та здорового способу життя генерує потребу в економічному зростанні, яке базується на постійно зростаючих інвестиціях. З іншого боку, постійно зростаюча кількість пенсіонерів обумовлює переспрямування грошових коштів з інвестицій на соціальне забезпечення.

Цей своєрідний парадокс має бути максимально чітко артикульований перед населенням і знайти своє рішення через нові суспільні домовленості щодо правил пенсійного та медичного страхування. Суспільство повинно чітко усвідомити: правила гри в соціальній сфері внаслідок низки об'єктивних і суб'єктивних причин мають бути змінені, інакше система зайде у глухий кут.

Але наразі не можемо не зазначити, що широке обговорення соціальних проблем на всіх рівнях, від експертного до побутового, зазвичай не завершується більш-менш реальними рекомендаціями з будь-якої сторони цієї поліаспектної проблеми, у тому числі – догляду за людьми похилого віку.

Проблему догляду за людьми похилого віку можна вирішити за допомогою геріатричного страхування – страхування медико-соціальних потреб пенсіонерів старших вікових груп.

Проблема дещо ускладнюється тим, що генерація пенсіонерів не є однорідною масою, а поділяється на декілька умовних категорій. Загалом класифікацій пенсіонерів досить багато, але всі вони або прив'язані до тієї чи іншої задачі дослідження<sup>13</sup>, або використовуються у тій чи іншій країні з урахуванням національних особливостей. Універсальна класифікація пенсіонерів наразі відсутня. Демографічна комісія ООН пропонує наступну геронтологічну класифікацію: 60-74 роки – літні люди, 75-89 років – старечого віку, 90 років і старші – довгожителі.

Натомість, в Ізраїлі в контексті догляду за літніми людьми застосовується інша класифікація, яка базується на ступенях життєвої активності, а саме:

- самостійні;
- залежні;
- такі, що потребують медичного догляду 24 години на добу у зв'язку з фізичним станом;
- такі, що потребують медичного догляду у зв'язку з порушеннями душевного здоров'я;
- тяжкі хворі з медичними ускладненнями;
- такі, що потребують реабілітації.

Як бачимо, класифікація не прив'язана до віку. Класифікаційні пункти вибудовано в ієрархічному порядку по ступеню самостійності в щоденній життєвій активності. Сфера дії страхової послуги розповсюджується на кожний пункт, окрім першого<sup>14</sup>.

<sup>13</sup> Див, наприклад, класифікацію пенсіонерів по відношенню до праці // Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.nkj.ru/archive/articles/12393/>

<sup>14</sup> Воронина А. Страхование по уходу за пожилым человеком.// Научные записки молодых исследователей. – 2016. –№ 2. –с. 65–71

У Росії в контексті проблеми страхування людей похилого віку використовується власна класифікація, а саме:

- «молоді» пенсіонери (до 63 років). Вони, як правило, зберігають не тільки здатність до самостійного обслуговування життєвих потреб, але й часткову (а подеколи й повну) працездатність. Збереження джерела трудових доходів укупі з пенсією дозволяє багатьом із них підтримувати звичний, а подеколи й більш високий рівень життя;
- пенсіонери середнього віку (від 63 до 73 років). Для цієї категорії характерна обмежена працездатність та зростання потреби у тих чи інших видах догляду;
- пенсіонери старшого віку (від 73 років). При переході цю категорію відбувається суттєве обмеження функціональних можливостей літньої людини, що потребує підвищення рівня соціального захисту. Насамперед, це стосується медичної допомоги, медикаментозного забезпечення та соціальної допомоги. При цьому забезпечити задоволення цих потреб за рахунок самої пенсії, як правило, не є можливим.

Геріатричне страхування (страхування медико-соціальних потреб пенсіонерів) спрямоване на задоволення потреб пенсіонерів, насамперед, старшого та частково середнього віку, коли акцент зміщується 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 із соціальною інтеграцією. Не буде дивним, якщо згодом дослідники обґрунтують необхідність виокремлення медико-соціального страхування в окремий вид та розроблять його науково-практичне обґрунтування.

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

Геріатричне страхування досить широко розповсюджено у країнах Європи та користується достатньою популярністю. Наприклад, у Німеччині існує державне страхування по догляді як частковий вид страхування, тобто такий, що може покрити частину видатків. Для покриття решти видатків держава примушує дітей брати участь у відшкодуванні витрат батьків або звернутись за послугами у приватну страхову компанію. Як стимул, держава компенсує частину внесків таких компаній через невеличку дотацію у 5 євро<sup>15</sup>.

Для задоволення специфічних потреб пенсіонерів старших вікових груп передбачається створення пакету додаткових медичних і соціальних послуг (впровадження окремої системи геріатричного страхування).

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

1. У вигляді надання в натуральній формі певного набору медико-соціальних послуг.
2. 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.

---

<sup>15</sup> Воронина А. Страхование по уходу за пожилым человеком.// Научные записки молодых исследователей. – 2016. –№ 2. –с. 65–71

У цьому випадку додаткове медико-соціальне (геріатричне) страхування може входити складовою частиною в базову програму обов'язкового медичного страхування програми державних гарантій надання безкоштовної медичної допомоги.

Вважається що послуги особам, що потребують довгострокового догляду, переважніше надавати на дому або у місцевих поліклініках, аніж у лікарнях або будинках престарілих. Так, в Ісландії передбачено персональний догляд за престарілими, що мешкають у себе вдома. Португалія робить упор на більш активну участь родини в догляді за престарілими та хворими громадянами при підтримці соціальних служб та закладів охорони здоров'я. У Словаччині прийнято новий закон щодо довгострокового догляду за особами з хронічними захворюваннями по місцю проживання, включаючи нові форми обслуговування на дому.

Успішність заходів по наданню довгострокового догляду, як правило, залежить від двох чинників: наявність членів родини, які мають можливість забезпечити такий догляд, і чисельності працівників відповідних служб. Проблеми по догляді на дому а також низька заробітна плата працівників соціальних служб збільшують зайнятість серед жінок. Підвищення оплати їх праці та престижу подібної зайнятості сприяло б розширенню масштабів надання таких послуг.

### 1.3. Принципи і функції геріатричного страхування

Геріатричне страхування містить як страховий, так й соціальний аспекти. Завдяки цій двоєдиній природі воно в змозі вирішувати задачі як по покриттю ризиків фінансових витрат, так й по захисту осіб похилого віку від соціальних ризиків.

Цільова функція геріатричного страхування, як і будь-якого іншого, полягає в перерозподілі (або розкладці) збитків певної кількості осіб перед значно більшою. Значне розмаїття існуючих підходів при визначенні принципів геріатричного страхування потребує їх концептуального впорядкування, що й було зроблено Міжнародною організацією праці, яка запропонувала їх класифікацію. Найважливішими, з їх (МОП) точки зору, є:

- рівноправність і відсутність дискримінації. Це означає, що геріатричне страхування розповсюджується на всіх застрахованих осіб незалежно від статі, національного чи соціального походження, громадянства або місця проживання;
- солідарність та взаємодопомога при організації фінансового забезпечення страхового захисту;
- обов'язковість участі<sup>16</sup> у відповідності з законом, що дозволяє забезпечити соціальний захист усім застрахованим незалежно від волевиявлення інших суб'єктів страхування;
- загальна відповідальність держави, що впливає з природи прав людини, у царині соціального забезпечення;
- демократичне управління, що передбачає участь представників і роботодавців в управлінні соціальним страхуванням<sup>17</sup>.

У геріатричному страхуванні, як ніде ще, важливими є доступність та рівність в отриманні соціального догляду й медичної допомоги. Вважається, що доступність систем соціального забезпечення й охорони здоров'я, а також обсяги споживання соціальних і медичних послуг, не можуть визначатись виключно платоспроможністю людини. Більше

<sup>16</sup> Ми дозволимо собі не погодитись з цією тезою, або, принаймні, підкорегувати її (див. Розділ 2 доповіді)

<sup>17</sup> Ронк В. Пожилые и стареющий социум России: выбор модели жизнедеятельности // [Електронний ресурс]. – Режим доступу:

[https://books.google.ru/books?id=Eb0ODQAAQBAJ&pg=PT264&lpg=PT264&dq="геріатрическое+страховани е"&source=bl&ots=OLhSXF1BUG&sig=1OySWFSkHONvpDPBbynzJBiko6E&hl=ru&sa=X&ved=0ahUKEwi2ipDSn6TVAhXod5oKHTcmC5QQ6AEIKDAB#v=onepage&q=%22%D0%B3%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5%20%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%85%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5%22&f=false](https://books.google.ru/books?id=Eb0ODQAAQBAJ&pg=PT264&lpg=PT264&dq=)

того, як правило, найбільша потреба в таких послугах виникає саме у категорії людей з найменшими доходами, оскільки їх життя тече в гірших умовах побуту та праці, що негативно відбивається на стані їх здоров'я.

Тому додержання принципів рівності та відсутності дискримінації в отриманні соціальної та медичної допомоги обумовлює необхідність перерозподілу значної частини бюджету держави і страхових систем на користь літніх людей, які потребують цього найбільше. Соціальна підтримка більш нужденних у соціальній та медичній допомозі базується на принципах солідарності та взаємодопомоги при організації фінансового забезпечення страхового захисту.

Масштаби перерозподілу фінансового ресурсу в геріатричному страхуванні мають свої межі, тому в більшості країн для забезпечення доступності та рівності в отриманні соціальної та медичної допомоги використовується бюджетне фінансування, при якому держава організує й фінансує весь набір послуг по соціальному забезпеченню й охороні здоров'я<sup>18</sup>.

Серед найважливіших функцій геріатричного страхування слід виділити наступні:

*Соціально-захисна.* Ця функція реалізується через трансформацію частини заробітної плати в страхові резерви, які мають виключно цільове призначення.

З макроекономічної точки зору, джерелом резервування геріатричного страхування виступає праця і продукт, що нею виробляється, як об'єктивна основа найважливіших соціально-економічних пропорцій регулювання вартості робочої сили. Їх суспільно прийнятний рівень об'єктивно визначається двома складовими: розмір (величина) соціальних ризиків (їх частота та важкість) та законодавчо встановлена міра їх компенсації.

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 із лікуванням та реабілітацією (медичною, професійною або соціальною). Соціально-захисна функція є цілеположною для двох інших: відтворюваної та перерозподільної.

*Відтворювальна функція.* Її діапазон у часі простягається не на місяць і навіть не на рік, а 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 постійної втрати працездатності.

*Перерозподільна функція (функція акумуляції та солідарного перерозподілу 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.

Економічним механізмом, що реалізує цю функцію, виступає солідарна (замкнута у рамках страхової спільноти) розкладка матеріального збитку. Це дозволяє застрахованим особам, не зачепленим страховим випадком, підтримувати тих, хто під нього попав. Простіше кажучи, здорові платять за хворих і за інвалідів, працевлаштовані надають страхову підтримку безробітним.

Економічний механізм перерозподілу в системі геріатричного страхування реалізується через формування страхового фонду. Цей фонд наповнюється фіксованими страховими платежами заздалегідь визначеного розміру, і стає, таким чином, джерелом відшкодування збитків застрахованих осіб.

---

<sup>18</sup> Там само

## 2. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ГЕРІАТРИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Складність процесу розробки та формування страхової послуги обумовлена як обсягами необхідної вихідної інформації, так і кількістю чинників, що впливають на неї. Процес розробки страхової послуги передбачає формування не тільки її сутнісного наповнення, але й форми надання такої послуги. При цьому сутнісне наповнення має задовольняти як інтереси суспільства в цілому, так й окремого суб'єкта страхового захисту.

До того ж, у контексті геріатричного страхування можливість повної або часткової втрати дієздатності має ризикову складову. Ризик може реалізуватись, а може статися так, що людина до кінця своїх днів матиме світлу голову та добре здоров'я.

При осмисленні концептуальних засад запровадження геріатричного страхування слід визначитись із такими дискусійними сутностями:

- приналежність геріатричного страхування до певного виду (загальнообов'язкове чи добровільне);
- адміністративно-організаційна побудова;
- джерело фінансування;
- фінансові механізми геріатричного страхування.

*Приналежність геріатричного страхування.* Як було зазначено вище, будь-яке страхування може бути загальнообов'язковим (на підставі закону) чи добровільним (на підставі договору)<sup>19</sup>. З точки зору побудови інституту соціального захисту громадян, обов'язковість та добровільність мають як недоліки, так і переваги (див. табл. 2).

При загальнообов'язковому страхуванні держава бере участь у процесі безпосередньо, тобто через квазідержавну структуру – спеціалізований фонд. Тобто і відповідальність за функціонування системи покладається на державу. Природно, функції державного регулювання та нагляду також залишаються за державною.

Натомість, добровільне страхування зазвичай реалізується через приватні страхові компанії, які беруть на себе відповідальність за функціонування системи. За державою залишається лише регулювання та нагляд.

Компромісні варіанти між загальнообов'язковим та добровільним підходами буде розглянуто окремо.

Щодо фінансової підтримки з боку держави, йдеться про можливість у разі необхідності покриття дефіциту бюджету спеціалізованого фонду за рахунок державного бюджету (по аналогії з Пенсійним фондом України). При добровільному страхуванні через приватні страхові компанії можливість їх підтримки у разі необхідності коштами державного бюджету не те щоб зовсім неможлива, але в цілому суперечить загальноприйнятим як в Україні, так і в світі підходам.

Якщо людина добровільно погоджується на будь-який вид страхування, це свідчить про осмисленість та виваженість прийнятого рішення. Відтак, людина відповідально відноситься до сплати внесків, небайдужа до фінансового стану та репутації обраної страхової компанії, якості страхового продукту, якості надання страхової послуги тощо. Якщо ж людина застрахована під примусом (як у випадку загальнообов'язкового страхування), її зацікавленість у страховому процесі може падати аж до нуля, що загалом негативно впливає на стан соціального захисту в країні.

---

<sup>19</sup> В даному випадку варіант обов'язкового страхування для окремих категорій громадян не розглядається як проміжний, тобто такий, що не повністю відповідає загальним підставам соціального страхування.

Переваги та недоліки  
загальнообов'язкового та добровільного страхування

Вид страхування	Переваги	Недоліки
Загальнообов'язкове	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Безпосередня участь держави через відповідний централізований фонд</li> <li>2. Порівняна простота державного нагляду та контролю.</li> <li>3. Можливість фінансової підтримки з боку держави.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Недостатньо відповідальне ставлення з боку застрахованих осіб.</li> <li>2. Відсутність конкурентних засад</li> <li>3. Відсутність права вибору для застрахованої особи</li> </ol>
Добровільне	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Більш відповідальне ставлення з боку застрахованих осіб.</li> <li>2. Наявність конкурентних засад.</li> <li>3. Наявність права вибору для застрахованої особи</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Опосередкована участь держави, що обмежується державним регулюванням та наглядом.</li> <li>2. Ускладненість державного регулювання та нагляду.</li> <li>3. Неможливість фінансової підтримки з боку держави</li> </ol>

Як бачимо, загальнообов'язковість та добровільність участі у програмі мають як переваги, так і недоліки. Дискусія з цього приводу ще далека від свого завершення. Тому при розробці цієї концептуальної засади запровадження геріатричного страхування вважаймо за доцільне запропонувати компромісний варіант – квазіобов'язкове (квазідобровільне) страхування.

Одна з найбільших проблем, з якими останнім часом стикаються уряди, полягає в надмірній апатії населення по відношенню до забезпечення свого майбутнього<sup>20</sup>. Внаслідок цього останнім часом все більшого поширення у світі набувають нові підходи до стимулювання участі населення у добровільних соціальних програмах. Такі підходи базуються на ідеях біхевіоризму та природної інертності людини.

Недостатність мотиваційних чинників, низький рівень життя більшості українців та відсутність внаслідок цього можливості для забезпечення майбутнього є індивідуальними вадами вітчизняної соціально-економічної моделі. Разом із тим проблема легковажності поведінки пересічної людини, зокрема по відношенню до власної старості, за твердженням вчених, характерна для людства в цілому.

Більшість громадян не схильні триматись поведінки «обачливої людини», та просто не замислюються про свою старість, а якщо й замислюються, то запізно.

Економіст Френк Рамсей ще у 1928 р. писав, що людям притаманна «слабкість уяви» по відношенню до майбутнього, тому вони погано уявляють, як їх нинішні дії відіб'ються на власному майбутньому. Рамсей вважав, що якби люди думали про старість, вони б відчували себе значно краще у похилому віці.

У цьому контексті для нас цікавий досвід Нової Зеландії, що запровадила з 2008 р. квазіобов'язкову накопичувальну пенсійну схему «KiwiSaver». В неї автоматично включались усі зайняті, але програма носить добровільний характер. У випадку небажання брати в ній участь, учасники можуть на власний розсуд вийти з неї у будь-який момент.

<sup>20</sup> Шиллер Р. Сбереження: как не забыть о будущем // [Електронний ресурс] / Режим доступу: <http://www.vedomosti.ru/newspaper/article/140071/>

Досвід перших років доводить, що відсоток участі в «KiwiSaver» доволі високий порівняно з іншими добровільними програмами. Якщо раніше в професійних пенсійних планах брали участь 13 % працівників, то в «KiwiSaver» – 43,3 %<sup>21</sup>. Аналогічна програма вступить в силу у Великобританії з 2012 р. та обговорюється в Ірландії.

Так само у США закон про пенсійний захист 2006 р. стимулює роботодавців автоматично зараховувати працівників до програми персональних заощаджень на старість. Проте тут немає обов'язковості: відрахування у фонд здійснюються за замовчуванням, але співробітник може у будь-який момент відмовитись від участі в програмі на власний розсуд.

За результатами досліджень фахівців Гарвардського університету, автоматичність включення в програму заощаджень є критично важливою, навіть якщо працівник має свободу вибору. Практика доводить, у випадку, коли роботодавець на залучає до програми усіх працівників автоматично, а просто пропонує їм взяти в ній участь, то погоджується значно менша кількість потенційних учасників<sup>22</sup>.

Але якщо роботодавець зараховує до програми усіх без винятку працівників автоматично, попередньо повідомивши їх про можливість у будь-який момент відмовитись від участі, то переважна більшість людей просто приміряються з ініціативою роботодавця. Більше того, який би розмір внеску роботодавець не визначив, працівник пасивно його приймає.

З урахуванням вищенаведеного, вважаємо, що первинне запровадження геріатричного страхування доцільно здійснювати на квазідобровільній основі. Працівник, отримавши робоче місце, автоматично включається до програми, але може у будь-який момент прийняти рішення про вихід з неї. Згодом, після того, як програма легітимізується в умах українців, її можна буде перевести на загальнообов'язкові засади.

*Адміністративно-організаційна побудова.* У доволі значної частини експертів склався помилковий стереотип: фонди соціального страхування уособлюють собою загальнообов'язкове страхування, тоді як приватні страхові компанії – добровільно. Наприклад, на перший погляд, Пенсійний фонд України адмініструє лише загальнообов'язкове пенсійне страхування. Насправді, це не зовсім так. Стаття 12 Закону України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування»<sup>23</sup> цілком присвячена добровільній участі громадян у системі. Інша справа, що експертам невідомі кількісні показники такої участі, оскільки вони не знаходять широкого відображення, але у принципі така можливість існує.

Аналогічно приватні страхові компанії, як було показано вище, здійснюють обов'язкове державне страхування. Більше того, чинне законодавство передбачає, що у випадку запровадження загальнообов'язкового накопичувального пенсійного страхування (II рівня) участь у ньому будуть брати як Накопичувальний фонд, тобто квазідержавна структура, так і недержавне пенсійні фонди – суб'єкти другого рівня. Щоправда, останні зможуть підключитись до процесу з дворічним запізненням.

Таким чином, жорсткої прив'язки «Фонд – загальнообов'язкове страхування», як і «приватні страхові компанії – добровільне страхування», не існує. У цьому контексті повернемося до питання організаційно-адміністративної побудови геріатричного страхування, яке артикулюється так: «Хто повинен адмініструвати геріатричне страхування – квазідержавний Фонд чи приватні страхові компанії?»

<sup>21</sup> Бабкин А. С. Эволюция вместо революции: Обзор мировых тенденций пенсионного реформирования // SPERO. – 2010. -№13. –С. 211-226

<sup>22</sup> Шиллер Р. Сбережения: как не забыть о будущем // [Електронний ресурс] / Режим доступу: <http://www.vedomosti.ru/newspaper/article/140071/>

<sup>23</sup> Закон України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування» від 9 липня 2003 року № 1058-IV.

При пошуку відповіді, знову ж таки, слід виходити, насамперед, з інтересів застрахованих осіб, тобто громадян України. Як і приналежність геріатричного страхування, так й обидва варіанти його адміністрування мають свої переваги й недоліки.

Перевагами квазідержавного Фонду є порівняна легкість контролю з боку держави та певна «моральна» відповідальність за його функціонування<sup>24</sup>, що надає застрахованим громадянам додаткові гарантії збереження коштів. З іншого боку явним недоліком вибору на користь Фонду є відсутність конкуренції та права вибору.

З приватними страховими компаніями все відбувається з точністю до навпаки. Наявність декількох компаній аналогічного профілю створює конкуренцію на ринку (принаймні, удавану) та надає застрахованим особам право вибору. Натомість, державний контроль та нагляд за цими компаніями порівняно ускладнений.

На нашу думку, золоту середину являє підхід, аналогічний тому, що закладений в основу загальнообов'язкового накопичувального пенсійного страхування. Так, від початку функціонування геріатричного страхування обов'язок з адміністрування коштів, персоніфікованого обліку тощо має бути покладено на квазідержавний Фонд. Протягом перших двох років функціонування накопичиться певний досвід, який має бути узагальнений та осмислений усіма зацікавленими сторонами: державою, Фондом, приватними страховими компаніями та застрахованими особами. Після цього має бути рішення про допуск на цей ринок приватних страхових компаній, що матимуть відповідну ліцензію на цей вид діяльності.

Такі компанії, вийшовши на ринок з різними страховими продуктами, складуть безумовну конкуренцію як Фонду, так й одна одній, від чого виграє, насамперед, споживач страхової послуги. А застрахована особа матиме змогу обирати Фонд чи страхову компанію на власний розсуд, керуючись своїми суто індивідуальними міркуваннями.

Отже, у контексті організаційно-адміністративної побудови залишилось з'ясувати наступне питання. Якщо геріатричне страхування починається з квазідержавного Фонду, то хто має ним бути? Наразі варіантів відповіді вбачається два: функціонуючий Фонд соціального страхування України та новостворений Фонд.

Нагадаймо, що геріатричне страхування є певним симбіозом медичного страхування та соціальної реабілітації (а подеколи й соціальної інтеграції). Тому вважаємо цілком логічним віднести в майбутньому геріатричне страхування до компетенції функціонуючого Фонду соціального страхування України в частині медичного страхування (див. рис.2 на стор. 6).

Насамперед, це значно спростить комунікації між адміністраторами медичного та геріатричного страхувань хоча б у частині узгодження позицій та прийняття управлінських рішень.

Далі, це дозволить уникнути часткового дублювання компетенцій (а то й конфлікту інтересів) у разі запровадження геріатричного страхування через новостворений Фонд.

Насамкінець, віднесення геріатричного страхування до компетенції Фонду соціального страхування України дозволить уникнути додаткових витрат фінансового та інших ресурсів на створення нової структури.

*Джерело фінансування.* Серед потенційних джерел фінансового забезпечення геріатричного страхування можна виділити такі:

- переспрямування частки єдиного соціального внеску (далі – ЄСВ) на потреби геріатричного страхування («відщипування» частки ЄСВ);
- запровадження додаткового нарахування на заробітну плату (як варіант підвищення ЄСВ на частку геріатричного страхування);
- добровільні внески роботодавця на користь працівника (по аналогії з недержавним пенсійним страхуванням (III рівень);
- запровадження додаткового відрахування із заробітної плати;

<sup>24</sup> Хоча б тому, що держава, серед іншого, має своїх представників в органах управління таких Фондів.



- добровільні внески фізичних осіб.

У перших трьох варіантах фінансове навантаження припадає на роботодавця, тоді як в двох останніх – на працівника.

На нашу думку, перший варіант («підщипування» частки ЄСВ) є неприйнятним хоча б тому, що цей крок негативно вплине на фінансування інших видів соціального страхування, насамперед пенсійного. Горезвісний дефіцит бюджету ПФУ й без того став «притчей во языцех».

Другий варіант (запровадження додаткового нарахування на заробітну плату) також є неприйнятним з двох міркувань. По-перше, цей крок зустріне очікуваний спротив з боку роботодавців, які давно й успішно скаржаться на завищене навантаження на бізнес. По-друге, він суперечитиме задекларованій урядом політиці податкового розвантаження бізнесу, хоча вона (політика) й досі не дала скільки-небудь значущого результату.

Та й взагалі, в усьому світі на роботодавця покладається покриття ризиків втрати працездатності, але не ризиків старості

Третій варіант (добровільні внески роботодавця на користь працівника) є цілком реальним. Він не зустріне спротиву ані з боку роботодавців, ані з боку працівників. Але у нас немає жодного сумніву щодо його (варіанту) нульової (чи майже нульової) ефективності, оскільки, як показав досвід, вітчизняний роботодавець абсолютно не страждає на альтруїзм.

Наступний варіант (запровадження додаткового відрахування із заробітної плати), на нашу думку, є цілком прийнятним. Тим більше, відрахування на геріатричне страхування згідно зі світовою практикою зазвичай не перевищують одного відсотка.

Насамкінець, добровільне страхування завжди має право на існування. При цьому застрахованою особою може бути як страхувальник, так і третя особа.

*Фінансові механізми геріатричного страхування.* Геріатричне страхування може функціонувати з використанням двох основних фінансових механізмів:

- одноразовий внесок по аналогії з добровільним медичним страхуванням або, якщо брати ширше, страхуванням цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів (варіант 1);
- регулярні внески протягом певного періоду часу по аналогії із загальнообов'язковим пенсійним страхуванням (варіант 2).

Особливості обох варіантів наведено у таблиці 3.

Таблиця 3

#### Особливості основних фінансових механізмів геріатричного (по догляду) страхування

Показники	Варіант 1	Варіант 2
сплата страхової премії	одноразово на певний термін	регулярно протягом певного періоду
розмір страхової премії	однаковий для певної вікової групи	однаковий для всіх вікових груп
вік, при якому виплачується страхове відшкодування	не залежить від віку	з настанням певного віку
розмір страхового відшкодування	фіксований	еквівалентний сумі сплачених внесків
термін дії страхового захисту	протягом року	постійно при настанні вказаного віку

При варіанті 1 страхувальник сплачує страхову премію одноразово, наприклад, на один рік. Утім це зовсім не означає, що платіж не може бути розстрочений на дві, три

тощо частини. Але в загальному сенсі його економічна сутність – саме одноразовий платіж. Після сплати премії застрахована особа (може не співпадати зі страхувальником) знаходиться під страховим захистом протягом строку, вказаного у страховому полісі, найчастіше – один рік. У разі настання страхового випадку (у нашому випадку, вибачайте за тавтологію, – виникнення потреби у догляді) страховик сплачує страхове покриття надавачу послуг по догляді.

При варіанті 2 страхова премія сплачується регулярно протягом певного строку, наприклад, протягом трудової діяльності.

Розмір страхової премії при варіанті 1, як правило, є стандартним для певної вікової групи. Хоча це зовсім не означає, що страхувальник не може придбати розширене страхове покриття. При варіанті 2 усі вікові групи сплачують однакову страхову премію. Вона може бути стандартною як у абсолютному обчисленні (фіксована сума у гривнях), так й у відносному (наприклад, відсоток від заробітної плати).

При варіанті 1 застрахована особа знаходиться під страховим захистом протягом дії страхового полісу незалежно від її віку. При варіанті 2 страховий захист вступає в силу, як правило, з досягненням застрахованою особою певного віку, наприклад, пенсійного, але не обов'язково. Правила страхування можуть визначати й інший вік, більший чи менший пенсійного.

Розмір страхового відшкодування при варіанті 1, як правило, є фіксованим. Вартість послуг по догляді, що перевищує цю суму, сплачується застрахованою особою за рахунок власних коштів. При варіанті 2 обсяг страхового відшкодування є індивідуальною величиною, еквівалентною сумі внесків протягом всього періоду їх сплати.

Термін дії страхового захисту при варіанті 1 обмежений терміном дії страхового полісу. При варіанті 2 страховий захист діє постійно від настання вказаного віку й до смерті застрахованої особи.

Варіанти 1 і 2 є, так би мовити, граничними (крайовими), тоді як на практиці конкретна схема страхування по догляді може являти собою симбіоз показників обох варіантів. У чистому виді за сукупністю наведених параметрів варіант 1 є більш переважним для страхування по догляді в його максимально широкому трактуванні – страхування по догляді за людиною незалежно від віку. Натомість варіант 2 більше підходить для поодинокого випадку страхування по догляді, а саме геріатричного страхування (страхування по догляді за людьми похилого віку).

#### Страховики та надавачі соціальних послуг у системі геріатричного страхування

Страховиками в системі геріатричного страхування мають бути Фонд соціального страхування України та зареєстровані в установленому порядку фінансові установи, створені у формі акціонерних товариств, які отримали ліцензію на здійснення геріатричного страхування, є членами саморегулювальної організації страховиків, що здійснюють загальнообов'язкове державне медичне страхування, виконали встановлені вимоги та акредитовані у визначеному порядку.

Підставами для отримання ліцензії на здійснення геріатричного страхування має бути відповідність ліцензійним умовам, що встановлюються Кабінетом Міністрів України, у частині таких параметрів:

- 1) розміру статутного (складеного) капіталу страховика;
- 2) досвіду роботи на ринку медичного страхування, який не може бути меншим 5 років;
- 3) сформованих страхових резервів;
- 4) розміру власного капіталу;
- 5) наявності кваліфікованого персоналу (керівників та співробітників);

б) механізмів забезпечення виконання договорів страхування – здійснення страхових виплат надавачам соціальних послуг;

7) наявності відповідного програмного забезпечення та матеріально – технічної бази для ведення обліку застрахованих осіб та персоніфікованого обліку надання медичної допомоги.

Надавачами послуг у системі геріатричного страхування можуть стати суб'єкти господарювання за умови проходження акредитації у відповідному уповноваженому органі за процедурою, визначеною законодавством та положенням про акредитацію та укладання відповідного договору із страховиком.

Надавач послуг у системі геріатричного страхування має право на отримання оплати за надані послуги застрахованим особам за рахунок страхових виплат від страховика після проходження акредитації в уповноваженому органі.

Надавачі послуг мають надавати страхові послуги відповідно до встановлених державних стандартів.

Запровадження геріатричного страхування, окрім іншого, забезпечить диверсифікацію ринку надавачів соціальних послуг та покращення їх якості та ефективності через створення конкурентного середовища.

Фінансова взаємодія суб'єктів системи геріатричного страхування може виглядати наступним чином:

- на першому етапі<sup>25</sup> Фонд соціального страхування акумулює страхові внески на персоніфікованих рахунках застрахованих осіб;
- Фонд соціального страхування укладає договори з аптечними організаціями та надавачами соціальних послуг. На підставі отриманих та проекспертованих рахунків Фонд соціального страхування здійснює оплату відпущених по виписаних рецептах лікарняних препаратів та наданих медико-соціальних послуг;
- в якості механізму, що раціоналізує видатки по геріатричному страхуванню та попереджує зловживання в цій сфері, може бути використаний механізм франшизи, тобто співплатежу застрахованої особи в момент отримання послуги.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

Запровадження геріатричного страхування в Україні потребує наступних законодавчих заходів:

1. Внесення змін до Закону України «Про страхування» від 07.03.1996 № 85/96-ВР. Зокрема статтю 6 Закону «Добровільне страхування та його види» доповнити пунктом «23) геріатричне страхування». Пункт 23 відповідно зробити пунктом 24.

2. Внести зміни до Закону України Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реформування загальнообов'язкового державного соціального страхування та легалізації фонду оплати праці» від 28.12.2014 № 77-VIII. Зокрема, пункт 1 статті 1 Закону «Визначення термінів» викласти у такій редакції:

«Стаття 1. Визначення термінів

1. У цьому Законі терміни вживаються в такому значенні:

1) види соціального страхування:

у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності;

від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності (далі – страхування від нещасного випадку);

медичне, у тому числі геріатричне (по догляду)».

3. На законодавчому рівні зафіксувати наступні концептуальні засади геріатричного страхування:

<sup>25</sup> Далі, коли до системи геріатричного страхування долучаться приватні страхові компанії, фінансові потоки мажуть бути переспрямовані з Фонду соціального страхування до приватних страхових компаній. При іншому варіанті страхові внески акумулюються безпосередньо на рахунках приватних страхових компаній.

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 відноситься 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 із заробітної плати працівника та/або добровільні внески.

## ПІСЛЯМОВА

Проблема постаріння фігурує в міжнародному порядку денному вже більше 30 років. Фахівці з прав людини системи ООН зараховують літніх людей до категорій населення, які більше уразливі до різних форм дискримінації. Недарма Міжнародна організація праці свого часу прийняла Конвенцію № 35 (1933) «Про страхування літніх працівників в промисловості», Конвенцію № 36 (1933) «Про страхування літніх працівників сільському господарстві» та затвердила Рекомендацію № 162 (1980) «Про літніх працівників».

Очікується, що до 2050 р більш 1/4 населення світу (27 %) складатимуть люди 65 років і старші<sup>26</sup>. Примітно, що на глобальному рівні найбільш швидко зростаючою віковою групою є особи 80 років і старше, яка в найближчі чотири десятиліття зросте майже в чотири рази.

У цих умовах особливо затребуваними стають ефективні заходи по сприянню благополучному старінню, що передбачає, насамперед, розробку стратегії і плану дій соціально-економічного спрямування, що максимально враховують потреби літніх людей.

Слабкий стан розробки концептуальних і нормативних засад в даній сфері пояснюється тим, що багато її складових сформуливались в другій половині минулого століття, коли частка населення похилого віку була значно меншою і, отже, мала незначний економічний і соціальний вплив на держави. Сформовані стереотипи мислення того часу продовжують виступати як неправомірні обмеження прав літніх людей<sup>27</sup>.

Фундаментальна проблема полягає в тому, що більшість людей відмовляється піклуватись про своє майбутнє без усяких вагомих причин. Ця теза має особливу актуальність для суспільств, в яких існують потужні патерналістські настрої, як в Україні.

За тематичним дослідженням про право літньої людини на гідну старість, основними структурними проблемами організації надання медико-соціальної допомоги людям похилого є нестача кваліфікованого персоналу, перевантаженість лікувальних установ, відсутність програм профілактики, висока вартість медичних послуг і лікарських засобів<sup>28</sup>.

Особи похилого віку повинні мати постійний доступ до відповідального та якісного медико-соціального обслуговування. У багатьох системах охорони здоров'я відсутнє спеціалізоване геронтологічне обслуговування, що негативно впливає на відповідність наданої медичної допомоги конкретним потребам людей похилого віку. Держави повинні створювати програми по збільшенню кількості фахівців-геріатрів і поліпшенню

<sup>26</sup> World Population Prospects: The 2008 Revision, vol. II: Sex and Age Distribution of the World Population (United Nations publication, Sales No. 10.XIII.3). Организация Объединенных Наций. Нью-Йорк, 2009.

<sup>27</sup> Абашидзе А. Международно-правовые основы защиты прав пожилых людей / А. Х. Абашидзе, В. С. Маличенко // Успехи геронтологии. –2014. –Т.27. –№ 1. –С. 11–17

<sup>28</sup> Тематическое исследование об осуществлении права пожилых людей на здоровье, подготовленное Специальным докладчиком по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья Ананда Гровера. А/HRC/18/37. 2011. // Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/18session/A-HRC-18-37\\_ru.pdf](http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/18session/A-HRC-18-37_ru.pdf)

підготовки різних фахівців у цьому напрямі для надання ефективної допомоги літнім людям з хронічними захворюваннями.

Відповідно до зауважень загального порядку № 3 (1990), п. 12, навіть в періоди гострої нестачі ресурсів держави зобов'язані захищати найбільш вразливих членів суспільства<sup>29</sup>.

Питання про потреби літніх людей часто вислизає з поля зору при розробці національних нормативних актів. Лише деякі держави враховують серйозні вікові зрушення демографічної структури у своїх кампаніях по забезпеченню достатнього доступу населення похилого віку до послуг охорони здоров'я. Існуючі національні та міжнародні механізми захисту прав літніх людей не відповідають сучасним потребам даної групи населення. Держави повинні розробляти і реалізовувати більш ефективні багатосекторальні стратегії та програми по захисту прав осіб похилого віку з належним урахуванням існуючих документів і національних планів дій з проблем старіння. На міжнародному рівні необхідно вивчити можливість прийняття цілого ряду заходів, включаючи погодження нового міжнародно-правового документу, присвяченого цій проблемі, затвердження нового мандату в рамках спеціальної процедури під егідою Ради з прав людини та забезпечення систематичного обліку прав населення похилого віку у всіх існуючих механізмах, політиці і програмах<sup>30</sup>.

Задля мінімізації негативних наслідків демографічних змін, експерти вважають за необхідне переосмислення цілей та інструментів політики в усіх сферах. З урахуванням зарубіжного досвіду та рекомендацій міжнародних організацій, одним із варіантів комплексного рішення є прийняття Національного плану дій з питань старіння у формі цільової державної програми. Цей документ, навіть в самій декларативній формі, став би підтвердженням розуміння складності цього питання і уваги до становища людей похилого віку, дозволило б поставити завдання в якісно новому форматі, в тому числі із залученням громадського сприяння та донорських коштів<sup>31</sup>. І проблематика геріатричного страхування має посідати в цьому Плані гідне місце.

Загалом можемо припустити, що протягом певного, не дуже тривалого часу в термінології спершу науковців, а згодом й широкого загалу узвичаються такі терміни, як «геріатричне соціальне обслуговування», «геріатричне страхування», «геріатрична економіка», насамкінець «геріатричне суспільство» тощо. Автор хотів би помилятися, проте зміна демографічної структури населення найближчим часом здатна поставити перед суспільством економічні та соціальні проблеми такого масштабу, що шляхи їх розв'язання наразі не проглядаються. І наукова спільнота має приступити до пошуку цих шляхів уже сьогодні.

Зрозуміло, перелік проблем, порушених у доповіді, є далеко не вичерпаним. Автор усвідомлює, що частина тез на етапі порушення проблематики геріатричного страхування є (або можуть здаватись) доволі контраверсійними. Утім основною метою доповіді було збудити суспільний інтерес до цієї проблематики. Тому ми сподіваємося на профільну дискусію за участі експертів з усіх видів страхування, зокрема медичного, представників соціальних служб, надавачів соціальних послуг щодо доцільності та своєчасності запровадження геріатричного (по догляду) страхування. Сподіваємося також, що така дискусія не залишить байдужими й пересічних громадян, незалежно від їх віку.

---

<sup>29</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам. Замечание общего порядка № 3 «Природа обязательств государств-участников», 1990. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www1.umn.edu/humanrts/russian/gencomm/Repcomm3.html>

<sup>30</sup> Абашидзе А. Международно-правовые основы защиты прав пожилых людей / А. Х. Абашидзе, В. С. Маличенко // Успехи геронтологии. – 2014. – Т. 27. – № 1. – С. 11–17

<sup>31</sup> Ткаченко Л. Три всадника демографического апокалипсиса. Основные тренды в Украине // Зеркало недели. – Выпуск № 42 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://zn.ua/gazeta/issue/1129>

## ДОДАТКИ

Додаток 1

### Структура системи страхування в Україні

Структура системи страхування України наведена на рис. 1.



Рис. 1. Структура системи страхування в Україні

Страхування може бути обов'язковим та/або добровільним. Обов'язкове страхування – страхування, обов'язковість якого визначена законом. Добровільне страхування здійснюється на підставі договору між страхувальником і страховиком (див. табл. 1).

Таблиця 1

#### Характеристики видів страхування

вид страхування	Страховик	підстави для страхування
загальнообов'язкове державне	Фонд соціального страхування	загальне законодавство
обов'язкове приватне	приватні страхові компанії	спеціальне законодавство, договір
добровільне приватне		договір

Нагадаймо, що соціальне страхування – організаційно-економічний інститут захисту громадян від соціальних ризиків, що функціонує на страховому принципі. Наразі система соціального страхування в Україні представлена і в державній, і в недержавній (приватній) складових.

Державна складова соціального страхування регламентується базовим Законом України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування»<sup>32</sup>. Так, згідно статті 4 цього Закону: «Залежно від страхового випадку (в Україні – прим. автора) є такі види загальнообов'язкового державного соціального страхування:

<sup>32</sup> Закон України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 14 січня 1998 року № 16/98-ВР

- пенсійне страхування;
- страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності;
- медичне страхування;
- страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності;
- страхування на випадок безробіття;
- інші види страхування, передбачені законами України».

Кожен із вищенаведених видів загальнообов'язкового державного страхування регламентується окремим профільним законом, який наводить вичерпний перелік видів страхових виплат та соціальних послуг, що надаються застрахованим особам. Страхування за державною складовою здійснюється на підставі цих законів.

Страхові фонди є органами, які здійснюють керівництво та управління за визначеними законом видами загальнообов'язкового державного соціального страхування, провадять акумуляцію страхових внесків, контроль за використанням коштів, забезпечують фінансування виплат за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням та здійснюють інші функції згідно із затвердженими статутами

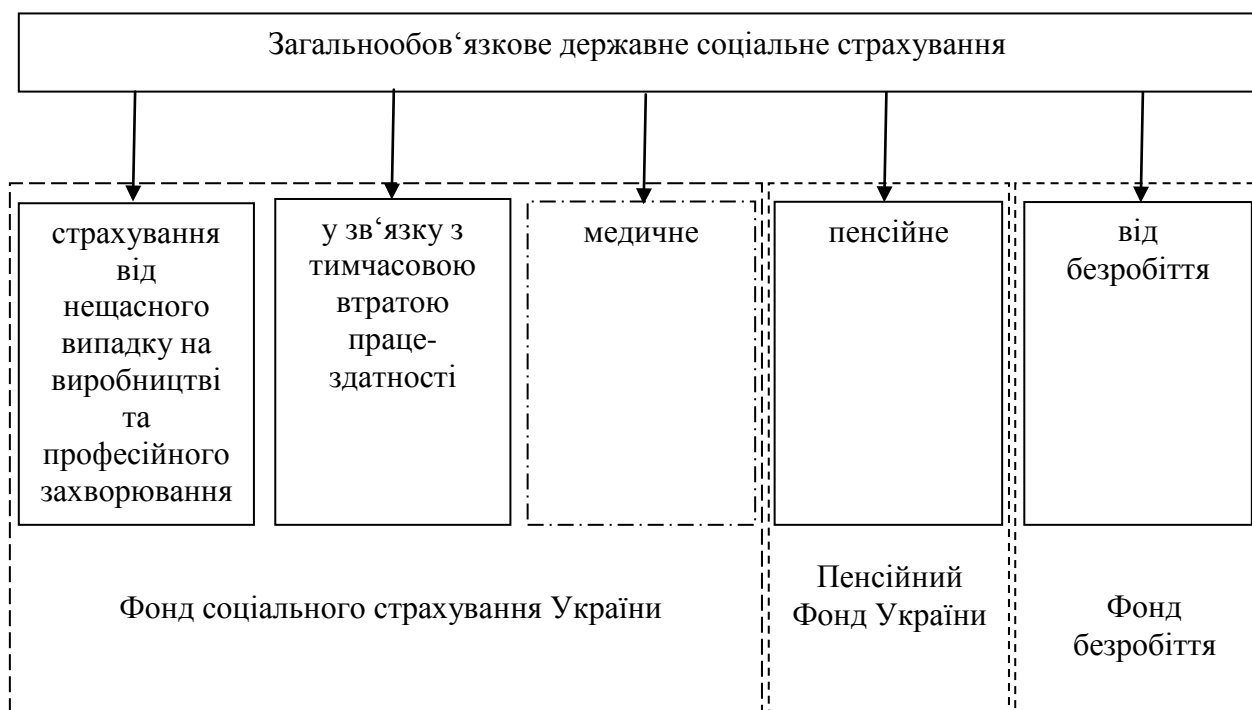


Рис. 2. Структура загальнообов'язкового державного соціального страхування в Україні.

Страхові фонди є некомерційними самоврядними організаціями. Страхові фонди не можуть займатися іншою діяльністю, крім тієї, для якої їх створено, та використовувати свої кошти на цілі, не пов'язані з цією діяльністю.

Кошти цільових страхових фондів не включаються до складу Державного бюджету України.

Страхові фонди діють на підставі статутів, що затверджуються у порядку, визначеному законами України за видами загальнообов'язкового державного соціального страхування.

Недержавна складова соціального страхування регламентується Законом України «Про страхування»<sup>33</sup>. Страхування за недержавною складовою здійснюється на підставі

<sup>33</sup> Закон України «про страхування» від 7 березня 1996 року № 85/96 – ВР

договору між страхувальником та страховиком. Загальні умови і порядок здійснення добровільного страхування визначаються правилами страхування, що встановлюються страховиком самостійно відповідно до вимог цього Закону. Конкретні умови страхування визначаються при укладенні договору страхування відповідно до законодавства.

Стаття 6 Закону України «Про страхування» наводить перелік з 22 видів добровільного страхування, деякі з яких також можна віднести до системи соціального страхування, оскільки вони спрямовані на покриття ризиків погіршення добробуту громадян, пов'язаних з їх життям, здоров'ям та працездатністю, а саме:

- страхування життя;
- страхування від нещасних випадків;
- медичне страхування (безперервне страхування здоров'я);
- страхування здоров'я на випадок хвороби;
- страхування медичних витрат;
- страхування життя і здоров'я волонтерів на період надання ними волонтерської допомоги.

Згідно статті 7 того ж Закону в Україні здійснюються такі види обов'язкового (не загальнообов'язкового, а обов'язкового лише для певних категорій громадян – прим. автора):

- медичне страхування;
- особисте страхування медичних і фармацевтичних працівників (крім тих, які працюють в установах й організаціях, що фінансуються з Державного бюджету країни) на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини при виконанні ними службових обов'язків;
- особисте страхування працівників відомчої (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) та сільської пожежної охорони і членів добровільних пожежних дружин (команд);
- страхування спортсменів вищих категорій;
- страхування життя і здоров'я спеціалістів ветеринарної медицини;
- особисте страхування від нещасних випадків на транспорті;
- страхування працівників (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України), які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, у тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади;
- страхування медичних та інших працівників державних і комунальних закладів охорони здоров'я та державних наукових установ (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) на випадок захворювання на інфекційні хвороби, пов'язаного з виконанням ними професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику зараження збудниками інфекційних хвороб.

Решта видів страхування, наведені у статтях 6 та 7 Закону, не мають рис соціального страхування.

На відміну від загальнодержавного, у приватному страхуванні страховиками виступають страхові компанії, тобто фінансові установи, які:

- створені у формі акціонерних, повних, командитних товариств або товариств із додатковою відповідальністю;
- мають не менше трьох учасників;
- одержали в установленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності.



Міжнародний досвід геріатричного страхування. Німеччина<sup>34</sup>

У Німеччині на страховій основі надаються наступні види послуг, що можуть бути класифіковані як елементи геріатричного страхування:

- послуги лікарняного страхування (SGB V);
- послуги страхування по догляду (SGB XI);
- послуги для полегшення участі в суспільному та професійному житті (SGB XII).

*Послуги лікарняного страхування (SGB V)* надаються тим, хто цього потребує, в обсягах, вказаних у Кодексі соціального права, том V. Щоб мати можливість користуватись цими послугами, треба бути членом однієї з *обов'язкових (виділено автором)* кас лікарняного страхування<sup>35</sup>.

Іноземці, що мешкають у Німеччині, і є членами однієї з обов'язкових кас лікарняного страхування, також мають право на послуги SGB V. Іноземці, що мають роботу, автоматично є застрахованими в лікарняній касі.

До переліку послуг лікарняного страхування входять, серед іншого:

- лікувальна гімнастика та ерготерапія<sup>36</sup>;
- догляд на дому (наприклад, уколи). Але виключно за умови, що жоден з членів сім'ї цього робити не може;
- супровід у лікарню. Видатки на проїзд особи, що супроводжує застраховану особу у лікарню, якщо це необхідно для медичного лікування;
- допомога по веденню домашнього господарства. Оплачується в тому випадку, коли застрахована особа сама не в змозі цього робити (наприклад, знаходиться в лікарні), або дома проживає дитина до 12 років, або нема нікого, хто міг би це робити.

Як правило, за надання послуг кас лікарняного страхування застрахована особа робить доплату у розмірі 10 % за кожну послугу.

*Послуги страхування по догляду (SGB XI)*. Для отримання цих послуг людина має бути членом однієї з обов'язкових кас страхування по догляду. Каса по догляду оплачує певні послуги, якщо в цьому виникає необхідність. Обсяги послуг обов'язкової каси страхування по догляду наведено у Кодексі соціального права, том XI.

Іноземці, які проживають в Німеччині і є членами обов'язкової страхової каси по догляду, також мають право на послуги. Іноземці, які мають роботу з соціальним страхуванням, вже застраховані в обов'язковій касі по догляду. Для більшості іноземців, що прибули з країн, що не входять в ЄС, неможливо отримати обов'язкове страхування, не маючи роботи.

Страхування по догляду розрізняє три групи застрахованих осіб по необхідності/тривалості догляду:

- група 1 – щоденний необхідний догляд не менше 1,5 годин;
- група 2 – щоденний необхідний догляд не менше 3 годин;
- група 3 – щоденний необхідний догляд не менше 5 годин, або особливо важкий випадок (наприклад, ракове захворювання в кінцевій стадії).

З 1 січня 2013 р., у зв'язку з реформою страхування по догляду (PNG), покращилися послуги для людей зі значними обмеженнями в повсякденному житті (наприклад, людей з розумовими порушеннями). Прикладами таких обмежень у повсякденному житті є: схильність до відходу з будинку, агресивна поведінка,

<sup>34</sup> Инвалидность и миграция. Помощь для инвалидов и слепов их семей // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://dropdoc.ru/doc/274268/invalidnost.\\_i-migraciya](http://dropdoc.ru/doc/274268/invalidnost._i-migraciya)

<sup>35</sup> Аналог приватної страхової компанії в Україні

<sup>36</sup> Ерготерапія - це галузь медицини, що має своєю метою надання допомоги людині в повсякденному житті, розвиток, відновлення і підтримання навичок, необхідних при виконанні дій, важливих і значимих для здоров'я і благополуччя даного індивідуума.

неправильне розуміння небезпечних ситуацій. Особи, які мають такі обмеження, отримують більш високі виплати і більший обсяг послуг професійних служб по догляду.

Обсяги послуг професійних служб по догляду наведено у таблиці 4.

Таблиця 4

Обсяги послуг професійних служб по догляду у Німеччині  
залежно від групи інвалідності застрахованої особи

Група інвалідності	Без обмеження повсякденної компетенції, (євро)	З обмеження повсякденної компетенції, (євро)
0	–	225
1	450	665
2	1100	1250
3	1550	1550

В особливо важких випадках застраховані особи, що потребують догляду, можуть отримувати до 1918 євро.

Допомога для осіб, що тимчасово здійснюють догляд, виплачується в тому випадку, якщо той, хто доглядає за хворим, не може здійснити догляд через хворобу або відпустку. Допомога обмежена певною річною сумою. З 2012 р.у вона становить 1550 євро на рік.

Крім того, обов'язкові каси страхування по догляду надають (оплачують) допоміжні засоби (наприклад, підкладки, захисні простирадла для ліжка – до 31 євро на місяць), технічні засоби (наприклад, спеціальні ліжка, підйомні пристрої для ванн) та послуги для поліпшення житлових умов (наприклад, розширення дверей, встановлення ліфта в під'їзді будинку).

Особи, які не мають передумов для інвалідності, але значно обмежені в повсякденному житті, мають право на додаткові послуги. Оплата додаткових послуг може бути використана, наприклад, для загальної соціальної інтеграції й допомоги (для читання, ігор, прогулянок), але не для основного догляду і допомоги з ведення домашнього господарства.

Спеціальний Закон щодо догляду передбачає, що з липня 2008 р. особи, які здійснюють догляд, мають право на неоплачувані відпустки:

- до 10 робочих днів, якщо це терміновий догляд за одним з членів сім'ї;
- до 6 місяців, якщо близький родич потребує догляду в домашніх умовах.

Щоправда підприємство, в якому працює особа, що претендує на таку відпустку, має налічувати не менше 15 працівників.

Додаток 3

#### Міжнародний досвід геріатричного страхування. Японія<sup>37,38</sup>

Особи віком 40 років і старше оформлюють страхування і сплачують страхові внески, а у випадку визнаної необхідності догляду користуються послугами по догляду, сплачуючи 10 % вартості. Залежно від віку, оформлюється страхування 2-х типів. Страхування розповсюджується також на іноземців.

Страховальники 1-ї групи – особи віком 65 років і старше, зокрема:

<sup>37</sup>Страхование по уходу реальная польза // Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.kikokusha-center.or.jp/bunka/kaigoscr/104naruhodor.pdf>

<sup>38</sup>Моральная подготовка к старости // Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.sien-center.or.jp/magazine/rosia/1212r\\_kaigo123.pdf](http://www.sien-center.or.jp/magazine/rosia/1212r_kaigo123.pdf)

- особи, прикуті до ліжка, особи з когнітивним розладом та інші особи, що визнані такими, що потребують щоденного догляду, включаючи прийом ванн, користування туалетом, прийом їжі тощо;
- особи, які не можуть самостійно виконати прибирання, прання, покупки тощо, і визнані такими, що потребують щоденного догляду.

Страхувальники 2-ої групи – особи віком від 40 до 64 років, зокрема:

- особи, що потребують догляду і допомоги внаслідок хвороб 16 категорій<sup>39</sup>, викликаних перенесеними когнітивними розладами, порушенням мозкового кровообігу й іншими віковими порушеннями.

Страхові внески сплачуються страховій медичній організації додатково до внесків медичного страхування. Розмір страхового внеску визначається відповідно до рівня послуг, що надаються в кожній окремій префектурі. Розмір страхового внеску встановлюється кожні 3 роки, виходячи з кошторису витрат на послуги з догляду. Передбачаються 8 рівнів страхового внеску залежно від доходу страхувальника за попередній рік.

У осіб, які отримують пенсію 180 тисяч ієн або більше на рік, страхові внески, як правило, утримуються з пенсії кожні два місяці.

Особи, які отримують пенсію 180 тисяч ієн і менше на рік, а також інші особи, в яких страхові внески утримуються не з пенсії, оплачують страхові внески банківським переказом або за платіжним дорученням фінансовій установі 10 разів протягом року.

До осіб, які отримують пенсію 180 тисяч ієн або більше на рік, звичайний збір страхових внесків застосовується в поточному фінансовому році, якщо вони досягли віку 65 років у середині фінансового року, переїхали з іншого населеного пункту тощо. Після цього утримання з пенсії починається автоматично (ніякої процедури не потрібно), про що надсилається письмове повідомлення.

У день свого 65-річчя застрахована особа отримує з адміністрації по місцю проживання «свідоцтво страхування по догляду». Маючи таке свідоцтво, застрахована особа в будь-який момент може надати заяву про необхідність догляду за нею. Подавати заяву може не тільки застрахована особа, але й будь-хто з членів його родини.

Після подання заяви процедура призначення послуг по догляду відбувається в декілька етапів:

1. *Відвідання з метою перевірки.* З метою перевірки обґрунтованості заяви про надання догляду місцева адміністрація направляє свого працівника до місця мешкання застрахованої особи, або до лікарні, якщо застрахована особа знаходиться на стаціонарному лікуванні. Окрім визначення душевно-фізичного стану застрахованої особи перевіряючий оцінює також побутові умови та стан родинних відносин (наявність та кількість родичів, можливість забезпечувати застраховану особу тими чи іншими послугами самостійно).

2. *Прийняття першого рішення місцевою адміністрацією.* За результатами перевірки, з урахуванням висновків дільничного лікаря, місцевою адміністрацією приймається рішення про ступінь догляду, якого потребує застрахована особа.

3. *Прийняття остаточного рішення спеціалізованою комісією.* На засіданні спеціалізованої комісії по догляду за літніми людьми приймається друге (остаточне) рішення щодо призначення застрахованій особі догляду обсягом, якого вона потребує.

<sup>39</sup> Довідково: Це наступні хвороби: 1. Рак (в останній стадії) (тільки у випадках, коли лікар визнав хвороба невиліковної на основі загальноприйнятих медичних норм); 2. Ревматоїдний артрит; 3. Прогресуюча м'язова атрофія; 4. Окостеніння задньої поздовжньої зв'язки; 5. Остеопороз з переломом; 6. Пресенільного деменція; 7. Прогресуючий над'ядерний параліч, кортико-базальна дегенерація і хвороба Паркінсона (порушення, супутні хвороби Паркінсона); 8. Дегенерація спинного мозку і мозочка; 9. Стеноз хребетного каналу; 10. Синдром передчасного старіння; 11. Мультисистемна атрофія; 12. Діабетична невропатія, діабетична нефропатія та діабетична ретинопатія; 13. Порушення мозкового кровообігу; 14. Артеріосклеротична облітерація; 15. Хронічна обструктивна хвороба легенів; 16. Деформуючий артроз з помітною деформацією обох колінних суглобів або тазостегнового суглоба.

4. *Повідомлення про призначення догляду.* Зазвичай протягом одного місяця людина отримує результат рішення і свідоцтво по догляду, в якому вказано ступень догляду (перелік, послуг, процедур тощо).

Проте при цьому непоодинокі випадки, коли заявник отримує негативний висновок на підставі того, що він (заявник) здатен вести самостійний спосіб життя. Утім це не заважає заявникові повторити спробу через певний проміжок часу.

Сукупність послуг по догляду в Японії умовно поділяється на дві категорії: «*йосієн*» (потрібна допомога) та «*йокайго*» (потрібен догляд). «*Йосієн*» підрозділяється на два ступені, а «*йокайго*» на п'ять. По комплексу заходів з допомоги чи догляду встановлюється їх сумарна гранична місячна вартість. Проте, навіть у рамках однакового ступеню «*йосієн*» чи «*йокайго*», обставини кожного споживача послуг суто індивідуальні, тому спеціально закріплений менеджер по догляду складає індивідуальний план для споживача, який ці обставини враховує. Протягом надання послуги менеджер по догляду також виконує функції консультанта.

Чим більший ступень догляду, що потребується, тим вища вартість пакету. Але при цьому досить велику відіграє розсудливість споживача у виборі послуг з урахуванням власного стану та родинних обставин.

Менеджер по догляду, як правило, є представником одного з приватних підприємств, що надають послуги по догляду. Повний список таких підприємств можна отримати в приймальні будь-якої адміністративної одиниці Японії. Зазвичай людина обирає ту чи іншу організацію на власний розсуд та звертається до неї за допомогою.

Менеджер разом із застрахованою особою складають план по догляду, обираючи з загального списку послуг ті, яких потребує саме ця особа, зрозуміло, в межах загальної вартості пакету послуг, встановленого комісією по догляду.

Уся сукупність послуг по догляду поділяється на два види: послуги по догляду на дому та послуги по догляду в закладі. Найпоширенішими видами послуг по догляду є:

1. Послуга за участю помічниці. Спеціально підготовлена помічниця приходить до споживача та надає послуги з ведення домашнього господарства та/або догляду за хворим.

2. Догляд на дому по прийому ванни. Пересувна машина по прийманню ванн відвідує клієнта та допомагає йому приймати ванну. Прийняття ванни може бути частковим (з зануренням певних частин тіла) або взагалі обмежуватись вологим обтиранням.

3. Догляд за хворим на дому. Медсестра відвідує клієнта та перевіряє його стан, вимірює тиск, проводить профілактику пролежнів та лікування.

4. Медична реабілітація. Спеціаліст із реабілітації на дому виконує необхідні процедури з невралгічної, опорно-рухової та серцево-судинної реабілітації.

5. Контроль лікування та одужання. До застрахованої особи приходять дільничний лікар, стоматолог, фармацевт та консультують її з профільних питань.

6. Денна послуга. Одержувач послуги відвідує спеціальний Центр денної послуги, в якому разом з іншими клієнтами отримує гігієнічні послуги, харчування, реабілітаційні процедури, відпочинок тощо.

7. Денний догляд (амбулаторна медична реабілітація в лікарні, амбулаторії тощо).

8. Короткотермінова послуга по догляду. Застосовується у випадку, коли родина, що здійснює повсякденний догляд за клієнтом, відлучається до відпустки, відрядження тощо. Клієнт на цей час може поступити до спеціалізованого закладу.

9. Отримання в тимчасове користування спеціального обладнання, наприклад, ліжка для догляду, інвалідної коляски тощо.

10. Дрібномасштабний багатофункціональний догляд на дому.

Так звані «територіальні послуги» надаються застрахованим особами, як правило, у містах. До них входять:

- послуги по догляду, що надаються у вечірній час. По виклику користувача можна отримати послуги у вечірній час (обхід і постійне відвідання соціальних працівників);

- амбулаторні послуги для осіб з когнітивними розладами. Особи з когнітивними розладами можуть отримати такі послуги, як прийом ванн, тренування дій повсякденного життя, рекреації тощо. Для клієнтів передбачені спеціальні грошові надбавки для індивідуальної функціональної реабілітації, покращеного харчування, покращення функцій ротової порожнини, тощо;
- груповий повсякденний догляд для осіб з когнітивними розладами (груповий дім). Літні люди з когнітивними розладами мешкають групами по 5-9 осіб у сімейному колі. При цьому працівники по догляду надають допомогу в прийомі ванни, прийомі їжі тощо, а також проводять функціональні тренування та інші заходи.

При користуванні страховими послугами по догляду виплати користувача складають 10 % вартості. Витрати на повсякденні потреби та інші витрати повністю оплачує користувач. При розміщенні в закладі (включаючи короткострокове перебування), витрати на харчування та проживання (перебування), а також витрати на харчування при користуванні амбулаторними послугами оплачує користувач.

Якщо 10 % вартості, сплачені користувачам, складають значну суму, він отримує відшкодування (повернення грошей) за дорогі послуги;

- якщо 10 % вартості, сплачені користувачем за отримані послуги, перевищують встановлену суму, ця різниця повертається в якості відшкодування дорогих послуг за заявою користувача;
- при цьому в 10 % вартості, сплачених користувачем, не включаються витрати на харчування, проживання (перебування), повсякденні потреби та інші витрати в закладі, що не покриваються страхуванням, а також витрати на придбання медтехніки, переобладнання житла тощо;
- у разі спільного проживання декількох користувачів страхових послуг по догляду, допускається підсумовування виплат усіх користувачів.

Додаток 4

#### Міжнародний досвід геріатричного страхування. Ізраїль<sup>40,41,42</sup>

В Ізраїлі страхування по догляду – це страхування, у рамках якого застрахована особа виплачує страховій компанії щомісячну премію. Платежі гарантують застрахованій особі, що якщо в майбутньому вона не зможе нормально функціонувати в повсякденному житті (згідно з визначеннями поліса) і потребуватиме постійного догляду, вона отримає право на щомісячні страхові виплати від страхової компанії на термін, зазначений у полісі. Страхові виплати будуть оформлені як участь у витратах (відшкодування витрат) або у вигляді постійної щомісячної суми, згідно з визначеннями поліса.

Розмір премії поступово зростатиме протягом перших трьох років згідно з таблицею зміни вартості страховки (премія і умови страховки).

<sup>40</sup> «ШАБАН» и страхование по уходу // Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.health.gov.il/Russian/Subjects/RightsInsured/HealthInsuranceLawRights/shaban/Pages/Siudi.aspx>

<sup>41</sup> Общая информация о «Маккаби Сиуди» // Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.maccabi4u.co.il/SIP\\_STORAGE/files/8/14238.pdf](http://www.maccabi4u.co.il/SIP_STORAGE/files/8/14238.pdf)

<sup>42</sup> Леумит сеуд // Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://www.leumit.co.il/UploadedFiles/08\\_2016/תמורה%20-%20גילוי%20תואנה%20-%20תיסורת.pdf](https://www.leumit.co.il/UploadedFiles/08_2016/תמורה%20-%20גילוי%20תואנה%20-%20תיסורת.pdf)

Таблиця зміни вартості страхівки по догляду, шекелів

Вік застрахованої особи на момент сплати премії	Розмір премії в перший рік	Розмір премії в другий рік	Розмір премії в третій рік
2-18	0,00	0,00	0,00
19-25	7,84	7,98	8,12
26-30	15,65	15,93	16,22
31-35	24,45	24,89	25,34
36-40	38,03	38,72	39,41
41-45	50,94	51,86	52,79
46-50	73,35	74,87	76,01
51-55	85,58	87,12	88,69
56-60	98,48	100,25	102,06
61-65	114,11	116,16	118,25
66-70	129,72	132,06	134,44
71-75	146,03	148,66	151,34
76+	154,87	157,66	160,49

Розмір премії змінюється також залежно від віку застрахованого і прив'язаний до індексу споживчих цін. Виплати по догляду застрахованій особі також прив'язані до індексу споживчих цін.

Право на страхові виплати мають:

- застрахована особа, яка внаслідок поганого здоров'я і функціонального стану в результаті хвороби, нещасного випадку або фізіологічного порушення не може самостійно виконувати значну частину (принаймні 50 %, тобто 3 або більше) з 6 наступних дій: вставати і лягати, одягатися і роздягатися, їсти і пити, приймати душ, контролювати функції сфінктерів або самостійно пересуватися;
- застрахована особа в стані «когнітивного розладу», діагностованого лікарем-фахівцем у цій галузі. «Когнітивний розлад» – це стан розладу когнітивних функцій людини і зниження її інтелектуальних можливостей, включаючи порушення розуміння і судження, погіршення довгостроковій або короткостроковій пам'яті і нездатність орієнтуватися в часі та просторі, що вимагає нагляду більшу частину доби згідно з висновком лікаря-фахівця в цій галузі і має причиною порушення здоров'я, наприклад, хвороба Альцгеймера або різні типи деменції.

У разі прийняття заяви застрахованої особи про визнання його хворим, що потребує постійного стороннього догляду, він отримує страхові виплати одним із таких способів:

- компенсація. Щомісячна компенсації виплачується застрахованій особі, що знаходиться на дому, один раз на місяць і не пізніше 10-го числа кожного календарного місяця. Щомісячна компенсація, обсяг якої встановлюється відповідно до віку застрахованої особи, виплачується у вигляді фіксованої суми та без будь-якого зв'язку з витратами, фактично понесеними застрахованою особою.
- відшкодування витрат. Щомісячне відшкодування витрат обсягом, що встановлюється відповідно до віку застрахованої особи, проводиться застрахованій особі, що знаходиться в установі по догляду, за умови надання оригіналів квитанцій, виданих установою у зв'язку з госпіталізацією. Застрахована особа має право досягти домовленості зі страхувальником, відповідно до якої останній буде здійснювати виплати безпосередньо установі, без необхідності в поданні одержувачем страхувальнику податкових квитанцій.

Якщо дія права застрахованої особи на отримання страхових виплат по догляду припинилася внаслідок поліпшення стану її здоров'я, а потім вона знову почала потребувати постійного догляду, що дає їй право на отримання страхових виплат відповідно до умов страхового полісу, застрахована особа має право на отримання таких виплат починаючи з дня повторного визнання її хворою, що потребує постійного стороннього догляду, без необхідності в повторному періоді очікування.

В Ізраїлі догляд за хворим, які не здатні самостійно обслуговувати себе, у спеціальному закладі або вдома у хворого, не включений ані в базисний кошик послуг, які зобов'язані надавати лікарняні каси, ані в програми додаткових послуг у сфері охорони здоров'я (за винятком догляду за важко хворими людьми). Послуги з госпіталізації хворих людей, не здатних обслуговувати себе самостійно, (за винятком догляду за важко хворими людьми), надаються Міністерством охорони здоров'я відповідно до існуючих правил та критеріїв, за фінансової участі хворого і його родини. Деякі лікарняні каси пропонують придбати страховий поліс по догляду за хворими, не здатними обслуговувати себе самостійно, і навіть включають цей поліс в програму додаткових послуг в сфері охорони здоров'я «ШАБАН».

У зв'язку з цим важливо знати наступне:

Член лікарняної каси повинен прийняти самостійно рішення, чи бажає він оформити страховий поліс по догляду за хворими, не здатними обслуговувати себе самостійно, пропонований йому лікарняною касою, і оформити його тільки за власним бажанням. Лікарняна каса не має права змусити вас оформити цей страховий поліс всупереч вашій волі.

Ви маєте право приєднатися до програми додаткових послуг в сфері охорони здоров'я незалежно від того, вирішили ви придбати страховий поліс по догляду за хворим, який не здатен обслуговувати себе самостійно, або відмовилися від його придбання.

Якщо ви прийняли рішення не продовжувати страховий поліс по догляду за хворим, який не здатен обслуговувати себе самостійно, ви не зобов'язані скасовувати також програму додаткових послуг у сфері охорони здоров'я, і навпаки.

Страховання по догляду за хворим, які не здатні обслуговувати себе самостійно, пропоноване лікарняними касами, є груповим страхуванням (страхується група людей). Страхова відповідальність за виконання умов поліса по догляду за хворим, який не здатен обслуговувати себе самостійно, лежить на приватних комерційних страхових компаніях, а не на лікарняних касах. Отже, нагляд над цими полісами знаходиться не в руках Міністерства охорони здоров'я, а в руках контролера над страхуванням в Міністерстві фінансів.

Починаючи з 01.07.2016 р. в силу вступила реформа у сфері колективного страхування по догляду членів лікарняних кас. У рамках даної реформи все лікарняні каси пропонують своїм клієнтів страховий поліс, обсяг послуг в якому однаковий для всіх, і таким чином лікарняні каси і страхові компанії змагаються тільки за вартість і якість пропонованого обслуговування.

Розмір страхового покриття встановлюється залежно від віку, в якому застрахована людина оформила страховий поліс: до 49 років, у віці від 50 до 59 років і у віці 60 років і старше.

Усі члени лікарняних кас, страховий поліс по догляду яких завершився 30 червня 2016 р, були переведені на новий страховий поліс зі збереженням всіх належних їм прав, і для цього не потрібно було підписувати будь-які додаткові документи.

З 01.01.2017 р. реформа дозволяє також вільно переходити з однієї лікарняної каси в іншу, і при цьому після переходу за страхувальником зберігаються права, які були у нього в лікарняній касі, з якої він пішов. При переході він не повинен проходити повторну оцінку стану його здоров'я.

Необхідно відзначити, що перехід на новий страховий поліс в новій лікарняній касі не провадиться автоматично. Страхувальник повинен записатися в програму страхування, проповану його нової лікарняною касою, і для цього він повинен пред'явити довідку

про те, що у нього був поліс страхування по догляду для членів лікарняної каси, з якої він пішов.

Для цього, відповідно до вказівок інспектора, відповідального за питання страхування при Міністерстві фінансів, страхувальна компанія, яка страхувала його в лікарняній касі, з якої він пішов, повинна послати йому листа невдовзі після відходу, в якому буде наведена докладна інформація, необхідна для переходу з однієї страхової програми в іншу зі збереженням всіх прав, і яке є підтвердженням того, що він дійсно був застрахований страховою програмою по догляду. Крім цього, страхова компанія, що страхує членів лікарняної каси, в яку перейшов страховик, повинна повідомити страхувальника про те, що він має право оформити страхування по догляду зі збереженням всіх прав, які були йому покладені в старій лікарняній касі.

Для реалізації права перейти з однієї лікарняної каси в іншу зі збереженням всіх прав, страхувальник повинен пред'явити страхової компанії в новій лікарняній касі довідку, отриману від страхової компанії в старій лікарняній касі протягом 180 днів з дня отримання вимоги. У разі несвоєчасного пред'явлення довідки, це право втрачається.