

Баранник Л. Б.,

кандидат економічних наук, доцент,
докторант Науково-дослідного фінансового інституту
Академії фінансового управління
Міністерства фінансів України

ФІНАНСОВІ СХЕМИ СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ІНВАЛІДІВ: ДОСВІД ЗАРУБІЖНИХ КРАЇН

Розглянуто варіанти фінансового забезпечення соціального захисту інвалідів у зарубіжних країнах, а також адаптування деяких схем фінансування для використання у практиці соціального захисту в Україні.

Ключові слова: соціальний захист населення, фінансове забезпечення, інваліди, страхування, соціальна допомога.

В Україні за роки незалежності чимало зроблено для соціального забезпечення вразливих верств населення, зокрема інвалідів. Нині створюється нова система соціального захисту населення (далі – СЗН), яка б відповідала новим ринковим відносинам і була б позбавлена вад старої патерналістської системи соціального забезпечення часів планової економіки. Нова система СЗН повинна зробити життя людей, які внаслідок складних життєвих обставин неспроможні самотійно себе забезпечувати, повноцінним і гідним. Реформи, що тривають в Україні у сфері соціального захисту різних категорій населення, зокрема інвалідів та осіб з обмеженими можливостями, справляють значний вплив на політику і механізми фінансування послуг для інвалідів, а також зумовлюють потребу у вивченні зарубіжного досвіду.

Для України проблема соціального захисту інвалідів особливо актуальна у зв'язку зі стійкою тенденцією до зростання їх частки в загальній структурі населення. За даними прес-служби Рахункової палати, кількість інвалідів в Україні впродовж останніх п'яти років збільшилася на 5,5 % і на початок 2010 р. становила 2,6 млн осіб, або майже 6 % загальної кількості населення¹.

Соціальна реабілітація інвалідів та осіб з обмеженими можливостями є процесом їх інтеграції у суспільство* і залежить від фінансового стану сім'ї, підприємства, держави. Можливості сімей щодо надання інваліду необхідних послуг медичного чи побутового характеру зазвичай обмежені. Підприємства надають допомогу застрахованим працівникам, але не завжди належним чином і в повному обсязі, адже сучасне лікування чи протезування або інші послуги коштують досить дорого. Отже, вся надія на державу.

¹ Кількість інвалідів в Україні // РБК Україна [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.rbc.ua/ukr/newslineshow/kolichestvo-invalidov-v-ukraine-za-5-let-vyroslo-na-5-5-do-21102010150900>.

* У подальшому в статті ми будемо застосовувати термін “інваліди”, маючи на увазі всі категорії громадян з вадами здоров'я, зокрема й осіб з обмеженими можливостями.

Уже багато років гострою темою, що домінує у вітчизняному інформаційному просторі, є фінансове забезпечення соціального захисту інвалідів. У дослідження теоретичних та прикладних аспектів означеної теми вагомий внесок зробили провідні українські вчені М. Авраменко, С. Богданова, Н. Борецька, М. Кравченко, Е. Лібанова, О. Макарова, С. Мельник, К. Міщенко, Д. Полозенко, В. Скуратівський, В. Сушкевич та ін.

Проте слід зазначити, що численні питання соціального захисту інвалідів ще недостатньо вивчені і не набули належного висвітлення як у науковій, так і в практичній діяльності державних органів влади всіх рівнів управління. Часто вирішення проблем інвалідів ускладнено через брак коштів і, на жаль, через чиновницький підхід. Потребує переосмислення сучасна парадигма розвитку соціальної інфраструктури міст і сіл, освіти й працевлаштування інвалідів, а відповідно необхідне наукове обґрунтування нової методології їх соціального захисту.

Це і визначило вибір теми й мету статті, яка полягає в тому, щоб на основі виявлених позитивних прикладів фінансового забезпечення інвалідів запозичити певний європейський досвід соціальної політики у практику вітчизняного СЗН. Звичайно, зупинитися в межах однієї статті на всіх прикладах, що заслуговують на увагу, неможливо, тому йтиметься здебільшого про фінансові схеми оплати послуг із соціальної реабілітації інвалідів і способах отримання необхідних коштів. Ми не ставимо за мету описати системи в кожній з країн, але спробуємо відповісти на питання: як фінансуються послуги із соціальної реабілітації*; які є фінансові схеми; як залучаються кошти на оплату послуг для інвалідів та як вимірюється їх ефективність у різних європейських країнах**.

Зарубіжні країни, зокрема члени ЄС, мають досить великий позитивний досвід в акумуляції коштів на цілі СЗН. Є різні способи фінансування реабілітаційних послуг, пов'язані з трьома основними періодами життя людини-інваліда: на першому інвалід здобуває освіту, на другому – соціальна реабілітація надається у період трудової діяльності, на третьому – у період довгострокового догляду.

Період здобуття освіти. До 18 років (у деяких країнах – до 21 року) освіта інваліда переважно оплачується міністерствами освіти. Загальноосвітні й спеціалізовані школи фінансуються залежно від кількості учнів. У деяких країнах батьки чи клієнти отримують персональний бюджет для оплати послуг вищої вартості (постійного) догляду. Наприклад, у Бельгії та Нідерландах діє система індивідуальних бюджетів, які можуть бути вільно витрачені на придбання послуг із додаткового догляду; ці послуги можна

* Під послугами соціальної реабілітації ми розглядаємо всі заходи допомоги інвалідам та особам з обмеженими можливостями, спрямовані на те, щоб зберегти їх автономність на оптимальному рівні. Слід відрізнити такі послуги від медичних, які скеровані на лікування та короткостроковий догляд.

** У статті використано матеріали “Финансирование услуг в сфере инвалидности. Примеры и анализ опыта европейских стран” сайта Bernard Brunhes International BPI Group ([Електронний ресурс]. – Режим доступу: EuropeAid/119954/C/SV/RU).

отримувати в професійних організаціях, а також допускається укладання приватних угод. Інколи для цього потрібна згода спеціального органу. Розмір персонального бюджету залежить від типу необхідних послуг і кількості годин на тиждень. Це можуть бути витрати на послуги медсестри, додаткові уроки, при цьому час надання послуг варіює від кількох годин на тиждень до 24 годин на добу. Тому персональний бюджет становить від кількох до сотень тисяч євро.

Коли інвалід виходить зі шкільного віку, фінансування багато в чому залежить від місця продовження освіти. Здебільшого це загальноосвітнє трудове навчання або спеціалізовані центри професійного навчання чи професійної реабілітації. У більшості країн для реалізації загальноосвітніх програм школи отримують додаткові кошти для підтримки інваліда та його адаптації. У деяких країнах студент має особистий бюджет і може оплачувати послуги для успішного проходження загальної програми. Звичайно, послуги залежать від потреб. Додаткові бюджети можуть надаватися міністерствами освіти чи охорони здоров'я.

Спеціалізоване професійне навчання часто оплачується з огляду на чисельність студентів/клієнтів та кількість днів навчання. Наприклад, у Франції, Іспанії, Ірландії є форми змішаного фінансування з джерел міністерства освіти, міністерства праці та соціальних фондів. В Ірландії діють спеціальні інститути, відповідальні за фінансування спеціалізованих центрів професійної освіти. У Німеччині професійне навчання сплачується зі штрафів компаній за невиконання квот.

У деяких країнах створено систему проведення тендерів на спеціалізоване професійне навчання (Нідерланди, Німеччина). Критеріями для неї є ступінь інвалідності та строк навчання. Тендери порівнюються за ціною за одне навчальне місце та якістю інституту. Спеціалізовані центри з професійної освіти можуть подавати заявки на проведення професійного навчання інвалідів. Наприклад, у Нідерландах перемагає той, хто запросив наднизьку ціну. Вартість розраховується за принципом: догляд надається на ту суму, яку за нього сплатили. Фінансують персональні бюджети з колективних національних ресурсів (податки, внески).

Період трудової діяльності. У цей період використовують програми, пов'язані з працею: 1) кошти на послуги надаються роботодавцю для підтримки людей на робочому місці; 2) програми орієнтовані на реінтеграцію інвалідів. Фінансування цих програм залежить від різних аспектів: вартості проживання, навчання, допоміжних пристосувань тощо.

У більшості країн роботодавці змушені піклуватися про так зване прийнятне розміщення на робочому місці. Якщо ці витрати перевищують прийнятний рівень, необхідна адаптація, та/або субсидії часто фінансуються з національного фонду соціального страхування чи державною організацією, такою як служба зайнятості. Фонди соціального страхування більшу частину своїх коштів отримують шляхом внесків роботодавців чи найманих працівників, служба зайнятості фінансується за рахунок податків.

Практично в усіх країнах виникає проблема, пов'язана з визначенням "прийняттого розміщення". У жодній країні чіткого визначення прийнят-

ної адаптації немає, що зумовлює жваві дискусії між політиками, клієнтами (працівниками-інвалідами), роботодавцями та організаціями, які здійснюють фінансування.

У процесі професійної реінтеграції у більшості країн ця діяльність фінансується колективно (за рахунок податків на доходи) на рівні як держави, так і місцевої громади. У Німеччині, наприклад, для фінансування послуг професійної реабілітації використовують кошти, отримані від компаній, які не дотримуються визначених квот. Останнім часом спостерігається загальноєвропейська тенденція посилення відповідальності за заходи з професійної реінтеграції на рівні громади. Політика будується так, що послуги з професійної реінтеграції повинні надаватися поруч з місцем проживання клієнта. Позитивними прикладами в цьому плані є практика Данії та Ірландії, де кожне співтовариство несе конкретну відповідальність за зайнятість інвалідів або осіб з обмеженими можливостями.

Ще одна важлива тенденція в Європі останнього часу – намагання зменшити обсяг колективної оплати послуг і приватизація послуг з реінтеграції. Одним із варіантів, що використовується владою, є запровадження відкритого конкурентного ринку шляхом системи тендерів на послуги із соціальної реабілітації (Німеччина, Нідерланди). Інший варіант – створення системи, в якій послуги з реабілітації реалізуються в рамках тимчасових проектів, які можуть тривати декілька років (Італія).

Фінансові схеми для людей, яким потрібен тривалий догляд, неоднакові у різних країнах. По-перше, країни враховують відмінності між страхуванням здоров'я, фінансуванням медичних послуг і наданням тривалого догляду. Це особливо важливо для послуг, що розглядаються як соціальні, а не як медичні. По-друге, фінансування, організація і надання різних послуг з тривалого догляду в більшості країн фрагментарні й погано скоординовані, оскільки практично в усіх країнах різні закони регулюють фінансування з тривалого догляду, догляду за людьми похилого віку і вартість адаптації.

Розглянемо відмінності у фінансуванні та організації тривалого догляду. Нещодавно Ізраїль почав реалізацію державної страхової програми з такого догляду, що фінансується як соціальне і медичне страхування за рахунок податків. Послуги програми обмежені домашнім доглядом із підтримки інваліда та його сім'ї. Спеціальні інтернати і лікувальні установи фінансуються за рахунок об'єднання приватного благодійного і соціального фінансування.

Наприклад, у Канаді (50 %), Швеції (35 %) і Данії (25 %) фінансування домашнього догляду значною мірою здійснюється на місцевому та/або регіональному рівні й лише частково за рахунок центрального уряду. У Великобританії та Нідерландах фінансування таких послуг переходить з національного на місцевий рівень.

У Бельгії та Франції національне страхування здоров'я покриває витрати на медичну складову послуг організацій, що здійснюють тривалий догляд. Громадяни самі сплачують вартість проживання. Це така форма співфінансування. Зазвичай вартість проживання встановлюється, зважаючи на вартість послуг із соціальної допомоги.

У Франції, Німеччині, Великобританії як форму фінансування тривалого догляду використовують “тестування коштів”: особи, які можуть собі це дозволити, повинні сплачувати значну частину вартості послуг. Якщо людина не може сплатити повну вартість догляду, кошти надаються регіональною чи національною системою СЗН. З усіх людей, які користуються тривалим доглядом у цих країнах, приблизно 50 % отримують соціальне фінансування.

Переваги й недоліки різних форм фінансування. Як зазначалося, спостерігається тенденція до зниження ролі державної системи СЗН і підвищення ролі місцевого або регіонального співтовариства (громади) та самих інвалідів.

Посилення відповідальності інвалідів на початковому рівні, тобто на рівні співтовариства, має свої переваги. Саме громада краще знає інвалідів, їх потреби і, звичайно, їй простіше вирішувати ці проблеми, а також легше привчити людей бути відповідальнішими за власне життя.

Але під час передання відповідальності на місцевий рівень виникають проблеми, головна з яких — на надання послуг впливають саме співтовариство і фінансові можливості його чи регіону. Це означає, що інвалід отримує конкретні послуги в одному з регіонів, а інший інвалід з такими самими проблемами і потребами не отримує цих послуг. Залежно від співтовариства є варіації від більш “підкувальної” політики до політики, орієнтованої на підвищення незалежності та автономності. Крім того, деякі регіони багатші, ніж інші, і це впливає на послуги, що надаються інваліду.

У країнах ЄС спостерігається тенденція до фінансування послуг приватними особами чи організаціями. У переданні фінансування та надання послуг приватному сектору є свої переваги. За винятком Данії, ця тенденція спостерігається в усіх європейських країнах. Приватні компанії, які конкурують на ринку в цій сфері, можуть надавати послуги за менші гроші, ніж державні організації, та швидше реагують на зміни на ринку. Ринок послуг ХХІ ст. більше орієнтується на потреби, ніж у минулому столітті. Приватні компанії (фірми) частіше висувають нові ідеї, пропонують нові послуги і т. ін.

Безперечно, є і недоліки. Якість послуг залежить від ціни, яку організація встановлює за них. В умовах вільної ринкової конкуренції ціна визначає того, хто отримає контракт (перемагає заявка з нижчою вартістю). Це означає не тільки те, що якість послуг може змінюватися в негативний бік, а й те, що вони надаватимуться лише на вигідних для компанії (фірми) умовах. Одним з очікуваних результатів стане ефект “зняття вершків”: приватні компанії більше зацікавлені в клієнтах, які їм “кошують” менше контрактної ціни, тобто пропонують свої послуги особам, які просять менше послуг; ті клієнти, яким потрібні багато послуг та інтенсивний догляд, виключаються з такої діяльності. Цю тенденцію помітили після проведення тендерів, у яких організації змагалися за право роботи з конкретними групами клієнтів. “Зняття вершків” призводить до надання послуг вищої якості “дешевим” клієнтам (вартість менша, ніж фінансова винагорода) і відмови у послугах людям з тяжкими формами інвалідності (вартість вища, ніж фінансова вигода). Крім послуг приватним компаніям можна платити за конкретний результат, наприклад, за кількість працевлаштованих клієн-

тів. Коли компаніям оплачують конкретні результати, це знову-таки призводить до відбору клієнтів і наданих послуг.

Потрібно розглянути, що фінансується колективно, а що страхується приватно.

Тестування коштів та співфінансування – важливі механізми зниження витрат державних колективних коштів. Перевага полягає в тому, що соціальне середовище інваліда замислюється про свій внесок у тривалий догляд за ним. Таким чином, розвивається соціальна відповідальність. Однак є актуальне питання: “Хто бере на себе оплату послуг для людей, які не можуть брати участь у співфінансуванні або у них немає фінансових коштів чи їх обсяг недостатній?” Ця ситуація передбачає необхідність державного фінансування для забезпечення догляду за інвалідом, пошуку форми фінансування, яка гарантуватиме потрібний догляд належної якості. Можна очікувати, що люди шукатимуть способи зменшити власний внесок і тому державні бюджети відчуватимуть постійне напруження.

Усі розвинуті країни намагаються посилити відповідальність інвалідів за персональні послуги. У деяких з них інвалідам пропонують кошти для купівлі необхідних їм послуг. Ця тенденція помітна щодо цілого спектра надання послуг для молодих інвалідів, школярів у реінтеграції та тривалому догляді. Для деяких людей це дуже добрий вихід із ситуації, однак дехто не спроможний придбати необхідні послуги. У розвитку діяльності з реінтеграції в Нідерландах (де реалізовано приватизацію послуг з реінтеграції більшою мірою, ніж в інших європейських країнах) багато людей звертаються за особистим бюджетом на реінтеграцію, при цьому рівень успіху (тобто зайнятості на ринку праці) у такій діяльності вищий, ніж у компаній, що надають послуги з реінтеграції.

Практично в усіх країнах перехід від одного етапу до іншого спричиняє проблеми у фінансуванні послуг. Відповідальність за різні етапи не пов’язана з особою, а ґрунтується на відмінностях у законах для різних груп і різниці у фінансуванні неоднакових послуг. Узагалі, як зазначалося, перша частина життя інвалідів фінансується за рахунок міністерств освіти чи охорони здоров’я. У працездатному віці відповідальними за фінансування можуть бути міністерства соціального захисту, зайнятості, охорони здоров’я, фонди соціального страхування або група з декількох названих органів. Після завершення працездатного віку або за необхідності тривалого догляду фінансування може бути колективним, за рахунок державного страхування або соціального фонду, соціальної допомоги або соціальної виплати у зв’язку з втратою здоров’я.

Найголовніша схема чи змішані схеми фінансування. У жодній з європейських країн немає загальної національної фінансової схеми. У кожній з країн є декілька способів оплати послуг із соціальної реабілітації. Фінансування залежить від національних пріоритетів у державній політиці та особистої відповідальності, а також від конкретних характеристик послуг для інвалідів. Тому ми розглянемо різні форми фінансування.

Структурні колективні виплати. Вони домінують для таких послуг, як освіта та тривалий догляд. Ці послуги характеризуються наявністю колек-

тивної відповідальності, і якщо приватна страхова компанія не може профінансувати їх, діють структурні колективні виплати. У більшості країн такі виплати здійснюють на послуги із соціальної реабілітації для молодих людей із тяжкими формами інвалідності або на оплату тривалого догляду хворих на психічні захворювання.

Фінансування пенсій з інвалідності. Найчастіше такі пенсії виплачуються соціальними фондами, набуваючи форми страхування співробітників. Працівники отримують пенсію з інвалідності, що сплачується із загального збору податків або страхових внесків. Інваліди, чия інвалідність настала до зайнятості, часто отримують пенсію з інвалідності, що виплачується з колективних податків або внесків. Форма організацій цих пенсій може бути страховою, інколи вони є частиною системи СЗН, інколи – загальної системи пенсійних виплат з інвалідності.

Персональний бюджет. Особисті бюджети надаються інвалідам для того, щоб вони самостійно відповідали за кількість та якість необхідних їм послуг. Персональні бюджети підвищують автономність інвалідів, особливо у випадках тривалого або додаткового догляду, а також послуг із трудової реабілітації. Кількість грошей, які отримує людина, залежить від необхідних послуг, і тому на розмір бюджету впливає тяжкість інвалідності. У деяких країнах діє спеціальний комітет, який визначає бюджет інваліда. Мета особистого бюджету визначає його платника. Якщо кошти використовують для купівлі послуг з догляду на доповнення до шкільних чи медичних послуг, кошти сплачуватимуться з регіональних чи національних фондів. Якщо бюджет необхідний для робочих потреб, його надасть соціальний фонд.

У відповідь на проведення тендерів у Нідерландах, де інваліди почувались “проданими” організаціям з реінтеграції, соціальний фонд спростив можливість отримання особистого реінтеграційного бюджету. Ті, хто бажає мати персональний бюджет, можуть звернутися з проханням про його надання для розроблення власного плану реінтеграції, сформулювавши спосіб, за допомогою якого конкретна людина повертається на ринок праці. Якщо план приймається фондом соціального страхування, людина одержує спеціальні ваучери на укладання угоди з приватною компанією з реінтеграції на надання необхідних послуг. Ці компанії отримують певний відсоток особистого бюджету за керівництво, а також за працевлаштування. Остання частина суми сплачується тільки після того, як клієнт відпрацював на новому місці більше шести місяців. Також, якщо людина укладає договір з компанією, фінансування будується за принципом “турбота відповідає рівню оплати”. Приватні страхові компанії США так само тривалий час працюють з особистими бюджетами на реінтеграцію за схемою, що схожа на нідерландську. Загалом ефективність особистих бюджетів вища, ніж тендерів.

Гранти. Вони часто надаються іншим організаціям для створення робочого або соціального середовища, в якому інвалід може жити і працювати. Більшість грантів витрачається на адаптацію робочих місць чи місць проживання. Розмір гранту залежить від вартості необхідної адаптації.

Система тендерів. У рамках системи тендерів моделюється ситуація, за якої максимально якісні послуги надаватимуться за мінімальною ціною. В

Австралії і Нідерландах ця система працює таким чином. Спочатку соціального фонду описує необхідні послуги і готує інструкцію до критеріїв, яким повинна відповідати організація для участі в тендері. У цій інструкції вимоги можуть висуватися до необхідного рівня якості методів, що використовуються організаціями, фінансування (наприклад, рівень піклування не нижче рівня оплати), мінімальних результатів (відсоток працевлаштованих). Прийняття рішення ґрунтується на цих критеріях. Наприклад, у Нідерландах тендери з реінтеграції інвалідів та безробітних такі: методи (значущість – 35 %), досвід (25 %), вартість (25 %), очікувані результати з працевлаштування (15 %). Компанія з реінтеграції, яка запропонувала найкращі умови (меншу ціну за працевлаштування однієї людини) за цими чотирма критеріями, виграє тендер. Іноді кількість компаній, які виграли тендер, більше, ніж одна, тобто дві або три компанії з реінтеграції отримують контракт на роботу з частиною людей, яким необхідні послуги з реінтеграції. У такому випадку людина може вибирати, з яким із переможців тендеру вона працюватиме. Є різні процедури проведення тендерів: наприклад, для людей з фізичними, психологічними, неврологічними, психіатричними розладами або для різних вікових груп.

Кількість клієнтів. У деяких випадках визначальним фактором фінансування послуг стає кількість клієнтів. Це веде до відкритої форми фінансування з розрахунком наприкінці певного періоду, і тому чим більше клієнтів залучить організація, тим більше грошей вона отримає. У більшості країн ця форма домінує в освіті. У певних країнах організаціям, які надають послуги з трудової реабілітації, оплата проводиться на основі кількості днів і кількості клієнтів. Це означає, що чим більше днів проведення навчання і чим більше залучених клієнтів, тим більше грошей організації отримують.

Практично в усіх європейських країнах, за винятком Нідерландів, професійне навчання молодих людей з тяжкими формами інвалідності оплачується з колективних коштів. У Нідерландах ця форма професійного навчання є частиною приватизованих послуг з реабілітації, і тому входить до системи тендерів. Практично в усіх європейських країнах основою для виплат у системі освіти є кількість студентів у коледжі.

Підхід на основі вільних коштів. У деяких країнах для реалізації конкретних послуг застосовується підхід на основі вільних коштів: організація відповідає за надання послуг із соціальної реабілітації в конкретній групі й отримує кошти для проведення такої роботи. Організація сама може вирішувати, як витратити ці кошти в рамках свого загального завдання. Цей метод ефективний, коли можна визначити загальний перелік необхідних послуг, але не можна передбачити, в який момент часу вони будуть потрібні. Використання вільних коштів полегшує адаптацію бюджетів організації до змінених потреб клієнтів. Такий підхід часом поєднується з іншою формою фінансування, наприклад, за результатами або за кількістю клієнтів.

Розглянемо переваги та недоліки деяких схем фінансування.

Структурні колективні виплати застосовують для оплати послуг, що належать до основних прав людини, зокрема права на навчання. Кожна людина має право на навчання без дискримінації за статтю, релігією та

інвалідністю. У більшості країн ці фундаментальні права захищені. Початкова освіта, включаючи необхідні витрати на дітей-інвалідів, оплачується з державних коштів – іноді на місцевому чи регіональному рівні, іноді на рівні федеральної влади.

Пенсії з інвалідності повинні виплачуватися так, щоб люди прагнули знайти форму участі в ринку праці, й водночас забезпечувати гідне життя на пенсію людям, не здатним працювати. Німецька система робить пріоритетною реінтеграцію, і якщо це неможливо, гарантує одержання гідної пенсії. У цьому розумінні вона краща, ніж нідерландська система, орієнтована на догляд та забезпечення доходу, а не на активізацію можливостей. Іноді пенсія з інвалідності може бути такою низькою, що вона активізує людину заробляти додаткові кошти на життя. Інваліди, не здатні заробляти додаткові гроші, опиняються в бідності. Водночас у деяких країнах (наприклад, Ірландії) надаються додаткові допомоги, безкоштовні медичні послуги, безкоштовний проїзд у транспорті, які не сприяють тому, що інвалід прагне піти із системи пенсій з інвалідності.

Персональний бюджет має допомогти людям у створенні їх власного майбутнього або отриманні догляду/послуг, які їм необхідні. Особистий бюджет відповідає політиці підвищення власної відповідальності та розвитку можливостей інвалідів. Він також є відповіддю на потребу, що постійно зростає, у більш орієнтованих на клієнта підходах до надання соціальних послуг. Але він не панацея для вирішення всіх проблем інвалідів; людям необхідно вміти робити вибір між безліччю різних послуг. Вони повинні розуміти свої потреби і можливості їх задоволення. Тому особисті бюджети вимагають чіткого усвідомлення власної ситуації та потреб.

Гранти завжди видаються на конкретні послуги, зазвичай на адаптацію, охарактеризовану як більш ніж прийнятна. Кожен роботодавець повинен здійснювати адаптацію своїх співробітників у рамках прийнятних меж, якщо адаптація перевищує цей (розмитий) критерій, у більшості країн надаються гранти. У багатьох європейських країнах гранти на адаптацію робочих місць вважаються ефективними. Єдиний недолік – у деяких країнах отримання гранту є забюрократизованою тривалою процедурою і тому роботодавці іноді відмовляються від роботи з ними.

Система тендерів. Перший ефект її полягає в тому, що цей механізм створює відкритий ринок послуг і, як видно на прикладі Австралії, Німеччини та Нідерландів, зумовлює зниження цін на соціальні послуги. Другим ефектом є переведення послуг із державного сектору в приватний з одночасним прискоренням їх надання. Третій ефект – у організації, яка фінансує, є можливість укласти угоду про виплату на основі результатів. Тому підвищується управлінський контроль за таким способом надання послуг.

Є й певні недоліки. Кількість послуг для клієнтів може бути досить великою, і вони надаватимуться з різною якістю залежно від організації, що здійснює тендерний контракт. Для організацій вартість послуг безпосередньо пов'язана з вигодою, одержуваною від кожного клієнта. Пропозиція послуг тим клієнтам, яким необхідно більше послуг, може стати фінансово ризиковою, тому що витрати на клієнта перевищуватимуть дохід з нього.

Інвестиції в людей, обмежені лише можливостями ринку праці, можуть бути ризикованими, якщо, наприклад, фінансування пов'язане з кількістю працевлаштованих за певний період часу. У Нідерландах і Норвегії організації визнають, що “зняття вершків” з клієнтів є частиною їхньої роботи. Тому якість послуг стає нижчою, ніж у попередніх, дорожчих системах.

Система тендерів працює відносно добре на великих ринках (значній кількості людей необхідні схожі послуги), але менш ефективно на вузьких нішах ринку; кількість кваліфікованих організацій, які можуть запропонувати вузькоспеціалізовані послуги, занадто мала для створення відкритої конкуренції.

Оплата за кількістю клієнтів або вільними коштами. Ці системи – досить легкий спосіб спрямування коштів постачальникам послуг, однак є незначна вірогідність контролювання з боку фінансуючої організації якості послуг, що надаються. У більшості випадків надання послуг знижуються виплати на основі вільних коштів або кількості клієнтів та впроваджуються більш контрольовані системи, орієнтовані на результат.

Як згадувалося, в усіх країнах діють змішані системи залучення коштів на оплату соціальних послуг інвалідам. У більшості країн відбувається перехід від виплат з колективних громадських коштів до оплати реабілітаційних послуг з приватних джерел.

Першим джерелом оплати послуг із соціальної реабілітації є податки і колективні внески, при цьому податки відіграють значну роль у системі надання послуг, яка не може бути забезпечена легшим способом. Наприклад, послуги з навчання або тривалого догляду як за молодими, так і за літніми людьми зазвичай оплачуються з податкових коштів. У деяких країнах (наприклад, Великобританія, Німеччина, Нідерланди, Франція) фінансування цих послуг також залежить від особистого внеску одержувача послуг та його сім'ї.

Для тих, хто працює, або осіб, які отримали інвалідність під час роботи, фінансування переважно будується на внесках (колективних або приватних страхових), сплачених роботодавцем і працівником. У деяких країнах послуги з реінтеграції також оплачуються з штрафних коштів організацій, що не виконують квотне законодавство (Німеччина, Словаччина). Також роботодавець зобов'язаний сплатити прийнятну адаптацію робочого місця і тому необхідна адаптація частково оплачується безпосередньо роботодавцем.

У разі нещасного випадку чи травми послуги із соціальної реабілітації сплачуються за рахунок приватної страхової компанії або винуватця події.

Інколи приватна страхова компанія оплачує соціальні послуги з відновлення після хвороби або травми. Також приватна страховка оплачує короткочасні послуги із соціальної реабілітації, необхідні для оптимальної участі в житті спільноти. Переважна частина цих виплат є складовою страховки на випадок хвороби конкретної людини. У більшості країн після цього періоду відновлення тривалий догляд оплачуватиметься загальною страховкою з податків і внесків. Ще один важливий момент – перенесення відповідальності за оплату послуг із соціальної реабілітації з федерального на регіональний та місцевий рівні, тобто виплати можуть проводитися з

частини податків, що збираються на цих рівнях. У деяких країнах з національного бюджету виділяються певні кошти на місцевий рівень, і саме спільнота повинна розподілити їх серед клієнтів, яким вони необхідні.

Поєднання фінансових джерел вважається нормальним, тому що потреба в послугах із соціальної реабілітації може виникнути на кожному етапі життя через непередбачувані ситуації. Створення безпечного середовища для людей із тяжкими формами інвалідності є соціальною необхідністю. Підвищення відповідальності за вартість послуг із соціальної реабілітації – позитивна тенденція, адже є можливість фінансування такого сектору за рахунок коштів приватних компаній (вклади в страхові компанії), тоді як раніше це забезпечувалося державою за рахунок податків.

Важливе питання: “За рахунок чого можна забезпечити прийнятний мінімальний стандарт послуг із соціальної реабілітації для всього населення країни?” Відповідь на нього полягає не в тому, що гроші на послуги із соціальної реабілітації залучаються, а в ефективному розподілі послуг, які забезпечуються з державних колективних коштів, і у визначенні сфери відповідальності приватного ринку.

Вимірювання ефективності послуг. Фінансова схема найчастіше дає розуміння показників, на основі яких вимірюються результати та ефективність послуг із соціальної реабілітації. Щоб не повторювати попередній матеріал, наведемо стислий огляд найважливіших тенденцій, головною з яких практично для всіх країн є вибір показників, базованих на конкретній діяльності, результаті або орієнтованих на результат, наприклад, кількість дипломів, кількість працевлаштованих та/або кількість клієнтів, які одержують послуги.

Нові фінансові схеми намагаються впровадити показники ефективності таким чином, щоб контролювати витрачання коштів. Труднощі виникають щодо державних витрат, а не в секторі приватного страхування, в якому гроші надаються для догляду за однією людиною і постачальник послуг повинен засвідчити виконання роботи й обґрунтувати необхідність її проведення. У державному секторі соціальна реабілітація найчастіше є частиною освіти або турботою про літніх людей, і тому дотепер важко визначити чіткі показники ефективності. У процесі догляду за людиною, так само як і в процесі навчання, є тенденція до визначення для кожного клієнта/студента його потреб у соціальній реабілітації, типі догляду та конкретних заходах. Постачальник послуг із соціальної реабілітації отримує кошти на всі види цієї діяльності. Тому в державному секторі фінансування соціальної реабілітації часто ґрунтується на діяльності, а не на результаті.

Докладніше можна виміряти ефективність заходів, наприклад, під час працевлаштування на ринку праці, тоді є тенденція до переходу від вимірювання загальних результатів до вимірювання специфічних (фінансування на основі результатів). Проте вибір показника наприкінці процесу зумовлює проблеми в організаціях: їм доводиться інвестувати в діяльність із високим рівнем ризику, а отже, відбувається поділ діяльності на різні складові, оплачувані окремо. Більшість проміжних показників – це кількість

звітів і оцінок і т. ін. У такому разі оптимальним підходом стає поєднання показників на основі діяльності та результату.

При виборі особистого бюджету ситуація така: людина або його родичі укладають угоду з постачальником послуг. Якщо якість послуг не відповідає угоді між замовником і виконавцем, замовник (людина, яка має бюджет на соціальні послуги) розриває свій контракт і може вибрати іншого постачальника послуг із соціальної реабілітації. Особистий бюджет у складній ситуації відкритого ринку дає змогу робити особистий вибір та оцінювати його відповідно до бажань клієнта.

Іноді критерії ефективності вбудовані у фінансову схему, наприклад, отримання гранту на конкретну адаптацію до домашніх або робочих умов означає, що ефективність такої адаптації закладена в купівлі й впровадженні необхідних пристосувань. У такому разі здійснюється контроль за інвестиціями.

Отже, фінансування у сфері соціального захисту інвалідів змінюється від державного до приватного, від колективного — до індивідуального, від фінансування на основі діяльності — до фінансування на основі результату. Роль держави у фінансовому аспекті зменшується, а роль спільноти та приватних компаній (постачальників послуг і фінансуючих організацій) підвищується. Але бажання фінансувати досить складні та дорогі послуги для цієї категорії людей не виникне саме по собі. Розглянуті приклади свідчать про постійні пошуки у зарубіжних країнах у цьому напрямі. Насамперед роль держави повинна зводитися до законодавчого створення умов та системи заохочення всіх соціальних партнерів, переорієнтації коштів, що перебувають “у тіні”, на суспільні потреби. Способів для цього чимало. Тоді на практиці це сприятиме спільній діяльності приватних страхових компаній і державних фінансових організацій, з одного боку, та постачальників послуг та інвалідів, з другого боку, створенню ситуації, за якої кожен інвалід отримуватиме послуги, необхідні для участі у житті громади, як і будь-якої здорової людини.