



УДК 330.342.146:[338.45:61]:332.1(477)

У.Я. САДОВА

д-р екон. наук, проф.

ДУ «Інститут регіональних досліджень імені М.І. Долішнього НАН України»

E-mail: sadlu2004@gmail.com

М.В. БАЧИНСЬКА

канд. екон. наук, мол. наук. співроб.

ДУ «Інститут регіональних досліджень імені М.І. Долішнього НАН України»

E-mail: maricka1104@gmail.com

**ОРГАНІЗАЦІЯ І РОЗВИТОК СИСТЕМИ ГЕРІАТРИЧНОЇ
ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ: РЕГІОНАЛЬНІ АСПЕКТИ**

Представлено науково-методичні та прикладні засади дослідження системи геріатричної допомоги населенню. Вказано на актуальність розвитку понятійно-термінологічного апарату ринку геріатричних послуг («організація системи геріатричної допомоги», «геріатрична послуга»), наведено авторський підхід до вивчення проблем формування та територіальної організації мережі об'єктів відповідного профілю. Розглянуто проблеми стану організації геріатричної допомоги в Україні та Львівській області.

Виділено регіональні особливості функціонування системи геріатричної допомоги в умовах Львівської області. Вказано, що постановка цілей перспективного розвитку мережі об'єктів системи геріатричної допомоги населенню, а також реалізація оперативних завдань державної соціальної політики на регіональному рівні повинні виходити з принципів соціальної відповідальності надання медико-санітарної допомоги населенню похилого віку як сімейними лікарями, так і їх близьким оточенням та родичами. Наголошено на потребі суттєвої ефективізації заходів, пов'язаних з підвищенням рівня довіри населення до служб державної санітарно-побутової допомоги та працівників закладів соціального обслуговування, обізнаності та інформованості людей у правах на отримання геріатричної допомоги, можливостях отримання ширшого асортименту та вищої якості послуг на платній основі тощо.

Обґрунтовано передумови реорганізації та розвитку системи геріатричної допомоги в регіонах України. Розроблено методичний підхід для визначення обсягу мінімальної потреби населення регіону на одну особу похилого віку.

Ключові слова: організація системи геріатричної допомоги, геріатрична послуга, особи похилого віку, старіння населення, мінімальна потреба, якість життя.

У.Я. Садова

д-р екон. наук, проф. ГУ «Інститут регіональних

исследований имени М.И. Долишнего НАН Украины»

E-mail: sadlu2004@gmail.com

М.В. Бачинская

канд. екон. наук, мл. науч. сотруд.

© САДОВА У.Я., БАЧИНСЬКА М.В., 2015

ГУ «Институт региональных исследований имени М.И. Долишнего НАН Украины»
E-mail: maricka1104@gmail.com

ОРГАНИЗАЦИЯ И РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В УКРАИНЕ: РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Представлены научно-методические и прикладные основы исследования системы гериатрической помощи населению. Указано на актуальность развития понятийно-терминологического аппарата рынка гериатрических услуг («организация системы гериатрической помощи», «гериатрическая услуга»), изложен авторский подход к изучению проблем формирования и территориальной организации сети объектов соответствующего профиля. Рассмотрены проблемы состояния организации гериатрической помощи в Украине и Львовской области.

Выделены региональные особенности функционирования системы гериатрической помощи в условиях Львовской области. Указано, что постановка целей перспективного развития сети объектов системы гериатрической помощи населению, а также реализация оперативных задач государственной социальной политики на региональном уровне должны исходить из принципов социальной ответственности предоставления медико-санитарной помощи населению пожилого возраста как семейными врачами, так и их близким окружением и родственниками. Отмечена необходимость существенной эффективизации мероприятий, связанных с повышением уровня доверия населения к службам государственной санитарно-бытовой помощи и работникам учреждений социального обслуживания, осведомленности и информированности о правах на получение гериатрической помощи, возможностях получения более широкого ассортимента и высокого качества услуг на платной основе и др.

Обоснованы предпосылки реорганизации и развития системы гериатрической помощи в регионах Украины. Разработан методический подход для определения объема минимальной потребности населения региона в гериатрических услугах на душу населения пожилого возраста.

Ключевые слова: организация системы гериатрической помощи, гериатрическая услуга, население пожилого возраста, старение населения, минимальная потребность, качество жизни.

U. Sadova

Doctor of Economics, Professor

State Institute «Institute of Regional Research named after M.I. Dolishniy National Academy of Sciences of Ukraine», 79026, Lviv, Kozelnyska str., 4

E-mail: sadlu2004@gmail.com

M. Bachynska

Ph.D. Junior Researcher

State Institute «Institute of Regional Research named after M.I. Dolishniy National Academy of Sciences of Ukraine», 79026, Lviv, Kozelnyska str., 4

E-mail: maricka1104@gmail.com

ORGANIZATION AND DEVELOPMENT OF GERIATRIC CARE TO THE POPULATION IN UKRAINE: REGIONAL ASPECTS

This paper presents the methodological and applied principles of research of geriatric care system for population. The relevance of concepts of terminological apparatus of the market of geriatric services (“organization of geriatric care”, “geriatric service”) is indicated, the author’s approach to the problems of development and territorial network organization of objects of the profile is given. The problems of the state of geriatric care in Ukraine and Lviv region are analysed.

Regional characteristics of the system of geriatric care in Lviv region are covered. It is shown that setting perspective development goals for the network of objects of geriatric care, as well as the implementation of the objectives of state social policy at the regional level should proceed from principles of social responsibility to provide health care elderly by family doctors as well as those close to them and their relatives. The need for substantial effectiveness in activities related with an increase in levels of public trust in service of the state sanitary assistance and employees of social service, knowledge and awareness of people about their rights for geriatric care, opportunities to obtain a wider range and higher quality services for a fee and so on, is highlighted.

The preconditions of reorganization and development of geriatric care in regions of Ukraine are explained. The methodical approach for determining the amount of the minimum needs of the population in the region of geriatric services per capita for elderly people is developed.

Key words: *organization of the system of geriatric care, geriatric service, population ageing, elderly population, minimum requirement, quality of life.*

Постановка проблеми. Однією з визначальних рис сучасного розвитку України є тенденція стрімкого постаріння населення. Пов'язані з цим ризики й проблеми подальшого демографічного, соціально-економічного, зрештою, культурного розвитку держави й суспільства обумовлюють гостру потребу вивчення проблем осіб похилого віку, напрацювання науково обґрунтованих рішень державної політики щодо підтримки соціально вразливих верств населення, розвитку ринку соціальних й геріатричних послуг, вдосконалення принципів територіальної організації мережі об'єктів відповідної інфраструктури тощо.

Нині тематикою старіння населення, подовження віку його суспільної активності займається багато інституцій. У світі діє Міжнародна асоціація геронтології і геріатрії (International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG), 1950 р.)¹. Чимало досліджень виконується під егідою Генеральної Асамблеї ООН. В економічно розвинених країнах соціальна геронтологія, геріатрія, біологія старіння роблять революційний прорив у царині подовження тривалості і підвищення якості життя людини. Значними є досягнення у сфері біо- та інформаційних технологій, технічних засобів з надання соціальної допомоги тощо.

В Україні дослідження проблем забезпечення доглядом, допомогою осіб похилого віку переважно здійснюються в рамках тематики соціального захисту населення, розбудови системи пенсійного страхування. Не можна вважати задовільною ситуацію в частині досліджень територіальної організації інфраструктури системи геріатричної допомоги населенню (СГДН), адаптації до українських умов відповідних європейських соціальних стандартів, а також осмислення наслідків збройного конфлікту у регіоні Донбасу й вимушеного переселення осіб, у т. ч. похилого віку та однаків. Без сумніву, вітчизняна СГДН відображає усю складність розвитку держави, економіки, суспільства. Пошук нових моделей розвитку та територіальної організації СГДН є особливо актуальним.

Аналіз досліджень і публікацій. Інтерес до проблем організації та розвитку СГДН виявляють представники різних галузей наукових знань: медики (Г. Стойнева (G. Stoyneva), В. Чайковська (V. Chaykovska), Н. Вержиковська (N. Verzhikovska), Н. Хаджинова (N. Khadzhynova)), демографи, економісти, соціологи, географи (С. Пирожков (S. Pyrozhkov), В. Піскунов (V. Piskunov), В. Стешенко (V. Steshenko), П. Шевчук (P. Shevchuk), Е. Лібанова (E. Libanova), І. Гнибіденко (I. Hnybidenko), Н. Левчук (N. Levchuk), В. Терець (V. Terets), У. Садова (U. Sadova), М. Семикіна (M. Semykina), В. Новіков (V. Novikov), С. Копчак (S. Korchak), С. Цапок (S. Tsapok), ін.). Понятійно-термінологічний апарат досліджень СГДН формується завдяки інтегративним зв'язкам геріатрії², біології старіння³, соціальної геронтоло-

¹ Міжнародна асоціація геронтології і геріатрії (International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG), створена в 1950 р. Нині вона об'єднує представників 64 країн світу, нараховуючи понад 45,1 тис. членів.

² Геріатрія – система наукових знань у галузі клінічної медицини, яка вивчає виникнення, розвиток, діагностику, лікування та профілактику вікової патології; особливості захворювань у старшому, старечому віці, а також організацію медичної, психологічної та соціальної допомоги особам старших вікових груп. Понятійний апарат націлений на з'ясування можливостей нормалізації обмінних і фізіологічних процесів у організмах, що старіють.

³ Біологія старіння – наука, що вивчає фізіологічні та психологічні вікові зміни людини.

гії⁴, геронтології⁵ [1]. Соціально-економічні та валеологічні дефініції розвиваються в царині соціальної демографії, соціальної економіки, соціальної географії, права тощо. Незважаючи на значну кількість праць, соціально-економічні проблеми розвитку СГДН, регіональних особливостей організації мережі об'єктів залишаються мало вивченими.

Метою статті є обґрунтування науково-методологічних засад дослідження СГДН у регіоні й розробка рекомендацій щодо її розвитку.

Виклад основного матеріалу. Старіння людини – руйнівний процес, що призводить до зниження фізіологічних функцій людського організму, розвитку вікової патології (від моменту зародження життя клітин аж до їх смерті). Це суперечливий соціально зумовлений процес, пов'язаний із віковими особливостями адаптації індивіда до соціального середовища (вік молодості, середній вік) [2, С. 444]. На фоні «згасання» функцій окремих органів людини виникає потреба в спеціальній зовнішній допомозі організації її життєдіяльності.

У демографії, соціальній економіці, політиці і медичній сфері дослідження проблем функціонування СГДН ґрунтується на міждисциплінарному підході. Спільною платформою наукового пошуку є структурно-кваліметричні ознаки часової визначеності явища старіння населення, його критерії: календарний вік, а також демографічний (тривалість прожитих людиною років життя), біологічний (біологічний стан організму), інтелектуально-ментальний і психічний (рівень розумового та емоційного розвитку особи), економічний (тривалість трудової активності), юридичний критерії⁶ тощо [3]. Певні зміни в організацію СГДН в Україні нині вносить пенсійна реформа⁷. У даній розвідці ми беремо до уваги такі межі поділу віку людини: від 55 р. жінки та 60 р. чоловіки і старше – похилий вік. У межах цього періоду виділяємо: осіб старшого віку – від 55 р. жінки та 60 р. чоловіки до 74 років, старечого віку – 75–89 р., довгожителів – 90 років і старше (рис. 1). Це дозволяє проаналізувати й оцінити загальні й специфічні потреби населення похилого віку, конкретизувати обсяги та структуру попиту на геріатричні послуги – особливого виду економічної діяльності з приводу діагностики, лікування та профілактики вікових патологій населення похилого віку, а також надання йому соціально-медичної, реабілітаційної, психологічної та соціально-побутової допомоги. Інформація про вікову структуру населення похилого віку є основою моделювання СГДН – особливого комплексу заходів із забезпечення категорії осіб похилого віку якісною та своєчасною медико-санітарною, лікувально-діагностичною, психологічною, соціально-побутовою, допомогою гарантування гідного рівня та якості їх життя.

Розвиток та територіальна організація СГДН перебуває під впливом дії різних чинників. Так, в Україні історичні факти вказують на те, що сучасні потреби в геріатричних послугах населення є прямим наслідком порушення його вікової структури під час другої світової війни, поширення явищ міграцій, депортацій, комсомольських оргнаборів на новобудови віку, Чорнобиля тощо. Нині кількість осіб похилого віку пе

⁴ Соціальна геронтологія – наука, що досліджує вплив соціально-економічних умов життя населення на його процеси старіння.

⁵ Геронтологія – наука, яка розробляє засадничі основи визначення місця особи похилого віку в суспільстві, проведення досліджень (у т. ч. регіональних) задля моделювання оптимальних умов її життєдіяльності.

⁶ Згідно із Законом України «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні» від 22.05.2008 р. (№ 3721-12), до громадян похилого віку зараховувалися особи з віковим статусом: чоловіки у віці 60, жінки у віці 55 років і старші, а також особи, яким до досягнення загального пенсійного віку залишилося не більше півтора року.

⁷ Закон України «Про заходи щодо законодавчого забезпечення реформування пенсійної системи» від 03.06.2013 р. № 3668-17.

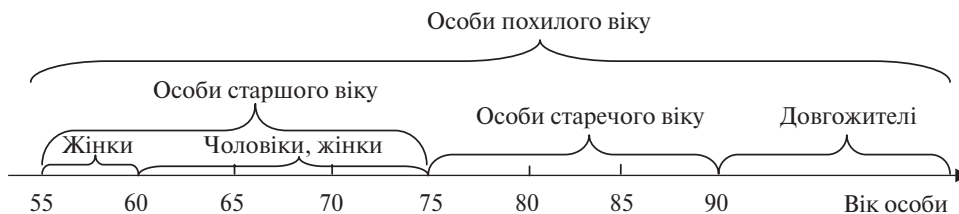


Рис. 1. Періодизація етапів похилого віку людини

Джерело: складено авторами.

ревищила чверть постійного населення держави (28 %, 12,8 млн осіб, 2013 р.) [4]. До речі, спеціальна комісія ООН ще в 1959 р. вказувала на населення України як на таке, що перебуває на порозі старості: 7 % осіб у віці 65 років і більше (5 % чоловіків і 15 % жінок). Уже в 1970 році статус української держави визначили як «країни, що характеризується демографічною старістю», а населення – як старе [5]. У подальші роки явище старіння населення поглиблювалося. Аналіз вікової структури населення України з використанням шкали Е. Россета підтвердив невтішну динаміку й після 1989 року [6, С. 267].

У даний час знаковим чинником розвитку СГДН є збройний конфлікт у регіоні Донбасу. Він провокує як значні втрати осіб молодого віку, міграційний відтік економічно активного населення за кордон, так і збільшення кількості людей похилого віку, котрим необхідна буде кваліфікована зовнішня допомога. Це актуалізує потребу розвитку об'єктів інфраструктури спеціалізованої геріатричної допомоги.

Нині в Україні потребують кардинального реформування підходи до організації діяльності СГДН. Із загальної кількості амбулаторно-поліклінічних закладів державної системи охорони здоров'я (6,5 тис. од.) тільки 297 мають спеціалізовані реабілітаційні відділення [7]. Значні диспропорції розвитку об'єктів мають місце у територіальному аспекті. Медико-соціальні відділення відсутні в поліклініках 24 регіонів держави, відділення сестринського догляду – у 18, хоспіси – у 10 [8]. В 2012 р. у державі працювало 268 будинків-інтернатів для громадян похилого віку та дорослих інвалідів. Загальна потужність мережі – 50,3 тис. місць. Водночас, функціонувало більше 700 територіальних центрів і 800 відділень соціального обслуговування населення «на дому», які допомагали майже 2 млн непрацездатних осіб. У межах цих закладів функціонували відділення медичної реабілітації та психотерапевтичної підтримки.

Проблеми розвитку СГДН по-різному виявляються в регіональному аспекті. Так, на Львівщині (під егідою Департаменту соціального захисту ЛОДА) функціонує 28 територіальних центрів соціального обслуговування пенсіонерів та одиноких непрацездатних громадян (ТЦСОП). Щороку вони обслуговують понад 70 тис. осіб. Широкий є спектр видів послуг. Впродовж останніх років з метою наближення соціальних послуг до споживача було створено філії територіальних відділень соціально-побутової адаптації населення. Розширилася практика виїзних бригад із надання соціально-побутових послуг у селах. Має місце обслуговування одиноких повносправних пенсіонерів на дому – тих, що мають далеких родичів (відповідно до типового положення про ТЦСОП). Для осіб, котрим законодавство України не гарантує право безкоштовної допомоги в ТЦСОП, послуги можуть надаватися на платній основі (договір на послуги з оплати субсидій, комунальних послуг, купівлі продуктів харчування, косметичного прибирання тощо). До обслуговування вклю-

чаються лише психічно здорові особи (мають здоровий глузд) та здатні самостійно себе обслуговувати. Юридично-правове оформлення відносин проводиться з особою, яка потребує обслуговування (чи з родичем) у вигляді договору, в якому зазначаються вид послуг, їх вартість, стан здоров'я підопічного. Опікування лежачими хворими (з тяжкими захворюваннями) через заклади ТЦСОП не передбачено. Цікавим є досвід організації пунктів прийому продуктів харчування, одягу та взуття, предметів першої необхідності, коштів для подальшого адресного розподілу серед громадян похилого віку, інвалідів, малозабезпечених та інших соціально незахищених верств населення, пунктів прокату засобів пересування та реабілітації, предметів догляду за хворими від населення, підприємств, установ, організацій регіону. Показовим є також досвід роботи з організації довготривалої допомоги та опіки у Львівському обласному геріатричному пансіонаті (постійно в ньому проживає близько 400 осіб). Щомісячне утримання осіб у геріатричному пансіонаті забезпечується за рахунок держави в розмірі не менше 75 % від розміру пенсійного забезпечення⁸. Загалом, не дивлячись на позитивні сторони в діяльності ТЦСОП Львівщини, існує багато проблем їх перспективного розвитку, для вирішення яких необхідна відповідна ефективна політика держави.

З метою вивчення особливостей організації та розвитку системи геріатричної допомоги особам похилого віку Львівської області нами було проведено експертне опитування⁹. Метод – глибинне анонімне інтерв'ю (опитано 75 осіб віком від 56 до 90 років). Вікова структура респондентів: 12 % – особи старшого віку (56 – 74 років), 88 % – старечого віку (старші від 75 років). Середній вік: 78,4 роки. Співвідношення статей – один чоловік до трьох жінок. Вибірка сформована з додаванням окремих критеріїв: 10 % – інваліди I–III групи, 36 % – мешкають самотньо, 26 % – мешкають разом з іншими особами похилого віку (в переважній більшості з другим членом подружжя), 38 % – з родичами працездатного віку (в переважній більшості з дітьми). Враховано, що серед осіб віком до 70 років частка тих, хто живе самотньо, нижча, ніж серед людей старших вікових груп. Вищою є частка сімейних пар. За характером розселення – третина сільські мешканці (30 %), 12 % – мешканці селищ міського типу, 58 % – мешканці міст (половина – м. Львів).

Результати опитування дали змогу встановити, що у регіоні 2/3 осіб похилого віку мають труднощі у самообслуговуванні, і лише третина їх не мають (34 %). У віці до 75 років включно це стосується 44 % осіб, у старшому за 75 років – 3/4 (76 %). Найбільш поширеними проблемами для даної категорії населення є вади опорно-рухового апарату (третина опитаних), втрати зору – 28 %, слуху – 18 %. Відсутність

⁸ На основі використання Типового положення ТЦСОП та документів Львівського геріатричного пансіонату.

⁹ У дослідженні використано методичні напрацювання Н. Хаджинової, яка проводила обстеження потреб населення у віці старше 60 років в Україні за Програмою АЕСКОЗ (параметри діагностики – фізичні можливості, соціальна активність, психологічний статус, серцево-судинна система, опорно-рухова система, нервова система, самооцінка здоров'я, користування медичними службами). Варто вказати, що особливо значними визнано потреби: активного медичного спостереження – 32 % міських і 41 % сільських мешканців; інтенсивного короткочасного стаціонарного лікування з наступним долікуванням в амбулаторно-поліклінічній мережі з необхідністю щоденної часткової побутової допомоги – 13 % і 17 %; лікування у геріатричному відділенні чи довгострокового перебування хронічних хворих або стаціонару вдома з організацією всебічної постійної допомоги – 10 % та 5 %. Виявлено незадовільну якість надання медичної допомоги населенню: невідповідність медикаментозних призначень (23 % – місто і 16,5 % – село); відсутність використання консультативної допомоги (63 % і 78 %); пізня госпіталізація (69 % та 74 %) [8].

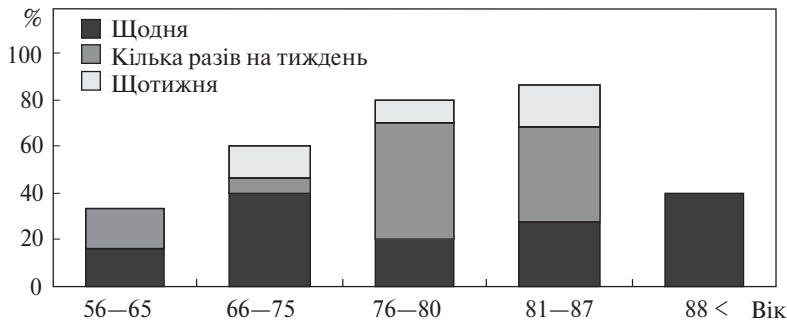


Рис. 2. Вікові особливості частоти вимірювання артеріального тиску особами похилого віку Львівщини

Джерело: складено на основі проведеного глибокого інтерв'ю.

кінцівок зафіксовано у 2 % опитаних. Мешканці міст та сіл Львівщини особливо часто висловлюються за потребу у найпростіших видах соціальної допомоги, рідше у об'ємних роботах соціально-побутового характеру. Тут, очевидно, варто розмежувати два блоки проблем.

З одного боку, привертає увагу низька відповідальність осіб похилого віку за власне здоров'я. На це вказує навіть інформація про дотримання людьми приписів лікарів щодо частоти вимірювання артеріального тиску (обох статей): більшість здійснює процедуру лише кілька разів на рік, тільки третина (32 %) – кілька разів на тиждень, третина (34 %) – щодня (по кілька разів). Логічно, що за артеріальним тиском регулярно стежать особи із серцево-судинними захворюваннями, причому дисциплінуючу роль відіграє власне вік людини (частка осіб, старших за 70 років утричі вища, ніж у віці до 65 років (рис. 2)).

З іншого боку, частота звернень мешканців регіону до профільних спеціалістів та сімейних (дільничних) лікарів залежить від особливостей організації СГДН, розвитку ринку геріатричних послуг, системи розселення населення, а також добробуту мешканців домогосподарств. У селах та містах районного підпорядкування показники частоти відчутно нижчі, ніж у м. Львів. Якщо населення старших вікових категорій міст районного підпорядкування та сіл звертається до сімейного лікаря кілька разів у місяць (п'ята частина), то львів'яни – щотижня. Не звертається по допомогу до сімейних лікарів п'ята частина мешканців села – 21 % (тоді як серед міських мешканців, у т. ч. м. Львів – 2–3 %). Подібну картину можна спостерігати щодо звернень населення до профільних лікарів: у містах обласного підпорядкування – щомісяця, у сільських місцевостях – кілька разів у рік. Лише у обласному центрі до профільних лікарів населення похилого віку звертається щотижня.

Надзвичайно мало осіб у регіоні має можливість отримувати медичну допомогу у спеціалізованих геріатричних відділеннях системи охорони здоров'я (13 %, з яких 6,5 % – мешканці Львова, 4 % – міст обласного та районного підпорядкування та 2,5 % – сільського населення). Лише 5 % респондентів отримують геріатричну допомогу в будинках-інтернатах для осіб похилого віку (з вадами слуху чи зору).

Привертає увагу недотримання особами похилого віку вимоги до частоти проведення загального обстеження організму лікарями (практику щорічних обстежень підтверджують 34 % опитаних, 22 % – кілька разів у рік та 20 % – щомісяця). Найбільш активними є особи, які мають серцево-судинні захворювання. Натомість

недоотримують кваліфіковану лікарську допомогу люди з суттєво зниженою або повністю втраченою руховою активністю. Особи зі збереженою або частково зниженою руховою активністю переважно самі проходять медичні обстеження. Загалом, зовсім не проходить медичного обстеження 12 % опитаних мешканців м. Львів, 18 % – міст області та 50 % – сільських місцевостей.

Проблемними є питання організації амбулаторного лікування осіб похилого віку, яке отримують 70 % опитаних (причому, 12 % – щомісяця; 32 % – кілька разів у рік; 24 % – щороку). Диспансерне лікування у закладах системи охорони здоров'я щороку отримує 62 % опитаних (в тому числі 32 % – кілька разів у рік). Проблеми надання вторинної медичної допомоги населенню похилого віку здебільшого пов'язані з фізичними та економічними обмеженнями доступу до лікаря (особливо гострою є ця проблема серед мешканців сільських поселень).

Частота задоволення потреб у послугах соціально-побутового характеру корелює зі здатністю людини до самообслуговування, перш за все, рівнем збереження її рухової активності, відсутності фізіологічних вад. Так, 66 % мешканців даної категорії регіону мають потребу у допомозі з приготуванням їжі. Із числа тих осіб, що самі добре справляються з цим завданням – 90 % такої потреби не мають (з числа тих, що мають певні труднощі – 50 %, та тих, які справляються самі, але зі значними труднощами – 14 %). Із числа тих, що зовсім не можуть самі справлятися з приготуванням, 60 % отримують дану послугу щодня, 40 % – кілька разів у тиждень. Третина послуг надається близькими та родичами, які ведуть спільне домогосподарство, 16 % – родичами, що проживають окремо, 6 % – знайомими та сусідами, 16 % – спеціально найнятими особами для догляду, 4 % – працівниками територіальних центрів соціальної допомоги. За найпростішою медичною допомогою (вимірювання тиску, температури, контроль прийому ліків тощо) особи похилого віку найчастіше звертаються до рідних, з якими проживають (48 %). Майже у 90 % випадків її отримують безкоштовно. За дрібними медичними процедурами (уколи, крапельниці, п'явки, розтирання тощо) люди звертаються до працівників медичних закладів (50 %) та спеціально залучених фахівців для здійснення таких маніпуляцій на засадах найму (25 %). З них 48 % за повну оплату, 30 % – за часткову і 22 % – безоплатно.

Проведене обстеження дало змогу виявити низку специфічних рис організації та функціонування СГДН у Львівській області. Встановлено, що особам похилого віку фахову медико-санітарну допомогу здебільшого надають сімейні лікарі та лікарі швидкої медичної допомоги; найбільш оперативно та якісно соціально-побутові, а інколи й медичні послуги надають близькі родичі. Існує значна недовіра до працівників державних служб (сфера соціального обслуговування, мережа соціальних працівників); у людей відсутня правова грамотність на предмет отримання геріатричної допомоги; ринок геріатричних послуг (в т. ч. регіональний¹⁰) хоча й розвивається швидкими темпами, проте деформовано у територіальному плані (геопросторова асиметрія).

З метою вирішення низки проблем розвитку СГДН у регіоні нами запропоновано методичний підхід щодо розрахунку мінімального стандарту (нормативу) потреб населення в основних видах геріатричної допомоги, а також розвитку СГДН у регі-

¹⁰ Регіональний ринок геріатричних послуг – система економічних відносин з приводу попиту та пропозиції геріатричних послуг у сфері обслуговування осіб похилого віку, яка має власну організаційну структуру, виконує специфічні функції, орієнтується на правові, інституційні та інші принципи, розвивається в певних геопросторових межах.

оні (з конкретизацією цілей та ресурсів) (табл. 1). Так, для мінімального стандарту (нормативу) потреб населення в основних видах геріатричної допомоги, використано усереднені значення показників обсягу послуг на одну особу за певний період часу (місяць, квартал, півріччя, рік) з врахуванням віку, статі, рівня рухової активності та ступеня самообслуговування. Тобто враховано частоту отримання впродовж року кожного виду послуг (за основним переліком) у розрахунку на особу похилого віку, відкорегована на ступінь задоволеності у їх отриманні. По суті, це – мінімальна річна норма геріатричних послуг на одну особу похилого віку.

Таблиця 1. Мінімальний стандарт частоти надання послуг лікарями спеціалізованої медичної допомоги для осіб похилого віку (консультація та лікування), у розрахунку на одну особу протягом року

Показник оцінювання явища	Перелік спеціальностей лікарів, що надають послуги										
	Сімейний лікар	Невропатолог	Кардіолог	Хірург	Ортопед	Окуліст	Уролог	Стоматолог	Гастроентеролог	Пульмонолог	Алерголог
Кількість звернень населення за консультацією та лікуванням	18	4,2	3	2	2	0,9	0,6	0,6	0,3	0,3	0,3

Джерело: складено авторами за результатами глибокого інтерв'ю.

Таблиця 2. Набір найпростіших медичних послуг мінімального стандарту, що призначається особам похилого віку в рік, на одну особу

Набір послуг	Все населення похилого віку	Структура осіб похилого віку		
		у віці:		
		менше 60 років	60– 69 років	70 і більше років
Вимірювання артеріального тиску	118	121	143	204
Вимірювання температури тіла	45	4	32	52
Масаж (розтирання)	47	1	72	51
Контроль за прийомом фармацевтичних препаратів	137	2	106	146

Джерело: складено і розраховано авторами.

Набір послуг мінімального стандарту особам похилого віку в рік у розрахунку на одну особу (відповідно до віку, статі, рівня рухової активності та ступеня самообслуговування) дає змогу встановити структуру необхідної допомоги, а також нормативний рівень забезпеченості ліжко-місцями у спеціалізованих геріатричних закладах. Для кожної з таких груп осіб потреба у сторонній допомозі в отриманні навіть найпростішої медичної допомоги суттєво різна (табл. 2). Її оцінювання проводиться з урахуванням фізіологічного стану особи похилого віку, стану її здоров'я (інформацію слід отримувати з різних джерел – сімейного лікаря, родича, сусіда, опікуна тощо). Певне значення має також й оцінка ситуації навколо ролі того чи іншого суб'єкта ринку геріатричних послуг у життєзабезпеченні конкретної особи похилого віку. Це дає змогу розподілити суб'єктів ринку на групи, а також встановити ранг потреб у послугах на перспективу.

Використання відповідних індикаторів (коефіцієнтів залежності особи від надання послуги ззовні» $KЗн_i$) допомагає вказати на потребу сторонньої допомоги у отриманні соціально-побутових послуг, а також визначити перелік найпростіших медико-санітарних послуг, які населення може споживати самостійно. Так, для визначення загального коефіцієнту залежності особи від надання послуги ззовні доречно використовувати два субкоефіцієнти: коефіцієнт залежності від самої послуги – $KЗн1_i$; (вказує на важливість послуги для літньої людини, тобто, ступінь потреби у наданні конкретної послуги взагалі); коефіцієнт залежності від сторонніх осіб для задоволення потреби у послугі – $KЗн2_i$; (вказує на залежність отримання послуги від сторонніх осіб, тобто хто конкретно її повинен чи може надавати). Даний підхід доречно застосовувати у випадку, коли особа старшого віку може обслуговувати себе самостійно (соціально-побутові послуги і деякі найпростіші медико-санітарні послуги). У іншому випадку (коли потрібна кваліфікована допомога) залежність особи від послуг сторонніх осіб буде максимальною і дорівнюватиме 1. Коефіцієнт залежності від надання послуги розраховується як добуток двох показників:

$$KЗн_i = KЗн1_i \times KЗн2_i \quad (1)$$

$$KЗн1_i = 1 - \sum_j k_{ij} \times N_{ij}, \quad (2)$$

$$KЗн2_i = \sum_j v_{ij} \times M_{ij} \quad (3)$$

де: $KЗн_i$ – коефіцієнт залежності особи похилого віку від обсягу послуги ззовні (відносний обсяг послуги, якою має бути забезпечена особа похилого віку), інтегрує в собі частоту появи у людини потреби у послугі і ступінь неможливості задовольнити її самостійно.

$KЗн1_i$ – коефіцієнт залежності задоволення потреби особи похилого віку у послугі i від допомоги зовнішніх агентів (сторонніх осіб), відображає частку наданих послуг зовнішніми агентами;

$KЗн2_i$ – коефіцієнт залежності особи похилого віку від послуги i . Відображає частоту появи потреби саме у цій послугі;

N_{ij} – частка осіб похилого віку, що мають потребу в послугі i та задовольняють її самостійно j (споживач послуги i від агента j продукування j збігаються);

k_{ij} – коефіцієнт самозадоволення j особи у послугі i (від 0 – не може справлятися зовсім до 1 – справляється повністю);

Таблиця 3. Коефіцієнти залежності осіб похилого віку від надання медико-санітарних та медико-соціальних геріатричних послуг у Львівській області

Коефіцієнти залежності	Види послуг						
	Контроль прийому ліків	Вимірювання артеріального тиску	Вимірювання температури	Прання, прибирання	Купівля необхідних товарів (продуктів, послуг)	Приготування їжі	Здійснення гігієнічних процедур
Від сторонніх у наданні послуги K_{3n1}	0,98	0,96	0,53	0,6	0,58	0,51	0,31
Від виду послуги K_{3n2}	0,38	0,51	0,2	0,48	0,53	0,92	0,7
Від надання послуги ззовні K_{3n}	0,37	0,49	0,11	0,29	0,31	0,47	0,22

Джерело: складено і розраховано авторами

M_{ij} – частка осіб похилого віку, що задовольняють потребу в послуді i з частотою j ;
 v_{ij} – частота j задоволення потреби i у розрахунку на один день (кількість випадків/кількість днів у періоді).

Значення коефіцієнтів залежності від надання послуг ззовні коливаються в межах від 0 до 1. При цьому, «0» – дана послуга не потрібна з боку сторонніх агентів зовсім (відсутня потреба у її наданні); «1» – максимально потрібна послуга для особи похилого віку. Частота появи потреби у послуді – щоденна. Тобто, надання цієї послуги має бути обов'язково забезпечене усім особам похилого віку в повному обсязі. Розраховані значення коефіцієнтів залежності осіб похилого віку від деяких найпростіших медичних та санітарно-побутових послуг наведено у табл. 3.

Коефіцієнт залежності середньостатистичної особи похилого віку від певного агента (надавача послуг) є доповненням коефіцієнту залежності від надання послуги ззовні та репрезентує обсяг послуг, які надає цей надавач. З його допомогою можна визначити обсяг послуг, який надається родичами, найнятими особами, кваліфікованими працівниками тощо. Тобто, з'являється можливість представити кількісно діяльність усіх агентів (суб'єктів) ринку геріатричних послуг у регіоні, їх структуру, рейтинг, а також розробити заходи соціальної політики щодо оптимізації розвитку СГДН у регіоні.

Інтерпретація значень коефіцієнтів залежності населення похилого віку від переліку послуг та переліку їх надавачів дає можливість отримати зведену характеристику організації надання послуг у регіоні. Без сумніву, наведені розрахункові значення мінімальних нормативів повинні бути відкореговані у кожному окремому випадку на рівень та важкість захворюваності мешканців території, умови проживання та можливості самозабезпечення геріатричною допомогою, рівень задоволеності потреб. Оцінювання відповідності стану СГДН, якості послуг потребам населення повинні виходити з місцевих особливостей розселення людей похилого віку. Ядро системи надання спеціалізованої геріатричної допомоги та розміщення усіх спеціалізованих

закладів необхідно зосередити в центрі області (у даному випадку Львівської) або поблизу нього. У районах із підвищеною щільністю населення похилого віку варто більше уваги зосередити саме на укомплектуванні та налагодженні діяльності пунктів медико-санітарного обслуговування. У районах із незначною щільністю та порівняно меншою чисельністю населення похилого віку варто взяти на озброєння досвід роботи лабораторії на колесах (машини укомплектовані необхідним обладнанням і медперсоналом хоча б із трьох осіб: геронтолог, лаборант і психолог).

Висновки. У всіх країнах світу СГДН визначається якістю, переліком, доступністю геріатричних послуг, а також ступенем охоплення цією допомогою осіб похилого віку. Досягнення належного стану функціонування системи залежить від рівня соціально-економічного розвитку держави, добробуту громадян. В Україні розвиток СГДН обтяжений низкою проблем демографічного, соціально-економічного і, навіть, геополітичного та геокультурного характеру. Запорукою позитивних зрушень має стати мобілізація потенціалу економіки регіонів та їх мешканців. Проведений аналіз явищ та процесів функціонування та розвитку СГДН регіону засвідчує потребу і можливості формування в Україні нових видів соціальної політики та територіального управління, регіонального менеджменту. Інтерес держави, її регіонів у таких розробках значний: від обґрунтування обсягів підготовки чи підвищення кваліфікації кадрів у сфері соціального забезпечення (обслуговування) населення до моделювання взаємодій між суб'єктами ринку геріатричних послуг, можливостей ресурсного забезпечення заходів регіональної політики. В основі геріатрично спеціалізованого регіонального менеджменту повинні лежати принципи соціальної відповідальності суб'єктів ринку геріатричних послуг (як сімейних лікарів, соціальних працівників, так і родичів, близького оточення, громади). Суттєве значення має потреба ефективізації заходів з підвищення рівня довіри людей до державних соціальних служб СГДН, до працівників системи соціального обслуговування, до агентств з юридичного консультування, пропагування та реклами ринку геріатричних послуг тощо. На Львівщині доречною є робота з відродження історичних традицій організації спеціальних лічниць, повернення до взірців організації та ведення господарства на засадах кооперації. Проблеми територіальної організації СГДН можна вирішувати з використанням пропонованої вище методики. Зібрана і опрацьована за її допомогою інформація слугує формуванню ефективних заходів соціальної політики в державі, розробці програмно-цільових механізмів її реалізації на регіональному рівні.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Славута О.Г.* Курс лекцій и практик по геронтологии и гериатрии (укр. язык). Специальность «сестринское дело» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.openclass.gu/dig-resource/16996>. – Назва з екрану. – Дата звернення: 10.12.2014.
2. *Демографический энциклопедический словарь* / [ред.-упоряд. Д.И. Валентей и др.]. – М. : Сов. Энциклопедия, 1985. – 608 с.
3. *Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні* [Текст]: Закон України від 16.12.1993 № 3721-ХІІ (остання редакція від 01.04.2014) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3721-12>. – Назва з екрану. – Дата звернення: 10.12.2014.
4. *Державна служба статистики України.* Офіційний веб-сайт [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>. – Назва з екрану. – Дата звернення: 10.12.2014.
5. *Доклад второй Всемирной ассамблеи по проблемам старения* [Текст] / видання Організації Об'єднаних Націй 2002. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.un.org/ru/development/desa/news/population/elderly-population.shtml>. – Назва з екрану. – Дата звернення: 10.12.2014.

6. Россет Э. Процесс старения населения. – М., 1968. – 510 с.
7. Населення України. [Текст]. Імперативи демографічного старіння. – К.: АДЕФ-Україна, 2014. – 288 с.
8. Хаджинова Н.А. Стан і перспективи розвитку геріатричної спрямованості у діяльності лікаря загальної практики – сімейної медицини [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Н.А. Хаджинова. – Львів, 2008. – 24 с.

REFERENCES

1. Slavuta, O.H. Kurs lektsiy u praktyk po herontolohyy u heryatryy. Spetsyal'nost' sestrynskoe delo [Course of lectures and practices in Gerontology and Geriatrics. Nursing Specialty]. Retrieved from: <http://www.openclass.ru/dig-resource/16996> [in Russian].
2. *Demograficheskij entsiklopedicheskij slovar [Demographic Encyclopedic Dictionary]*. (1985). Moscow : Sov. Entsiklopediya [in Russian].
3. Zakon Ukrainy vid 16.12.1993 № 3721-XII «Pro osnovni zasady sotsial'noho zakhystu veteraniv pratsi ta inshykh hromadian pokhyloho viku v Ukraini» [Law of Ukraine of 16.12.1993 № 3721-XII «On the basic principles of social protection of veterans of labor and other elderly people in Ukraine»]. Retrieved from : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3721-12> [in Ukrainian].
4. Sayt «Derzhavna sluzhba statystryky Ukrainy» [Site State Statistics Service of Ukraine]. ukrstat.gov.ua Retrieved from: <http://www.ukrstat.gov.ua> [in Ukrainian].
5. Doklad vtoroj Vsemirnoj assambley po problemam starenia [Report of the Second World Assembly on Ageing]. (2002). Vydannia Orhanizatsii Ob'iednanykh Natsij. Retrieved from: <http://www.un.org/ru/developmebnt/desa/news/population/elderly-population.shtml>. [in Russian].
6. Rosset, E. (1968). *Protsess starenia naselenia [The aging of the population]*. Moscow [in Russian].
7. *Naselenia Ukrainy: Imperatyvy demohrafichnoho starinnia [The population of Ukraine: The imperative of demographic aging]*. (2014). Kyiv: VD ADEF-Ukraine [in Ukrainian].
8. Khadzhynova, N.A. (2008). Stan i perspektyvy rozvytku heriatrychnoi spriamovanosti u diial'nosti likaria zahal'noi praktyky – simejnoi medytsyny [The state and prospects of development of geriatric focus in the activities of a General practitioner - family medicine]. *Candidate's thesis*. - Lviv [in Ukrainian].

Стаття надійшла до редакції журналу 19.05.2014