



Центр междисциплинарных
исследований человеческого
потенциала

СИСТЕМА ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА: УРОКИ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА ДЛЯ РОССИИ

Доклад НИУ ВШЭ



ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Москва, 2022

**К XXIII Ясинской
(Апрельской)
международной
научной конференции
по проблемам развития
экономики и общества**

2022 г.

ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

СИСТЕМА ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА: УРОКИ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА ДЛЯ РОССИИ

Доклад НИУ ВШЭ



Издательский дом
Высшей школы экономики
Москва, 2022

УДК 364.69
ББК 60.993
С40

Доклад подготовлен в рамках гранта, предоставленного
Министерством науки и высшего образования Российской Федерации
(№ соглашения о предоставлении гранта: 075-15-2020-928)

Доклад подготовлен в рамках стратегического проекта
«Социальная политика устойчивого развития и инклюзивного экономического
роста», реализованного в рамках Программы стратегического академического
лидерства «Приоритет-2030» НИУ ВШЭ

Доклад подготовлен при поддержке Секции «Старшее поколение»
Совета при Правительстве Российской Федерации по вопросам попечительства
в социальной сфере

Научный редактор — *О.В. Синявская*

Авторы:

*Е.В. Селезнева, О.В. Синявская, Е.Л. Якушев, Е.С. Горват,
Н.Б. Грищенко, Д.Е. Карева*

Система долговременного ухода: уроки международного опыта для России
С40 [Текст] : докл. к XXIII Ясинской (Апрельской) междунар. науч. конф. по про-
блемам развития экономики и общества, Москва, 2022 г. ; Нац. исслед. ун-т
«Высшая школа экономики» / Е. В. Селезнева, О. В. Синявская, Е. Л. Яку-
шев, Е. С. Горват, Н. Б. Грищенко, Д. Е. Карева ; науч. ред. О.В. Синявская. —
М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2022. — 156 с. — 50 экз. — ISBN 978-
5-7598-2657-6 (в обл.). — ISBN 978-5-7598-2467-1 (e-book).

С 2018 г. в Российской Федерации в рамках национального проекта «Демо-
графия» реализуется пилотный проект по созданию системы долговременного
ухода (СДУ) — важной социальной программы современных стареющих обществ,
позволяющей не только повысить качество жизни людей с дефицитами в самооб-
служивании, но и внести определенный вклад в достижение национальной цели
по увеличению ожидаемой продолжительности жизни. Доклад, подготовленный в
рамках направления «Демографические и социальные факторы активного долголе-
тия» Научного центра мирового уровня «Центр междисциплинарных исследований
человеческого потенциала», посвящен обзору международных рекомендаций и за-
рубежного опыта в сфере долговременного ухода за лицами с дефицитами в само-
обслуживании и оценке их релевантности для России. Наряду с обсуждением опы-
та других стран в докладе представлены результаты анализа российских подходов к
формированию модели и нормативно-правовой базы СДУ.

Работа предназначена для широкого круга читателей, в том числе лиц, принимающих решения в области социального обслуживания и долговременного ухода, а также для экспертного и бизнес-сообщества в СДУ, научных сотрудников, преподавателей, студентов и журналистов.

УДК 364.69
ББК 60.993

Опубликовано Издательским домом Высшей школы экономики: <http://id.hse.ru>

ISBN 978-5-7598-2657-6 (в обл.)
ISBN 978-5-7598-2467-1 (e-book)

© Национальный исследовательский
университет «Высшая школа экономики», 2022

СОДЕРЖАНИЕ

Резюме доклада	5
Введение	22
1. Спрос на долговременный уход — текущие тенденции и прогнозы	28
1.1. Оценка нуждаемости в уходе для целей прогнозирования: возможности использования международных подходов в России	28
1.2. Масштабы текущего спроса на услуги ДУ в мире	32
1.3. Драйверы спроса на услуги ДУ	36
2. Потребность в уходе и оценки его доступности в России	40
2.1. Оценка текущей потребности в постороннем уходе	40
2.2. Доступность ухода	45
3. Современные тенденции и прогнозы расходов на СДУ	49
3.1. Текущие расходы	49
3.2. Методология и результаты прогнозного моделирования расходов на СДУ	52
4. Модели финансирования СДУ	56
4.1. Вход в СДУ: методики и процедуры измерения потребности и оценки нуждаемости в уходе, условия предоставления услуг	57
4.1.1. Международный опыт	57
4.1.2. Российское регулирование федерального и регионального уровня	66
4.2. Модели предоставления услуг ДУ — универсальные или адресные	74

4.3. Источники финансирования.....	82
4.3.1. Налоговое финансирование.....	84
4.3.2. Социальное страхование ухода.....	85
4.3.3. Соплатежи населения и частное страхование.....	88
5. Структура предоставления услуг и ее влияние на издержки.....	91
5.1. Общие подходы к управлению СДУ: централизованная или децентрализованная система.....	91
5.2. Формы долговременного ухода: надомный, соседский (в местной общине) и полустационарный, стационарный.....	94
5.3. Координация СДУ и интеграция с услугами здравоохранения.....	100
6. Обеспечение качества ухода.....	107
6.1. Качество услуг по уходу и его индикаторы.....	107
6.2. Стандарты ухода.....	114
6.3. Международный опыт регулирования деятельности поставщиков услуг по долговременному уходу.....	117
6.4. Передача услуг по уходу на аутсорсинг коммерческим и некоммерческим организациям.....	122
7. Новые вопросы развития СДУ.....	127
7.1. Роль технологий в СДУ.....	127
7.2. Влияние пандемии коронавируса на развитие СДУ.....	130
Заключение.....	138
Литература.....	145
Авторы доклада.....	155

РЕЗЮМЕ ДОКЛАДА

- С 2018 г. в Российской Федерации в рамках национального проекта «Демография» реализуется пилотный проект по созданию системы долговременного ухода (СДУ) — важной социальной программы современных стареющих обществ, позволяющей не только повысить качество жизни людей с дефицитами в самообслуживании, но и внести определенный вклад в достижение национальной цели по увеличению ожидаемой продолжительности жизни. Исключительно короткий — 3 года — срок реализации этого пилотного проекта, как и его осуществление на фоне такого форс-мажорного события, как пандемия коронавируса, не позволяют сделать обоснованных выводов о его эффективности. Тем более ценными для России, находящейся в самом начале становления СДУ, становятся уроки стран, в которых подобные системы функционируют уже на протяжении нескольких десятилетий.

- В современном обществе запрос на создание системы долговременного ухода формируется под влиянием нескольких тенденций: (1) роста продолжительности жизни, ведущего к увеличению периода жизни с ограниченными возможностями; (2) смещения фокуса в социальной политике на расширение возможностей людей всех возрастов с целью обеспечения благополучия и повышения качества жизни; (3) ослабления поддержки со стороны расширенной семьи, включая растущее одиночество пожилых людей, вследствие трансформации брачно-партнерского и репродуктивного поведения, межпоколенных отношений, миграции; (4) оптимизации расходов на здравоохранение в условиях стареющих обществ, ведущей к сокращению затрат на лечение и поддержку людей с ограниченными возможностями в рамках системы здравоохранения; (5) деинституционализации постоянного социального ухода за людьми с выраженными дефицитами в самообслуживании и ориентации на «старение дома».

- В этой связи представляется, что турбулентность, в которой оказалась российская экономика, хотя и может повлиять на сужение доступности финансирования СДУ в краткосрочной перспективе, но ни в коей мере не должна рассматриваться как аргумент в сворачивании или замораживании национальной системы ухода.

Запрос на ее формирование обусловлен долгосрочными вызовами, актуальность которых не снижается: старением населения, снижением доступности родственного ухода и связанными с этим отрицательными экстерналиями, ростом общественного запроса на сохранение качества жизни в старости независимо от состояния здоровья.

- **Цель представляемого доклада состоит в выявлении зарубежного опыта по организации и финансированию долговременного ухода (ДУ) в странах, где СДУ существует уже долгое время, который может быть релевантен для становления СДУ в России.**

1. Спрос на долговременный уход и доступность услуг по его обеспечению

- Спрос на долговременный уход является производным от следующих факторов: (1) функциональные ограничения (инвалидность) и дефициты в самообслуживании, которые могут быть связаны с состоянием здоровья и психологическим самочувствием и определяют нуждаемость в уходе; (2) условия входа в СДУ; (3) стоимость ухода; (4) доходы и материальная обеспеченность нуждающегося в уходе лица; (5) предпочтения в отношении ухода, которые могут варьироваться в зависимости от возраста, пола, этнической принадлежности и других характеристик.

- **Основная причина неудовлетворенного спроса в странах, где он наиболее высок, связана с финансовыми ограничениями в доступности услуг по обеспечению долговременного ухода** (на долю этой причины приходится свыше 50% случаев в Румынии, Болгарии, Греции, Испании, Польше); реже говорят об отсутствии этих услуг как таковых. По некоторым оценкам, в Китае в 2005 г. почти 60% пожилых людей с дефицитами в самообслуживании не обращались в СДУ из-за высокой стоимости ухода [Yang et al., 2021]. **Как правило, это приводит к росту неравенства в удовлетворении потребностей в уходе и, соответственно, в качестве и продолжительности жизни людей старшего возраста.**

- В отсутствие государственной поддержки родственного ухода включенность в оказание услуг по уходу может негативно сказываться на здоровье, субъективном благополучии и зарплатах ухаживающих членов семьи [Colombo et al., 2011]. И, напротив, до-

ступность хотя бы замещающего ухода для ухаживающих родственников улучшает их общее состояние здоровья и психологическое состояние, снижая вероятность депрессии [Brimblecombe et al., 2018; Lunt et al., 2021].

- Ожидается, что **конструируемая СДУ сможет устранить достаточно острый дефицит качественных услуг по уходу в России**. Сопоставление данных о распространенности различных ограничений у пожилых людей в России и Европейском союзе (ЕС) показывает, что для населения нашей страны характерны относительно раннее возникновение трудностей с передвижением и восприятием информации и более широкая распространенность ограничений в повседневной жизни во всех возрастах.

- При относительно высоком спросе на уход пожилое население России сталкивается с **низкой доступностью социального обслуживания и формального ухода**. По данным одного из выборочных обследований Росстата, в **2017 г. социальное обслуживание в момент опроса получали лишь 3,4% граждан старше трудоспособного возраста с ограничениями** в повседневной жизни. К 2019 г. эта доля увеличилась до 3,6%, и этот рост обеспечило увеличение охвата на селе (с 4,2 до 4,8%), в то время как в городах доля получателей оставалась неизменной — на уровне 3,1%. **В странах ОЭСР охват пожилого населения услугами ухода существенно выше**, даже если база для расчета показателя включает в себя не только нуждающихся в уходе, но и относительно здоровое население: в среднем около 11% населения в возрасте 65 лет и старше получают долговременный уход, и эта доля увеличивается. В Швейцарии охват достигает 22%.

- Проблема получения социального обслуживания видится значимой и самому населению России — **40% получателей данных услуг не удовлетворены их доступностью**.

- **Существующий в России дефицит пока замещается родственным уходом или услугами сомнительного качества, оказываемыми на сером рынке**. Зачастую уход осуществляют не подготовленные к такой деятельности близкие люди, не имеющие возможности разделить с кем-либо это бремя (получить передышку), что оказывает негативное воздействие на уровень экономической активности этих людей, их состояние здоровья и удовлетворенность жизнью.

- **Компенсации дефицита и развитию СДУ в России в целом препятствует отсутствие достоверных данных о потенциальном**

спросе на долговременный уход со стороны населения. До недавнего времени в России отсутствовали выборочные обследования, которые позволили бы получить репрезентативные для страны в целом оценки нуждаемости населения в долговременном уходе на основе шкал ADL и IADL и строить прогнозы нуждаемости населения в уходе. Данный пробел позволяет заполнить Эпидемиологическое исследование распространенности гериатрических синдромов и возраст-ассоциированных заболеваний у пожилых людей в регионах Российской Федерации с различными климатическими, экономическими и демографическими характеристиками (ЭВКАЛИПТ), а также первая волна Национального исследования старшего поколения, проведенного в России в рамках Европейского исследования здоровья, старения и траекторий жизни на пенсии (SHARE).

- Прогнозы спроса на уход для стран со средним и высоким уровнем доходов указывают, что в ближайшие 80 лет доля населения в возрасте 80+ (основной целевой группы СДУ) превысит 10% населения. Страны с высоким уровнем доходов преодолеют порог в 10%, согласно среднему сценарию демографического прогноза, уже в 2050 г. Вследствие описанных выше изменений возрастной структуры общества, в период с 2013 по 2060 г. расходы на долговременный уход в странах ОЭСР в среднем должны удвоиться. **В странах с низким текущим уровнем расходов на долговременный уход и низкой текущей доступностью услуг (случай России) ожидается более значительное увеличение расходов на эти цели.** Помимо демографических процессов, рост расходов на долговременный уход будут определять снижение предложения родственного ухода, а также курс на повышение доступности и качества ДУ.

- Текущие расходы на долговременный уход в среднем по странам ЕС и ОЭСР достигают 1,5–1,6% ВВП (от 0,3% ВВП на Кипре и в Словакии до 3,7–4,1% в Нидерландах). Хотя в целом страны с высокими доходами тратят на долговременный уход меньше, чем на здравоохранение и пенсионное обеспечение, **в ситуации продолжающегося роста расходов на СДУ от этих затрат все больше зависит устойчивость финансовой базы для поддержки пожилого населения.**

- Старение населения является главным и трудноустраняемым фактором спроса на долговременный уход, однако **имеются факторы, которые можно противопоставить этой тенденции.** Увеличение

продолжительности жизни, сопровождающееся ростом продолжительности здоровой жизни, может ослаблять связь между старением и ростом спроса на услуги ДУ. Снизить нагрузку на формальные СДУ и сдержать рост государственных затрат в данном секторе способны: **мероприятия по охране здоровья в пожилом возрасте (в первую очередь гериатрическая помощь), поддержка родственного ухода и вовлечение местных сообществ в оказание социально-бытовой помощи пожилому населению.**

- В свою очередь, **развитие СДУ, повышающее доступность формального, профессионального ухода для лиц с дефицитами в самообслуживании, положительно влияет на характеристики их здоровья, психологическое самочувствие, снижает спрос на госпитализацию и продлевает жизнь** [Choi, Joung, 2016; Lee et al., 2019; Feng, Wang, Yu, 2020; Sohn et al., 2020; Lunt et al., 2021].

- Таким образом, **первый урок**, вытекающий из анализа международного опыта в части спроса и расходов на долговременный уход, состоит в том, что **создание СДУ — императив в условиях старения населения, который уже перестал быть привилегией богатых стран.** Отсутствие или очень ограниченная доступность профессионального постороннего ухода на дому ведет к ухудшению состояния здоровья, снижению качества и продолжительности жизни людей с дефицитами в самообслуживании; негативно влияет на благополучие и здоровье ухаживающих членов семьи. Кроме того, экономия на расходах в пользу СДУ оказывается мнимой, поскольку одновременно растут расходы на здравоохранение и стационарное социальное обслуживание.

2. Выбор оптимальной финансовой модели СДУ

- Важной предпосылкой доступности долговременного ухода для населения и одновременно устойчивости СДУ в целом является выбор оптимальной **модели финансирования** и таких **ключевых ее параметров**, как **источники финансирования, правила отбора целевых групп** для оказания услуг и **принципы выбора граждан**, нуждающихся в ДУ, **которые должны получить поддержку в оплате ухода.**

- Основными источниками финансирования услуг по уходу за престарелыми в странах ОЭСР являются общее налогообложение, обязательные взносы на социальное страхование, добровольное

частное страхование и наличные платежи, производимые непосредственно пользователями. **Почти во всех развитых странах государство покрывает большую часть или существенную долю общих затрат на СДУ** — в странах ОЭСР в среднем около 90% затрат на уход на дому и около 75% расходов на стационарный уход.

Существует развилка в отношении модели финансирования: СДУ может опираться преимущественно на бюджетное финансирование из общих налогов и соплатежи населения либо на средства социального страхования, соплатежи населения и в меньшей степени — на бюджетное финансирование. Международный опыт показывает, что **модель бюджетного финансирования СДУ, за исключением Скандинавских стран, чаще сочетается с предоставлением услуг по уходу преимущественно бедному населению** (через проверку нуждаемости) [Ikegami, 2019]. В этих моделях средние классы вытесняются в сегмент полностью частного ухода. **По сравнению с бюджетным финансированием, страховое финансирование СДУ обеспечивает более надежный и прогнозируемый источник поступлений в систему социального обслуживания** и позволяет привлечь в СДУ дополнительные ресурсы со стороны населения. Ограничением страховых систем является то, что они не всегда обеспечивают поступление взносов от лиц, не имеющих доходов от трудовой деятельности (зарплаты), — для социально уязвимых групп здесь требуется разработать специальный механизм.

- **Для случаев, когда услуги должны быть полностью или частично оплачены получателем, целесообразно вводить такие механизмы защиты от непосильных расходов, как соплатежи и частное страхование ухода.** Величина соплатежа, как правило, нормируется по величине доходов плательщика. Частное страхование предполагает оплату услуг из страхового пула, который формируется получателем в течение долгого времени и задолго до момента наступления дефицита в самообслуживании.

- **Уровень расходов на СДУ и, соответственно, требуемый объем финансирования можно настраивать параметрами входа в систему.** Главное условие входа — оценка функциональных ограничений, выраженности дефицитов в самообслуживании и, следовательно, степени нуждаемости в постороннем уходе. При этом **СДУ может фокусироваться только на лицах с тяжелыми ограничениями и дефицитами, решая задачу экономии ресурсов, или предлагать пакеты**

услуг, дифференцированные по степени нуждаемости, с различными условиями государственного финансирования. В отдельных странах (Чехия, Израиль) люди с легкими степенями нуждаемости в уходе исключены из СДУ; в других странах (Англия) они не могут получать услуги по уходу, но при определенных условиях могут рассчитывать на выплаты. В конкретных ситуациях вход в систему может расширяться, чтобы, например, как это произошло в Германии в 2015–2017 гг., охватить лиц с когнитивными нарушениями, если это воспринимается как социально значимая проблема. Вход в систему может, напротив, сужаться с целью сдерживания роста расходов на СДУ в длительной перспективе (примеры ужесточения критериев входа в систему можно наблюдать в Японии в 2006 и 2016 гг.).

- **Оценивание нуждаемости в долговременном уходе целый ряд стран (Исландия, Канада, США, Финляндия и др.) осуществляют по методике interRAI**, ставшей результатом многолетней работы клиницистов и специалистов по уходу и включившей в себя индикаторы физических, ментальных и иных ограничений. Другие страны используют собственные национальные методики.

- Проведенный обзор инструментов, существующих в странах с высокими доходами, позволил выделить следующие **общие тренды в развитии оценки нуждаемости**: (1) расширение спектра проблем и состояний, выступающих основанием для получения долговременного ухода, — ADL и IADL, как правило, дополняются индикаторами когнитивных нарушений и выраженности деменции, психического здоровья, способности выстраивать социальные контакты; (2) в отдельных странах — переход от локальных методик к национальным, гарантирующим равенство доступа к услугам по уходу для жителей различных регионов страны; (3) стандартизация и увеличение прозрачности методик оценивания; (4) расширение сферы применения шкал и методик, создание универсальных методик (для применения специалистами разных профилей и ведомств, для использования у заявителей различных возрастов, для разных задач — от оценки нуждаемости до оценки результатов ухода).

- **Реализация пилотного проекта по созданию СДУ в России, с одной стороны, приблизила процедуру оценки нуждаемости в уходе к международным подходам.** По сравнению с действовавшей ранее

процедурой оценки нуждаемости в социальном обслуживании, типизация на входе в СДУ осуществляется не только по заявительному принципу, но и по итогам активного выявления нуждающихся, предполагает формализованную и многоплановую оценку дефицитов в самообслуживании граждан. **С другой стороны**, такие аспекты оценки нуждаемости, как учет помощи родственников, а также утверждение программы ухода, пока недостаточно формализованы, в связи с чем **результат типизации может отличаться от региона к региону, а степень удовлетворения потребности в уходе — зависеть от места проживания**. Первые результаты типизации в пилотных регионах выявили необъяснимый разброс в уровне нуждаемости на отдельных территориях. Такой разброс, по-видимому, стал следствием недостаточной проработанности инструкций по проведению типизации, вольной их интерпретации и субъективности полученных оценок. К неравенству получателей услуг ДУ ведут и различающиеся от региона к региону нормативы объемов ухода для отдельных групп нуждаемости.

- После выявления нуждающихся в уходе по состоянию здоровья второй критерий входа в СДУ состоит в определении того, какая часть из необходимых услуг будет предоставлена за счет средств бюджета или социального страхования. В *универсалистских* СДУ (Скандинавские страны) уход предоставляется бесплатно всем нуждающимся в полном объеме. Такой подход обеспечивает наиболее полное удовлетворение потребностей населения в уходе, но требует больших затрат. Во всех остальных странах СДУ в разной степени использует проверку нуждаемости по доходам и/или имуществу. В *минималистских* системах (Кипр, США; отчасти — Англия; в недавнем прошлом — Китай; страны со средним и ниже среднего уровнем дохода) уход предоставляется лишь лицам с самыми низкими доходами, а перечень оплачиваемых государством услуг является минимальным. Данный подход позволяет сдерживать совокупные затраты на долговременный уход, хотя существенно увеличивает транзакционные издержки на процедуру проверки доходов и имущества; значительная часть спроса на уход в таких странах остается непокрытой, а СДУ воспринимается населением как недостаточно справедливая. **Компромиссным вариантом, который отличают одновременно и справедливость, и возможности контролировать объем расходов на уход, являются смешанные**

системы. В таких системах параллельно существует несколько универсальных программ, адресованных не очень значительной части населения (Италия, Чехия, Шотландия); либо величина дохода влияет не на право получения ухода, а на размер государственных гарантий (Австрия, Австралия, Ирландия, Франция, Нидерланды и др.); либо внутри одной программы имеет место сочетание универсальных и основанных на проверке нуждаемости государственных услуг или выплат (Греция, Канада, Новая Зеландия, Швейцария, Корея, Китай и др.); чаще всего проверка нуждаемости применяется для решения о софинансировании стационарного ухода.

• **Второй урок,** вытекающий из анализа зарубежных подходов к финансированию услуг долговременного ухода, состоит в том, что **важный канал управления величиной расходов на СДУ связан с процедурами входа в систему и определения масштабов софинансирования для различных групп населения в зависимости от выраженности дефицитов в самообслуживании и наличия финансовых ресурсов (доходов, имущества).** В условиях существенных бюджетных ограничений Россия может стартовать с достаточно жестких порогов отсеечения, предоставляя долговременный уход только гражданам с наиболее серьезными дефицитами в самообслуживании и сохраняя полностью государственное финансирование лишь для ограниченного набора услуг и малоимущих категорий населения. Вместе с тем в долгосрочной перспективе такие «дешевые» системы с ограниченным числом участников оказываются неэффективными. Поэтому в условиях старения населения и сокращения возможностей родственного ухода **следует действовать проактивно, создавая возможности для расширения охвата СДУ и включения в него средних слоев населения и перехода от минималистской к смешанной системе финансирования СДУ.** Этого можно достичь, например, за счет выбора модели социального страхования СДУ. В зарубежном опыте примерами такой проактивной позиции в СДУ выступают Республика Корея и Китай. В России в пользу такого решения говорит ее опыт реализации медицинского, пенсионного и социального страхования. Предстоящее объединение Пенсионного фонда РФ и Фонда социального страхования РФ в единый социальный фонд России также может стать катализатором внедрения модели социального страхования в СДУ.

3. Современные принципы организации СДУ

• Развитие современных СДУ в мире происходит в соответствии с такими тремя принципами организации, как **деинституционализация, децентрализация и интеграция**. Исследования, проведенные в различных странах и культурных средах, свидетельствуют о том, что большинство пожилых людей, нуждающихся в уходе, предпочитают получать его на дому или в общинах (в центрах дневного пребывания). На волне **деинституционализации** в странах ОЭСР с 2009 по 2019 г. доля клиентов стационаров среди всех получателей услуг по уходу сократилась с 33 до 28%. **Принцип деинституционализации реализуется в последние годы и в России. В субъектах РФ осуществляется развитие центров дневного пребывания, института приемных семей, сопровождаемого проживания, а также поддержка родственного ухода.**

• **Децентрализация** предписывает делегировать значительную часть управленческих задач в системе (планирование и ответственность за оказание услуг) на **региональный и муниципальный уровни власти**. Такой подход, особенно если он опирается на возможности регионов аккумулировать налоговые ресурсы специально для целей СДУ (как в Скандинавских странах), позволяет, во-первых, обеспечить соответствие между условиями предоставления ухода и выделением приоритетных групп с другими формами социальной поддержки, которая традиционно является мандатом региональных и местных властей. Во-вторых, обеспечивает большую гибкость управления, его концентрацию на индивидуальных потребностях локального сообщества, что минимизирует бюрократизацию в управлении СДУ. Основным аргументом против децентрализации, который привел к появлению примеров централизованных СДУ (в Германии и Японии), — риск возникновения неравенства между жителями отдельных территорий в доступности и качестве предоставляемых услуг. Не все регионы и муниципалитеты (в особенности в странах с невысоким уровнем доходов) имеют достаточно ресурсов для оказания таких относительно дорогостоящих услуг, как долговременный уход. Высокое межрегиональное неравенство в доступе к СДУ, а также в объеме и качестве предоставляемых услуг отмечается как проблема в современном Китае. **Недостаток децентрализованных СДУ может быть**

устранен утверждением единых стандартов услуг и запуском программ федерального финансирования региональных программ ухода. Это может быть организовано в форме встречных фондов (matching funds), как в США или Австралии, либо в форме единовременных (блочных) субсидий (block grants), как в Великобритании, Канаде или Швеции. Необходимо отметить, что эти предложения очень актуальны для российской СДУ в свете указанных выше особенностей процедуры оценки нуждаемости в уходе и утверждения программ ухода. Таким образом, **третий урок** для России состоит **в важности обеспечения баланса между децентрализацией и централизацией ухода**, исходя из цели лучшего выявления потребностей людей в постороннем уходе, выбора оптимальных способов предоставления услуг и не нарушая равенство прав граждан РФ на получение качественного ухода.

- **Интеграция системы долговременного ухода** — координация совместной работы ее отдельных звеньев, профессиональных групп и различных поставщиков ухода, а также эффективные контакты с системой здравоохранения — **является решающей в обеспечении высокого уровня качества в социальном обслуживании и эффективного использования ресурсов**. Разнообразие услуг ухода диктует необходимость скоординировать действия для наиболее полного удовлетворения потребностей пациента и экономии ресурсов.

- **В интеграции нуждаются как организационные единицы внутри СДУ, так и взаимодействующие подразделения систем долговременного ухода и здравоохранения**. Существует целый ряд механизмов интеграции, которые обеспечивают согласованность в работе систем на разных уровнях. *На уровне оказания услуг* интеграции требуют отдельные манипуляции, которые должны быть выстроены в соответствии с потребностями клиента, обеспечивать наилучший результат ухода и его безопасность. *На уровне реализации программ* интеграция заключается в четком планировании процесса ухода, а также в устранении разрывов в оказании помощи и дублирующих задач. *На стратегическом уровне* интеграция обеспечивается пониманием задач для совместной работы систем и ведомств и их отражением в отраслевых программах.

- **В современных СДУ запрос на интеграцию увеличивается** и при передаче услуг по уходу на аутсорсинг в коммерческие и неком-

мерческие организации — **растет число независимых поставщиков, работу которых с клиентом необходимо координировать.** Потребность в интеграции социального обслуживания и долговременного ухода определяется и **появлением такого нового агента в системе, как местное сообщество** (знакомые, соседи пожилых людей, дети и молодежь), оказывающее помощь нуждающимся в формате волонтерской работы.

- Интеграцию обеспечивают: (1) наличие единого стратегического плана — внутри СДУ и для совместной работы систем здравоохранения и ухода; (2) единые точки входа в систему и обмен данными о нуждающихся в уходе между здравоохранением и СДУ; (3) наличие единых источников финансирования и экономических стимулов для совместных действий; (4) развитие сетевых форм взаимодействия поставщиков услуг; (5) развитие обслуживания на дому, вокруг места проживания клиента.

- После длительного автономного существования системы социального обслуживания и системы здравоохранения в России также **взят курс на интеграцию этих систем при оказании помощи пожилому населению.** Ведется работа по созданию многопрофильных команд для обслуживания пожилых людей, выстраиваются механизмы обмена информацией о нуждающихся в уходе между здравоохранением и СДУ. На федеральном уровне предпринимаются попытки по передаче социальным работникам обязанности осуществлять наблюдение за состоянием клиентов социального обслуживания, что должно обеспечить их оперативную передачу медицинским работникам при возникновении обострений. **К основным препятствиям интеграции СДУ и здравоохранения, а также внутри системы ухода в России относятся:** (1) юридические барьеры, не позволяющие делегировать задачи другому ведомству; (2) недостаточное понимание задач и формата междисциплинарной и межведомственной работы при оказании помощи пожилому населению как на региональном, так и на федеральном уровне; (3) отсутствие проработанных механизмов оплаты услуг, оказываемых при межведомственном взаимодействии, отсутствие финансовых стимулов для совместной работы; (4) дефицит кадров, подготовленных к работе с представителями других ведомств и профессий, а также способных координировать совместную работу этих специалистов.

4. Обеспечение качества ухода

- **В последние два десятилетия в понимании качества ухода происходит переход от восприятия в узком смысле — как изменения состояния здоровья получателей — к восприятию в широком смысле — как характеристики жизни клиентов системы в целом.** Качество ухода в широком смысле охватывает не только физическое здоровье, но и способность удовлетворять все основные потребности, включая социальные, и возможность успешно взаимодействовать со средой, несмотря на имеющиеся функциональные ограничения. Такой подход ведет: (1) к усложнению системы индикаторов для мониторинга качества; (2) активному привлечению получателей услуг к их оценке (в дополнение к профессионалам), более активному использованию потребительского выбора в определении наиболее успешных поставщиков; (3) повышению значимости возможностей и потребностей клиента при формулировании программы ухода, а также, как следствие, к гибкости и увеличению разнообразия стандартов ухода.

- Для обеспечения качества ухода в СДУ используется целый ряд **административных инструментов**. Базовыми административными инструментами являются: (1) **процедуры лицензирования и аккредитации**, закрепляющие требования к поставщикам услуг; (2) **стандарты ухода**, утверждаемые органами управления СДУ на уровне страны или региона (они задают состав и объемы услуг, которые должны быть оказаны клиентам с теми или иными функциональными нарушениями или с тем или иным уровнем нуждаемости в долговременном уходе); (3) **процедуры управленческого учета**, позволяющие отследить соблюдение стандартов; (4) система обработки **жалоб потребителей**; (5) **проверки**, которые могут быть инициированы клиентами, не удовлетворенными качеством услуг, или ассоциациями поставщиков, осуществляющими независимый контроль; (6) **рейтинги поставщиков**.

- Хотя основные группы инструментов обеспечения качества ухода (административные, экономические и информационные) в разной мере вошли в практику отдельных стран, успешные СДУ используют все три группы инструментов. **Опыт различных стран показывает, что административные инструменты позволяют задать некоторые минимальные требования к качеству ухода и обеспечить**

безопасность услуг для потребителей, в то время как устойчивый рост качества услуг невозможен без наличия в системе соответствующих положительных стимулов и предоставления дополнительных ресурсов для поставщиков, которые обеспечиваются *экономическими и информационными механизмами*.

- **Передача предоставления услуг по уходу на аутсорсинг** коммерческим и некоммерческим организациям ставит одной из задач повышение качества ухода за счет более гибких и инновационных поставщиков. В данной системе используется **экономическое стимулирование поставщиков ухода к повышению качества услуг в виде права получать оплату оказанных услуг от государства**. Но для того, чтобы рыночные механизмы обеспечения качества работали, необходимо, чтобы между поставщиками существовала конкуренция — у потребителя должен быть выбор между тем или иным поставщиком. **В России эффективность поддержки негосударственных поставщиков социального обслуживания и ухода будет невысокой до тех пор, пока число негосударственных поставщиков, готовых работать на условиях государственного заказа и субсидирования, будет оставаться небольшим.**

- Отдельные исследования указывают на то, что власть потребителя на рынках ухода может быть небольшой — находясь в непростой жизненной ситуации и однажды выбрав поставщика, гражданин с дефицитом в самообслуживании и его родственники могут быть не в состоянии собрать информацию о других поставщиках и заключить контракт с новым поставщиком, даже если качество получаемых услуг не в полной мере их удовлетворяет. Поэтому, несмотря на позитивную роль, которую аутсорсинг призван сыграть в СДУ, его внедрение сопряжено с рисками, которые требуют принятия сопутствующих мер. Возникающие с появлением квазирыночных структур провалы рынка должны компенсироваться такими **механизмами регулирования, направленными на повышение качества услуг, как заключение контрактов, аккредитация и лицензирование поставщиков, утверждение стандартов услуг и мониторинг деятельности поставщиков.**

- Таким образом, **еще один урок международного опыта функционирования СДУ для России состоит в том, что обеспечение качества предоставляемых услуг и защита прав получателей ДУ должны стать одним из центральных приоритетов деятельности государства в**

этой сфере. И первым шагом на этом пути должны стать создание системы управленческого учета и ее информатизация. Без налаживания системы учета и информационного обмена невозможно точно понимать, что происходит в СДУ, и принимать обоснованные решения.

5. Роль цифровых технологий в СДУ

• **Повысить качество долговременного ухода позволяют и информационные технологии.** Это утверждение справедливо как для современных IT-разработок, которые позволяют качественно изменить долговременный уход за счет дистанционного наблюдения за нуждающимися в уходе или компенсировать дефициты в самообслуживании, так и для информационных систем, обеспечивающих выполнение вполне рутинных задач СДУ: управленческого учета оказываемых услуг, передачи информации о нуждающихся в уходе и их состоянии (для формирования программы ухода или оценки ее результатов). В экспертных публикациях о развитии современных СДУ существует смещение в сторону первого, более современного вида технологий, которые могут быть применены и в России — правда, лишь отдельными, наиболее обеспеченными получателями. Однако важно понимать, что **не менее востребованы в России и технологии второго вида, получившие широкое распространение в СДУ развитых стран, но только планируемые к внедрению в нашей стране.**

6. Влияние пандемии коронавируса на развитие СДУ

• **Пандемия коронавируса сформировала дополнительные вызовы для СДУ:** снизились доступность ухода (в связи с отказами от получения услуг из-за страха заразиться) и предложение данных услуг (в результате снижения числа социальных работников, закрытия полустационарных учреждений ухода, ограничения возможностей соседской заботы); обострилась проблема обеспечения здоровья подопечных, в первую очередь проживающих в стационарных учреждениях.

• По оценкам экспертов, в странах с высоким уровнем доходов до половины случаев смерти от коронавируса приходилось на дома престарелых. **Именно получатели ухода в стационарной форме**

(в домах престарелых) оказались наиболее уязвимыми перед лицом пандемии. Во-первых, эта группа включала в себя лиц преклонного возраста с наиболее ослабленным здоровьем. Во-вторых, профилактика распространения коронавируса среди пожилого населения в начале пандемии была сосредоточена на лицах, проживающих дома. **Негативный эффект пандемии в стационарах усиливали такие нерешенные проблемы СДУ,** как дефицит кадров и трудности с подбором персонала, отсутствие единой системы регулирования и финансирования учреждений, плохая связь системы долговременного ухода с системой здравоохранения, хроническое недофинансирование стационарного ухода.

• **Ряд государств, столкнувшись с высокой заболеваемостью и смертностью от коронавируса в домах престарелых, оперативно приняли ряд решений для преодоления этой проблемы.** Они были направлены: (1) на усиление контроля за распространением инфекции в домах престарелых (включая введение обязательного тестирования на коронавирус и отслеживание контактов заболевших); (2) повышение доступности медицинской помощи для заболевших граждан; (3) смягчение последствий социальной изоляции; (4) поддержку сотрудников стационаров. Повышающими шансы на успех в борьбе с коронавирусом в СДУ были признаны такие принципы организации работы, как координация и межведомственное взаимодействие, а также ориентация на активное предотвращение случаев заражения и смерти. **С 2021 г. одной из наиболее действенных стратегий по улучшению эпидемиологической ситуации в домах престарелых стала вакцинация от коронавируса.**

• В России негативные эффекты пандемии оказались сильнее для получателей надомного ухода, чем для пациентов стационарных учреждений социального обслуживания, что во многом является следствием низкого (на фоне стран ОЭСР) уровня охвата населения стационарным уходом и территориальной удаленности стационаров. К числу позитивных управленческих решений стоит отнести **введение доплат социальным работникам и установление режима вахтовой работы.**

• Тем не менее, как и в других странах, в России **пандемия стала дополнительным аргументом в пользу продолжения деинституционализации и интеграции СДУ,** а также привлекла внимание к негативным последствиям избыточной децентрализации и межре-

гиональной дифференциации социального обслуживания, трудностям в межведомственном взаимодействии, провалам в управленческом учете и проблемам недофинансирования.

* * *

- Завершая обсуждение уроков международного опыта в организации СДУ для России, которая пока еще находится в самом начале этого пути, важно подчеркнуть, что становление данной системы займет не одно десятилетие: в развитых странах, таких как Великобритания, Нидерланды, Франция, Швеция и др., системы долговременного ухода формировались на протяжении последних 30–40 лет; социальное страхование СДУ в Германии насчитывает уже больше четверти века. С одной стороны, **длительный временной горизонт функционирования программы затрудняет оценку эффективности принимаемых решений**, поскольку результаты их принятия в полной мере проявляются с лагом. С другой стороны, важный урок опыта реализации СДУ в странах-пионерах состоит в том, что **система не высекается в камне: напротив, ее правила, используемые инструменты могут и должны меняться** в зависимости от меняющегося контекста ее функционирования, возникающих вызовов и оценки результативности ранее принятых решений.

- И здесь — еще один урок — **важная роль принадлежит сбору и анализу данных**. Критический анализ не только успехов, но и неудач позволяет вовремя корректировать политику. В российских условиях это означает, например, важность получения комплексной информации о реализации пилотного проекта СДУ — с тем, чтобы иметь возможность скорректировать дизайн программы при ее масштабировании на всю страну.

ВВЕДЕНИЕ

В зарубежных и международных публикациях под *долговременным уходом*¹ (long-term care — LTC) понимается набор услуг по уходу за людьми со сниженными функциональными возможностями (физическими или когнитивными), которые не могут справиться с повседневными видами деятельности (ADL) и/или инструментальными повседневными видами деятельности (IADL) и в течение продолжительного периода времени нуждаются в поддержке в различных сферах повседневной жизни². В Типовой модели системы долговременного ухода, утвержденной приказом Минтруда России в 2020 г. (далее — Типовая модель), долговременный уход определяется как «технология социального обслуживания, в том числе стационарозамещающая, позволяющая обеспечивать посторонний уход за гражданами, нуждающимися в постороннем уходе, в целях обеспечения комфортных и безопасных условий проживания, сохранения (поддержания) самостоятельности и уменьшения зависимости от посторонней помощи таких граждан, их интеграции в общество»³. И, соответственно, «цель системы долговременного ухода — обеспечить гражданам, нуждающимся в постороннем уходе, поддержку их автономности, самореализации,

¹ В Российской Федерации наряду с термином «долговременный уход», который является калькой с английского языка, употребляется (в документах, регламентирующих медико-социальную экспертизу (МСЭ) инвалидов) также термин «посторонний уход», под которым понимается комбинированная форма социального обслуживания, направленная на обеспечение жизнедеятельности лиц, полностью или в существенной мере утративших способность к самообслуживанию (в рамках основных функций обеспечения жизнедеятельности). По формам выделяют постоянный посторонний уход, продолжительный посторонний уход, уход на период реализации программы реабилитации (абилитации) и т.д.

² См. также близкое к этому по смыслу определение, которое приводится на сайте Агентства стратегических инициатив. URL: https://asi.ru/leaders/initiatives/social_leaders/elderly_care/.

³ Типовая модель системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе, утв. приказом Минтруда России от 29 сентября 2020 г. № 667. Подпункт 2 п. 5 разд. I.

здоровья, качества жизни, предоставив им право выбора формы социального обслуживания (на дому, в полустационарной форме социального обслуживания, стационарной форме социального обслуживания или их сочетание), технологий социального обслуживания или сочетания данных форм и технологий одновременно»⁴.

Система долговременного ухода в широком значении включает в себя неформальный родственный уход, предоставляемый членами семьи на дому; заботу местного сообщества или соседскую заботу (community-care); другие виды надомного ухода, предоставляемые социальными и медицинскими работниками, частными сиделками; институциональный (стационарный) уход. Иногда в систему долговременного ухода в ее узком значении включают только профессиональный уход медицинских и социальных работников — надомный или стационарный. Например, в соответствии с определением СДУ, приведенным в уже упомянутой Типовой модели, утвержденной Минтрудом России, система долговременного ухода — это «основанная на межведомственном взаимодействии комплексная система организации и предоставления гражданам, нуждающимся в постороннем уходе, уполномоченными органами и организациями социальных, медицинских, реабилитационных и иных услуг, а также содействие в их предоставлении (социальное сопровождение)»⁵. Соответственно, неформальный уход в СДУ не входит.

Один из способов определить понятия «ДУ» и «СДУ» состоит в перечислении видов услуг и мероприятий, которые могут быть предоставлены людям с дефицитами в самообслуживании, чтобы компенсировать имеющиеся у них ограничения. Например, в ДУ могут включаться «уход, сопровождение, реабилитация, социализация, психологическая поддержка и другие виды помощи»⁶. По видам предоставляемых услуг СДУ включает социально-медицинские услуги (medical and nursery care), услуги личной гигиены (personal care services), вспомогательные услуги (assistance services) и услуги социальной помощи (social care services).

⁴ Типовая модель системы долговременного ухода... Пункт 7 разд. II.

⁵ Там же. Подпункт 1 п. 5 разд. I.

⁶ URL: <https://starikam.org/sdu/>.

Принципиальное отличие СДУ от системы здравоохранения состоит в том, что, **в то время как медицинские услуги направлены на улучшение состояния здоровья, избавление индивида от заболевания или его симптомов, услуги долговременного ухода стремятся поддерживать текущее состояние на удовлетворительном уровне** (как правило, более радикальное улучшение невозможно) и **обеспечить максимально высокое качество жизни**, которое возможно при имеющихся ограничениях в самообслуживании.

В современном обществе запрос на создание системы долговременного ухода формируется под влиянием нескольких тенденций: (1) роста продолжительности жизни, ведущего к увеличению периода жизни с ограниченными возможностями; (2) смещения фокуса в социальной политике на расширение возможностей людей всех возрастов с целью обеспечения благополучия и повышения качества жизни; (3) ослабления поддержки со стороны расширенной семьи, включая растущее одиночество пожилых людей, вследствие трансформации брачно-партнерского и репродуктивного поведения, межпоколенных отношений, миграции; (4) оптимизации расходов на здравоохранение в условиях стареющих обществ, ведущей к сокращению затрат на лечение и поддержку людей с ограниченными возможностями в рамках системы здравоохранения; (5) деинституционализации постоянного социального ухода за людьми с выраженными дефицитами в самообслуживании и ориентации на «старение дома».

Доступность и качество услуг по уходу за людьми с дефицитом в самообслуживании играют важную роль в поддержании качества жизни лиц старшего возраста и косвенно влияют на продолжительность этой жизни [Sohn et al., 2020; Lunt et al., 2019; Lee et al., 2018; Choi, Joung, 2016]. В условиях демографического старения ресурсов родственного и неформального ухода становится недостаточно для обеспечения достойного качества жизни лиц, нуждающихся в посторонней помощи, тогда как использование ресурсов системы здравоохранения для решения этой задачи оказывается дорогостоящим и создает значительную нагрузку на государственные финансы.

Отвечая на этот вызов, многие развитые страны в последние десятилетия внедрили специальные системы частичного покрытия рисков утраты способности к самообслуживанию за счет бюджетных средств

или ресурсов социального страхования. Уход является крайне дорогостоящей услугой, в первую очередь за счет длительности периода получения услуг (зачастую до конца жизни), и государства обычно не в силах предоставить полное покрытие всех необходимых расходов на уход для всего нуждающегося населения. Поэтому финансирование долговременного ухода везде осуществляется за счет нескольких источников, со значительной долей государственного финансирования и различной степенью опоры на средства населения.

Современные системы долговременного ухода в развитых странах сталкиваются с четырьмя ключевыми вызовами [European Commission, 2021].

1. **Как обеспечить доступность услуг долговременного ухода всем нуждающимся** в условиях старения населения и ограниченности ресурсов государства и общества?

2. **Как гарантировать высокое качество долговременного ухода** в отсутствие единой и общепринятой концепции качества услуг в данной сфере, а также комплексных стратегий по его обеспечению?

3. **Где найти необходимое количество квалифицированных кадров** для покрытия существующего спроса на уход?

4. **Как обеспечить устойчивое финансирование долговременного ухода** при растущем спросе на уход и темпах роста расходов, превышающих рост расходов на пенсии или здравоохранение?

Хотя развитые формальные системы долговременного ухода успели сформироваться в основном в странах с высоким уровнем доходов, **по мере старения населения все больше стран мира вовлекается в работу по созданию СДУ** и пытается предложить государственные гарантии по уходу как более качественную и эффективную альтернативу семейному уходу, помощи, оказываемой местными сообществами и системой здравоохранения.

В России, где государство до недавнего времени предоставляло лицам, имеющим ограничения в повседневной жизни, лишь социальное обслуживание на дому (преимущественно социально-бытовые услуги), а альтернативой было пребывание в стационарах социального обслуживания, в 2018 г. был запущен пилотный проект по созданию системы долговременного ухода, к которому на начало 2022 г. подключились 34 субъекта РФ. В соответствии с федеральным проектом «Старшее поколение» и национальным

проектом «Демография» с 2022 г. запланировано масштабирование этого пилотного проекта на все субъекты РФ.

Проект предполагает комплексный подход к оказанию помощи гражданам с дефицитом в самообслуживании и направлен на удовлетворение более широкого спектра их потребностей с предоставлением социально-медицинских услуг, реабилитации, ассистивов, а также с оказанием поддержки родственникам. Одна из ключевых задач проекта — деинституционализация ухода и создание условий для полноценной жизни пожилого человека с ограниченными возможностями в привычной для него среде. Расширение проекта до национальных рамок требует принятия решения об устойчивых источниках финансирования, что невозможно без уточнения финансовой и организационной модели СДУ, корректировки подходов по единым стандартам по уходу, учету и отчетности, регламентации деятельности поставщиков социальных услуг, их лицензированию, защите прав получателей долговременного ухода.

Исключительно короткий — 3 года — срок реализации этого пилотного проекта, его осуществление на фоне такого форс-мажорного события, как пандемия коронавируса, а также фрагментарность и ограниченность данных о ходе пилотного проекта СДУ не позволяют сделать обоснованных выводов о его эффективности. Тем более ценными для России, находящейся в самом начале становления СДУ, становятся уроки стран, в которых подобные системы функционируют уже на протяжении нескольких десятилетий.

Настоящий доклад, подготовленный в рамках направления «Демографические и социальные факторы активного долголетия» Научного центра мирового уровня «Центр междисциплинарных исследований человеческого потенциала», посвящен обзору международных рекомендаций и зарубежного опыта в сфере долговременного ухода за лицами с дефицитами в самообслуживании, а также оценке его релевантности для России. Цель доклада состоит в выявлении зарубежного опыта по организации долговременного ухода в странах, где СДУ существует уже долгое время, который может быть релевантен для становления СДУ в России.

Доклад выходит в непростое для страны время. Вместе с тем представляется, что турбулентность, в которой оказалась российская экономика, хотя и может повлиять на сужение доступности

финансирования СДУ в краткосрочной перспективе, но ни в коей мере не должна рассматриваться как аргумент в сворачивании или замораживании национальной системы ухода. Запрос на ее формирование обусловлен долгосрочными вызовами, актуальность которых не снижается: старением населения, снижением доступности родственного ухода и связанными с ним отрицательными экстерналиями, ростом общественного запроса на сохранение качества жизни в старости независимо от состояния здоровья.

Информационными источниками доклада стали академические и экспертные публикации зарубежных ученых, доклады международных организаций, опубликованные преимущественно в 2000–2021 гг., а также материалы регулярного научного семинара «Политика активного долголетия и пенсионные реформы: российский и международный опыт», организуемого на базе Института социальной политики НИУ ВШЭ. Во многом неизбежной спецификой представленных в докладе материалов, накладывающей ограничения на применимость уроков международного опыта к российским реалиям, является то, что в основном они относятся к высокоразвитым странам с относительно устойчивой макроэкономической ситуацией и достаточно высоким уровнем жизни населения.

Доклад состоит из введения, основной части, включающей семь разделов, и заключения. В разд. 1, 2 основной части рассматриваются вопросы измерения нуждаемости в уходе и спроса на услуги ДУ, а также представлены оценки спроса на уход в мире и в России. Затем обсуждаются вопросы прогнозирования затрат на СДУ, после чего рассматриваются различные подходы к финансированию ухода и развилки, возникающие при выборе финансовой модели СДУ. В разд. 5 раскрываются некоторые вопросы организационной модели СДУ, включая важный аспект интеграции медицинских и социальных услуг. Предметом разд. 6 стали вопросы обеспечения качества долговременного ухода. Последний раздел основной части содержит обсуждение новых вопросов в развитии СДУ — роли технологий и влияния пандемии коронавируса.

1. СПРОС НА ДОЛГОВРЕМЕННЫЙ УХОД — ТЕКУЩИЕ ТЕНДЕНЦИИ И ПРОГНОЗЫ

Спрос на долговременный уход во многом является производным:

- во-первых, от потребности в уходе как инструменте повышения автономности, благополучия и качества жизни людей со сниженными функциональными возможностями [Wittenberg, 2016];
- во-вторых, от готовности и возможностей людей, испытывающих нуждаемость в уходе, обращаться за посторонней (профессиональной) помощью и, возможно, платить за нее;
- в-третьих, от существующей процедуры выявления функциональных возможностей и дефицитов в самообслуживании, на основе которых определяется нуждаемость в уходе. Эта процедура определяет условия входа в систему и объем гарантий в СДУ, на которые вправе рассчитывать индивид.

Таким образом, эксперты предлагают рассматривать спрос на долговременный уход как функцию следующих факторов: функциональные ограничения (инвалидность) и дефициты в самообслуживании, которые могут быть связаны с физическим и психическим здоровьем и определяют нуждаемость в уходе; условия входа в систему; стоимость ухода; доходы и материальная обеспеченность нуждающегося в уходе лица; предпочтения в отношении ухода, которые могут варьироваться в зависимости от возраста, пола, этнической принадлежности и других характеристик [Wittenberg, 2016]. Стоит отметить, что социальные нормы в отношении родственного ухода и его доступность также влияют на спрос в СДУ.

1.1. Оценка нуждаемости в уходе для целей прогнозирования: возможности использования международных подходов в России

Для целей анализа и прогнозирования потребности в услугах ДУ в странах ЕС и ОЭСР, как правило, используется определение нуждаемости на основе дефицитов в самообслуживании, выявленных по шкалам ограничений в повседневных видах деятельности (Activities of

Daily Living — ADL) и инструментальных повседневных видах деятельности (Instrumental Activities of Daily Living — IADL) [Wittenberg et al., 1998; Comas-Herrera et al., 2003; European Commission, 2021], которые подробнее будут рассмотрены в разд. 5 настоящего доклада. Критерием признания человека нуждающимся в уходе выступает наличие одного (редко — двух) ограничений. В Китае прогнозирование спроса на услуги ДУ осуществляется на основе ежегодно публикуемых данных о возрастном-половом профиле ограничений в повседневных видах деятельности (ADL); выделяются легкая инвалидность (одно-два ограничения), инвалидность средней тяжести (три-четыре ограничения) и тяжелая (пять ограничений) [Xu, Chen, 2019].

Зачастую для целей прогнозирования в качестве источника информации об ограничениях и потребности в постороннем уходе используют данные опросов как окружающих пожилого человека людей (родственников, обслуживающего персонала), так и самого нуждающегося в уходе (самооценки). Иногда подобные данные предоставляются соответствующими ведомствами — например, в Германии использовались данные системы социального страхования (и государственного, и частного) [Comas-Herrera et al., 2003].

В ЕС для оценки потребности в долговременном уходе используют данные Европейского исследования здоровья, старения и траекторий жизни на пенсии (SHARE)⁷, а также данные Европейского опроса о состоянии здоровья (EHIS)⁸, которые фокусируются на ограничениях ADL и IADL, являющихся одновременно наиболее важными и распространенными критериями, используемыми в национальных практиках стран — членов ЕС для выявления нуждающихся в уходе. Так же, как и в случае национальных порогов входа в программы СДУ, для целей анализа, моделирования и прогнозирования спроса на услуги ДУ на уровне ЕС нуждаемость определяется по «серьезным ограничениям» в повседневной и инструментальной повседневной деятельности [European Commission, 2021]. Согласно данным EHIS по 22 странам — членам ЕС за 2019 г., в среднем 30,9% людей в возрасте

⁷ URL: <http://www.share-project.org/home0.html>.

⁸ Eurostat. European Health Interview Survey (EHIS). URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>.

65 лет и старше, проживающих в частных домохозяйствах, нуждались в долговременном уходе. Этот показатель варьировался от 11,6% в Люксембурге до 56,5% в Румынии [Ibid.].

В Китае для оценок и прогнозирования спроса на услуги ДУ исследователи используют данные: Китайского лонгитюдного обследования здоровой продолжительности жизни (CLHLS, Пекинский университет), Обследования пожилого населения в городских/сельских районах Китая (SSAPUR, Китайский исследовательский центр старения — CRCA) и Китайского лонгитюдного исследования здоровья и выхода на пенсию (CHARLS, Пекинский университет — аналог европейского обследования SHARE) [Xu, Chen, 2019]. Эти обследования для измерения дефицитов в самообслуживании в основном используют шкалы ADL. Вместе с тем в обследовании CHARLS можно также измерить ограничения в инструментальных видах деятельности [Hu et al., 2020]. По данным за 2013–2014 гг., 20,44% респондентов в возрасте 45 лет и старше имели ограничения в повседневной активности (ADL) и 19,25% респондентов сообщили об ограничениях в инструментальных видах деятельности (IADL) [Huet et al., 2020].

В отсутствие обследований, содержащих шкалы ADL и IADL, могут применяться альтернативные методы определения нуждаемости в уходе. Например, ассоциацией нескольких медицинских научно-исследовательских и лечебных учреждений Нидерландов и Великобритании была разработана шкала оценки уровня ухода (Manual Care Dependency Scale) на базе самооценки пожилого человека, которая включает в себя следующие варианты ответов: (1) я полностью зависим от посторонней помощи; (2) я в значительной степени зависим от посторонней помощи; (3) частично зависим от посторонней помощи; (4) только в ограниченной степени зависим от посторонней помощи; (5) почти независим от посторонней помощи.

Еще одним способом косвенной оценки нуждаемости в долговременном уходе, используемым в аналитических целях, выступает опрос, предполагающий самостоятельную оценку наличия серьезных ограничений в повседневной жизни из-за проблем со здоровьем. Этот показатель также известен как «индикатор глобального ограничения активности» (GALI), который был разработан для мониторинга инвалидности [European Commission, 2021].

В России он измерялся в 2018 г. в рамках Комплексного наблюдения условий жизни населения (КОУЖ)⁹, проведенного Росстатом, путем ответа на следующие вопросы: «Испытывали ли вы в своей повседневной жизни ограничения из-за какой-либо проблемы со здоровьем в течение как минимум шести последних месяцев? В какой степени?». Нуждаемость в уходе признавалась у тех, кто испытывал серьезные ограничения.

В условиях ограниченной информации моделировать потребность в уходе можно, комбинируя несколько баз данных, содержащих сведения о функциональных ограничениях и/или наличии инвалидности, наличии определенных заболеваний (например, онкологии и др.) [Cardoso et al., 2012].

До недавнего времени в России отсутствовали выборочные обследования, которые позволили бы получить репрезентативные для страны в целом оценки нуждаемости населения в долговременном уходе на основе шкал ADL и IADL. В 2018 г. в 11 регионах Российским гериатрическим научно-клиническим центром Министерства здравоохранения РФ при участии Института социальной политики НИУ ВШЭ было проведено Эпидемиологическое исследование распространенности гериатрических синдромов и возраст-ассоциированных заболеваний у Пожилых людей в регионах Российской Федерации с различными климатическими, экономическими и демографическими характеристиками (ЭВКАЛИПТ)¹⁰. Данное исследование предполагало оценку функционального статуса населения России в возрасте 65 лет и старше, проживающего дома¹¹, по шкалам Бартела и Лоутона. Но, поскольку обследование проводилось по месту получения пожилыми людьми медицинской помощи (в основном в поликлиниках), в выборке могли быть недостаточно представлены индивиды, редко обращающиеся за амбулаторной помощью: пожилые люди

⁹ Федеральная служба государственной статистики. Комплексное наблюдение условий жизни населения 2018. URL: https://www.gks.ru/free_doc/new_site/kouz18/index.html.

¹⁰ Базовые характеристики выборки исследования представлены в [Российское эпидемиологическое исследование ЭВКАЛИПТ: протокол и базовые характеристики участников, 2021].

¹¹ Пожилые люди, проживающие в организациях социального обслуживания стационарного типа, не включались в основную выборку исследования.

с относительно крепким здоровьем и, напротив, самые тяжелые. Оценки нуждаемости, основанные на данных ЭВКАЛИПТ, приведены в следующем подразделе.

В 2021 г. Институтом социальной политики НИУ ВШЭ при финансовой поддержке НЦМУ в России была проведена первая волна SHARE, в ходе которой функциональный статус пожилого населения России оценивается на более качественной выборке, но по менее дробной шкале ADL и IADL. Поскольку в обследовании SHARE используется единая методология измерения ограничений в самообслуживании, появление этих данных делает возможным проведение межстрановых сопоставлений нуждаемости в уходе в России и других европейских странах, а также в Китае.

1.2. Масштабы текущего спроса на услуги ДУ в мире

По данным ОЭСР, в 2017 г. в среднем в 25 странах — членах ОЭСР 10,8% людей в возрасте 65 лет и старше получали услуги долговременного ухода, что на 5% больше, чем в 2007 г. [OECD, 2019]¹². При этом наблюдается заметная вариация по странам: так, более одного из пяти человек в возрасте 65 лет и старше получали услуги долговременного ухода в Швейцарии (22%) и Израиле (20%), по сравнению с менее чем 5% в Словакии (4%), Канаде (4%), Ирландии (3,4%), Португалии (2%) и Польше (1%) [OECD, 2019]. В целом показатели охвата населения старшего возраста СДУ выше в Скандинав-

¹² В методологии ОЭСР в число получателей услуг ДУ включают людей, которым предоставляется долговременный уход от платных поставщиков услуг, в том числе непрофессионалов, получающих денежные выплаты в рамках социальной программы. К ним также относятся получатели денежных пособий в рамках таких программ, как программы потребительского выбора (consumer-choice programs), пособий по уходу или других социальных пособий, основная цель которых состоит в поддержке людей с потребностями в долговременном уходе. Под учреждениями долговременного ухода понимаются учреждения по уходу и интернаты, которые в едином пакете предоставляют жилье и услуги ДУ. В уход на дому включаются люди с функциональными ограничениями, которые получают большую часть ухода дома. Уход на дому также распространяется на использование учреждений на временной основе, получение общественной заботы, получение услуг в центрах дневного пребывания и проживание в домах (не учреждениях!), благоустроенных под потребности лиц с дефицитами в самообслуживании.

1. Спрос на долговременный уход — текущие тенденции и прогнозы

ских странах (Норвегия, Швеция, Дания), Нидерландах, Германии, Швейцарии и Израиле. В процентах от всего населения доля клиентов СДУ ниже, но выявленные различия по странам сохраняются (рис. 1.1).

Данные по 22 странам ЕС показывают, что в среднем 22,2% людей в возрасте 65+, нуждающихся в длительном уходе, пользовались услугами по уходу на дому. Этот показатель варьировался от 4,7% в Румынии и порядка 10% в Эстонии до немногим более 50% в Нидерландах и 52,3% в Дании [European Commission, 2021].

Основная причина неудовлетворенного спроса в странах, где он наиболее высок, связана с финансовыми ограничениями в доступности услуг по обеспечению долговременного ухода (на долю этой причины приходится свыше 50% случаев в Румынии, Болгарии, Греции, Испании и Польше); реже говорят об отсутствии таких услуг как таковых.

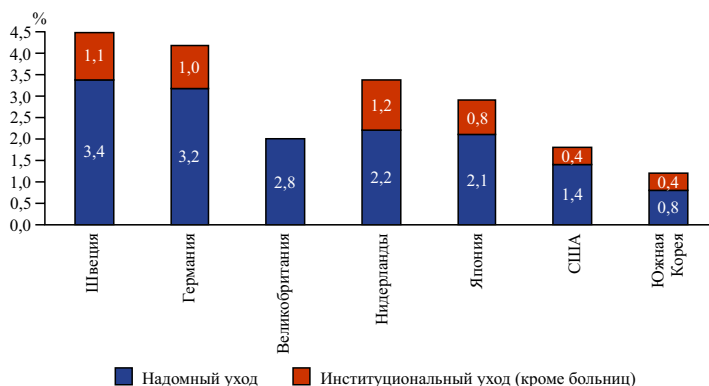


Рис. 1.1. Получатели услуг ДУ, % от всего населения

Примечания:

1. Данные представлены за 2017 г., кроме Великобритании — 2008 г., Нидерландов, США — 2016 г., Японии — надомный уход за 2006 г., институциональный (стационарный) уход за 2018 г.

2. Институциональный уход в Японии недоучтен, так как многие пожилые люди получают долговременный уход в больницах [Colombo et al., 2011].

Источник: OECD Health Data. Long-Term Care Resources and Utilisation¹³.

¹³ OECD.Stat. URL: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>.

Обеспеченность населения местами в учреждениях ухода также сильно дифференцирована по странам (рис. 1.2). В странах внизу распределения, с низкими показателями охвата надомным и стационарным уходом, существенная часть ДУ, скорее всего, оказывается родственниками, друзьями и знакомыми.

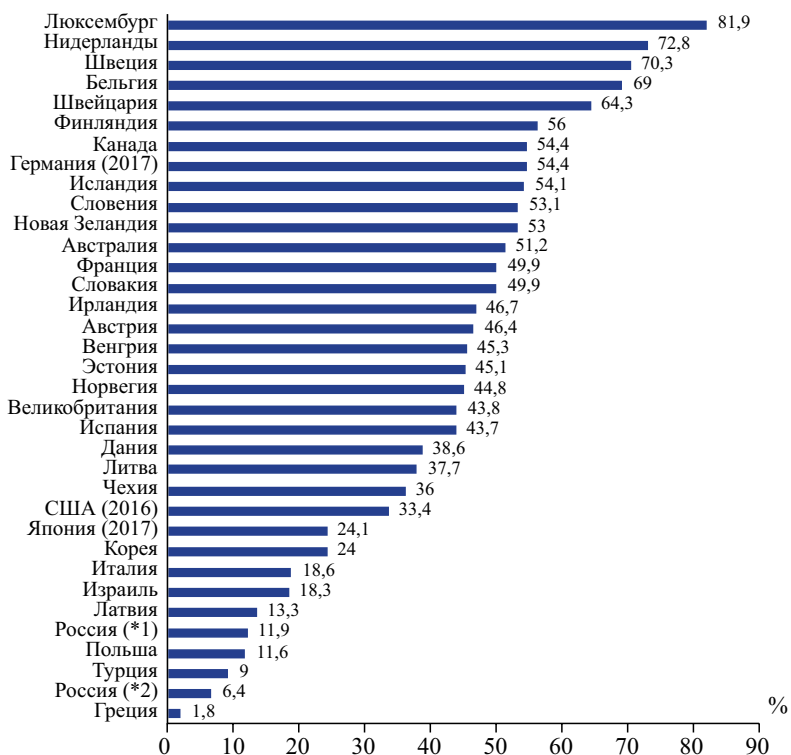


Рис. 1.2. Места в интернатах для долговременного ухода на 1000 человек в возрасте 65 лет и старше, 2018 г., %

Примечания:

1. Данные по Германии и Японии приведены за 2017 г.; по США — за 2016 г.
- 2.*1 — данные по России пересчитаны на численность населения в возрасте 65 лет и старше; *2 — данные в расчете на все население пенсионного возраста и инвалидов.

Источник: данные ОЭСР, Росстата.

1. Спрос на долговременный уход — текущие тенденции и прогнозы

Общая численность потребителей услуг по уходу зависит от численности населения старшего возраста в стране; наибольшее абсолютное число людей в возрасте 65 лет и старше, получающих стационарный и надомный уход, проживает в Германии и во Франции. Во многих странах в последнее десятилетие происходил рост этой группы, особенно заметный в Южной Корее, Испании и Португалии (рис. 1.3).

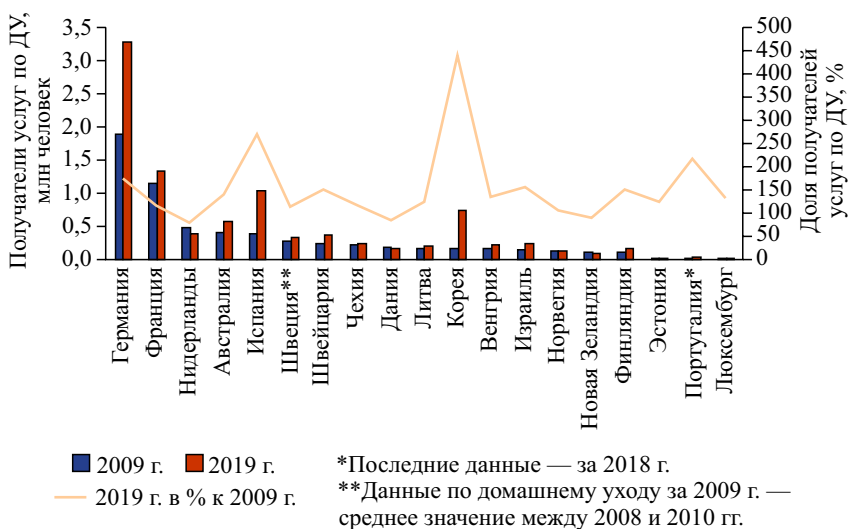


Рис. 1.3. Динамика числа получателей услуг по долговременному уходу на дому и в учреждениях в странах ОЭСР, человек в возрасте от 65 лет, 2009 и 2019 гг.

Источник: данные ОЭСР.

При этом в развитых западных странах **происходит постепенная деинституционализация ухода**: если в 2009 г., по данным 19 стран ОЭСР, 33% всех получателей услуг ДУ в возрасте 65 лет и старше получали уход в стационарах, то к 2019 г. эта доля сократилась до 28%. Другой источник, основанный уже на данных по 25 странам ОЭСР, свидетельствует о том, что в период с 2007 по 2017 г. доля получателей надомных услуг ДУ выросла на 4 проц. п. (с 64 до 68%). Такой рост был особенно большим в Португалии, Австра-

лии, Швеции, Германии и США. В Германии это увеличение отчасти было связано с реформами политики, расширяющими определение долговременного ухода, и, следовательно, с увеличением числа получателей пособий. В Эстонии наблюдалась обратная тенденция — перераспределение получателей ухода в сторону стационарного обслуживания [ОЕСД, 2019].

Большинство получателей услуг по уходу — пожилые люди, среди которых преобладают женщины. По данным ОЭСР, в 2017 г. только 21% получателей услуг ДУ в среднем по странам ОЭСР были моложе 65 лет, а еще 27% — в возрасте от 65 до 79 лет. Большинство клиентов СДУ в странах ОЭСР (в среднем 51% в 2017 г.) — люди в возрасте 80 лет и старше. На различия в возрастной структуре получателей услуг ДУ влияют демографические показатели (в частности, возрастная структура населения), а также национальные параметры систем долговременного ухода. Например, в Японии две трети получателей услуг ДУ были в возрасте 80 лет и старше, тогда как люди в возрасте 0–64 лет составляли всего 3% получателей [ОЕСД, 2019].

1.3. Драйверы спроса на услуги ДУ

Главным драйвером спроса на услуги ДУ выступает старение населения, ведущее к увеличению числа лиц старшего возраста (прежде всего лиц в возрасте 75–80 лет и старше) и, соответственно, к росту потребностей в долговременном уходе. Согласно данным статистики и демографическому прогнозу ООН, удельный вес населения в возрасте 80 лет и старше вырастет уже в 2020–2050 гг., а **в предстоящие 80 лет** будет увеличиваться еще более быстрыми темпами (рис. 1.4). **В России, так же как и в странах с доходом выше среднего и высокодоходных странах, этот показатель превысит 10% населения. Причем в высокодоходных странах 10-процентный порог будет преодолен, согласно среднему сценарию демографического прогноза, уже в 2050 г.**

Вместе с тем само по себе увеличение числа лиц самого старшего возраста не автоматически ведет к росту спроса на услуги постороннего ухода. **Многое зависит от состояния здоровья и распространенности функциональных ограничений в старших возрастах.** Увеличение продолжительности жизни, сопровождающееся ростом

1. Спрос на долговременный уход — текущие тенденции и прогнозы

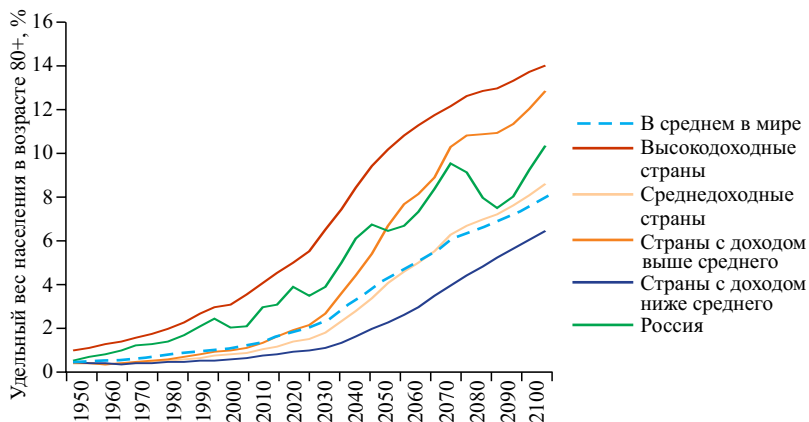


Рис. 1.4. Динамика удельного веса населения в возрасте 80 лет и старше в общей численности населения мира, России и групп стран, выделенных по уровню дохода (по классификации Всемирного банка), 1950–2100 гг., %

Примечание. Для 2020–2100 гг. используются данные среднего сценария демографического прогноза ООН.

Источник: [United Nations, 2019]¹⁴.

продолжительности здоровой жизни, может ослаблять связь между старением населения и ростом спроса на услуги ДУ. Таким образом, **меры, направленные на сохранение здоровья на протяжении всей жизни и улучшение здоровья в старшем возрасте, могут помочь в снижении спроса на услуги ДУ и, соответственно, расходов на уход.**

Верно и то, что **развитие СДУ, повышающее доступность формального, профессионального ухода для лиц с дефицитами в самообслуживании, положительно влияет на характеристики их здоровья и продлевает жизнь.** Ряд исследований, проведенных в Корее, подтвердил меньшие вероятности ухудшения здоровья [Lee et al., 2019] и меньшие риски смертности среди лиц, охваченных СДУ [Choi, Joung, 2016; Sohn et al., 2020]. На основе данных пилотного проекта внедрения социального страхования ухода в Шанхае сделан

¹⁴ Данные по состоянию на 1 ноября 2021 г. загружены с сайта United Nations. URL: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>.

вывод о снижении числа госпитализаций среди лиц, охваченных СДУ [Feng, Wang, Yu, 2020]. Ограниченные, но тем не менее положительные эффекты от участия в программах СДУ на состояние здоровья их участников обнаружены и в западных странах [Lunt et al., 2021].

Кроме того, указанные выше различия в текущем числе пользователей СДУ по странам позволяют предположить, что **спрос на услуги ДУ зависит** не только от демографических изменений и состояния здоровья населения, но **также от наличия и стоимости государственных услуг по долговременному уходу**. Например, в Израиле доля получателей таких услуг достаточно высока при сложившейся там возрастной структуре населения, что обусловлено хорошей доступностью государственных услуг [ОЕСД, 2019]. В странах, где основным каналом получения ухода выступают частные услуги (формальные и неформальные), число клиентов СДУ может быть заниженным из-за проблем с учетом частных поставщиков услуг. Например, по некоторым оценкам, в Китае в 2005 г. почти 60% пожилых людей с дефицитами в самообслуживании (около 3,5 млн) не обращались в СДУ; по прогнозам, к 2050 г. это число увеличится до 16 млн человек из-за высокой стоимости ухода [Yang et al., 2021].

Социальные нормы, регламентирующие межпоколенные отношения, обязанность взрослых детей заботиться о престарелых родителях и отношение к внесемейному уходу, также являются важными факторами спроса на услуги ДУ. Помощь родственников или соседской общины (общественная забота — community-care) в оказании социально-бытовых услуг может снижать спрос на услуги ДУ у лиц с незначительными нарушениями и дефицитами в инструментальных видах повседневной деятельности. И в развитых, и в развивающихся странах большинство лиц, предоставляющих неформальный родственник уход как внутри, так и за пределами домохозяйства, составляют женщины. Многие неформальные опекуны сами являются пожилыми людьми. При этом некоторые исследования показывают, что спрос на формальные услуги постороннего ухода в большей степени зависит от наличия рядом партнера/супруга, чем детей [Yoo et al., 2004].

Вместе с тем важно понимать, что **при отсутствии государственной поддержки родственного ухода включенность в оказание услуг по ДУ может негативно сказываться на здоровье, субъективном благопо-**

лучии и зарплатах ухаживающих членов семьи [Colombo et al., 2011]. И, напротив, доступность хотя бы замещающего ухода для ухаживающих родственников улучшает их общее состояние здоровья и психологическое состояние, снижая вероятность депрессии [Brimblecombe et al., 2018; Lunt et al., 2021]. Кроме того, доступность неформального родственного ухода, в который, по данным ОЭСР, включены преимущественно женщины в возрасте 50 лет и старше [Colombo et al., 2011; Viitanen, 2010], может сократиться — как под влиянием демографических изменений, так и из-за растущей включенности женщин указанного возраста в оплачиваемую занятость. Это может стать фактором дополнительного увеличения спроса на формальный посторонний уход, оказывая давление на государственные расходы на СДУ.

2. ПОТРЕБНОСТЬ В УХОДЕ И ОЦЕНКИ ЕГО ДОСТУПНОСТИ В РОССИИ

2.1. Оценка текущей потребности в постороннем уходе

По данным микропереписи населения 2015 г. (далее — МПН-2015)¹⁵, в России около 36% населения старше трудоспособного возраста имеют хронические заболевания, ограничивающие их жизнедеятельность, из них 29,4% нуждаются в повседневной помощи. Использование данных МПН-2015 для оценки нуждаемости не может считаться корректным методом в силу субъективного характера оценок респондентами своего состояния. Вместе с тем эти данные могут рассматриваться как оценка нуждаемости в уходе «сверху», поскольку основаны исключительно на субъективном мнении пожилых людей о затруднениях в повседневной жизни, которые не всегда могли бы найти подтверждение у специалистов по уходу.

Данные Выборочного наблюдения качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения (далее — обследование КДУ)¹⁶, проводимого Росстатом, показывают, что **распространенность ограничений в повседневной жизни и их тяжесть увеличиваются с возрастом** (рис. 2.1).

Выборочное наблюдение поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения (далее — обследование ПФСЗН), проведенное Росстатом в 2018 г.¹⁷, позволяет выявить субъективно оцениваемую распространенность отдельных функциональных

¹⁵ Федеральная служба государственной статистики. Микроперепись населения 2015. URL: https://gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/micro-perepis/finish/micro-perepis.html.

¹⁶ Федеральная служба государственной статистики. Выборочное наблюдение качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения 2017. URL: https://www.gks.ru/free_doc/new_site/quality17/index.html.

¹⁷ Федеральная служба государственной статистики. Выборочное наблюдение поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения 2018. URL: https://www.gks.ru/free_doc/new_site/ZDOR/Factors2018_2812/index.html.

2. Потребность в уходе и оценки его доступности в России

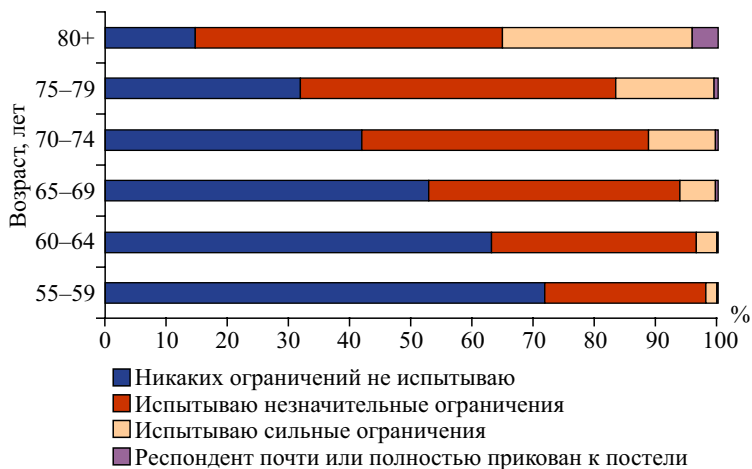


Рис. 2.1. Распределение по группам ухода в зависимости от возраста

Источник: расчеты авторов по данным обследования КДУ, проведенного в 2017 г.

нарушений, ведущих к ограничениям в жизнедеятельности: нарушения зрения¹⁸, слуха¹⁹, мобильности²⁰, когнитивные и ментальные ограничения²¹, ограничения в способности обслуживать

¹⁸ У респондента выясняется, пользуется ли он очками, линзами, а затем оценивается его способность видеть — отдельно для использующих очки или линзы: «Когда вы пользуетесь очками или контактными линзами, трудно ли вам видеть?», «Трудно ли вам видеть?» (ответы на эти и аналогичные вопросы: «Нетрудно», «Немного трудно», «Очень трудно», «Совсем не могу»).

¹⁹ У респондента выясняется, пользуется ли он слуховым аппаратом, а затем оценивается его способность слышать: «Когда вы пользуетесь слуховым аппаратом, трудно ли вам слышать?», «Трудно ли вам слышать?» (для тех, кто не пользуется слуховым аппаратом).

²⁰ Респондентам задается вопрос: «Вам трудно передвигаться пешком и подниматься по ступеням?».

²¹ Респондентам задаются вопросы: «Вам трудно запоминать и сосредоточиваться?», «Вам трудно общаться, например понимать других и быть понятным/понятой, на вашем обычном языке?», «Как часто вы чувствуете себя подавленным?» (ответы на эти и аналогичные вопросы: «Каждый день», «Каждую неделю», «Каждый месяц», «Несколько раз в год», «Никогда»).

себя²². Результаты показывают **достаточно раннее возникновение и нарастание ограничений, связанных с неспособностью запоминать и сосредоточиваться**. Остальные ограничения (по слуху, зрению) достаточно длительное время могут быть хотя бы отчасти компенсированы аппаратами и поэтому становятся выраженными в возрасте 80 лет и старше. Обращает на себя внимание также то, **что в группе 70–74-летних респондентов каждый четвертый говорит, что ему очень трудно или он совсем не может передвигаться пешком или подниматься по ступеням; среди 75–79-летних таких уже 37%, а среди тех, кому от 80 лет, — больше половины**. Самые крайние ограничения, требующие постоянного постороннего ухода, — полная неспособность передвигаться и обслуживать себя — становятся более распространенными с 80 лет и старше, но особенно — в возрастах за 90 лет (рис. 2.2).

Оценки, основанные на сопоставимых данных, по одной и той же формулировке вопроса, позволяющей измерить глобальное ограничение повседневной деятельности GALL, показывают, что **в России ухудшение здоровья наступает в более раннем возрасте, чем в среднем по странам ЕС** (рис. 2.3), что неудивительно, учитывая более низкую продолжительность жизни в нашей стране.

Женщины, которые живут в среднем дольше мужчин, больше сталкиваются с различными комплексными нарушениями, ведущими к ограничениям в автономности. Тем не менее, чаще сталкиваясь, например, с ограничениями в передвижении, они реже, чем мужчины, испытывают крайние дефициты в способности обслуживать себя.

Результаты моделирования групп ухода, проведенного на данных ЭВКАЛИПТ, подтверждаются выводами, сделанными на основе данных выборочных наблюдений Росстата: ограничения в жизнедеятельности начинают заметно нарастать после 80 лет. Так, **все группы ухода почти наполовину состоят из индивидов в возрасте от 80 лет, а в 4-й и 5-й группах их доля достигает почти 60%**. В то же время среди лиц, не нуждающихся в уходе, эта возрастная группа составляет около 20% (рис. 2.4). Данный факт позволяет рекомендовать использование возраста как индикатора возможной нуж-

²² Респондентам задается вопрос: «Вам трудно обслуживать себя, например мыться целиком и одеваться?».

2. Потребность в уходе и оценки его доступности в России

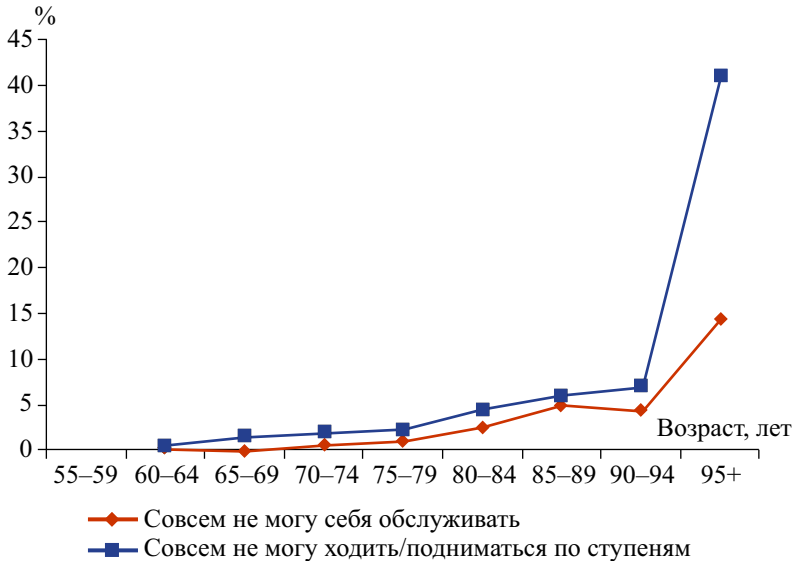


Рис. 2.2. Распространенность наиболее сильных ограничений в мобильности и самообслуживании по возрасту, %

Источник: расчеты авторов по данным обследования ПФСЗН, проведенного в 2018 г.

даемости в социальном обслуживании для организаций, выявляющих потенциальных нуждающихся. **Граждане в возрасте от 80 лет как группа с потенциально высокой нуждаемостью в уходе могут стать объектом сплошных скринингов на нуждаемость в социальном обслуживании.**

Подчеркнем, что приведенные выше оценки характеризуют именно потребность в постороннем уходе с точки зрения состояния здоровья и наличия дефицитов в самообслуживании. Они показывают верхнюю границу возможного спроса на услуги ДУ, который фактически меньше в силу существования социальных норм, регламентирующих получение помощи прежде всего от родных и близких [Синявская, Горват, 2020], доступности неформального родственного ухода или его комбинации с социально-бытовыми услугами, предоставляемыми в рамках социального обслуживания.

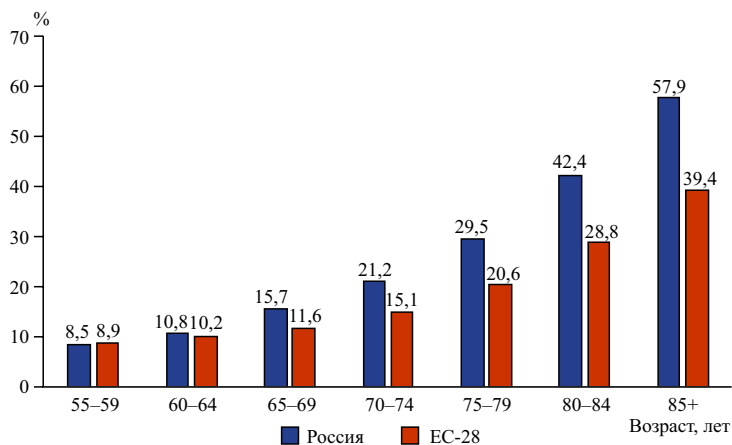


Рис. 2.3. Медианный удельный вес лиц определенного возраста в России и в среднем по ЕС, отметивших наличие значительных ограничений в повседневной жизни из-за проблем со здоровьем в течение последних 6 месяцев, 2018 г., %

Источники: данные Eurostat и КОУЖ.

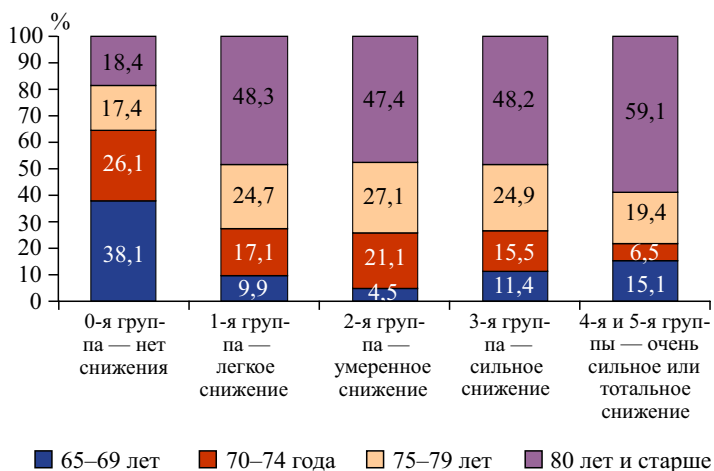


Рис. 2.4. Структура групп ухода по возрасту, %

Источник: расчеты авторов на основе данных обследования ЭВКАЛИПТ, проведенного в 2018–2019 гг.

2.2. Доступность ухода

При относительно высокой потребности в постороннем уходе (по данным о распространённости ограничений) пожилое население России сталкивается с низкой доступностью социального обслуживания и ухода. По данным обследования КДУ, в 2017 г. социальное обслуживание в момент опроса получали лишь 3,4% граждан старше трудоспособного возраста с ограничениями в повседневной жизни. К 2019 г. эта доля увеличилась до 3,6%, и этот рост обеспечило увеличение охвата населения старше трудоспособного возраста на селе (с 4,2 до 4,8%), в то время как в городах доля получателей оставалась неизменной — на уровне 3,1%. Даже в самых старших возрастах, когда нуждаемость в уходе многократно увеличивается, охват нуждающихся социальным обслуживанием не превышает 23% (рис. 2.5).

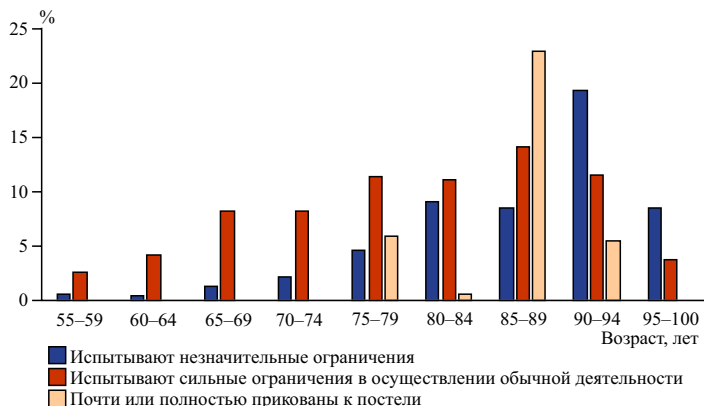


Рис. 2.5. Охват населения России старше трудоспособного возраста, имеющего какие-либо ограничения в повседневной жизни, социальным обслуживанием, 2017 г.

Источник: расчеты авторов на основе данных обследования КДУ.

Данные МПН-2015 указывают на то, что гражданам, имеющим ограничения в повседневной жизни, помогают в основном совместно проживающие с ними родственники (61%), отдельно проживающие родственники и соседи (25%), а получение помощи от социальных работников является достаточно редким явлением (14%).

Чуть чаще профессионалы привлекаются для оказания медицинских и санитарно-гигиенических услуг. По данным обследования КДУ, среди лиц в возрасте от 65 лет, нуждающихся в таких услугах, в 2019 г. от социального работника таковые получили 7,8% граждан; 40% достигает доля тех, кто получил эти услуги от социального работника, патронажной медсестры, лечащего врача или специально нанятого для этой цели другого специалиста. При этом большинство нуждающихся граждан (около 60%) были вынуждены обращаться за помощью в проведении медицинских и санитарно-гигиенических процедур к родственникам и знакомым.

Косвенно неудовлетворенный спрос на услуги долговременно-го ухода можно оценить и по нуждаемости в постановке на учет для предоставления социального обслуживания. Среди всех лиц старше трудоспособного возраста, не состоящих на социальном обслуживании в органах социальной защиты населения, масштабы этого спроса вроде бы невелики — 1,4%. Однако среди лиц с инвалидностью нуждаются в социальном обслуживании (и пока не получают его) уже 4,0%, а среди лиц с сильными ограничениями в жизнедеятельности — 9,2%, среди прикованных к постели — 8,8% (табл. 2.1). Также при интерпретации указанных цифр необходимо помнить о распространенной в органах социальной защиты практике по сдерживанию роста очереди: при большом дефиците социального обслуживания часть заявлений на его предоставление может не регистрироваться, а следовательно, полученные данные являются скорее оценкой «снизу».

О сниженной доступности социального обслуживания в России свидетельствуют и итоги независимой оценки качества условий оказания услуг организациями социального обслуживания, проведенной в 2018–2020 гг. в соответствии со ст. 23.1 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ²³. Оценивая высоко характеристики полученных услуг, около 40% получателей указывают на наличие трудностей с их получением — не удовлетворены доступностью социального обслуживания (рис. 2.6).

²³ Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» // Консультант-Плюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/.

Таблица 2.1. Нуждаемость в постановке на учет для предоставления социального обслуживания в 2017 г., %

Категории лиц старше трудоспособного возраста	Лица старше трудоспособного возраста, всего	Из них имеют установленную группу инвалидности	Из общего числа лиц старше трудоспособного возраста — по наличию ограничений в осуществлении обычной деятельности (трудности в передвижении, ослабленное зрение или слух)			
			не испытывают никаких ограничений	испытывают незначительные ограничения	испытывают сильные ограничения	почти или полностью прикованы к постели
Лица старше трудоспособного возраста, не состоящие на социальном обслуживании в органах социальной защиты населения, — всего, в том числе:	100	100	100	100	100	100
нуждаются в постановке на учет для предоставления социального обслуживания	1,4	4,0	0,3	1,5	9,2	8,8
не нуждаются в постановке на учет	98,2	95,4	99,5	98,0	89,3	87,3
не определено	0,4	0,6	0,2	0,5	1,5	3,9

Источник: расчеты авторов на основе данных обследования КДУ.

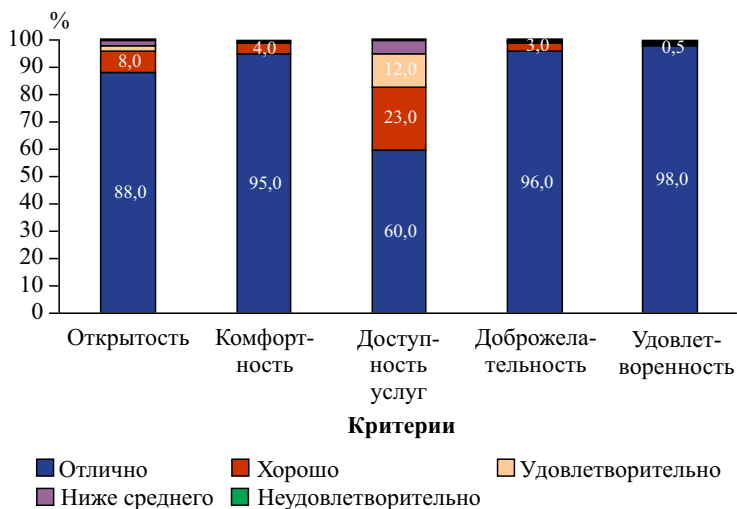


Рис. 2.6. Независимая оценка качества условий оказания услуг организациями социального обслуживания, включенными в реестр поставщиков социальных услуг, 2018–2020 гг., %

Источник: Результаты независимой оценки качества социального обслуживания (официальный сайт для размещения информации о государственных (муниципальных) учреждениях)²⁴.

²⁴ Официальный сайт для размещения информации о государственных (муниципальных) учреждениях. Результаты независимой оценки качества условий оказания услуг организациями социального обслуживания, включенными в реестр поставщиков социальных услуг. URL: <https://bus.gov.ru/> (дата обращения: 12.08.2021).

3. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ПРОГНОЗЫ РАСХОДОВ НА СДУ

3.1. Текущие расходы

По оценкам специалистов, средние государственные расходы на СДУ составили около 1,6% ВВП для стран — членов ЕС в 2013 г. и около 1,5% ВВП по странам ОЭСР в 2018 г. Средние частные расходы на долговременный уход в странах ОЭСР в 2018 г. достигали еще около 0,67% ВВП. Расходы на СДУ относительно невелики по сравнению с общими расходами на здравоохранение или государственное пенсионное обеспечение.

Так же, как и в случае с охватом населения услугами ДУ, наблюдается значительная вариация государственных расходов на СДУ по странам (табл. 3.1, рис. 3.1, 3.2). Если в Нидерландах на СДУ направляется, по разным оценкам, от 3,7 до 4,1% ВВП, то на Кипре и в

Таблица 3.1. Расходы на СДУ, % ВВП

Страна	2000 г.	2013 г.	Ожидаемые изменения в 2013–2060 гг.
Дания	1,9	2,5	2,0
Германия	1,3	1,5	1,5
Венгрия	0,14	0,8	0,4
Греция	—	0,5	0,4
Италия	—	1,8	0,9
Литва	—	1,4	0,9
Австрия	—	1,4	1,3
Польша	—	0,8	0,9
Португалия	0,09	0,5	0,4
Финляндия	1,7	2,2	2,1
Великобритания	—	1,2	0,4

Источники: для 2000 г. — [Greve, 2019, p. 502]; для 2013 г. и прогноза — [Greve, 2017, p. 2].

Словакии — всего 0,3%. Шесть государств — членов ЕС (Франция, Бельгия, Дания, Финляндия, Швеция, Нидерланды) тратят на эти цели от 2 до 4,1% ВВП; девять стран (Испания, Мальта, Великобритания, Литва, Германия, Австрия, Словения, Люксембург, Италия) — от 1 до 2% ВВП, а остальные страны — менее 1% ВВП [European Commission, 2016]. Эти расходы зачастую ниже в новых странах-членах, присоединившихся к ЕС после 2004 г. (медиа-на ЕС: 1,1% ВВП; медиана ЕС-2013: 0,7% ВВП; медиана ЕС-2015: 1,5% ВВП). Страны Северной и Западной Европы, напротив, характеризуются более высокими государственными расходами на СДУ.

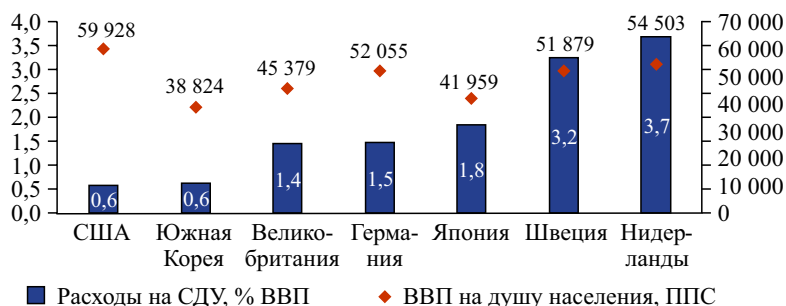


Рис. 3.1. Расходы на СДУ и ВВП на душу населения по ППС в отдельных развитых странах, 2017 г.

Источник: [OECD. Health at a Glance 2019, World Bank]²⁵.

Как и в случае с медицинским обслуживанием, расходы на услуги долговременного ухода определяются как демографическими, так и недемографическими факторами. Социально-демографический драйвер связан с количеством находящихся на иждивении людей в населении, которое, с одной стороны, зависит от динамики продолжительности жизни, продолжительности здоровой жизни и расходов на здравоохранение, а с другой — от условий входа и порядка предоставления услуг в СДУ (организация и фи-

²⁵ The World Bank. URL: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.CD>.

3. Современные тенденции и прогнозы расходов на СДУ

нансирование системы и соотношение государственных, частных и неформальных услуг) и от доступности человеческих ресурсов, будь то формальная или неформальная помощь. Демографические драйверы связаны с ростом доходов и изменением спроса на государственные услуги долговременного ухода. Экономический рост также играет роль, равно как развитие и использование новых технологий. Однако такие страны, как США и Нидерланды, имеют близкие значения ВВП на душу населения по ППС, в то время как расходы на СДУ в этих странах существенно различаются (см. рис. 3.1).

В структуре государственных расходов на СДУ большинства стран, за исключением Германии, основную долю составляют расходы на институциональный (стационарный) уход (см. рис. 3.2).

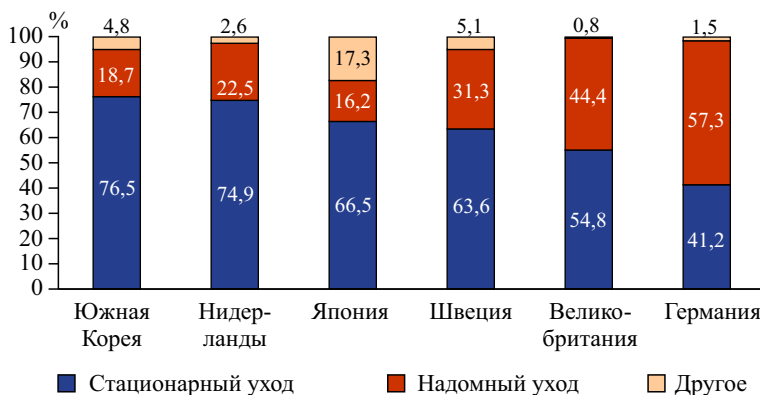


Рис. 3.2. Расходы на СДУ по форме предоставления ухода, 2017 г., %

Источник: [OECD. Health at a Glance 2019].

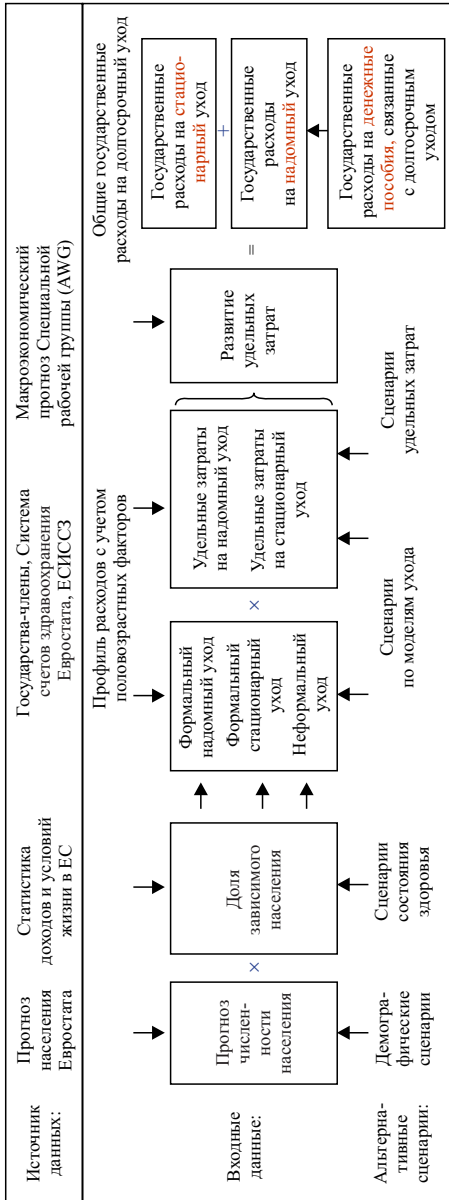
Следует отметить, что за прошедшие два десятилетия государственные расходы на СДУ выросли в большинстве стран и ожидается их дальнейший рост (см. табл. 3.1). В этом контексте не только расходы на пенсионное обеспечение и здравоохранение, но и государственные расходы на СДУ становятся важной статьей для долгосрочной устойчивости государственных финансов.

3.2. Методология и результаты прогнозного моделирования расходов на СДУ

В рамках бюджетного процесса страны — члены ЕС осуществляют оценку влияния процесса старения населения на финансовую систему. Регулярно выпускаются обзоры (The 2015 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060); The 2018 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016–2070), включающие в себя как долгосрочные прогнозы, так и корректировки прогнозов, обусловленные изменением национальных законодательств, пересмотром норм и условий предоставления ухода различным категориям граждан. **В основе алгоритма моделирования лежат долгосрочный демографический прогноз и оценки доли населения, нуждающегося в уходе.** Источники получения данных о лицах, нуждающихся в уходе, описаны в подразд. 1.1 настоящего доклада.

При моделировании **учитываются национальные особенности модели организации ухода** в стационарах, в форме надомного обслуживания и в форме денежных пособий для оплаты расходов на посторонний уход. Моделирование предоставляет возможность использовать прогнозные оценки изменения государственных расходов на СДУ в разрезе основных секторов и форм ухода. Схематичное изображение принятой в ЕС модели прогнозирования расходов на СДУ представлено на рис. 3.3.

ОЭСР использует близкую методологию прогнозирования расходов на уход, также опирающуюся на демографический прогноз и различные гипотезы об изменении потребности в уходе в разных половозрастных группах в зависимости от динамики здоровья. Помимо этого, в модель закладываются параметры СДУ, включая гипотезы о распределении получателей по формам ухода и его стоимости, определяемой стандартами (объемами) ухода, а также сценарии индексации стоимости услуг с учетом ожидаемых темпов роста заработной платы и/или инфляции. Результатом прогнозирования становятся оценки: количества граждан, нуждающихся в уходе; количества получателей социальных услуг по формам ухода; расходов и необходимых ресурсов. Следует отметить, что страны ОЭСР также моделируют расходы на уход вместе с другими видами возраст-зависимых расходов: на пенсионное



Примечание: Прогноз необходимо рассматривать в контексте общего проекта прогнозирования. Следовательно, общими элементами для всех прогнозов населения являются демографические прогнозы, представленные Евростатом на период с 2016 по 2070 год, и исходные предположения о рабочей силе и макроэкономических переменных, согласованные с Еврокомиссией (DG ECFIN) и Центром европейской политики (AWG). Профили государственных расходов на человека (на долговременный уход) с учетом половых возрастных факторов представлены государствами-членами, также использовались средние по ЕС данные. Они использованы в демографических прогнозах Евростата для расчета номинальных расходов на долговременный уход. Что касается денежных пособий, предполагается, что они возрастают в соответствии с ВВП на душу населения: фактическая стоимость их единицы редко доступна и, следовательно, не может быть использована для прогноза. Кроме того, ряд государств-членов не предоставили необходимое распределение получателей денежных средств по возрасту и полу.

Источники: Еврокомиссия, Центр европейской политики; [The 2018 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016–2070), 2018, p. 139].

Рис. 3.3. Модель прогнозирования расходов на СДУ

обеспечение, здравоохранение и образование, что обеспечивает единую систему оценок, позволяет учитывать взаимное влияние секторов.

Эксперты ОЭСР рассчитывают два сценария: (1) ценового давления, в котором стоимость труда в секторе СДУ будет расти вслед за ростом производительности труда в странах ОЭСР и примерно на половину роста производительности труда в странах, не входящих в ОЭСР; (2) сдерживания издержек, в котором предполагается, что рост затрат на труд в СДУ будет отставать от роста производительности труда в 2 раза в странах ОЭСР и в 4 раза в странах, не входящих в ОЭСР [De la Maisonnette, Oliveira Martins, 2015; De la Maisonnette, Oliveira Martins, 2013]. Стартовый период для прогноза охватывал 2006–2010 гг., что объясняет более низкий, чем наблюдаемый в 2013–2014 гг., начальный уровень расходов на СДУ — 0,8% ВВП.

По оценкам экспертов ЕС, в период с 2013 по 2060 г. практически во всех странах ЕС произойдет удвоение расходов на СДУ (см. табл. 3.1). При этом прогнозы ОЭСР в отношении расходов на СДУ в период с 2010 по 2060 г. показывают, что демографические изменения вряд ли будут наиболее важным фактором роста будущих государственных расходов на эти цели. Прогнозы включали все страны ОЭСР, а также Бразилию, Китай, Индию, Индонезию и Российскую Федерацию. Поскольку стоимость помощи одному человеку с ограничениями ADL или IADL должна быть более или менее одинаковой, независимо от возраста, чистый эффект возраста оказывает лишь умеренное влияние на расходы. Модель ОЭСР также предполагает «здоровое старение», т.е. улучшение здоровья по мере снижения смертности, что еще больше ослабляет связь возраста с рисками нуждаемости и спросом на услуги ДУ. Как и в случае прогнозов расходов на государственное здравоохранение, наибольшая доля прироста приходится на недемографические факторы.

Согласно сценарию ценового давления, государственные **расходы на СДУ в странах ОЭСР к 2060 г. вырастут на 1,4 проц. п., достигнув 2,1% ВВП**, а в странах, не входящих в ОЭСР, — на 1,3 проц. п., достигнув 1,4% ВВП [De la Maisonnette, Martins, 2015]. В некоторых странах ОЭСР, таких как Чили, Эстония, Корея, Мексика и Турция, прогнозируется более высокий рост (не

3. Современные тенденции и прогнозы расходов на СДУ

менее 2 проц. п.). Эти страны начинают с очень низкого уровня расходов на СДУ и находятся в процессе достижения более высоких уровней. И наоборот, по прогнозам, в Израиле, Люксембурге, Швеции, Великобритании и США ожидается меньший прирост расходов на СДУ по отношению к ВВП (менее 1 проц. п.). Демографические изменения объясняют 0,3 проц. п. прогнозируемого прироста в странах ОЭСР и 0,5 проц. п. прироста в странах, не входящих в ОЭСР. Различия в исходном уровне экономической активности женщин и действующая политика в сфере СДУ также объясняют различия по странам.

В сценарии сдерживания издержек ожидается, что к 2060 г. произойдет удвоение расходов на СДУ в странах ОЭСР (прирост составит 0,8 проц. п.); это соответствует также и другому прогнозу по странам ЕС [Greve, 2017]. В странах, не входящих в ОЭСР, также прогнозируется прирост в 0,8 проц. п. — до 0,9% ВВП в 2060 г. [De la Maisonnette, Martins, 2015].

Анализ результатов прогнозирования расходов на СДУ для стран ОЭСР дает важные уроки для стран, не входящих в ОЭСР, где сектор долговременного ухода остается серой зоной, в значительной степени не поддающейся количественной оценке. **Во-первых, снижение уровней тяжелой инвалидности в сочетании со сценарием здорового старения может привести к лучшему сдерживанию затрат на услуги ДУ**, поскольку пожилые люди дольше остаются дома и нуждаются в менее дорогостоящем уходе. **Во-вторых, существует определенная степень зависимости от того, как развиваются системы долговременного ухода, что может способствовать увеличению затрат в будущем или сдерживать их. Удовлетворение потребностей в услугах ДУ с помощью инвестиций в институциональный (стационарный) уход, а не в более целостные системы, основанные на трех формах ухода (на дому, в местных сообществах и в учреждениях), может заблокировать страны в системе с высокими затратами, которую будет трудно реструктурировать или сжать в дальнейшем.**

4. МОДЕЛИ ФИНАНСИРОВАНИЯ СДУ

Адекватная система финансирования СДУ является предпосылкой для преобразования потребности в уходе и услугах в платежеспособный спрос. Структура модели финансирования состоит из трех основных элементов: (1) источник финансирования; (2) правила, определяющие приемлемые целевые группы и формы предоставляемых услуг по уходу; (3) система оплаты за предоставление услуг, которая связана с системой доставки (табл. 4.1).

Таблица 4.1. Элементы для разработки модели финансирования ухода за престарелыми

Источник финансирования	<ul style="list-style-type: none">• Налоговое финансирование (страны Северной Европы)• Обязательное социальное страхование долговременного ухода (Германия, Нидерланды, Люксембург, Япония и Корея)• Соплатежи клиентов (общее требование во многих странах, которое может варьироваться в зависимости от типа ухода)
Целевая группа, имеющая право на услуги ДУ	<ul style="list-style-type: none">• Универсальный охват• Адресные системы, основанные на проверке нуждаемости для установления верхнего порога доходов или активов, дающего право на получение финансируемого государством ухода• Группы ухода согласно критериям оценки нуждаемости
Формы ухода	<ul style="list-style-type: none">• Надомный• Общественная забота (центры дневного пребывания)• Институциональный (учреждения)
Оплата предоставленных услуг	<ul style="list-style-type: none">• Клиентам: наличные платежи или предоставление услуг, ваучеры• Поставщикам услуг: оплата времени, услуг или результатов

Источник: таблица составлена авторами на основе [Colombo et al, 2011].

4.1. Вход в СДУ: методики и процедуры измерения потребности и оценки нуждаемости в уходе, условия предоставления услуг

4.1.1. Международный опыт

Не существует единого и признанного на международном уровне определения того, что составляет потребность в долговременном уходе [European Commission, 2021]. Во многих развитых странах нуждаемость в посторонней помощи и уходе определяется на основе упомянутых выше шкал ADL и IADL или более сложных методик (например, используемой в целом ряде стран *interRAI*), позволяющих учесть большее число параметров, которые могут повлиять на объем услуг, необходимых получателю. Выбор той или иной шкалы должен определяться задачами СДУ в конкретной стране, ее фокусом на определенные категории нуждающихся в уходе лиц, возможностями по финансированию.

Шкалы, основанные на международной методике комплексной оценки индивида *interRAI*, содержат широкий круг медицинских и социальных ключевых индикаторов, которые используются и здравоохранением, и системами ухода, а также расширенный дополнительный набор показателей для каждой из двух сфер. Методика содержит обычно около 20 доменов (категорий), внутри которых сгруппированы вопросы, позволяющие описать выявляемую проблему с разных сторон. Общее число индикаторов может превышать 300. Категории индикаторов включают: состояние здоровья; физический функционал; недержание; оценку слуха и зрения; информацию о диагностированных заболеваниях; оценку когнитивных способностей, настроения и поведения, коммуникативных способностей, психосоциального благополучия; оценку способностей к самообслуживанию, передвижению; информацию о качестве питания, назначенном лечении, лекарственных препаратах и процедурах; информацию о поступлении или выписке из учреждения здравоохранения для координации медицинских и социальных услуг и др. Каждый инструмент методики содержит подробные пояснения, примеры и рекомендации по оценке [Carpenter, Hirdes, 2013, p. 100]. Запрос на данные такого рода

возникает в интегрированных системах оказания медицинских и социальных услуг, в которых предоставление помощи выстроено «вокруг» потребителя, предполагает учет его разнообразных потребностей, требует беспрепятственного передвижения клиента в системе, от подразделения к подразделению, и снижения затрат времени на получение помощи. Разработанная в США в 1986 г., методика interRAI с 1992 г. существует в виде крупного некоммерческого объединения клиницистов, исследователей и управленцев в сфере здравоохранения из около 30 стран мира, работающих над проблемами качества услуг по реабилитации и долговременному уходу. Методика interRAI успешно используется в США, Канаде, Исландии, Финляндии и некоторых других странах Европы и Америки.

Процедура **комплексной гериатрической оценки**, в отличие от перечисленных выше шкал, не всегда использует количественные оценки, но предполагает измерение более широкого круга функциональных возможностей индивида, имеющих проблем со здоровьем, когнитивных способностей и ментального (психологического) здоровья, социальных условий и состояния инфраструктуры, в которой проживает потенциальный получатель услуг ДУ [Elsawy, Higgins, 2011]. В процедуру такой оценки могут быть включены и показатели, учитывающие физиологическое состояние человека (например, измерение силы, проверка слуха или зрения, деменции и др.) или условия жизни (оценка безопасности жилья, качества питания и т.п.) [The Assessment of Frailty in Older Adults, 2010; Poltawski et al., 2011]. Комплексная гериатрическая оценка позволяет достаточно подробно обследовать индивида и выявить все аспекты его здоровья и жизни, которые могут определять потребность в постороннем уходе. Однако данный подход не всегда может быть реализован в СДУ. По сравнению со шкалами, в которых оценку состояния индивида можно провести оперативно, комплексная гериатрическая оценка требует значительных затрат, обязательного привлечения к оцениванию врачей-гериатров, что делает ее менее удобной при выявлении нуждающихся в уходе в больших группах населения. Также данную процедуру трудно формализовать и гарантировать, что индивиды с одинаковым состоянием здоровья, прошедшие оценку у разных гериатров, получат одинаковое заключение о нуждаемости в уходе.

Можно выделить следующие **общие тенденции в подходах к измерению нуждаемости в уходе**:

- **постепенное усложнение методик и расширение спектра проблем и состояний, выступающих основанием для получения долговременного ухода: от исключительно физических ограничений (способности передвигаться и удовлетворять базовые потребности) до когнитивных и ментальных нарушений**, что соответствует потребностям лиц старшего возраста, составляющих все большую долю клиентов СДУ;

- **переход к национальным методикам, замещающим региональные и локальные методики**, с целью обеспечить равные шансы на получение ухода жителям разных районов страны;

- **постепенная стандартизация методик оценивания нуждаемости в долговременном уходе — для обеспечения равенства в доступе к услугам по уходу для граждан и упрощения применения методик** (стандартизированный инструмент может применять специалист без медицинского образования и специальной подготовки, в то время как отсутствие стандартов требует привлечения к оцениванию медицинских работников, что ведет к росту издержек системы);

- **расширение сферы применения шкал: по профилям специалистов, вовлеченным системам** (социального обслуживания и здравоохранения) и **оцениваемому контингенту** (снимаются возрастные ограничения);

- **формирование универсальных методик для различных звеньев системы ухода** (медицинского и немедицинского) и **для разных задач** (проверки нуждаемости в обслуживании и оценки результатов ухода) — в целях обеспечения интеграции системы.

В социальной сфере существует три способа ограничений в предоставлении социальной поддержки: (1) по составу услуг (государство покрывает стоимость не всех услуг); (2) по стоимости услуг (государство покрывает не всю стоимость услуг или оказание услуг не в полном объеме, необходимом клиенту, а лишь их часть); (3) по составу получателей (поддержку государства получают не все потребители услуг). Обзор СДУ стран ОЭСР показывает, что **в экономически развитых странах наиболее часто используется ограничение в поддержке одновременно по стоимости услуг и по составу получателей** [Muir, 2017].

Все страны регулируют доступ к услугам по уходу в зависимости от оценки функционального статуса (физических и умственных ограничений), зачастую — семейного статуса (поддержка может оказываться одиноко проживающим гражданам), возраста, а в системах с финансовым порогом — от определенного уровня доходов/активов, до достижения которых граждане имеют право на государственную поддержку или софинансирование.

Во многих государствах — членах ЕС уровень поддержки определяется путем сопоставления результатов оценки дефицитов в самообслуживании с заранее определенными пороговыми значениями (группами нуждаемости). Услуги по долговременному уходу обычно предоставляются только выше определенного минимального порога потребностей в уходе. Количество групп нуждаемости сильно различается в разных государствах — членах ЕС: некоторые из них имеют три группы уровней (Испания, Литва, Мальта), а другие — шесть (Франция), семь (Австрия) или даже пятнадцать (Люксембург). В Германии система социального страхования изначально оперировала тремя уровнями нуждаемости, а впоследствии перешла к пяти уровням. Даже в пределах одного государства к жителям разных регионов или муниципалитетов могут применяться различные критерии и пороговые значения нуждаемости в зависимости от уровня, ответственного за выработку регулирования СДУ (национальный, региональный, местный) [European Commission, 2021].

Круг лиц, допущенных к принятию решений о том, нуждается ли человек в уходе, также различается в разных странах: в большинстве стран это работники социальных служб, но в ряде стран, например в Бельгии и Франции, в процедуре оценки участвуют и лечащие врачи [Colombo et al., 2011, p. 231]. В Нидерландах нуждаемость в уходе на дому оценивается независимой организацией CIZ [Genet et al., 2012, p. 5].

Частота пересмотра соответствия индивида установленным требованиям для получения государственных услуг в сфере СДУ и определения набора этих услуг также различается по странам. Так, в Швеции обслуживание назначается на несколько месяцев и осуществляется регулярный мониторинг состояния индивида. В Великобритании достаточность ухода оценивается каждые 6 недель, планы обслуживания пересматриваются каждые 6 месяцев.

В Финляндии переоценка потребностей в уходе происходит также каждые 6 месяцев [Genet et al., 2012].

В **Австрии** решение о присуждении категории нуждаемости в ДУ принимается Фондом социального страхования на основе отчета врача или дипломированной медицинской сестры. Последние осуществляют визит к потенциальному получателю услуг на дом и оценивают состояние потенциального клиента на основе имеющихся критериев. Присвоение категории осуществляется в течение 60 дней [European Union, 2018].

В **Германии** нет порогового возраста, при котором человек может претендовать на помощь в долговременном уходе, а процедура выявления дефицитов проводится независимым Медицинским наблюдательным советом фонда обязательного медицинского страхования (MDK). Оценка производится специально обученными медицинскими сестрами в месте проживания заявителя, они оценивают степень зависимости²⁶ человека по 6 блокам вопросов, тестирующим степень выраженности дефицитов по шкалам ADL и IADL. Список видов деятельности включает: способность умываться, принимать душ, ванну, чистить зубы, расчесываться, бриться, пользоваться туалетом; принимать пищу, напитки; ложиться спать, вставать, одеваться/раздеваться, стоять, гулять, подниматься по ступенькам, покидать и возвращаться в квартиру; совершать покупки, готовить еду, прибираться, мыть посуду, менять грязную одежду и стирать ее, пользоваться отоплением. Категория нуждаемости (5 категорий) определяется после процедуры подсчета и взвешивания данных, полученных при оценивании. Границы категорий нуждаемости были определены группой экспертов [Gabanu]. Право на получение помощи предоставляется людям, испытывающим ограничения как минимум в двух видах деятельности на протяжении по крайней мере 6 месяцев. В 2015–2017 гг. произошло изменение системы оценивания для того, чтобы в большей степени учитывать дефициты, проистекающие из когнитивных нарушений, способность заботиться о себе, коммуницировать с окружающими. Это привело к увеличению числа участников СДУ с 2,75 млн человек в 2016 г. до 3,8 млн в 2018 г. [Geyer, 2020].

²⁶ Независим, почти независим, почти зависим, зависим.

В **Италии** для оценки нуждаемости в постороннем уходе используется шкала Катца. При этом достаточно одного ограничения в повседневной жизни.

Процедура выявления дефицитов в **Японии** реализуется с использованием компьютерной системы оценки, внедренной Министерством здравоохранения, труда и социального обеспечения [Tsutsui, Muramatsu, 2005]. На первом этапе социальный работник заполняет стандартизированный опросник, содержащий вопросы по 7 измерениям физического и психологического состояния человека²⁷ и потребления медицинских процедур²⁸, который затем анализируется компьютерной программой, определяющей категорию ухода (7 категорий) на основе регрессионного анализа. Обследованию подлежат лица в возрасте 65 лет и старше. Для расчета требуемого времени ухода выделено 8 основных направлений, по которым потенциально может оказываться помощь²⁹. Теоретическое время, требуемое для ухода, оценивается для каждого из 8 направлений на основе дерева решений и суммируется по ним. Если заявитель получает какое-либо лечение (выделено 12 категорий), время, требуемое для его оказания, суммируется и добавляется к уже рассчитанному показателю. Рассчитанное время является критерием для определения категории ухода заявителя. Для каждой категории ухода существует предельная величина расходов, покрываемых за счет страховой системы. На втором этапе медицинские работники проверяют распределение людей по категориям нуждаемости, принимая во внимание комментарии лечащего врача и примечания, сделанные при заполнении анкеты. Решение доводится до сведения заявителя в течение 30 дней после обращения [Matsuda et al., 2011]. Методика была разработана таким об-

²⁷ Параличи и нарушение подвижности суставов; передвижение и равновесие; сложное движение; состояния, требующие специальной помощи; состояния, требующие помощи при совершении повседневной деятельности / инструментальной активности; коммуникация и когнитивные способности; проблемы поведения — всего 73 вопроса.

²⁸ Использование медицинских процедур в предыдущие 14 дней (12 вопросов).

²⁹ Питание, туалет, возможность передвижения, личная гигиена, косвенная помощь, уход при наличии поведенческих и психологических симптомов деменции, функциональный уход, оказание медицинских услуг.

разом, чтобы обеспечить равные шансы получения услуг по уходу с государственной поддержкой жителям различных территорий, имеющим сопоставимое состояние здоровья. Эта методика подлежит пересмотру каждые 5 лет.

Категории ухода в **Южной Корее** также определяются на основе заполнения контрольного списка вопросов сотрудниками Национальной службы медицинского страхования (ННИС) при посещении места жительства заявителя. Перечень вопросов покрывает 5 сфер жизни, с которыми у заявителя могут возникнуть проблемы³⁰. Сотрудник ставит баллы по вопросам из перечня, которые впоследствии суммируются и нормируются в 100-балльную шкалу. В зависимости от набранных баллов определяется категория ухода заявителя, при наличии менее 45 баллов кандидаты не признаются нуждающимися в уходе. Окончательное решение принимается квалификационной комиссией, состоящей из 15 членов: 8 назначаются ННИС, 7 — главой местного правительства. В состав комиссии также обязательно должны входить по крайней мере один врач и один представитель традиционной китайской медицины. В дополнение к результатам наблюдений сотрудника ННИС, квалификационной комиссии должно быть предоставлено медицинское заключение врача [Choi, 2014].

Оценка дефицитов в **Нидерландах** осуществляется независимой организацией CIZ — Центр оценки потребности в уходе. В Нидерландах нет категорий ухода, потребность в уходе и объем предоставляемой помощи для каждого заявителя определяются индивидуально в соответствии с разработанными подробными инструкциями. На первом этапе CIZ оценивает состояние заявителя — не только состояние здоровья, но и доступность неформального ухода, а также использование текущих средств для проживания, благосостояния, ухода, занятости и образования. На втором этапе CIZ анализирует наилучшие способы решения проблем заявителя. Проверяется возможность решения проблем: в первую очередь — предоставлением лечения, смягчающим выявленные ограничения, улучшени-

³⁰ Физические функции (одевание, раздевание, туалет); когнитивные функции (осведомленность о текущей дате, месте, возрасте); поведенческие проблемы (паранойя, депрессия, галлюцинации); потребности в уходе (пролежни, диализные потребности) и реабилитации.

ем среды проживания заявителя или использованием специальных медицинских приборов; во вторую очередь — за счет помощи, определяемой как предшествующая уходу, предоставляемому по AWBZ, и добровольного родственного ухода. Если такой помощи недостаточно, CIZ определяет, какой тип ухода требуется заявителю — домашний или стационарный. Результатом процедуры оценивания является официальное решение о предоставлении права на получение ухода по AWBZ [Mot, 2010].

Во **Франции** определение потребностей в уходе производится командой медицинских и иных специалистов различного профиля, оценивающих потребности и зависимости человека в ходе визита одного из представителей команды к нему домой. При обследовании выявляются физические и умственные возможности человека (10 позиций), а также возможности самообслуживания и социальных активностей (7 позиций)³¹. Каждая физическая или ментальная способность из этого списка оценивается по тому, насколько самостоятельно, полностью и корректно человек может ее осуществить. Ответы группируются в шкалу AGGIR, разработанную на основе шкал Бартела и Лоутона и позволяющую оценить степень утраты автономности и классифицировать людей по уровням поддержки в зависимости от состояния здоровья человека и степени утраты им самостоятельности в повседневной жизни. Зафиксированные отклонения и ограничения жизнедеятельности являются основанием для определения одной из шести групп, соответствующих уровню зависимости человека и необходимости оказания ему помощи и предполагающих различное время на минимальный размер помощи в день. Лица, имеющие 1-й или 2-й уровень зависимости, являются крайне зависимыми; 3-й или 4-й уровень — зависимыми; 5-й или 6-й уровень — автономными. Индивидуальное пособие (APA) назначается людям, определяемым как зависимые и крайне зависимые, при условии достиже-

³¹ Способность ориентироваться в пространстве и во времени; двигаться (вставать, ложиться, садиться, менять положение тела), совершать туалет, передвигаться по жилищу, одеваться и раздеваться, готовить и принимать пищу, принимать лекарства, передвигаться вне жилища; общаться, действовать и вести себя в рамках общепринятых норм, управлять финансами, использовать средства дистанционной связи (передать сигнал тревоги при необходимости), пользоваться транспортом.

ния ими возраста 60 лет. Людям, признанным автономными, может быть назначено пособие для оплаты помощника по хозяйству. Назначение пособия определяется исключительно выявленным уровнем зависимости человека и его возрастом, но размер государственного социального пособия зависит также от уровня доходов. Переоценка принадлежности человека к определенной группе осуществляется один раз в год, но может проводиться и чаще, в зависимости от состояния здоровья клиента.

Решение о нуждаемости в уходе в **США** определяется медицинским специалистом на основе необходимости оказания помощи при осуществлении повседневных активностей (купание, переодевание, использование туалета, подъем с кровати, недержание, принятие пищи) и специализированного ухода (сиделка, терапия и пр.)³². Критерии варьируются между штатами.

Доступ к СДУ в **Швеции** основан на оценке нуждаемости заявителей в уходе, но нет единых национальных критериев определения нуждаемости, уровней обслуживания, перечня предоставляемых услуг, размеров денежных пособий. Все они определяются на местном уровне [European Commission, 2018a].

В **Великобритании**, как и в Швеции, исторически не было единых национальных критериев, определявших потребность в услугах ДУ. Тем не менее, чтобы обеспечить равные условия доступа к СДУ для жителей из различных регионов страны, в 2002 г. Департамент здравоохранения Великобритании утвердил национальный подход к оцениванию нуждаемости «Справедливый доступ к услугам» [Future costs of dementia-related..., 2011]. Четыре уровня нуждаемости³³ выделяются на основании сформированных критериев — ряда условий, описывающих состояние человека, потенциально подходящего для одной из групп [Ibid.]. При входе в СДУ в Великобритании оцениваются доходы и имущество потенциальных получателей услуг. При возникновении потребности в услугах ДУ необходимо обратиться в местный орган власти, который проведет оценку потребности в уходе. После этого местный ор-

³² URL: <https://longtermcare.acl.gov/medicare-medicaid-more/medicaid/medicaid-eligibility/functional-requirements.html>.

³³ Человек находится в критическом состоянии, имеет значительные, умеренные или слабые ограничения.

ган власти проводит тест на доходы [MoneyHelper], включающий оценку имеющихся сбережений и недвижимости. Если сумма имеющихся средств превышает установленный верхний лимит, услуги ухода оплачиваются клиентом полностью самостоятельно. Если сумма средств ниже установленного нижнего лимита, для клиента услуги будут оказываться бесплатно. При промежуточном уровне средств осуществляется софинансирование услуг местными органами власти и населением в равных долях. По состоянию на 2018 г. верхний лимит дохода составлял £23 250, нижний лимит — £14 240 [European Commission, 2018b]. Тест на материальное положение (доходы и имущество) имеет свои особенности для различных видов ухода — надомного и институционального. В случае нуждаемости человека в институциональном уходе, при проведении теста на материальное положение учитывается стоимость жилого помещения, в котором проживает нуждающийся в уходе [AgeUK, 2021]. Также при проживании потенциального получателя услуг институционального ухода с супругом/супругой и наличии совместного счета, в этом тесте будут учитываться активы обоих супругов. Жилое помещение не будет включено в активы, если в нем постоянно проживают супруг/супруга обращающегося за помощью, близкий родственник старше 60 лет / моложе 16 лет или недееспособный.

В **Китае** пока нет единого подхода к определению нуждаемости в услугах ДУ. В основном большинство провинций используют разновидности шкалы ADL и шкалу Бартела, однако, например, в городах Чэнду и Шанхай, где реализуются пилотные проекты по внедрению социального страхования СДУ, разработаны собственные комплексные методики оценивания [Du, Dong, Ji, 2021]. Кроме того, в указанных пилотных проектах оценивание нуждаемости в уходе зачастую дополняют другими критериями, например требованием по продолжительности уплаты страховых взносов [Ibid.].

4.1.2. Российское регулирование федерального и регионального уровня

Федеральные нормы

В **России** на федеральном уровне установлены условия признания гражданина нуждающимся в социальном обслуживании, а также предложены общие рекомендации по организации СДУ,

однако основная инициатива по разработке соответствующего нормативно-правового регулирования возложена на субъекты РФ (региональный уровень). **В целом процедура оценки нуждаемости, тестируемая в рамках пилотного проекта по созданию СДУ, больше соответствует международным стандартам социального обслуживания и долговременного ухода, чем процедура, закрепленная в Федеральном законе от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ на территории всей страны.**

Появившееся в Федеральном законе «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»³⁴ понятие «нуждаемость» заменило понятие «трудная жизненная ситуация» из утратившего силу закона о социальном обслуживании³⁵. Согласно Федеральному закону № 442-ФЗ, нуждающимися в социальном обслуживании признаются индивиды при наличии ряда обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия их жизнедеятельности, в том числе связанные с такими основаниями для ухода, как полная или частичная утрата возможности к самообслуживанию (в связи с травмой, заболеванием, инвалидностью или пожилым возрастом), наличие в семье лиц, нуждающихся в постоянном уходе, или невозможность семьи обеспечить такой уход³⁶. Необходимо отметить, что по своему содержанию понятия «трудная жизненная ситуация» и «нуждаемость в социальном обслуживании» очень похожи — они включают в себя практически совпадающий набор обстоятельств, которые являются основанием для предоставления социального обслуживания. Таким образом, само по себе принятие Федерального закона № 442-ФЗ хотя и ввело в использование новое понятие, соответствующее мировой практике, но не гарантировало, что определение нуждающихся в социальном обслуживании и уходе будет осуществляться по принципам мировых СДУ: с применением многомерной и формализованной методики для измерения дефицита в самообслуживании.

³⁴ Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

³⁵ Федеральный закон от 15 ноября 1995 г. № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» // Консультант-Плюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8574/.

³⁶ Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

Рекомендации Минтруда России³⁷ по определению индивидуальной потребности в социальных услугах также не вносят ясности в процедуру, подтверждающую возможность получения социального обслуживания. Фактически оценка нуждаемости в социальном обслуживании проводится «на основании заключения медицинской организации» (п. 4), форма которого и отдельные показатели здоровья и функционального статуса, подлежащие оценке, на федеральном уровне не закреплены.

Пилотный проект по созданию СДУ вводит понятие «типизация» и **представляет процедуру оценки нуждаемости в уходе как *всестороннюю* оценку состояния здоровья и уровня автономии индивида.** Согласно утвержденной Типовой модели СДУ³⁸, типизация — это процедура, в ходе которой осуществляется «определение индивидуальной потребности гражданина в постороннем уходе, структуры и степени ограничений его жизнедеятельности, состояния здоровья, особенностей поведения, предпочтений, реабилитационного потенциала и иных имеющихся ресурсов» (п. 21). Такой подход к оценке нуждаемости предполагает **более формализованную и более прозрачную процедуру оценки**, которая уравнивает шансы на получение помощи для заявителей, обследованных разными комиссиями и в разных регионах. Согласно Федеральному закону № 442-ФЗ, процедура оценки нуждаемости и формы актов для ее проведения (для оценки дефицита в самообслуживании и бытовых условий) утверждаются каждым субъектом РФ самостоятельно, что допускает различие конечных методик оценивания и, фактически, наличие ситуаций, в которых один и тот же индивид может пройти процедуру оценки нуждаемости с разным результатом в разных регионах. Типовая модель СДУ для субъектов РФ также допускает вариации в региональных процедурах оценивания и их результатах, однако предполагает наличие некоторых «примерных

³⁷ Приказ Минтруда России от 30 июля 2014 г. № 500н «Об утверждении рекомендаций по определению индивидуальной потребности в социальных услугах получателей социальных услуг». URL: <https://mintrud.gov.ru/docs/mintrud/orders/297>.

³⁸ Типовая модель системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе, утв. приказом Минтруда России от 29 сентября 2020 г. № 667 // КонсультантПлюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_366039/.

правил» (п. 22), утверждаемых федеральным центром. Они включают в себя анкеты (шкалу для проведения типизации) и инструкции по их заполнению. Это отчасти должно обеспечить оценивание населения разных регионов по единым правилам.

Методика типизации представляет собой модификацию шкал Бартела и Лоутона с исключением некоторых измерений (возможности пользоваться телефоном, распоряжаться личными финансами), сворачиванием нескольких индикаторов в один (по оценке мобильности внутри помещения, использованию туалета) и добавлением показателей (о возможности передвигаться вне дома, падениях за последние три месяца). Результатом применения методики является отнесение человека к одной из шести групп: к одной группе с нулевой нуждаемостью или к одной из пяти групп ухода³⁹. Типовая модель СДУ определяет три стандартные для всех регионов группы ухода (уровня нуждаемости) с интервалом значений часов ухода для каждой. По информации с сайта Ассоциации профессиональных участников системы долговременного ухода⁴⁰, 1–3-й уровни ухода соответствуют, по классификации отдельных субъектов РФ, 3–5-й группам ухода. Определение объема услуг на основе групп ухода является мировой практикой и обеспечивает равные гарантии для заявителей с похожим состоянием здоровья в различных регионах и у различных оценивающих комиссий. Но такое **небольшое число групп, которое планируется использовать в России, и достаточно широкие рамки групп (по числу часов ухода) позволяют рассматривать эти уровни (по частоте прихода специалиста по уходу «несколько раз в неделю», «ежедневно», «от нескольких до 24 часов ежедневно») скорее как рекомендуемую форму ухода, чем как оценку величины гарантий по составу услуг.**

Если действующий на территории всей страны Федеральный закон № 442-ФЗ не раскрывает содержание медицинского заключения, состав дефицитов, которые оценивает врач в заключении

³⁹ Типовая методика в приказе министерства труда и социальной защиты населения Рязанской области от 4 сентября 2018 г. № 240 «О реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами» // Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов. URL: <https://docs.cntd.ru/document/550253638>.

⁴⁰ Ассоциация профессиональных участников системы долговременного ухода. СДУ в России. URL: https://lfc-rus.org/sdu_russia.

для комиссии, определяющей нуждаемость в социальном обслуживании, то нормы пилотного проекта позволяют оценивать **расширенный набор дефицитов во время типизации, включая когнитивные способности заявителя и наличие у него поведенческих проблем.** Это указывает на то, что оценка нуждаемости в уходе в пилотных проектах должна проводиться с использованием шкал последних поколений, учитывающих разнообразные проблемы со здоровьем пожилых людей, которые могут приводить к их нуждаемости в постороннем уходе.

И в Федеральном законе № 442-ФЗ, и в Типовой модели СДУ **прямые указания на необходимость учета неформального ухода при оценке нуждаемости индивида в социальных услугах отсутствуют.** Но в то же время российские методики оценки нуждаемости нельзя охарактеризовать как игнорирующие этот фактор — «care blind». Оценка дефицитов в самообслуживании происходит в контексте среды, в которой проживает человек, а процедура оценки нуждаемости включает в себя анализ специалистами не только социально-бытовых условий заявителя, но и характеристик его социальных контактов (по крайней мере, наличия близких родственников). **Этот компонент процедуры недостаточно формализован,** даже если обратиться к формам актов подобной оценки, утвержденным регионами. Из нормативных правовых актов (НПА), однако, не вполне понятно, насколько сильно характеристики окружения могут влиять на конечное решение оценивающих органов о нуждаемости заявителя.

Согласно Федеральному закону № 442-ФЗ, отправной точкой для оценки нуждаемости в социальном обслуживании является официальное заявление гражданина, который рассчитывает на помощь, или каких-либо лиц, или организаций, представляющих его интересы. **СДУ же предполагает активное выявление нуждающихся — за счет обмена информацией с системой здравоохранения, правоохранительными органами и иными ведомствами, в поле зрения которых могут попасть потенциальные клиенты СДУ.**

Предоставление услуг по Федеральному закону № 442-ФЗ и в соответствии с Типовой моделью СДУ происходит по адресному принципу — доходы получателя влияют на объем гарантий ухода, которые могут быть получены гражданином. Согласно Федеральному закону № 442-ФЗ, на бесплатное социальное обслуживание

во всех регионах могут претендовать только представители двух категорий заявителей: несовершеннолетние дети и лица, пострадавшие в результате чрезвычайных ситуаций, вооруженных межнациональных (межэтнических) конфликтов (ст. 31). Прочие заявители получают право на бесплатное социальное обслуживание при низких доходах — правила расчета душевых доходов заявителя определяются на федеральном уровне⁴¹, а пороговые границы для доходов, которые могут быть признаны низкими, субъекты РФ устанавливают самостоятельно. Для лиц, получающих социальные услуги за плату, ее размер также нормируется по доходам получателя. Величина платы за надомное и полустационарное обслуживание не может превышать 50% разницы между величиной среднедушевого дохода и установленной в субъекте РФ предельной величиной среднедушевого дохода; величина платы за стационарное обслуживание — 75% разницы (ст. 32).

Пилотным проектом СДУ предусмотрено введение дополнительных гарантий для населения по бесплатным услугам. Для каждого из трех уровней ухода определяется социальный пакет ДУ — число часов ухода, которое нуждающийся гражданин может получить бесплатно: от 7 до 14 часов для 1-го уровня нуждаемости, от 14 до 21 часа для 2-го уровня, от 21 до 28 часов для 3-го уровня. Оплата необходимых часов ухода за рамками социального пакета производится по правилам, обозначенным в ст. 31 и 32 Федерального закона № 442-ФЗ и описанным выше. При сопоставлении для каждого уровня нуждаемости нормативного числа часов ухода и числа часов в социальном пакете можно заметить, что финансовое бремя часов ухода, которые необходимо оплатить, у самых тяжелых клиентов выше. Это несколько отличается от мировой практики — страны Европы предоставляют группам ухода с высоким уровнем нуждаемости дополнительную финансовую поддержку.

Региональные нормы

Федеральные НПА в сфере социального обслуживания и длительного ухода определяют лишь общие организационные рамки

⁴¹ Постановление Правительства РФ от 18 октября 2014 г. № 1075 «Об утверждении Правил определения среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно». URL: <https://mintrud.gov.ru/docs/government/150>.

предоставления социальных услуг населению. Конечные условия, включая методику оценки нуждаемости по состоянию здоровья, уровень доходов, достаточно низкий для получения бесплатных услуг, иные льготы по предоставлению услуг, а также возможность активно выявляющихся нуждающихся граждан медицинскими организациями и органами государственной власти определяют субъекты РФ.

Необходимо отметить, что регионам (по крайней мере, пока, на этапе реализации пилотного проекта) не всегда удается выдержать все требования процедуры оценки нуждаемости, предложенной федеральным центром. Первые результаты типизации в пилотных регионах выявили необъяснимый разброс в уровне нуждаемости на отдельных территориях. По-видимому, это стало следствием недостаточной проработанности инструкций по проведению типизации, вольной их интерпретации и субъективности полученных оценок.

Кроме того, пилотные регионы используют группы ухода при формировании индивидуальной программы социального обслуживания. Региональные НПА закрепляют соответствие между видами услуг и группами нуждающихся, которым эти услуги могут быть оказаны. Но стоит отметить, что это соответствие каждый регион определяет для себя по-своему. Например, помощь в приготовлении пищи (услуга под номером 1.2 в региональных стандартах обслуживания) в Тульской области рекомендована 1–4-й группам нуждаемости в одинаковом объеме (до 30 минут), а в Воронежской области — 3–5-й группам, в том числе не более 60 минут для представителей 3-й группы и до 90 минут 4–5-й группам. **Региональные НПА, принятые в рамках пилотного проекта, показывают, что абсолютное равенство жителей различных субъектов РФ в получении социального обслуживания в создаваемой СДУ обеспечить едва ли получится.** Федеральные органы контролируют идентичность методик, по которым должны определяться группы ухода, но не состав услуг для различных групп, рекомендуемый по итогам оценивания.

При принятии решения о нуждаемости индивида в уходе или социальном обслуживании, помимо дефицитов в самообслуживании и состояния здоровья, оцениваются условия его жизни: наличие ресурсов в виде инфраструктуры, социальных контактов, психологических особенностей, которые могут повысить или понизить уровень его нуждаемости в социальном обслуживании.

Стандартный перечень оцениваемых условий, который субъекты РФ включают в формы актов оценки нуждаемости и условий жизнедеятельности, содержит:

- личные характеристики заявителя: уровень образования, место работы;
- жилищные условия: тип жилья, площадь, число комнат, имеющиеся удобства;
- наличие родственников и возможность получить помощь от них;
- наличие внутрисемейных конфликтов, вредных привычек у заявителей или членов их семьи.

Кроме того, отдельные регионы:

- фиксируют, нуждается ли заявитель в технических средствах реабилитации;
- оценивают близость объектов социальной инфраструктуры: остановок общественного транспорта, аптек, магазинов, почты, медицинских организаций.

Также **некоторые регионы оценивают наличие у заявителя проблем, которые актуальны именно на их территории: состояние жилищного фонда, наличие у заявителя одежды по сезону, расстояние до ближайшего источника воды, риски актов насилия по отношению к заявителю.** Отдельные регионы, напротив, фиксируют наличие у индивидов различных ресурсов, которые могут снижать их нуждаемость в уходе — например, участие в профилактических мероприятиях (занимаются ли гимнастикой, проходят ли лечение в дневном стационаре или оздоровление в санатории), а также наличие личностных качеств, повышающих устойчивость (контактность, склонность к оптимизму) или снижающих ее (тревожность, агрессивность). Распоряжением властей субъекта РФ устанавливается и предельная величина доходов, определяющая право на бесплатное получение социального обслуживания. Сейчас используется граница в 1,5 региональных прожиточных минимума. Регионами устанавливаются категории граждан, которые могут рассчитывать на бесплатное социальное обслуживание (независимо от уровня доходов) и внеочередное получение социального обслуживания.

Таким образом, в целом оценка нуждаемости в социальном обслуживании и уходе в России выстроена в соответствии с мировыми подходами. Однако при сопоставлении российских институтов

оценки нуждаемости в социальном обслуживании и уходе с зарубежными нетрудно заметить, что российские не гарантируют равный доступ к услугам для жителей различных субъектов РФ. Такая ситуация является результатом, во-первых, права регионов устанавливать по-своему соответствие между группой ухода, объемом и содержанием оказываемых услуг; во-вторых, наличия различных льготных групп, которые могут получить обслуживание бесплатно или вне очереди. Представляется, что введение специфических для региона правил оценки нуждаемости, связанных с уровнем доходов и качеством жизни заявителей, наличием в регионе специфических проблемных групп населения (например, пострадавших от ЧС, употребления ПАВ), допустимо. Такие различия настраивают методику оценки нуждаемости в соответствии с различными потребностями жителей разных регионов. Однако различие условий предоставления услуг (разные наборы услуг гражданам с похожим дефицитом в самообслуживании) может расцениваться как дискриминация жителей отдельных территорий.

4.2. Модели предоставления услуг ДУ — универсальные или адресные

Какая часть расходов на уход должна быть переложена на получателя — один из ключевых вопросов, на который приходится ответить разработчикам финансовой модели СДУ.

В наиболее чистом виде *универсальные СДУ* существуют в Скандинавских странах. Единственным критерием входа в систему выступает наличие определенного количества функциональных ограничений, ведущих к дефицитам в самообслуживании. Эти системы отличаются максимальной широтой охвата. Отличительной чертой СДУ в Скандинавских странах выступают значительная децентрализация и большая автономия местных властей [Colombo et al., 2011].

В СДУ, финансируемых на основе принципов социального страхования (Германия — см. вставку 1, Нидерланды, Люксембург, Япония, Корея), универсальность охвата обеспечивается внутри системы — все плательщики страховых взносов получают право на выплаты или услуги по уходу независимо от величины их дохода. При этом уплата страховых взносов обязательна для всего или для

значительной части населения (в Японии, например, для всех лиц в возрасте 40 лет и старше) [Colombo et al., 2011]. Вместе с тем в некоторых странах (Япония, Корея) страховые модели СДУ можно назвать универсальными с определенной долей условности: хотя там не используется критерий нуждаемости для входа в систему либо определения размера причитающихся выплат или услуг, дополнительным критерием получения услуг по уходу выступает возраст — 65 лет и старше.

Сильной стороной всех универсальных систем выступает широкий доступ к долговременному уходу. Как правило, такие системы покрывают финансирование широкого набора социальных услуг и, таким образом, **обеспечивается практически полное удовлетворение потребностей в уходе всего нуждающегося населения.** Дополнительным достоинством универсальных систем, основанных на обязательном социальном страховании, выступает то, что право на уход в них определяется на основе четких, основанных на определенном алгоритме, регламентируемых законодательством правил, связывающих уровень нуждаемости в уходе, величину предшествующих взносов в систему с определенным уровнем государственной поддержки [Fernández et al., 2009]. Это повышает заинтересованность населения в уплате таких взносов [Colombo et al., 2011].

Вместе с тем большинство универсальных систем (независимо от способа финансирования) оказываются весьма дорогостоящими для государства и к тому же недостаточно гибкими (в первую очередь это касается страховых систем) [Fernández et al., 2009; Colombo et al., 2011].

Вставка 1. Модель социального страхования СДУ в Германии

Расходы на СДУ в Германии составляют 1,5% ВВП, роль частного сектора в СДУ является высокой.

Страхование ухода существует с 1994 г. и является обязательным для всего населения, в том числе люди пенсионного возраста и нуждающиеся в уходе также обязаны платить взносы [European Commission, 2018c]. Обязанность уплаты взносов возникает, если человек (1) занят оплачиваемым трудом (по найму или нет);

(2) получает социальные выплаты от государства (пособие по безработице, пенсию); (3) за детей до 18 (23/25) лет взнос платят родители; (4) незанятые партнеры включаются в страховку занятого члена семьи. В период с января 1994 г. по март 2004 г. финансирование ухода для пенсионеров осуществлялось за счет специальных субсидий из пенсионных фондов. С 1 апреля 2004 г. пенсионеров обязали делать взносы из личных средств (получаемой пенсии). В результате в настоящее время страховые взносы на цели СДУ уплачивает 90% населения страны. Включение в систему страхования долговременного ухода привязано к факту получения медицинского страхования.

Страхование ухода организовано на основе обязательного страхования жизни, управляемого больничными фондами (sick fund). В каждом таком фонде созданы организации для страхования долговременного ухода — фонды ухода (care fund). При страховании здоровья в выбранном больничном фонде страхователь автоматически становится участником страхования долговременного ухода в фонде ухода, открытом при нем [Karlsson et al., 2004].

Сотрудники и работодатели в равных долях ежемесячно выплачивают установленный процент от заработной платы сотрудника в систему страхования ухода. Первоначально — с 1 января 1994 г. — тариф был установлен на уровне 1% от заработной платы. Уже через год он начал повышаться: с 1 апреля 1995 г. — 1,7%. В 2005 г. добавили дополнительные 0,25% для бездетных работников в возрасте от 23 лет. С 2008 г. этот тариф составил 1,95%, с 2015 г. — 2,35%, с 2017 г. — 2,55%, с 2019 г. — 3,05%. Пенсионеры (с 2004 г.) также продолжают совершать взносы в систему страхования [European Commission, 2019]. Включение в страховку членов семьи происходит без дополнительных выплат. Взносы участников программы страхования идут на оплату услуг текущим получателям ухода.

Среди причин роста страхового тарифа называют: ухудшение демографического баланса между поколениями в результате старения населения; расширение охвата уходом за счет включения в программу лиц с когнитивными нарушениями (растет число пожилых лиц с деменцией) — данные нарушения учитываются при определении нуждаемости в уходе, услуги для корректировки этих

нарушений включаются в программы ухода. Кроме того, в публикациях отмечается, что в последние годы пенсии растут медленнее инфляции (по которой корректируются тарифы на уход), что также может определять повышение величины тарифа.

Право на получение выплат не зависит от возраста получателя.

Страховые взносы на уход начали поступать в систему с января 1994 г.; первые выплаты на надомный уход за счет средств социального страхования осуществляются с апреля 1995 г., выплаты на институциональный (стационарный) уход за счет средств социального страхования — с июля 1996 г. В настоящее время для получения права на финансирование части затрат на ДУ из средств социального страхования надо уплачивать взносы в систему не менее двух лет до даты обращения.

Страховые средства обеспечивают предоставление населению следующих форм ухода: надомный; в местном сообществе (соседская забота); кратковременный уход (до 4 недель); стационарный уход. Размер гарантий — выплата сумм на уход — зависит от группы нуждаемости. Индивиды, которые срочно нуждаются в стационарном уходе, но не успели пройти процедуру оценки нуждаемости, получают выплаты по ставкам для надомного ухода.

Гарантии лицам, осуществляющим родственный уход (у себя на дому, не менее 14 часов ухода в неделю): компенсация взносов в пенсионную систему (иными словами, уход приравнивается к социально значимым нестраховым периодам). Размер компенсации определяется степенью нуждаемости лица в уходе и временем на уход за ним. Также ухаживающим лицам предоставляются: страхование профессиональных рисков, связанных с уходом (если ухаживающий не является профессионалом), страхование от безработицы, бесплатные курсы подготовки.

При возникновении права на надомный уход застрахованный получает доступ к следующим гарантиям: (1) помощь в натуральном виде (услуги лиц, специально нанятых поставщиком услуг) на определенную сумму для каждой из пяти групп нуждающихся; (2) помощь в денежной форме — различные суммы для каждой из пяти групп ухода. На что будут потрачены эти средства, не проверяется. Но каждый получатель обязан запросить консультацию

профессионала по уходу. Если консультация не была проведена, выплаты прекращаются. Каждые 6 месяцев индивид может сделать выбор в пользу натуральных или денежных гарантий либо выбрать оба этих вида поддержки, установив соотношение первого и второго. Денежные выплаты, как правило, в 2 раза меньше стоимости услуг, которые могли бы быть предоставлены индивиду. Деньги чаще выбирают те, чья семья нуждается в дополнительных доходах. Однако в целом денежные выплаты более популярны у населения, чем натуральные; (3) помощь лицам, нуждающимся в уходе, проживающим группой от 2 до 11 человек (сопровождаемое проживание) — дополнительная выплата (214 евро в 2017 г.); (4) компенсация в случае невозможности получить услуги по уходу (в праздники или в связи с заболеванием клиента) (на срок до 6 недель в год); (5) выплаты на приобретение технических средств реабилитации.

Больничные фонды заключают контракты с поставщиками услуг ухода; при возникновении потребности в надомном или институциональном уходе страховая компания передает *ваучер на уход* за застрахованным напрямую сиделке или представителю учреждения, в которое он обращается. В случае получения пособия в денежной форме, оно выдается на руки и впоследствии запрашиваются документы, подтверждающие оплату таких услуг. В обязательствах фондов также входит регулярная проверка состояния клиентов, предпочитающих получение надомного ухода.

Как правило, надомный уход является более распространенным; профилактика и реабилитация также являются распространенной практикой, снижая потребности в фактическом уходе. Величина выплат, получаемых застрахованным, зависит не только от установленной категории нуждаемости, но и от выбранного вида ухода. Так как абсолютное большинство населения Германии охвачено этой системой, государству удалось значительно снизить расходы на надомный уход и нагрузку на систему медицинского страхования.

Задача страхования ухода в Германии состоит в том, чтобы компенсировать застрахованным *часть их расходов* на уход. Предполагается, что оставшуюся часть расходов несут сами индивиды: из собственных доходов (пенсии) или имущества. Страхование покрывает только базовые потребности в услугах долговременно-

го ухода, но не обязуется покрыть все. Важно отметить, что величина предоставляемых и финансируемых в рамках страховой системы гарантий ухода определяется только степенью нуждаемости в уходе (группой), тогда как уровень доходов и имеющееся имущество, а также место проживания (в разных землях цены услуг по уходу могут различаться) на размеры государственных гарантий не влияют.

Получатели институционального (стационарного) ухода должны софинансировать часть расходов: помимо оплаты собственно услуг ухода, пациенты должны оплачивать питание и проживание, поскольку они не субсидируются государством. Доля обязательного софинансирования институционального ухода со стороны населения не зафиксирована и варьируется в зависимости от учреждений; с 2017 г. она не увеличивается при переходе пациента в более тяжелую категорию ухода [European Commission, 2019]. Муниципалитеты вправе осуществлять страховые выплаты за людей, испытывающих финансовые трудности и полагающихся на программы поддержки дохода.

Минималистские системы на основе проверки нуждаемости (Кипр, США) [Weiner et al., 2020; Muir, 2017; Colombo et al., 2011; Fernández et al., 2009; European Communities, 2008] **минимизируют государственные гарантии в сфере СДУ. Целевая группа лиц, имеющих право на государственные услуги по долговременному уходу, — это наиболее нуждающиеся в уходе индивиды, чьи доходы не позволяют им самостоятельно оплачивать уход.** Такие системы обычно финансируются за счет общих налоговых поступлений (центральных или местных) и взносов нуждающегося в обслуживании населения. Критерии проверки нуждаемости, как правило, очень жесткие; зачастую требуется подтвердить не только недостаточный уровень доходов, но и отсутствие сбережений, имущества и финансовых активов [Weiner et al., 2020; Colombo et al., 2011; Oesterle, Rothgang, 2010; Fernández et al., 2009; Merlis, 2000]. **Набор оплачиваемых государством услуг зачастую ограничивается персональным уходом (умыванием, кормлением, помощью в одевании и т.п.).**

Проблемами функционирования минималистских систем ухода на основе проверки нуждаемости выступают:

- **значительное число неудовлетворенных потребностей в уходе** — как на уровне индивида (предоставляемых услуг недостаточно), так и на уровне общества (значительное число нуждающихся в услугах не получает их);
- **высокие транзакционные издержки**, связанные с необходимостью проверять нуждаемость в услугах.

Такая система также может восприниматься как несправедливая теми, кто на протяжении жизни имел неплохие доходы и демонстрировал благоразумное сберегательное поведение, поскольку для них получение государственных услуг возможно только после того, как они потратят на услуги по уходу все свои сбережения [Fernández et al., 2009]. В результате такие системы могут приводить к снижению уровня и качества жизни населения старшего возраста.

Побочным эффектом в таких системах зачастую становятся различные схемы перераспределения активов и сбережений в пользу родственников [Merlis, 2000]. Другим способом защитить сбережения становится покупка частного страхования на случай долговременного ухода (Великобритания, США) [Ibid.]. Еще одним следствием минималистских систем ухода на основе проверки нуждаемости являются попытки более активно использовать средства системы здравоохранения для поддержки нуждающихся в уходе лиц [Colombo et al., 2011].

Наконец, **смешанные системы** (Австралия, Венгрия, Ирландия, Италия, Латвия, Мексика, Португалия, Франция, Чехия) включают те, в которых параллельно существует несколько универсальных программ, адресованных не очень значительной части населения (Италия, Чехия, Шотландия); либо величина дохода влияет не на право получения ухода, а на размер государственных гарантий (Австрия, Австралия, Ирландия, Франция, Нидерланды и др.); либо внутри одной программы имеет место сочетание универсальных и основанных на проверке нуждаемости государственных услуг или выплат (Греция, Канада, Новая Зеландия, Швейцария и др.) [Colombo et al., 2011].

Смешанные системы финансирования долговременного ухода, включающие несколько одновременно существующих универсальных моделей, обычно возникают там, где правила предоставления сестринского медицинского ухода (nursing care) отличаются

от правил предоставления и финансирования социального обслуживания (*social care, personal care*). Как правило, первый тип ухода финансируется в рамках расходов на здравоохранение. Иногда деление между системами проходит в зависимости от того, предоставляется ли уход в учреждениях или на дому. В ряде стран расходы на институциональный уход покрываются из средств центрального бюджета, тогда как затраты на уход на дому — из местных бюджетов, в рамках расходов на социальное обслуживание (и иногда — на здравоохранение); такие системы имеют различные критерии для входа. Проверка нуждаемости, в том числе с учетом имущества, чаще применяется для институционального (стационарного) ухода [Muir, 2017].

Вторая подгруппа смешанных систем финансирования представлена странами, в которых все, кто признан нуждающимся в долговременном уходе, получают его, но размер выплат и объем предоставляемых услуг зависят от дохода. Чем ниже доход получателя ухода, тем большую долю расходов на назначенные ему услуги покрывает государство. В результате, по сравнению с описанным выше универсальным типом финансирования в рамках единой программы, достигается большая экономия государственных средств. Иногда требование покрывать часть (или все) издержек на уход относится только к определенным видам услуг (чаще всего к личным услугам на дому либо к расходам на проживание в домах престарелых, в то время как расходы на социальное и медицинское обслуживание там покрываются государством) [Colombo et al., 2011].

Наконец, третья, достаточно распространенная и растущая подгруппа смешанных систем финансирования СДУ представляет собой сочетание универсальных и основанных на проверке нуждаемости выплат или услуг. Как правило, универсальное предоставление услуг относится (1) к связанным с поддержанием здоровья профессиональным сестринским медицинским услугам (дома или в учреждениях) или (2) к сестринским и личным социальным услугам на дому [Colombo et al., 2011, p. 226]. Другие услуги предоставляются на основе проверки нуждаемости (однако критерии могут быть слабее, чем в странах с минималистскими системами, и включать, например, только оценку доходов) и часто включают соплатежи, размер которых пропорционален доходу. В ряде стран

(Австралия, Испания, Италия, Франция, Чехия) размер соплатежей не может превышать определенного уровня.

Сильной стороной систем финансирования, применяющих смешанные подходы, выступает, во-первых, универсальный охват населения с дефицитами в самообслуживании услугами долговременного ухода, который отсутствует в минималистских системах, а во-вторых, более низкий уровень государственных расходов на СДУ, чем в универсальных системах. Наиболее нуждающиеся в долговременном уходе лица, не обладающие высокими доходами, как правило, получают доступ к государственным услугам на достаточно легких условиях.

Вместе с тем для некоторых лиц, нуждающихся в уходе, и их семей со средним уровнем дохода размер соплатежей за уход может оказаться значительным и стать барьером в получении ДУ. Это, в свою очередь, может привести к росту неформального сегмента ухода — за счет членов семьи и мигрантов. Там, где государство предоставляет на универсальных принципах только отдельные виды услуг, может нарастать фрагментация системы ухода и нарушаться принцип непрерывного предоставления помощи. Для преодоления этой проблемы странам, использующим смешанное финансирование, требуется внедрять специальные механизмы координации и интеграции услуг (как это делается, например, во Франции) [Colombo et al., 2011].

В целом в ЕС достигнут консенсус относительно того, что универсальные государственные системы социального обслуживания эффективнее тех, где ведущую роль играет частный сектор [European Communities, 2008, p. 11]. **Вместе с тем странам со средним уровнем доходов следует ориентироваться скорее на смешанные модели финансирования, позволяющие сдерживать уровень государственных расходов на СДУ.** Наряду с софинансированием расходов на уход из текущих доходов или сбережений обсуждаются некоторые инновационные модели частного финансирования, например модель обратной ипотеки как источника финансирования СДУ [Oesterle, Rothgang, 2010].

4.3. Источники финансирования

Финансирование долговременного ухода осуществляется преимущественно за счет сочетания частных и государственных ис-

точников. Различия между моделями разных стран заключаются в соотношении выплат между этими сторонами. **Почти во всех развитых странах государство обычно оплачивает большую часть или существенную долю общих затрат на услуги ДУ.** В большинстве стран ОЭСР расходы на оба типа долговременного ухода (на дому и в стационарах) в значительной степени покрываются (в среднем 4 из каждых 5 долл., потраченных на СДУ) либо за счет бюджетных средств (например, национальной службой здравоохранения или региональными советами здравоохранения), либо через обязательное (в основном социальное) страхование [Colombo et al., 2011]. При этом расходы на стационарный уход обычно меньше покрываются из бюджета или средств обязательного страхования, чем расходы на уход на дому. В странах Восточной Азии и Тихоокеанского региона, не входящих в ОЭСР, государственное финансирование СДУ минимально, но политики рассматривают возможность внедрения моделей такого финансирования.

Страны с высокими расходами на СДУ — Дания, Швеция, Нидерланды и Норвегия — также, как правило, являются странами с самой высокой долей государственного финансирования (92–94%). На другом конце шкалы — государственное финансирование в Эстонии и Португалии, покрывающее не более 60% от общих расходов на СДУ. Во всех странах, кроме трех (Бельгия, Финляндия и Словения), государственное финансирование покрывает большую долю расходов на уход на дому по сравнению со стационарным уходом, потому что некоторые или все расходы на проживание и питание покрывают, как правило, сами получатели ухода. В среднем по ОЭСР около 80% всех расходов на СДУ (около 75% расходов на стационарный уход и более чем 90% расходов на уход на дому) финансируется за счет бюджета или обязательного страхования [OECD, 2020]. Разрыв более заметен в Эстонии, Португалии, Великобритании и Италии, где разница между ними составляет не менее 30 проц. п.

Подходы к финансированию в странах ОЭСР существенно различаются. В целом **основными источниками финансирования услуг по уходу за престарелыми в странах ОЭСР являются общее налогообложение, обязательные взносы на социальное страхование, добровольное частное страхование и наличные платежи, производимые непосредственно пользователями услуг.**

4.3.1. Налоговое финансирование

Модель бюджетного финансирования СДУ за счет общих налогов до сих пор является наиболее распространенной в странах ОЭСР. Финансирование осуществляется за счет местных и региональных адресных либо общих налогов и дополняется финансированием из центрального бюджета за счет общих налогов (иногда в форме блочных субсидий — Швеция), которое дополнительно выполняет задачу выравнивания межрегиональных различий в уходе (см. вставку 2). Вместе с тем важно понимать, что модель бюджетного финансирования СДУ, за исключением Скандинавских стран, чаще сочетается с преимущественной поддержкой бедного населения (через проверку нуждаемости) [Ikegami, 2019].

Вставка 2. Универсальная модель бюджетного финансирования и децентрализованного управления СДУ в Швеции

Расходы на СДУ в Швеции составляют 3,2% ВВП. Шведская модель финансирования СДУ преимущественно опирается на местные подоходные налоги, собираемые муниципалитетами по единой ставке. Посредством налогообложения окружные советы и муниципалитеты финансируют около 90% расходов на здравоохранение и уход, около 5% покрывается национальными налогами, оставшиеся 5% от стоимости услуг платят их получатели [European Commission, 2018a]. Государство субсидирует СДУ, предоставляя гранты муниципалитетам для покрытия расходов на эту систему. Гранты являются дополнительным источником финансирования СДУ помимо налогов.

Некоторые услуги оказываются за счет наличных платежей населения. Стоимость этих услуг регламентируется муниципалитетами, и она не может превышать рыночную стоимость услуг. При установлении размера платежей учитываются доходы получателя услуги — величина оставшихся средств должна быть достаточной для личных расходов (личные нужды, расходы на проживание и медицинские услуги). Каждый муниципалитет устанавливает свой порядок платежей за дополнительные услуги, оплачиваемые населением. Они могут быть четырех типов: (1) фиксированный платеж (не зависит от дохода и потребляемых услуг); (2) взнос, кото-

рый зависит от дохода; (3) взнос, который зависит от потребления услуг, т.е. от вида услуг, количества их потребления и частоты посещений; (4) платеж на основе совмещения доходных и потребительских критериев услуг [Karlsson et al., 2004].

Муниципалитетами предоставляются услуги по надомной помощи; в институциональных учреждениях проводятся дневные мероприятия, аналогичные им социальные услуги оказываются людям, получающим уход на дому; нуждающимся предоставляется «специальное жилье» — дома престарелых, приюты и дома престарелых, в которых они могут получать уход. Для поддержки родственного ухода муниципалитеты предоставляют субсидии для оплаты надомного ухода.

4.3.2. Социальное страхование ухода

Модель обязательного социального страхования ДУ (long-term care insurance) характерна в основном для стран континентальной Европы и Азии [Oesterle, Rothgang, 2010; Colombo et al., 2011]. Первыми эту модель внедрили Нидерланды (в 1968 г. для сестринского ухода на дому и в 1980 г. для остального ухода на дому — см. вставку 3); затем к ней присоединились Германия (1994–1995 гг. — см. вставку 1) и Люксембург (в 1999 г.). Япония стала первой азиатской страной, которая ввела отдельное социальное страхование по долговременному уходу в 2000 г.; Южная Корея — второй — в 2006 г. С 2016 г. пилотный проект по внедрению социального страхования ДУ реализуется в 15 крупных городах Китая [Feng et al., 2020; Du et al., 2021].

Вставка 3. Система социального страхования долговременного ухода в Нидерландах

Нидерланды — страна со старейшей в мире системой ухода; на СДУ тратится 3,6% ВВП. СДУ финансируется за счет взносов в систему социального страхования, налогов и доплат населения. Система социального страхования долговременного ухода (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ) в Нидерландах функционирует

с 1968 г. и претерпела множество изменений. Первоначально она охватывала только страхование ухода в домах престарелых и сестринского ухода за ментальными инвалидами на дому, с 1980 г. — всех форм надомного ухода. С 1982 г. социальное страхование стало покрывать расходы на амбулаторное лечение психического здоровья; с 1989 г. — услуги временного ухода в случае слабости, психосоциальных проблем и после родов; с 1997 г. — все формы стационарного ухода за престарелыми. Однако в 2007 г. финансирование надомного ухода было исключено из системы социального страхования ДУ и передано в ведение муниципалитетов. Соответственно, в настоящее время финансирование надомного ухода производится отдельно, за счет местных налогов, а предоставление таких услуг зависит от наличия средств в муниципалитете. Таким образом, Нидерланды имеют смешанную систему финансирования ухода за людьми с ограничениями в автономности.

Социальное страхование ухода охватывает всех проживающих в Нидерландах, независимо от подданства (не граждане Нидерландов также имеют право на уход и участвуют в уплате страховых взносов). Право на уход возникает при выявлении нарушений, ограничивающих жизнедеятельность человека.

Правительство определяет бюджет на здравоохранение и долговременный уход на 4 года; если фактические расходы превышают запланированные, для предоставления ухода могут повышаться тарифы или увеличиваться доплаты за услуги. Тариф страховых взносов на уход зависит от доходов застрахованного; размер тарифа в виде процента от налогооблагаемого дохода, применяемого к первой и второй налоговым группам по доходам / заработной плате, правительство устанавливает каждый год. В 2000 г. этот тариф составлял 8%, в 2011 г. — 12,15%, в 2018 г. — 9,65%. Взнос полностью уплачивается работником. Взносы наемных работников удерживаются работодателем. Самозанятые платят их вместе с другими налогами при заполнении налоговой декларации. Застрахованные дети в возрасте до 15 лет и застрахованные лица старше 15 лет, не получающие доходов, облагаемых налогом, взносы не платят. После достижения 18 лет застрахованные лица совершают личные взносы для получения помощи в рамках AWBZ.

Около 2/3 бюджета СДУ формируется за счет страховых взносов, оставшаяся 1/3 — за счет налогов. Поскольку стоимость услуг

ДУ возрастает быстрее, чем заработная плата, все большая часть расходов на СДУ покрывается за счет налогов.

Софинансирование услуг ДУ населением зависит от уровня доходов потенциальных получателей ухода. Дополнительно населением оплачиваются расходы на питание и проживание в стационарных учреждениях.

Управление здравоохранения Нидерландов определяет максимальные тарифы на стоимость надомных услуг; как правило, устанавливается почасовая тарификация. Оно также устанавливает фиксированную стоимость пакета услуг (ZZP), оказываемых в учреждениях институционального ухода [Mot, 2010].

Во всех странах, где действует социальное страхование ДУ, существуют независимые друг от друга источники финансирования социального и медицинского обслуживания в рамках СДУ. **Основной источник финансирования — взносы работников (и в отдельных странах работодателей) с заработной платы**, но, как правило, все пожилые люди (в Японии — все граждане в возрасте 40 лет и старше) также обязаны платить взносы в фонды финансирования СДУ независимо от источника их дохода [Colombo et al., 2011]. При этом определенная доля государственных затрат на долговременный уход в этих странах по-прежнему покрывается за счет центрального финансирования из общих налогов.

Страховые взносы обеспечивают надежный и хорошо прогнозируемый источник поступлений в систему социального обслуживания [Colombo et al., 2011]. **Ограничением систем, основанных на модели социального страхования ухода, выступает то, что они не всегда обеспечивают поступление взносов от лиц, не имеющих доходов от трудовой деятельности (зарплаты).** Поэтому альтернативой социальному страхованию в странах, где значительная часть населения не получает легальную заработную плату (из-за широкого распространения самозанятости, неформальной занятости или неактивности), могут стать специальные налоги на уход, взимаемые с любых видов доходов [Fernández et al., 2009].

4.3.3. Соплатежи населения и частное страхование

Соплатежи населения — в форме уплаты страховых взносов или оплаты части предоставляемых услуг — **возникают во многих СДУ, независимо от модели финансирования услуг.** Например, они есть не только в таких странах, как США, Великобритания или Ирландия, но и на Кипре, в Нидерландах (см. вставку 3), Франции, Эстонии, Финляндии и даже в Дании и Швеции [Genet et al., 2012; European Communities, 2008]. **Часто размер соплатежей увязан с доходом** (иногда в пределах определенного максимума) получателя услуг. Двумя другими важными параметрами финансовых возможностей физических лиц являются учет их активов для определения соплатежей и обязательства родственников финансировать уход (такое правило действует, например, в Германии). В ряде стран соплатежи устанавливаются только за определенные виды услуг — например, за помощь по дому в Швеции или для нескольких конкретных видов услуг в Дании. Еще в ряде стран размер соплатежей варьируется между муниципалитетами [Genet et al., 2012]. Тем не менее в рамках модели финансирования, основанной на принципах социального страхования, проще обеспечить более широкое участие населения в финансировании долговременного ухода. Частное финансирование составляет треть от общих расходов на СДУ в Германии, около 26% в Словении, 22% в США⁴² [The Kaiser Family Foundation, 2013] и 17% в Австрии (на основе базы данных ОЭСР по здравоохранению и национальных источников).

Частное (добровольное) страхование услуг по уходу за пожилыми людьми **позволяет компенсировать затраты населения по софинансированию услуг, а также приобретать услуги более высокого качества.**

Существуют две основные схемы выплат по частному страхованию. Первая (наиболее распространенная в США и Великобритании) предполагает **компенсацию фактических затрат на уход за пожилым человеком** в размере, не превышающем установленный лимит. Например, в Великобритании Законом о медицинском

⁴² По более поздним оценкам, в 2019 г. прямые соплатежи населения покрывали 16% всех расходов на СДУ, а частное страхование — еще 11% расходов [Weiner et al., 2020].

обслуживании 2014 г.⁴³ был введен верхний предел (с ежегодной корректировкой) для взносов/платежей физических лиц. Вторая модель (она получила распространение во Франции) обеспечивает **ежемесячные выплаты фиксированной величины, независимо от уровня потребления услуг по уходу**, лицам с подтвержденной нуждаемостью в долговременном уходе.

Как отмечают эксперты, **даже в странах ОЭСР, население которых отличают относительно высокий уровень доходов и спрос на финансовые инструменты, рынок частного страхования ухода невелик. В среднем этот источник покрывает около 2% всех расходов системы** (рис. 4.1). Но в отдельных странах этот продукт охватывает значительные группы населения. Так, в США такую страховку имеют около 5% населения в возрасте 40+ (спрос на нее связан с отсутствием права на государственное финансирование ухода по Medicare и Medicaid), во Франции — около 15% [Colombo et al., 2011].

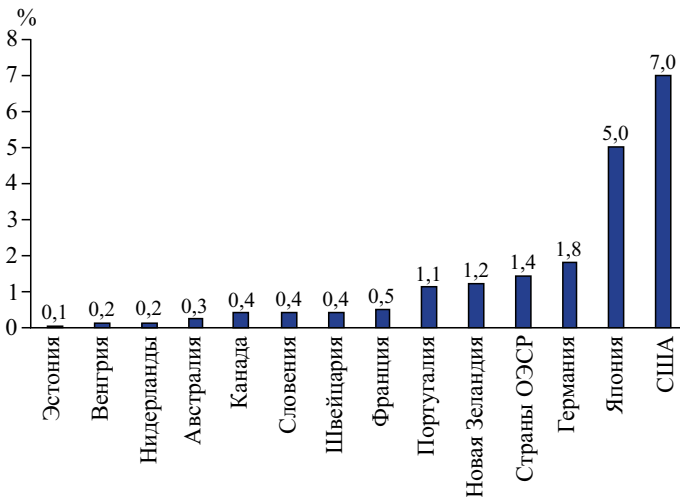


Рис. 4.1. Доля коммерческого страхования ухода в общих объемах финансирования СДУ в 2005–2008 гг., %

Источник: [Colombo et al., 2011].

⁴³ Legislation.gov.uk. Care Act 2014. URL: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/contents/enacted>.

Невысокий спрос на коммерческое страхование ухода объясняется целым рядом причин [Colombo et al., 2011]. Во-первых, добровольное страхование сопряжено со значительными провалами рынка (неблагоприятным отбором и моральным риском застрахованных), что заставляет страховщиков увеличивать величину страхового взноса. В результате воспользоваться страховым продуктом имеют возможность лишь представители обеспеченных слоев населения.

Во-вторых, для периода жизни, когда приобретается полис (обычно в 40–50 лет), характерна низкая приоритетность расходов «на себя», а средства домохозяйства в первую очередь направляются на образование детей или покупку недвижимости. При этом отмечается, что формирование общих пенсионных накоплений более приоритетно, чем формирование заделов на оплату услуг ДУ.

Наконец, низкий спрос на добровольное страхование постороннего ухода определяется тем, что период выплат значительно отложен во времени. Принимая решение о покупке полиса, индивид планирует свою жизнь на длительный период и будущие риски могут казаться ему незначимыми, по сравнению с нуждами сегодняшнего дня.

Тем не менее коммерческое страхование ухода стоит рассматривать в качестве одного из источников финансирования системы, в том числе и в России. **Этот финансовый инструмент позволяет привлечь дополнительные ресурсы в систему и обеспечить дополнительный спрос на ее услуги, а также сформировать премиальный сегмент рынка для населения с высокими доходами.** Также частное страхование может быть востребовано в СДУ с относительно небольшим (на фоне стран ОЭСР) государственным финансированием, ограниченными гарантиями для граждан и существенным софинансированием со стороны населения. Такими особенностями может отличаться российская СДУ в ближайшие годы.

5. СТРУКТУРА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ИЗДЕРЖКИ

5.1. Общие подходы к управлению СДУ: централизованная или децентрализованная система

Ключевым вопросом при разработке систем долговременного ухода является определение уровня органов государственной власти, ответственных за нормативное регулирование, финансирование и предоставление услуг.

Децентрализованный подход. Многие развитые страны, включая Канаду, Нидерланды, Швецию, Великобританию (вставка 4), США и Китай, в значительной степени полагаются на субнациональные (региональные или местные) органы власти в разработке и управлении своими системами долговременного ухода, хотя часто при существенном политическом руководстве со стороны национального (федерального) правительства. Например, в Канаде не существует никаких федеральных стандартов в определении критериев получения государственных услуг и списков оказываемых услуг; все передвинуто на региональный и местный уровень [Merlis, 2000]. Наиболее децентрализованными считаются СДУ Скандинавских стран. Например, Швеция передает почти всю ответственность за финансирование, организацию и управление СДУ муниципалитетам, несмотря на то что это маленькая страна с населением менее 10 млн человек.

Иногда распределение ответственности между властями различных уровней зависит от типа оказываемой услуги. Например, в Швеции округа (графства) обычно отвечают за организацию сестринского ухода на дому (home nursing), тогда как муниципалитеты — за оказание социальных услуг по дому. Похожие системы разделения ответственности существуют в Испании и Финляндии [Genet et al., 2012].

В других странах децентрализация охватывает только предоставление услуг. Например, в Финляндии государство устанавливает перечень услуг, которые должны оказываться на месте, тогда как муниципалитеты отвечают за организацию и предоставление услуг [Genet et al., 2012]. В Швейцарии уход на дому в рамках

софинансирования медицинского страхования был сферой ответственности федерального правительства, тогда как выработка политики по другим вопросам обслуживания на дому и определение других источников финансирования — это область ответственности кантонов.

Сторонники передачи полномочий приводят **три аргумента в пользу возложения ответственности за СДУ на более низкий уровень управления** [Wiener, 1996]:

- во-первых, во многих странах штаты, провинции и муниципалитеты принимают активное участие в предоставлении различных социальных выплат и услуг. Таким образом, на местном уровне легче установить важные связи между СДУ и другими услугами, в которых часто нуждаются люди с ограниченными возможностями;
- во-вторых, ДУ — это сугубо личный вопрос, связанный с принятием решений о том, как потребители хотят прожить свою жизнь. Таким образом, на планирование и предоставление услуг по уходу могут влиять местные обстоятельства, нормы и ценности, а также местные предпочтения людей с инвалидностью, их опекунов и поставщиков услуг;
- в-третьих, поскольку в организации и планировании ухода большое значение имеют индивидуальные случаи, управление на местном уровне, возможно, является менее жестким и бюрократизированным, чем централизованное управление.

Основной аргумент против децентрализации в управлении СДУ, которая задумывалась как способ приблизить услуги к потребителю и учесть местную специфику, состоит в том, что **это приводит к региональному и территориальному неравенству**. На это влияет, во-первых, отсутствие формализованных критериев и инструментов оценки нуждаемости [Genet et al., 2012; Du et al., 2021]. Для преодоления этой проблемы многие европейские страны применяют единые национальные механизмы обеспечения качества услуг [European Communities, 2008]. Во-вторых, сказываются различные финансовые возможности регионов и муниципалитетов. В ответ на этот вызов в некоторых странах действуют программы национального/федерального софинансирования местных программ по долговременному уходу. Это может быть организовано в форме встречных фондов (matching funds), как в США или Австралии, либо в форме единовременных (блочных) субсидий (block grants), как в Великобритании, Канаде или Швеции [Merlis, 2000].

Описанные предложения очень актуальны для российской СДУ в свете отмеченных выше особенностей процедуры оценки нуждаемости в уходе и утверждения программ ухода. Следует отметить, что совсем без национального финансирования за счет общих налогов не обходится пока ни одна из существующих СДУ.

Вставка 4. Управление и финансирование СДУ в Великобритании

Источниками финансирования СДУ в Великобритании являются местные бюджеты (налоговое финансирование), Национальная служба здравоохранения (NHS) и сами потребители услуг. Местные власти перераспределяют государственные субсидии и муниципальные налоги на долговременный уход. Существующий имущественный налог (Council Tax) на жилую недвижимость собирается муниципалитетами, сборы с него идут на финансирование социальной помощи, в том числе ДУ. Долговременный уход NHS финансируется за счет общего налогообложения, часть социальных и медицинских услуг по уходу предоставляется бесплатно [European Commission, 2018b]. Правительственные субсидии ежегодно определяются центральным правительством, а затем распределяются между отдельными органами власти в соответствии с установленным порядком распределения ресурсов. Средства не являются целевыми, но они сопровождаются рекомендациями. Население вносит значительный вклад в финансирование СДУ — если доходы превышают £23 250, то пользователи оплачивают услуги ухода полностью самостоятельно.

Централизованный подход. Такие страны, как Германия и Япония, за счет создания системы социального страхования долговременного ухода реализуют более централизованный подход к управлению СДУ преимущественно на национальном (федеральном в случае Германии) уровне, хотя субнациональные государственные структуры часто все еще вовлечены в процесс. Например, в программе социального страхования в Японии 2895 муниципальных органов власти или объединений муниципалитетов являются страховщиками, на них лежит общая ответственность за предоставление услуг [Campbell, Ikegami, 2000, 2003]. Однако, поскольку почти все нормативно-правовое регулирование (право на участие

в программе, большинство льгот и ставки возмещения) осуществляется на национальном уровне, возможности муниципалитетов по формированию программы строго ограничены. И хотя страховые взносы устанавливаются на муниципальном уровне, почти все другие параметры финансирования СДУ определяются на национальном уровне.

В пользу консолидации на национальном уровне говорят два основных аргумента [Wiener, Tilly, 2003]:

- во-первых, **единая национальная программа помогает гарантировать горизонтальную справедливость на разных территориях** — все жители имеют равные шансы на предоставление ухода и качественное обслуживание. Например, в Англии, которая в значительной степени опирается на субнациональные государственные единицы, получатели пособий часто жалуются на postcode lottery, в которой к людям с одинаковыми потребностями и финансовым положением относятся по-разному, поскольку они подчиняются разным местным властям. В странах с таким страховым подходом, как в Германии, региональные различия считаются несправедливыми и предпринимаются усилия по их устранению [Cuellar, Wiener, 2000; Wiener, Cuellar, 1999];

- во-вторых, **разработка единой национальной программы может потребовать меньше административных расходов**, поскольку правила и системы программы необходимо разрабатывать только один раз.

5.2. Формы долговременного ухода: надомный, соседский (в местной общине) и полустационарный, стационарный

ДУ предоставляется в трех широко определенных формах — на дому, в местной общине (community-care) и в учреждениях — и включает в себя как медицинские, так и социальные услуги. Социальный уход (social care) включает в себя помощь в выполнении повседневных дел — ADLs (основные навыки, необходимые для самостоятельного ухода за собой: прием пищи, купание и передвижение) и инструментальных повседневных дел — IADLs (те виды деятельности, которые позволяют человеку независимо жить в обществе). На рис. 5.1 показано, кому требуется ДУ и какие формы ухода доступны.

Надомный уход может включать в себя оказание социально-бытовых услуг, помощь в выполнении повседневных дел, гигиенических процедурах, а также социально-медицинские услуги и сестринский уход. Так называемый *личный, или персональный, уход*, включающий помощь в повседневных делах, предоставляется социальным работником без медицинского образования. Этот вид домашнего ухода предназначен для пожилых людей с не очень выраженными дефицитами в самообслуживании, которым требуется дополнительная помощь для безопасной жизни дома, но которые не нуждаются в дополнительных медицинских услугах. Виды предоставляемого ухода и помощи: одевание, личная гигиена, кормление, помощь в передвижении, уборке дома, приготовлении пищи, покупках и др. Люди с более выраженными дефицитами в самообслуживании, которым требуется помощь в выполнении повседневных дел и/или медицинский контроль и базовый медицинский уход, могут получать *социально-медицинские услуги* на дому. Типы предоставляемого ухода и помощи: помощь при выполнении повседневных бытовых задач, контроль жизненно важных показателей, помощь в приеме лекарств, медицинские процедуры, контроль физического и психического состояния и др. Такие услуги может оказывать социальный работник, имеющий подготовку в части оказания медицинских услуг и ухода, или медицинский работник с навыками оказания социальных услуг. Наконец, люди с максимально выраженными дефицитами, прикованные к постели, могут получать *надомный сестринский уход*. Лицензированный медицинский работник (дипломированная медсестра, физиотерапевт) оказывает комплексный медицинский уход.

Уход в соседском сообществе, общественная забота (полустационарный уход) направлены на обеспечение регулярного или эпизодического, по мере необходимости, ухода вне дома, но поблизости от места проживания клиента СДУ. Примерами такой общественной заботы могут выступать центры дневного пребывания, оказание транспортных услуг лицам, нуждающимся в уходе (например, для перемещения из дома в поликлинику). В центрах дневного пребывания люди получают присмотр и необходимые медицинские услуги, а также участвуют в запланированных групповых мероприятиях.

Замещающий уход (respite care) предназначен для временного облегчения тяжелого бремени нагрузки по уходу, ложащейся на

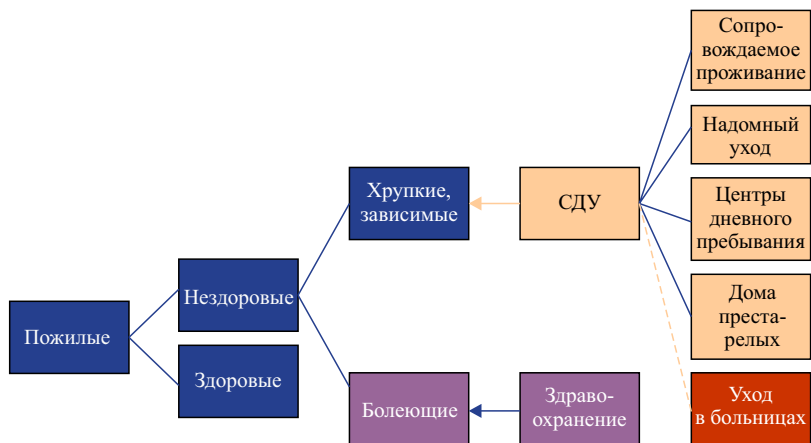


Рис. 5.1. Формы долговременного ухода

членов семьи. Законодательством ряда стран (Германия, Нидерланды, Финляндия) им предоставляется временная (краткосрочная) помощь. Цель этой меры состоит в том, чтобы на несколько дней освободить ухаживающего члена семьи (чтобы он мог отдохнуть, выздороветь или восстановиться после болезни) [Genet et al., 2012; European Communities, 2008].

Институциональный уход — услуги по долговременному уходу (социальному и медицинскому), предоставляемые или доступные 24 часа в сутки в учреждениях, которые также служат местом жительства для тех, кто получает такой уход. В институциональный уход не включается временное или краткосрочное пребывание в учреждениях СДУ (например, в период замещающего ухода или на время реабилитации). Исследования показывают, что правительства и местные органы власти разных стран охотно развивали институциональный уход, поскольку строительство объектов и увеличение числа коек проще и дает более ощутимые и видимые результаты, чем надомный уход и уход в соседских сообществах. В результате в странах ОЭСР и за их пределами институциональный (стационарный) уход преобладал в предоставлении формальных (профессиональных) услуг долговременного ухода.

Однако и исследования, и опросы неизменно показывают, что большинство пожилых людей, нуждающихся в уходе, предпочитают уход на дому или в общинах (в центрах дневного пребывания) [Colombo et al., 2011; Keenan, 2010]. Эти предпочтения являются универсальными, не зависящими от культурных различий. **Надомный уход или уход в сообществе (общественная забота, центры дневного пребывания) также экономически значительно более эффективны.** Поэтому применение соответствующих политических инструментов (включая освобождение от налогов, субсидии и другие финансовые стимулы) должно соответствовать политическим решениям о **создании трехкомпонентной системы социальных услуг для пожилых людей, основой которой является семейный уход на дому, поддерживаемый уходом на уровне сообществ и подкрепляемый стационарным уходом.**

Еще одним аргументом в пользу развития надомного ухода выступают **более низкие издержки на его финансирование.** Как правило, наиболее высокие издержки для стационарного ухода, за которым следует уход на дому. Денежные выплаты на уход имеют относительно низкую удельную стоимость. Высокие расходы на стационарный уход частично объясняются более высокими потребностями в медицинских услугах и постоянном уходе (из-за тяжелой инвалидности/зависимости) пациентов, находящихся в стационаре. Это приводит к более высоким затратам на оплату труда. Другой причиной являются более высокие капитальные затраты по сравнению с уходом на дому. Кроме того, высокие удельные затраты могут быть связаны с большей эффективностью стационарного ухода.

В США в течение последних десятилетий финансируемый государством сегмент долговременного ухода смещался от стационарных услуг к услугам на дому и в сообществе [Feng, Fennell et al., 2011]. В настоящее время на долю надомного и общинного (community-based) ухода приходится почти половина общих расходов СДУ, финансируемой из программы Medicaid (включая расходы на людей с ментальной инвалидностью и пороками развития), по сравнению с 20% в 1995 г. [Kaiser Family Foundation, 2013]. Реформы здравоохранения, в соответствии с Законом о доступном медицинском обслуживании 2010 г., направлены на дальнейшее расширение услуг на дому и в общине. Однако, несмотря на достигнутый прогресс, основная часть государственных расходов на СДУ в США по-прежнему приходится на стационарный уход.

В Японии преобладание институционального долговременного ухода противоречит семейной идеологии, которая, как считается,

заставляет семьи неохотно помещать стареющих родителей в учреждения ухода [Campbell, 2014]. Однако 4,7% японцев в возрасте 65 лет и старше живут в субсидируемых государством учреждениях, что больше, чем во многих развитых странах. Причина подобной ситуации — историческая и политическая: в начале 1970-х годов в ответ на политическое давление правительство Японии снизило доплаты за медицинское обслуживание с 30 или 50% до нуля для лиц старше 70 лет. Результатом этого решения стал увеличившийся в течение нескольких лет поток пожилых людей в больницы, многие из которых были построены недавно, чтобы удовлетворить этот спрос. Проблема этих «социальных госпитализаций» в больницы с небольшим медицинским обоснованием или без него с тех пор беспокоит правительство: круглосуточное стационарное лечение воспринимается как привлекательное и нормальное, и от этого представления трудно избавиться [Campbell, 2014].

Точно так же первоначально сильная ориентация на институциональный долговременный уход в **Корее** для удовлетворения растущих потребностей населения в постороннем уходе теперь стала укоренившейся моделью поведения. Как описано во вставке 5, госпитали долговременного ухода напрямую конкурируют за клиентов с другими учреждениями СДУ, хотя система социального страхования ухода создает некоторые, пусть и слабые, стимулы для перевода клиентов СДУ из стационаров в другие формы долговременного ухода. Кроме того, внедрение социального страхования ДУ привело к значительному росту числа стационаров и центров дневного пребывания. К 2012 г. в Корее насчитывалось 4181 учреждение СДУ и 10 759 амбулаторных (в центрах дневного пребывания, на дому) поставщиков услуг долговременного ухода. Более 60% стационаров долговременного ухода в Корее рассчитаны на 30 или менее обитателей, что делает их слишком маленькими для достижения эффекта экономии на масштабе [Choi, 2014].

Принцип деинституционализации реализуется в последние годы и в России. Такая задача поставлена в Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения⁴⁴ и реализуется в рамках

⁴⁴ Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года, утв. постановлением Правительства РФ от 5 февраля 2016 г. № 164-п. URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/37/2>.

Вставка 5. Стационары долговременного ухода и другие учреждения СДУ в Корее: прямая конкуренция

В Корее услуги госпиталей (стационаров) долговременного ухода финансируются из средств национального медицинского страхования, а иные поставщики институционального долговременного ухода — из средств социального страхования ДУ, введенного в 2006 г. До введения социального страхования госпитали СДУ были единственным источником институционального ухода за престарелыми пациентами и/или инвалидами, что приводило к высокому уровню госпитализаций. После выписки из госпиталей долговременного ухода пациенты теряли право на медицинское страхование и оказывались без защиты.

В идеале введение страхования ДУ должно было привести к тому, что иные учреждения СДУ взяли бы на себя большую часть пациентов долговременного ухода, оставив на попечении госпиталей лишь наиболее сложных пациентов. Тем более что издержки на человека, как и размеры платежей населения, в других формах СДУ ниже, чем в госпиталях.

На самом деле, госпитали и иные учреждения СДУ в конечном итоге конкурируют за одних и тех же пациентов из-за своего коммерческого характера и относительного избытка госпиталей. В итоге доля пожилых людей в госпиталях продолжает расти. Частота очень длительных средних сроков пребывания (более 180 дней) в госпиталях снизилась лишь незначительно.

Очевидно, что в Корее распределение пациентов по группам ухода может быть дополнительно рационализировано. Например, стационары могут брать на себя клинически сложные случаи или тех пациентов, которые требуют специализированных реабилитационных услуг, в то время как другие учреждения СДУ могут принимать клинически менее требовательных пациентов с физическими и когнитивными ограничениями, нуждающихся в менее интенсивной поддержке.

пилотного проекта по созданию СДУ. В соответствии с данными инициативами **в субъектах РФ осуществляется развитие центров дневного пребывания, института приемных семей, а также поддержка родственного ухода.**

5.3. Координация СДУ и интеграция с услугами здравоохранения

Общей проблемой для систем здравоохранения и долговременного ухода во многих странах является отсутствие интеграции различных услуг в рамках отдельных программ ДУ или условий доступа как к долговременному уходу, так и к медицинской помощи. **Отсутствие интеграции и связанное с этим различное законодательство и финансирование медицинских и социальных услуг на дому приводит к плохой координации этой деятельности, поскольку слишком большое число профессионалов вовлечено в обслуживание одного клиента; создает множество точек входа в СДУ в зависимости от вида требуемых услуг** [Genet et al., 2012, p. 8]. Следствием такой ситуации, с одной стороны, становится **неполный охват нуждающихся в медицинском или социальном обслуживании** и недостаточный, фрагментированный уход за пожилыми людьми, которым могут быть необходимы оба типа помощи. С другой стороны, фрагментация программ, услуг и льгот для получателей долговременного ухода часто способствует несогласованности стимулов, таких как перенос затрат между плательщиками и поставщиками, а также увеличивает затраты для отдельных лиц и общества. Таким образом, **координация ухода имеет решающее значение в обеспечении высокого качества социального обслуживания и эффективного использования ресурсов** [European Communities, 2008, p. 12].

Координация социального обслуживания и медицинских услуг является особенно сложной задачей, потому что в большинстве стран система здравоохранения отделена от предоставления и регулирования долговременного ухода, хотя границы между ними не всегда четко очерчены. Здравоохранение, с одной стороны, и социальное обслуживание и долговременный уход, с другой стороны, обычно имеют различное нормативно-правовое регулирование, разные организационные структуры, различную ведомственную подчиненность, предоставляются разными специалистами и используют разные модели финансирования и оплаты. Среди немногих стран, предлагающих государственное страхование долговременного ухода (Германия, Нидерланды, Люксембург, Япония, Южная Корея), страхование ДУ, как правило (за исключением Кореи), осуществляется отдельно от системы медицинского страхования.

Интеграция звеньев СДУ является все более востребованной по мере того, как все более разнообразными и специализированными становятся услуги системы. Однако эксперты отмечают, что интеграционные процессы должны быть осторожными и не нарушать автономию различных поставщиков услуг. **По сравнению с административными и иерархическими механизмами интеграции (слияние, выбор главного звена), большую жизнеспособность в национальных СДУ демонстрируют сетевые механизмы: формирование общих программ и развитие контрактных отношений поставщиков.** Также необоснованным видится стремление полностью устранить разделение медицинского и немедицинского подразделений СДУ.

В настоящее время существуют различные теоретические подходы как к определению понятия «интеграция медицинских и социальных услуг», так и к ее реализации в зарубежной практике в виде широкой линейки гибридных моделей организации долговременного ухода за пожилыми людьми и инвалидами, с разными вариантами финансирования и софинансирования, включая привлечение государственных и частных средств, использование государственно-частного партнерства (ГЧП), медицинского и социального страхования. Общее, что объединяет все варианты, — это возможность достичь при меньшем объеме финансирования большей степени координации, адресности, а значит, и более высокого уровня качества и доступности медицинских услуг и услуг в области долговременного ухода за пожилыми людьми и инвалидами. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет интеграцию медицинских и социальных услуг как «объединение потребления, доставки, управления и организации услуг как средства для повышения качества и доступности услуг, повышения удовлетворенности потребителей и эффективности» [Gröne, Garcia-Barbero, 2001].

В настоящее время эксперты выделяют **три аспекта интеграции медицинских и социальных услуг:**

1) улучшение качества и повышение экономической эффективности в целом при организации социальной защиты отдельных групп населения путем **обеспечения слаженной работы всех социальных служб** (включая медицинскую составляющую) по удовлетворению потребностей данных групп людей;

2) **комплексная медицинская и социальная помощь** тем, для кого ее отсутствие или недостаточная координация приводят к негативному

опыту (под этим понимается восприятие и оценка со стороны клиентов/пациентов) либо негативному воздействию на результаты или исходы, если говорить в терминах качества медицинской помощи;

3) **клиентоориентированность, или пациентоцентричность**, как ключевой и связующий принцип приемлемости и справедливости при оказании интегрированных медицинских и социальных услуг.

Интеграция медицинских и социальных услуг включает в себя **три взаимосвязанных вида деятельности** в сфере государственного управления:

1) **на стратегическом уровне — формирование политики и разработка** федеральных и местных программ;

2) **на уровне успешной реализации данных программ** по интеграции медицинских и социальных услуг — **четкое планирование процесса**, того, каким образом будет функционировать интегрированный сервис; при этом важен хорошо продуманный дизайн объединения и функционирования в рамках одной организационной структуры или временного союза;

3) **на клиентском уровне — защита интересов пациента ресурсами местного сообщества** (в случае злоупотребления и насилия со стороны персонала, неправильных назначений и выдачи лекарств, инфекций, повышенной травмоопасности) [McQuinn].

Эффективная интеграция СДУ требует наличия ряда **инструментов и функций**, обеспечивающих связь и координацию [ОЕСD, 2005; World Health Organization, 2003; European Communities, 2008], таких как:

- *единый стратегический план — на разных уровнях планирования.*

Например, Австралия и Новая Зеландия обеспечивают интеграцию через определение общих приоритетов и целей по уходу для всех организаций СДУ. Япония, Норвегия, Испания, Швеция и Великобритания утверждают задачи по предоставлению конкретных услуг ДУ и особенности использования ресурсов для их выполнения. Для эффективного взаимодействия каждый поставщик услуг должен понимать не только свои задачи и свою роль в системе, но и роли других агентов;

- *единые точки доступа («единые окна») для клиентов, а также единые инструменты для входа в систему (методики оценки нуждемости).*

Например, в ряде стран ОЭСР в рамках новой модели предоставления услуг долговременного ухода значительный упор делается на первичную помощь, на основе которой далее выстраиваются определенные связи между поставщиками услуг, предоставляется специализированное амбулаторное и дневное хирургическое лечение, что снижает потребность в стационарных койках. В таких странах медицинские работники первичного звена здравоохранения выступают в качестве «привратника» (выявляют пациентов, которые могут нуждаться в долговременном уходе и могут войти в СДУ) или куратора (контролируют результаты ухода). Например, правительство Японии пытается объединить долговременный социальный уход и медицинскую помощь в рамках ухода на уровне общины, и оценка врача общей практики требуется как часть процесса сортировки по долговременному уходу.

Некоторые страны (Исландия, Канада, США, Финляндия) используют для оценки состояния здоровья клиента, в том числе при определении его права на поддержку по уходу, многомерную методику *interRAI*;

- *единые источники финансирования оказания услуг или назначение главного распорядителя средств (изменение подходов к финансированию).*

В начале 1990-х годов Великобритания и Швеция провели реформы по интеграции финансирования СДУ. В первой стране право распоряжаться ресурсами на оказание первичной медицинской помощи и предоставление долговременного ухода, задачи которых могут пересекаться, получили муниципалитеты. Во второй стране большинство задач по финансированию долговременного ухода было передано местным органам власти. При этом в обеих странах больницы получили право запрашивать средства на оплату дополнительных расходов у местных властей в случаях, когда выписка пожилых пациентов задерживалась в связи с невозможностью обеспечить их уходом после выписки.

В странах со страховым финансированием СДУ (Австралия, Германия, Люксембург и Япония) были предусмотрены механизмы по более гибкому использованию и перенаправлению страховых выплат поставщикам тех или иных видов услуг по уходу (формальному/неформальному), в том числе родственникам, осуществляющим уход;

- *развитие сетевых форм взаимодействия поставщиков услуг ДУ.*

Сетевое взаимодействие поставщиков услуг ДУ, активно развивающееся, например, в США, с одной стороны, позволяет сохранить автономию отдельных организаций, а с другой стороны, способствует координации процесса оказания услуг. Данная модель обеспечивается контрактами между организациями, созданием общих программ, совместным планированием деятельности.

На уровне оказания услуг ДУ в разных странах существуют различные интегрированные сервисные программы, совмещающие предоставление медицинских услуг и социальных услуг по уходу (государственные и некоммерческие организации, бизнес-сообщество и проч.). Это может быть оказание медицинских и социальных услуг в рамках одного «зонтичного» объединения (например, «деревни для людей с болезнью Альцгеймера», «поселения для аутистов» или пансионаты для инвалидов-колясочников в рамках ассистированной жизни / самостоятельной жизни с медицинским и социальным сопровождением). В этом случае наблюдаются большая централизация управления и узконаправленная специализация всех медицинских и социальных услуг.

Также это может быть объединение разных организаций во временные союзы для оказания помощи / решения социомедицинских проблем, с которыми сталкиваются нуждающиеся в социальной защите и сопровождении определенные группы населения. Например, это «травматики» — ветераны войн, нуждающиеся в социализации и помощи слаженной команды медицинских специалистов, которые бы работали с последствиями их психологических и физических травм; или обеспечение сопровождения студентов-инвалидов в университете и организация их проживания в специально оборудованных для этого общежитиях.

Волонтерские группы пожилых людей (или «клубы пожилых людей») действуют или планируются к созданию в Брунее, Японии и Таиланде и могут предлагать сети поддержки, распространение медицинской информации и занятия фитнесом;

- *развитие обслуживания на дому.*

Переход к надомному обслуживанию рассматривается как одна из важных предпосылок к выстраиванию интегрированного оказания услуг ДУ. Место проживания пожилого человека становится единым местом получения им услуг по уходу.

Международная тенденция заключается также в передаче услуг, которые в настоящее время предоставляются в больницах, амбулаторным центрам или клиникам телемедицины. Этой тенденции способствует быстрое развитие информационных и коммуникационных технологий [Leichsenring, Alaszewski, 2004]. Например, в Таиланде в рамках пилотного проекта в 26 местных больницах была внедрена программа «надомного медицинского обслуживания», ориентированная на пожилых людей, живущих дома, с услугами, включая укрепление здоровья, лечение и реабилитацию. В Таиланде также были опробованы модели услуг, которые объединяют здравоохранение и социальную помощь: «Бангкокская модель» и «Интегрированные услуги здравоохранения и социального обеспечения на уровне сообществ» для тайских пожилых людей. Эти модели предполагают сотрудничество между местными властями, волонтерами и пожилыми людьми [HelpAge, 2014];

- *создание условий для обеспечения непрерывного ухода в рамках интегрированной концепции ДУ (объединяющего медицинские и социальные услуги).*

Несколько стран достигли прогресса в обеспечении непрерывного ухода (Бельгия, Германия, Испания, Финляндия) или начали процесс в этом направлении (Венгрия, Латвия, Мальта, Польша) [European Communities, 2008]. В Сингапуре в 2009 г. было создано Агентство интегрированной помощи, чтобы обеспечить ориентированную на пациента интеграцию первичной, промежуточной и долговременной помощи. Агентство действует на всех уровнях — пациента, поставщика медицинских услуг и системы — и помогает поставщикам на всех уровнях координировать свои усилия от имени пациента.

Эксперты также выделяют возможные **препятствия для интеграции** медицинских организаций и организаций социального обслуживания в СДУ, включая, например:

- риск снижения приоритетности немедицинского звена как не выполняющего жизненно важные задачи (например, при распределении ресурсов);
- снижение стимулов для профилактических мер и вытеснение «тяжелых» клиентов в медицинское звено;
- невозможность установления единых принципов оплаты услуг из-за ограниченных возможностей к снижению затрат (повышению эффективности) в немедицинском секторе.

После длительного автономного существования системы социального обслуживания и системы здравоохранения в России также взят курс на интеграцию этих систем при оказании помощи пожилому населению. Федеральный закон № 442-ФЗ заложил юридическую основу для интеграции, предписав субъектам РФ разрабатывать регламенты межведомственного взаимодействия в целях повышения качества социального обслуживания. Данные регламенты разрабатывались в регионах в конце 2010-х — начале 2020-х годов, но носили формальный характер или обеспечивали решение достаточно узких практических задач, в основном для здравоохранения (организация вакцинации и просветительских мероприятий о здоровье для пожилых людей, доставка граждан старшего возраста в медицинские организации для прохождения медицинского осмотра и проч.).

Сотрудничество системы социального обслуживания с медицинскими организациями и иными ведомствами является одним из приоритетов пилотного проекта по созданию СДУ в России. В пилотных регионах выстраиваются каналы обмена информацией о гражданах, нуждающихся в уходе. Ведется работа по созданию многопрофильных команд для обслуживания пожилых людей. На федеральном уровне предпринимаются попытки по передаче социальным работникам обязанности осуществлять наблюдение за состоянием клиентов социального обслуживания, что должно обеспечить их оперативную передачу медицинским работникам при возникновении обострений.

Решение этих задач затрудняют:

- **юридические барьеры**, не позволяющие делегировать задачи другому ведомству;
- **непонимание задач и формата междисциплинарной и межведомственной работы** при оказании помощи пожилому населению, как на региональном, так и на федеральном уровне;
- **недостаточная проработанность механизмов оплаты услуг**, оказываемых при межведомственном взаимодействии, отсутствие финансовых стимулов для совместной работы;
- **дефицит кадров**, подготовленных к работе с представителями других ведомств и профессий, а также способных координировать совместную работу.

6. ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА УХОДА

Качество оказываемых услуг является ключевым приоритетом развития и функционирования системы долговременного ухода. Повышение качества услуг — это один из признаков того, что система управляется правильно.

6.1. Качество услуг по уходу и его индикаторы

В основе обеспечения и оценки качества ухода лежит триада **А. Донабедиана** — система показателей, используемая для этих целей в здравоохранении [Donabedian, 1980]. Согласно данной концепции, оценка качества услуг проводится по трем группам индикаторов:

- 1) **структуры** (характеристики организационной структуры, а также человеческих и материально-технических ресурсов);
- 2) **процесса** (характеристики действий и взаимодействий поставщика и клиента, которые предпринимаются в ходе оказания услуг);
- 3) **результата** (показатели влияния оказания помощи на состояние здоровья пациента).

В последние два десятилетия происходит переход от понимания качества услуг ДУ в узком смысле — как изменения состояния здоровья получателей — к пониманию в широком смысле — как качества жизни клиентов системы [Vaagama et al., 2008]. При узком понимании качества услуг по уходу наполнение и оценка результатов их оказания легко определяются на основе клинических рекомендаций и протоколов по уходу за лицами с теми или иными ограничениями или за хрупкими индивидами старшего возраста.

При использовании широкого понимания качества услуг ДУ, более клиентоориентированного, возникает целый ряд методологических проблем:

- 1) необходимо **операционализовать и измерить «качество жизни»** — более сложный и многогранный концепт, по сравнению с состоянием здоровья или функциональным статусом;
- 2) необходимо **понять, в какой мере услуги ДУ обеспечивают качество жизни пожилого человека**, — разработчики методик обеспечения качества должны оперировать не только понятием «ка-

чество», но и понятием «качество жизни, обусловленное уходом» (care-related quality of life);

3) **процесс ухода** (состав услуг и результаты) все в большей степени определяется индивидуальными предпочтениями и ожиданиями потребителя, его родственников и **все в меньшей степени поддается стандартизации** (в первую очередь его немедицинский компонент).

Понятие «качество жизни, обусловленное уходом» может быть определено с помощью соответствующей теории Лоутона [Lawton, Nahemow, 1973]. В основе этой теории лежит идея соответствия индивида и окружающей среды (person-environment fit). Старший возраст определяет нарушение баланса возможностей человека (ADL/IADL) и требований окружающей среды. Для обеспечения высокого качества жизни и автономии человека чем более нарушен функционал индивида, тем более поддерживающей должна стать среда. Фактически качество ухода — это способность услуг модифицировать среду так, чтобы достичь нового баланса. Таким образом, качественные услуги по уходу обеспечивают не только поддержание здоровья нуждающегося в них индивида, но и преобразование окружающей среды под его нужды, а также способствуют повышению общей удовлетворенности жизнью и позитивному эмоциональному настрою.

Концепция, разработанная Марией Ваарама и ее соавторами (рис. 6.1), задает логику организации ухода в соответствии с нуждами потребителя. **Большое значение в предоставлении качественных услуг имеют так называемые «исходные условия» оказания помощи — потребности и возможности клиента, которые задают требования к составу и количеству оказываемых услуг, требуют от СДУ большей гибкости и разнообразия используемых стандартов.**

Также важно различать несколько групп результатов оказания помощи. Помимо конечных результатов (восприятия клиентом достигнутых изменений), оцениваются промежуточные результаты — итоги оказания помощи для представителей системы. Так называемые профессиональные результаты — это способность услуг вызывать изменения, запланированные специалистами по долговременному уходу: медицинскими и социальными работниками, реабилитологами и психологами. Управленческие результаты

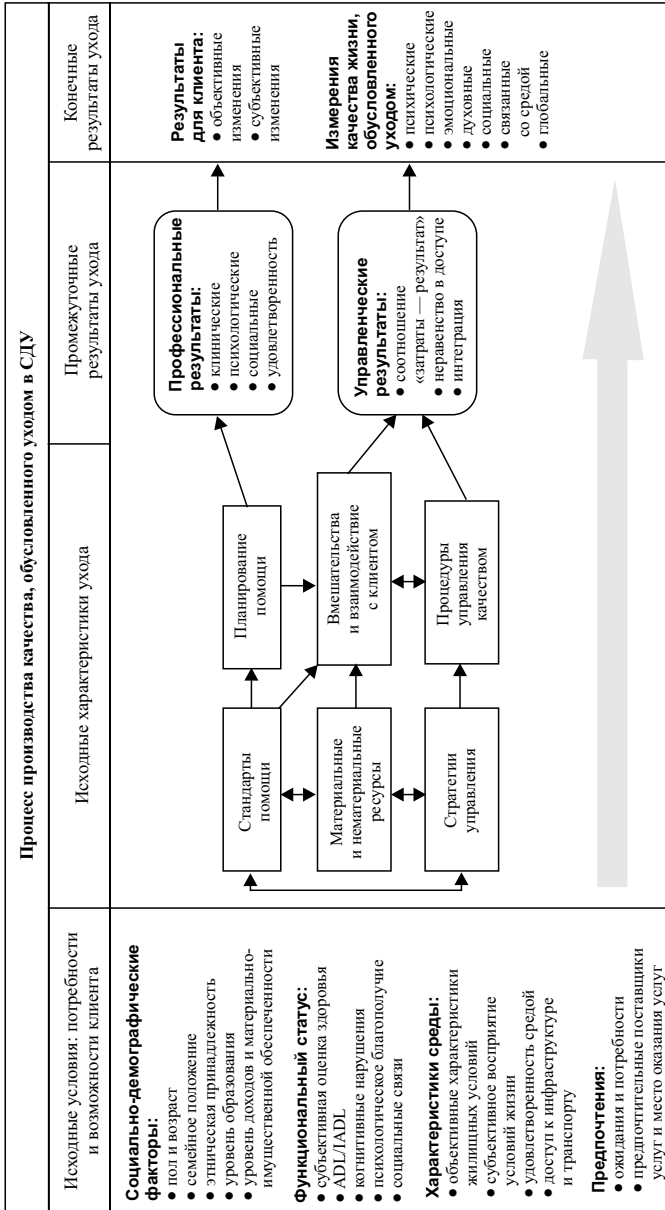


Рис. 6.1. Модель процесса обеспечения качества услуг ДУ

Источник: [Vaaranta et al., 2008].

показывают, какие затраты и эффекты системы сопровождали наблюдаемые клиентом результаты.

Рассмотрим методики отдельных стран для оценки качества услуг долговременного ухода более детально.

На вопрос: «С позиции кого, получателей услуг или профессионалов, необходимо оценивать качество долговременного ухода?» — страны пока отвечают по-разному. Так, Германия, Исландия, ряд провинций Канады, Корея, Нидерланды и США концентрируются на оценке клинических аспектов помощи, в то время как Англия и Швеция оценивают ее социальные эффекты, изменения в общих показателях качества жизни клиентов и анализируют субъективный опыт получения ими услуг по уходу. Целый ряд стран (Австралия, Англия, Канада (провинция Онтарио), Нидерланды, США, Финляндия) внедряют комплексные методики оценки качества долговременного ухода, включающие в себя как объективные индикаторы качества, так и показатели восприятия процесса потребителем.

Переход к оцениванию качества ДУ с позиции клиента также требует оценки степени интеграции услуг по уходу. Некоторые страны и регионы (Англия и Шотландия, Ирландия, Канада, Сингапур, Чехия, Швеция и Франция) проводят опросы, позволяющие оценить опыт использования населением услуг долговременного ухода, в том числе распространенность проблем, связанных с недостаточной интеграцией звеньев системы. Более объективные индикаторы степени интеграции (численность предотвращаемых госпитализаций и госпитализаций через службы экстренной медицинской помощи) до сих пор не используются [ОЕСД, European Commission, 2013].

В странах, использующих методику *interRAI* для оценки нуждаемости в долговременном уходе (Исландии, Канаде, США и Финляндии), данный инструментарий служит и оценке объективных результатов обслуживания в СДУ. Эта методика позволяет зафиксировать изменение в ходе ДУ таких параметров клиента, как функциональный статус, настроение и поведение, когнитивные способности, способность к коммуникации, состояние кожи и полости рта, диагностированные заболевания, перспективы выписки из стационарного учреждения.

В 2011 г. **Германия** отчиталась о результатах проекта по развитию и внедрению индикаторов качества предоставления услуг в

СДУ, основанных непосредственно на результатах предоставления данных услуг. В ходе реализации этого проекта было разработано множество индикаторов, основывающихся на эмпирических доказательствах, подходящих для использования внутренними службами контроля, а также верифицируемых и поддающихся сравнению среди различных объектов предоставления услуг ДУ.

Данные индикаторы отражали не только функциональные результаты оказания услуг ДУ (мобильность, способность к самообслуживанию и умение организовывать повседневную жизнь клиента) и результаты, связанные с безопасностью (например, пролежни, приобретенные во время пребывания в учреждении долговременного ухода, недоедание, частота падений), но и результаты, связанные с конкретными потребностями, а также степень взаимодействия с родственниками потребителя услуг ДУ.

В **Исландии** существует более 20 статистически стабильных индикаторов для измерения качества предоставления услуг ДУ, что говорит о высокой степени достоверности данных показателей. Такие индикаторы основаны на результатах исследования, которые определили 10 клинических показателей качества услуг. К ним относятся: падения, депрессия, использование 9 и более различных лекарств, инфекция мочевыводящих путей, потеря веса, обезвоживание, снижение ADL, пролежни и др. [OECD, European Commission, 2013].

Центры Medicare и Medicaid Services в **США** недавно выпустили версию 3.0 Минимального набора данных (Minimum Data Set) (далее — МНД), который является частью федерального мандата США для проведения клинической оценки всех людей, живущих в домах престарелых. Перед запуском версии 3.0 МНД был реализован национальный проект по повышению клинической значимости и точности оценок МНД, удовлетворенности пользователей СДУ и эффективности отчетов.

В целом МНД собирает информацию о медсестрах на основе методики interRAI и среди измеренных показателей выделяет процент пользователей услуг ДУ, чья способность выполнять определенные виды повседневной жизнедеятельности ухудшилась.

Дополнительная функция МНД, появившаяся позднее, заключается в создании набора показателей для оценки качества услуг ДУ, что потребовало некоторой модернизации списка данных по-

казателей. Так, в результате пересмотра некоторых показателей как индикаторов качества, финальная методика оценки качества услуг ДУ в США включает в себя следующие показатели: новые перемены, падения, симптомы депрессии, инфекции мочевыводящих путей, потеря веса, кормление через трубку, потеря контроля над кишечником или мочевым пузырем, пролежни [Saliba, Buchanan, 2008].

The ANCIEN project — спонсируемый ЕС проект, который сосредоточен на выработке стратегии развития системы долговременного ухода за пожилым населением в Европе. Указанный проект вобрал в себя 390 индикаторов качества предоставления услуг в СДУ 11 европейских стран. Данные индикаторы в дальнейшем были объединены в три группы: (1) организационные (институционализированное получение ухода, а также получение ухода на дому); (2) параметры качества (эффективность, безопасность, отзывчивость к нуждам пациента, возможность координации процесса); (3) параметры системы (входные данные, процесс и результаты).

Инструментарий для оценки результатов социальной помощи взрослым (Adult Social Care Outcomes Toolkit), разработанный в Англии и используемый в таких странах, как Австрия, Дания, Нидерланды и Финляндия, позволяет оценить качество жизни пожилого человека, связанное с его состоянием здоровья и качеством получаемого долговременного ухода. Инструментарий представляет собой шкалу из вопросов множественного выбора. Индивиду предлагается оценить общую удовлетворенность жизнью, ее изменение после начала получения ухода, способность контролировать различные сферы жизни, возможность следить за своим внешним видом, поддерживать личную гигиену и обеспечить себе необходимый уровень комфорта, качественное питание, достаточную безопасность и частоту социальных контактов, доступ к информации.

Если говорить об отдельных механизмах обеспечения качества услуг в СДУ, то эксперты выделяют три их вида:

1) **регулятивные (административные) инструменты**, обеспечивающие качество услуг средствами закона (правила, нормативы, стандарты и аккредитации, установленные органами государственной власти);

2) **экономические инструменты**, оказывающие влияние на характеристики услуг с помощью стимулов материального характера (доступ к государственным закупкам, субсидии и возмещение расходов, оплата услуг на основе результатов);

3) **информационные инструменты** — рекомендации и образовательные инициативы, открывающие возможности для оказания услуг на более высоком уровне, обеспечивающие доступ потребителя к информации о качестве предоставляемых услуг.

Эти группы инструментов универсальны и получили распространение в целом ряде стран, хотя их значимость в отдельной СДУ может варьироваться. Так, Великобритания с развитым рынком негосударственных поставщиков услуг активно использует регулятивные и экономические инструменты (допускает к государственным закупкам только поставщиков, соответствующих формальным требованиям и оказывающих качественные услуги, премирует поставщиков за высокое качество), а также уделяет значительное внимание распространению лучших практик (информационный инструмент). Однако описываемый контроль (в первую очередь административный) может расцениваться как избыточный и нескоординированный: разные уровни управления, от национального до муниципального, выставляют требования, которые могут противоречить друг другу или плохо сочетаться.

Примером острого дефицита контроля качества может служить СДУ Польши. Основным инструментом обеспечения качества услуг в этой стране остается выявление случаев недопустимого отношения к пожилым клиентам. Минимальные регулятивные инструменты (стандарты оказания услуг) существуют, но закрепленные требования плохо коррелируют с возможными результатами оказания услуг — они относятся к бытовым условиям проживания пожилых людей в сестринских домах. Фрагментированность этой системы дополнительно осложняет регулирование. В Польше отсутствует единая система ухода, а относящиеся к ее мандату услуги предоставляются в рамках системы здравоохранения и системы социального обслуживания.

В СДУ Швеции, располагающей значительными материальными ресурсами для развития, большое значение имеют информационные инструменты обеспечения качества. В стране поддерживается информационный онлайн-ресурс (kunskapsguiden.se), на

котором в открытом доступе публикуются материалы о передовых методах оказания услуг с подтвержденной эффективностью. Поскольку качество услуг ДУ в Швеции регулируется с помощью свободного потребительского выбора, органы власти создают условия для того, чтобы этот выбор был обоснованным: муниципалитеты публикуют объективные и сопоставимые данные о качестве услуг у различных поставщиков.

Опыт разных стран показывает, что административные механизмы позволяют задать некоторые минимальные требования к качеству ухода и обеспечить безопасность услуг для потребителей, в то время как устойчивый рост качества услуг невозможен без наличия в системе положительных стимулов и предоставления дополнительных ресурсов для поставщиков, которые обеспечиваются экономическими и информационными механизмами.

Страны мира используют целый ряд административных инструментов обеспечения качества ухода. Базовыми административными инструментами являются: (1) **процедуры лицензирования и аккредитации**, закрепляющие требования к поставщикам услуг; (2) **стандарты ухода**, утверждаемые органами управления СДУ на уровне страны или региона (они задают состав и объемы услуг, которые должны быть оказаны клиентам с теми или иными функциональными нарушениями или с тем или иным уровнем нуждаемости в долговременном уходе); (3) **процедуры управленческого учета**, позволяющие отследить соблюдение стандартов; (4) система обработки **жалоб потребителей**; (5) **проверки**, которые могут быть инициированы клиентами, не удовлетворенными качеством услуг, или ассоциациями поставщиков, осуществляющими независимый контроль; (6) **рейтинги поставщиков**, основанные на результатах проверок.

6.2. Стандарты ухода

Основным регулятивным инструментом в системе управления качеством СДУ являются стандарты услуг. Они задают состав и объемы услуг, которые должны быть оказаны клиентам с теми или иными функциональными нарушениями или с тем или иным уровнем нуждаемости в долговременном уходе. Стандарты могут относиться как к характеристикам структуры (определяются тре-

бования к минимальному уровню квалификации персонала, отношению численности работников к числу клиентов, наличию того или иного оборудования и помещений у поставщика), так и к параметрам процесса (в первую очередь к составу услуг). Эксперты отмечают, что потребность в стандартизации услуг ДУ возрастает по мере того, как все большую долю клиентов системы составляют пожилые люди, имеющие множественные проблемы со здоровьем и целый ряд разнообразных потребностей по уходу. **Повышение неоднородности услуг ДУ требует разработки стандартов, чтобы обеспечить упорядоченность процесса ухода** [OECD, European Commission, 2013].

Стандарты определяют параметры ухода, который может рассматриваться как «достаточный», «необходимый» или «качественный». При этом стандартизация: гарантирует безопасность услуг и ожидаемый позитивный эффект для здоровья потребителей, обеспечивает предоставление клиентам с идентичными потребностями равных по объемам и свойствам услуг и позволяет бороться с неравенством, дает возможность избежать необоснованных расходов и увеличивает эффективность использования ресурсов.

Активно используемые в системе здравоохранения и в СДУ клинические рекомендации и протоколы только начинают разрабатываться и внедряться. Сейчас они часто носят не обязательный, а рекомендательный характер.

Примером активного регулирования состава услуг ДУ являются клинические протоколы в СДУ стран⁴⁵, использующих для оценки нуждаемости и результатов ухода методику interRAI. Каждый протокол, основанный на результатах научных исследований, экспертных мнениях врачей и специалистов по уходу, а также на результатах применения interRAI у индивидов с данной проблемой, включает в себя:

- 1) описание клинических проявлений и негативных аспектов жизни клиента, на устранение которых направлен протокол;
- 2) данные об эпидемиологии — распространенности проблемы в популяции;
- 3) задачи ухода при наличии проблемы у клиента;

⁴⁵ Методика interRAI и клинические протоколы используются в Исландии, Испании, Италии, Канаде, США и Финляндии.

- 4) индикаторы методики interRAI, которые позволяют выявить данную проблему и отслеживать ее выраженность;
- 5) рекомендации по планированию ухода при наличии проблемы;
- 6) список публикаций, из которых можно почерпнуть дополнительную информацию о проблеме.

В табл. 6.1 представлен список клинических протоколов для надомного ухода — перечень проблем со здоровьем, на решение которых направлены услуги.

Таблица 6.1. Список клинических протоколов по надомному уходу, применяемых в рамках методики оценки interRAI

Клинические проявления	Функциональный статус
Падения	Стимулирование физической активности
Боль	Инструментальные активности повседневной жизни (IADL)
Пролежни	Активности повседневной жизни (ADL)
Кардиореспираторные состояния	Оптимизация домашней среды
Недостаточное питание	Институциональный риск
Обезвоживание	Физические ограничения
Питание через трубку	Когнитивные/ментальные нарушения
Профилактика	Снижение когнитивных способностей
Лекарственная терапия	Делирий
Употребление алкоголя и табака	Коммуникация
Недержание мочи	Настроение
Нарушение контроля опорожнения кишечника	Поведение
	Оскорбления
	Социальная жизнь
	Социальная активность
	Неформальный уход
	Социальные связи

Источник: [OECD, European Commission, 2013, p. 101].

Описанные выше клинические протоколы позволяют регламентировать состав услуг при тех или иных нарушениях у клиента. Однако, как показал анализ услуг ДУ в странах, использующих interRAI, и их получателей, стандарты не гарантируют полного совпадения состава услуг в разных СДУ [OECD, European Commission, 2013]. **Эксперты считают, что при формировании реальных наборов услуг, предоставляемых гражданам с тем или иным уровнем нуждаемости в уходе, службы СДУ полагаются не только на клинические рекомендации, но и на финансовые возможности системы.**

В Великобритании утверждены только минимальные требования к качеству услуг для входа на рынок, в то время как поставщики, находящиеся в состоянии конкуренции и предлагающие услуги значительно более высокого качества, фактически не имеют единых ориентиров для своей работы. Некоторые страны (например, Испания и Франция) выявляют и предлагают поставщикам лучшие практики ухода, внедрение которых не является строго обязательным.

В Японии общенациональные рекомендации к качеству услуг отсутствуют, поэтому каждый поставщик услуг разрабатывает собственные схемы обслуживания. Объем средств, выделяемых на обслуживание клиента с тем или иным уровнем спроса на уход, регламентируется национальной методикой оценки нуждаемости в уходе. Но то, на какие услуги поставщик потратит эти средства, определяет он сам.

6.3. Международный опыт регулирования деятельности поставщиков услуг по долговременному уходу

Специальное регулирование по защите прав получателей социальных услуг по ДУ и регламентация деятельности поставщиков социальных услуг в СДУ в зарубежных странах различаются. В ряде стран с СДУ такое специальное регулирование не установлено именно для долговременного ухода и применяются общие нормы социального обслуживания. Некоторые страны (Германия, Люксембург, Португалия) имеют такие требования и законодательные нормы, которые соответствуют качественным характеристикам, критериям социального обслуживания для пожилых людей. Контроль за обеспечением качества услуг может осуществ-

вляться на национальном или региональном уровне; зачастую контроль осуществляется особой, независимой от правительства организацией: в Люксембурге такую функцию выполняет Государственный офис оценки и мониторинга страхования по долговременному уходу (State Office for Assessment and Monitoring of the long-term care insurance / Administration d'évaluation et de controle), в Португалии — Национальная сеть продолжительного и интегрированного ухода (The National Network for Continued and Integrated Care) [Ces, Coster, 2019]. В Германии определена ответственность разных участников СДУ за качество: фондов СДУ (The Lander), отвечающих за доступность средств ухода и инфраструктуры ДУ; муниципалитетов и провайдеров ДУ (включая неформальных помощников по уходу). Страховые фонды (государственные или частные) обязаны проводить аудит качества в СДУ и публиковать его результаты как минимум один раз в год [Ces, Coster, 2019].

Регулирование требований к ДУ, гарантиям его качества в рамках медицинского и социального секторов может осуществляться на национальном уровне (Чехия, Испания, Финляндия, Франция, Венгрия, Ирландия, Люксембург, Латвия, Мальта, Португалия), иногда с дополнительным локальным регулированием (Испания, Литва, Эстония). В других странах (Австрия, Бельгия, Дания, Швеция) гарантия качества социальных услуг по ДУ в основном регулируется на региональном или муниципальном уровне. В этой связи возникает вопрос региональных различий в предоставлении социальных услуг по ДУ, т.е. в основном когда предоставление и гарантия качества таких услуг децентрализованы (Эстония, Швеция, Дания). В США федеральное законодательство гарантирует специальные права для проживающих в отдельных учреждениях, в то время как законы штатов определяют права для граждан со вспомогательным проживанием и надомным уходом.

Качество средств ухода в СДУ часто регулируется отдельно для социального обслуживания и медицинского обслуживания (например, в Бельгии, Чехии, Эстонии, Франции, Венгрии, Литве, Польше, Словении, Швеции и Словакии). В этих странах отдельные рамки качества применяются для указанных секторов с разными принципами качества, методическими рекомендациями, требованиями и стандартами. Например, в Польше рамки качества регулируются для частных и государственных медицинских

услуг общими правилами для медицинского обслуживания, а также стандартами относительно оборудования и мониторинга в системе здравоохранения для получающих надомный и стационарный ДУ (residential care) [Ces, Coster, 2019].

Рекомендации ОЭСР по предоставлению качественных услуг ухода предусматривают в качестве одного из механизмов — лицензирование и/или аккредитацию поставщиков социальных услуг. Необходимо подчеркнуть, что процесс лицензирования сопровождается процедурами обязательной отчетности и требованиями раскрытия информации. Появление открытых данных позволяет регулятору и всем заинтересованным лицам анализировать деятельность провайдеров в различных срезах, включая формирование бенчмарков экономических показателей, рейтингов и рэнкингов качества жизни подопечных и качества оказываемых услуг. Доступная и прозрачная информация является основой для принятия гражданами взвешенных решений по выбору провайдера, исходя из собственных предпочтений и финансовых возможностей. Государства создают и поддерживают системы «одного окна», позволяющие потенциальному получателю услуг оценить свое состояние и выбрать оптимальную форму социального обслуживания, получить информацию о стоимости услуг и возможности получения государственной финансовой поддержки.

Большинство стран Европейского союза обеспечивают гарантии прав получателей услуг и качества СДУ через установку стандартов и требований, т.е. сертификацию, аккредитацию и применение экономических стимулов. В процессе регистрации поставщиков социальных услуг по ДУ применяются обязательные минимальные требования, которые включают структурно-ориентированные стандарты по инфраструктуре, зданиям, безопасности, гигиене, питанию и рабочей силе (доли сотрудников по категориям, их квалификация, образование). Дополнительные требования могут также включать процесс-ориентированные или результат-ориентированные стандарты (последние менее применимы на этапе начала деятельности поставщиков ДУ). Требования значительно варьируются исходя из типа оказываемого ДУ: надомный или стационарный уход (residential care). Стационарный социальный уход регулируется, как правило, жестче. Для социальных услуг на дому требования при сертификации поставщиков ДУ

значительно варьируются по странам. Некоторые страны (Кипр, Ирландия, Португалия) применяют ограниченные стандарты для ДУ на дому, другие (Австрия, Бельгия, Чехия, Дания) — устанавливают более комплексные требования для надомного ухода. Применение минимальных стандартов в СДУ и регулирующего контроля позволяет преодолеть слабые стимулы к повышению качества ухода в отдельных учреждениях и неспособность поставщиков к саморегулированию [Stancanelli, 2015].

Для гарантии прав получателей услуг ДУ и регламентации деятельности поставщиков таких услуг в зарубежной практике применяются набор установленных стандартов при процессе регистрации (Дания, Латвия, Великобритания) или схемы аккредитации (Бельгия, Испания, Ирландия, Люксембург, Литва, Мальта, Нидерланды, Румыния). Требуемые стандарты, включающие регистрацию или аккредитацию, в основном являются структурно-ориентированными.

В **Великобритании** решение об открытии нового стационара долговременного ухода принимается специальным органом — Комиссией по качеству обслуживания, которая на этапе регистрации поставщиков ухода оценивает различные критерии по безопасности, продуктивности, внимательности, способности персонала работать с уязвимыми категориями населения, достаточности финансовых ресурсов и т.д.

В **Люксембурге** требования к аккредитации поставщиков услуг по уходу определены в законодательстве и относятся к квалификации сотрудников, инфраструктуре, документации, открытым дням, наличию концепции поставщика.

Для открытия нового стационарного учреждения СДУ во **Франции** необходимо, чтобы помещение соответствовало требованиям, предъявляемым к зданиям по классу ERP (учреждение, принимающее население) типа J (обслуживание престарелых и/или инвалидов). Этот статус обязывает помещение соответствовать очень строгим стандартам безопасности в случае пожаров, стихийных бедствий и эвакуации. Кроме того, существует требование, согласно которому помещение должно быть полностью доступно для людей с ограниченными физическими возможностями. Законодательством предусмотрены регулярные проверки безопасности комиссией, в состав которой входят мэр города, пожарный,

представитель территориального органа соцзащиты, сотрудник жандармерии и представители ассоциаций по защите инвалидов. По итогам проверки формируется отчет, на основании которого принимается решение об открытии и продолжении работы учреждения.

В Литве лицензионные требования к учреждениям СДУ не зависят от их формы собственности (государственные, частные или некоммерческие), но различаются для помещений постоянного и временного проживания (residential care homes, nursing homes, day-care centers). Стандарты включают нормы для размещения, питания, прав получателей услуг, квалификации сотрудников, планов ухода и др. Качество социального обслуживания проверяется каждые 5 лет (минимальный период). Право предоставлять медицинские услуги в учреждениях СДУ лицензируется отдельно Агентством по государственной аккредитации в здравоохранении (The State Healthcare Accreditation Agency) и переподтверждается также каждые 5 лет.

Меры по контролю качества могут включать два типа оценивания с разными целями: (1) самооценка поставщиков услуг для внутреннего улучшения качества (Болгария, Чехия, Финляндия, Венгрия, Латвия); (2) внешние оценки путем привлечения независимых организаций для определения соответствия используемым стандартам качества, обычно включающие запланированные (или внеплановые) проверки. Содержание таких оценок в рамках контролируемых процедур может различаться и включает: отражение показателей по процессам или результатам оказания услуг ДУ, жалобы получателей услуг, а также соответствие структурно-ориентированным требованиям (к квалификации работников, полноте записей по получателям услуг, ведению документации). В случае несоответствия социальных услуг по ДУ, предоставляемых поставщиками услуг их получателям, накладываются санкции, которые могут варьироваться согласно уровню выявленного несоответствия. Такие санкции могут включать прекращение действия аккредитации, остановку финансирования или применение штрафов.

В ряде стран (Чехия, Финляндия, Ирландия, Латвия) у получателей услуг ДУ есть право обращаться к омбудсмену с жалобами на некачественное предоставление таких услуг. Проверки соответ-

ствия предоставляемых услуг стандартам качества и применение санкций являются первым этапом для обеспечения гарантии прав получателей социальных услуг по ДУ на качественное предоставление таких услуг. В случае обслуживания на дому качество ДУ проверяется через получателей ухода или их родственников [Ces, Coster, 2019]. Навещающие родственники и друзья также привлекаются для проведения регулярных оценок услуг ДУ, оказываемых в учреждениях. В мониторинге услуг ДУ используются оценки, получаемые от участников программ опеки в СДУ [Stancanelli, 2015]. Значимым дополнением к обеспечению гарантии прав получателей социальных услуг по ДУ и регламентации деятельности поставщиков этих услуг выступают их добровольные инициативы, такие как добровольная сертификация качества. Наряду с обязательными требованиями, поставщики услуг ДУ могут на добровольной основе пройти сертификацию. Во Франции применяют различные процедуры оценок (отметок) качества: «service commitment» и «homecare services» для социальных услуг, а также «health care user rights» для медицинских услуг. В Бельгии (во Фландрии) интегрированная система качества для СДУ в учреждениях для постоянного или временного проживания сосуществует с формальным аккредитационным процессом PREZO Woonzorg (PREstaties in de Zorg in Dutch). В Литве некоторые показатели в социальном сервисе ДУ могут выбираться как обязательства для соответствия требованиям EQUASS. Процесс EQUASS-сертификации является инициативой Европейской платформы для реабилитации, нацеленной на развитие постоянного обучения и усиление качества в секторе социального обслуживания [Ces, Coster, 2019].

6.4. Передача услуг по уходу на аутсорсинг коммерческим и некоммерческим организациям

Средства населения остаются основным источником финансирования долговременного ухода, а частная неформальная помощь — основным каналом предоставления таких услуг: во многих развитых странах до 70–80% всего ДУ оказывается в семьях [Oesterle, Rothgang, 2010]. Средства населения включают: соплатежи за государственные услуги по уходу; доходы или личные сбережения, затрачиваемые на обеспечение ухода в неформальной форме;

взносы на частное медицинское страхование (если оно может быть использовано на социальное обслуживание) либо отчисления на социальное страхование ДУ или частное страхование ухода, роль которого в большинстве стран остается очень ограниченной; неоплачиваемый труд членов семьи человека, нуждающегося в уходе [Oesterle, Rothgang, 2010; European Communities, 2008].

Экономические инструменты обеспечения качества определяют позитивное, но несколько неоднозначное влияние передачи ухода на аутсорсинг на характеристики услуг.

В последние десятилетия в рамках новой парадигмы государственного управления, основанной на разделении задач между государственными и частными структурами (часто называемой «новым подходом к государственному управлению»), **правительства многих стран ОЭСР отдают предоставление профессиональных услуг в сфере долговременного ухода на аутсорсинг государственным или частным организациям (коммерческим и некоммерческим)** [Genet et al., 2012]. При этом роль правительства заключается в разработке политики, обеспечении финансирования и надзоре за реализацией таких услуг. Считается, что эта **новая парадигма призвана улучшить качество социальных услуг различными способами: сделать систему предоставления услуг более инновационной, гибкой и отзывчивой к потребностям клиентов, а социальные услуги — более экономически эффективными.**

Аутсорсинговое предоставление услуг создает квазирынок с треугольной системой, состоящей из государственного подрядчика, частного поставщика услуг и обслуживаемого лица. В отличие от обычных рынков, здесь существует разделение между государственным подрядчиком и системой поставщиков услуг, которая может включать как частные, так и государственные и некоммерческие организации. Различные поставщики услуг отбираются и заключают контракты с государственным подрядчиком, а затем выбираются клиентами, которые могут свободно определять предпочтительных поставщиков услуг (или, по крайней мере, имеют право голоса, выражая свою удовлетворенность качеством услуг), что создает рыночную конкуренцию.

Пользователи могут получить возможность выбирать поставщиков услуг или наделяться покупательной способностью благодаря денежным переводам или ваучерам. Например, в Дании

муниципалитеты обязаны предоставлять потребителям услуг ДУ на дому выбор частных поставщиков таких услуг. В Норвегии с аналогичной целью для тяжелых инвалидов был введен институт личного ассистента, который помогает потребителю услуг сделать выбор. Кроме того, с целью усиления конкуренции в Норвегии и Финляндии ввели специальные ваучеры на приобретение услуг долговременного ухода (реализация принципа «деньги следуют за потребителем») и требование конкурентного отбора поставщиков услуг на основе тендера [Genet et al., 2012]. В Австрии, Великобритании, Германии, Ирландии, Испании, Италии, Нидерландах, Финляндии, Франции и Швеции введены программы выплаты денег на приобретение услуг по уходу (cash-for-care), также направленные на увеличение прав потребителей и возможностей их выбора. Во Франции выплата денег на социальные услуги заменила предоставление услуг в натуральной форме, тогда как в Ирландии они дополняют натуральные услуги.

Как для государственных, так и для частных провайдеров услуг система финансирования устанавливает уровень ресурсов, доступных для оказания помощи, что в значительной мере определяет качество возможного ухода. Частные поставщики услуг домашнего ухода работают в рамках бюджетов, определяемых или в виде некоторой фиксированной суммы на день (в Бельгии), или в форме платежа за предоставляемый набор услуг на дому (Ирландия). В Ирландии различные типы поставщиков услуг используют разные схемы финансирования, что приводит к неравной конкуренции [Genet et al., 2012]. **Для частных поставщиков услуг угроза прекращения участия в программе государственного финансирования является основным механизмом принуждения к решению проблемы низкого качества медицинской помощи.**

Несовершенство рынка является типичной проблемой такого квазирынка, как сектор услуг по уходу за престарелыми. Например, по мере того как частный сектор все активнее вовлекается в предоставление услуг по уходу, возникают опасения по поводу качества этих услуг, для оценки которого у потребителей услуг или членов их семей может не хватать информации или знаний. Простого установления базовых потребительских стандартов зачастую оказывается недостаточно в секторе, где рыночные силы не обеспечивают качество и безопасность и где пожилые люди и их семьи

являются потребителями, лишенными прав. Для преодоления рисков, связанных с провалами рынка, правительства применяют инструменты регулирования рынков, такие как заключение контрактов, аккредитация поставщиков, стандарты услуг и мониторинг. Четко сформулированная государственная стратегия представляет собой набор инструментов для определения характеристик системы предоставления услуг по уходу за пожилыми людьми и решения ее конкретных задач, включая повышение качества, комплексное предоставление услуг, поощрение инновационных подходов, обеспечение национальных стандартов, справедливость предоставления услуг и сдерживание расходов. При этом важно обеспечить хорошую коммуникацию и взаимодействие не только между уполномоченным государственным органом как заказчиком и подрядчиком, предоставляющим услуги по долговременному уходу, но и между различными государственными и частными учреждениями для обеспечения непрерывности ухода и интеграции предоставляемых медицинских и социальных услуг. Роль государства жизненно важна в обеспечении качества, безопасности и «бесшовного» предоставления долговременного ухода не только посредством установления минимальных стандартов, но также путем предоставления информации и механизмов рассмотрения жалоб, обучения, установления профессиональных стандартов, проведения проверок и обеспечения соблюдения стандартов. Последовательность в реализации принципов ГЧП и аутсорсинга услуг в сфере долговременного ухода требует постоянного совершенствования качества и возможностей государственного управления. От органов государственной власти требуется больше, чем просто организация государственных закупок, начиная с формирования и определения рынка и заканчивая управлением рынком, мониторингом и улучшением общих показателей социального обслуживания и долговременного ухода. Все этапы процесса требуют активных и продуманных действий со стороны государства [Campbell, 2014].

В результате в настоящее время в большинстве европейских стран хорошо развит сектор социальной экономики («третий сектор», частные, неправительственные и благотворительные организации), а в некоторых странах такие организации являются основными поставщиками услуг по уходу за пожилыми людьми, хотя сочетание коммерческих и некоммерческих услуг различается по странам.

Например, некоммерческие поставщики услуг играют значительную роль в таких странах, как Германия и Австралия; в последней особая роль принадлежит религиозным некоммерческим организациям. В Англии в начале 1980-х годов большинство домов престарелых находились в государственной собственности, а услуги на уровне общины были ограничены. Однако сегодня подавляющее большинство поставщиков услуг социального ухода для взрослых работают в частном секторе [Malley et al., 2014]. Исключением являются страны Северной Европы, где местные муниципалитеты предоставляют значительную долю услуг напрямую.

Хотя увеличение числа негосударственных поставщиков услуг ДУ и развитие рынков услуг по уходу наделяют потребителей определенной властью (неудовлетворительное качество услуг может заставить их отказываться от услуг недобросовестного поставщика, переходя к тому, кто оказывает более качественные услуги), эксперты призывают не полагаться полностью на данный рыночный механизм. Исследования показывают, что клиенты СДУ, в особенности со значительными ограничениями, и их родственники не слишком активно пользуются предоставленным правом. Выбор поставщика услуг по уходу обычно делается в стрессовых ситуациях и в условиях жестких временных ограничений. А выбрав однажды поставщика, потребители не стремятся заменить его, даже если качество услуг не является высоким: для лиц с ограничениями такое переключение может означать непосильные изменения [European Commission, 2018].

Но для того, чтобы рыночные механизмы обеспечения качества работали, необходимо, чтобы между поставщиками существовала конкуренция, — у потребителя действительно должен быть выбор между тем или иным поставщиком. В России, осуществляющей поддержку негосударственных поставщиков социальных услуг и ухода, эффективность данной меры будет невысокой, пока число негосударственных поставщиков, готовых работать на условиях государственного заказа и субсидирования, будет оставаться небольшим.

7. НОВЫЕ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ СДУ

7.1. Роль технологий в СДУ

Современные технологии позволяют улучшить качество жизни и автономность людей с дефицитами в самообслуживании, тем самым снизив их потребность в посторонней помощи и уходе, а также повысить доступность посторонней помощи за счет использования дистанционных технологий.

В первую крупную категорию можно включить **средства, основанные на информационных и коммуникационных технологиях**, позволяющие повысить безопасность передвижений людей с дефицитами в самообслуживании и оказывать им помощь дистанционно.

- *Устройства, определяющие геолокацию.* Например, во Франции для людей с ограничениями в автономности разработаны специальные технические средства, которые помогают осуществлять дистанционный надзор за ними и оказывать им дистанционную помощь. Действие такого оборудования основано на определении геолокации пожилого человека. В случае опасности для него или в другой нестандартной ситуации дистанционно происходит подача сигнала тревоги в органы, осуществляющие надзор. Такие технические средства в основном используются для людей с деменцией и болезнью Альцгеймера. На оплату этих технических средств, которые приобретаются по запросу и согласованию с родственниками пожилого человека, идет часть социального пособия по уходу.

- *Устройство, которое подает сигнал, если пожилой человек выйдет за безопасный для него периметр.* Данное устройство состоит из двух частей: базы (в одном экземпляре) и ограничителей (их может быть несколько), расставляемых по всему периметру территории, на которой находится пожилой человек. Ограничители передают сигнал на базу, если человек выходит за пределы обозначенного периметра, а база, в свою очередь, подает сигнал на городской пульта. Сигнал подается на общий городской пульт (центральный пульт находится в Париже), а затем передается в организацию, курирующую пожилого человека, и на место события выезжают ответственные работники. Данное устройство используется для

людей с глубокими ментальными отклонениями (например, с болезнью Альцгеймера), которые не вполне осознают свои действия, могут выйти из дома и потеряться. Часто такими системами оборудуют дома престарелых.

- Для людей с менее глубокими когнитивными и ментальными отклонениями (с легкой формой деменции), которые самостоятельно передвигаются по городу, но между тем иногда не могут самостоятельно найти обратную дорогу, если попадают в незнакомую обстановку, существуют *специальные телефонные аппараты с тревожной кнопкой*. Такие телефоны подключены к системе геолокации. Если пожилой человек уйдет в незнакомое место и забудет дорогу домой, то, воспользовавшись тревожной кнопкой, он свяжется с ответственным работником, который сможет определить его местоположение и принять соответствующие меры (забрать его из незнакомого места или объяснить дорогу домой). Помочь пожилому человеку и нажать тревожную кнопку в случае необходимости может прохожий или полиция.

- Самый простой и самый распространенный способ помощи одиноко проживающим пожилым людям, передвигающимся самостоятельно по дому, но не выходящим за его пределы, — это *специальный браслет, на котором есть тревожная кнопка*. Браслет всегда находится на руке пожилого человека, и в экстренных случаях он нажимает тревожную кнопку, в результате чего происходит связь с социальным работником (сигнал идет на базу), который выясняет, что случилось, и оказывает требуемую помощь. Разновидностью таких специальных браслетов является так называемый *браслет от падения*, который поможет пожилому человеку вызвать помощь в случае падения или в любых других экстренных ситуациях.

- *Умная трость* с функциями навигации и мониторинга состояния здоровья имеет множество датчиков, благодаря которым человеку через динамик поступает обратная связь о ходе движения — для предотвращения падений. Кроме того, собранная информация через беспроводную сеть передается физиотерапевту [Goher, Fadlallah, 2020].

- Для людей с начальными признаками ментальных расстройств снаружи дома устанавливается небольшой сейф, в котором хранится запасной ключ от дома. В случае, если пожилой человек потеряет свой ключ или забудет его где-нибудь (например,

оставит дома), социальный работник, зная специальный код, сможет открыть ему дом и предоставить дополнительный ключ.

Вторая крупная категория ассистивных технологий и устройств, используемых в сфере ухода, включает **средства, позволяющие автоматизировать управление жильем**. К таким средствам относятся различные современные системы, помогающие обеспечить пожилым людям комфортное проживание, например:

- установка автоматических жалюзи, если человеку уже трудно делать это вручную;
- установка специального оборудования (например, настенное душевое сиденье, приспособления для туалета, электрический лестничный подъемник и т.д.);
- адаптация освещения во избежание риска падения (автоматическое включение при движении, световой путь);
- другие работы по адаптации жилья (например, установка душевой кабины, противоскользящие ступени, нескользящий пол и т.д.);
- оборудование домов специальными детекторами дыма, которые передают информацию в организацию, курирующую пожилого человека, в случае задымления помещения.

Также можно выделить категорию устройств, которые направлены на **расширение функциональных возможностей (в первую очередь на увеличение мышечной силы) пожилых людей или лиц, осуществляющих уход за ними**:

- гибридная вспомогательная конечность (Hybrid Assistive Limb) поясничного типа (экзоскелет), которая позволяет лицам, осуществляющим уход, поднимать и перемещать пациентов, например, с кровати на стул, в ванну;
- сервисные роботы (НОВВИТ, RiSH, Robot-Era, RAMCIP), используемые в основном в качестве помощников для пожилых людей в домашних условиях [Cifuentes, 2020];
- гаджеты для контроля отдельных симптомов (например, ложка, фиксирующая дрожание руки у страдающих болезнью Паркинсона и компенсирующая его с помощью специального электрического устройства).

Информационные технологии используются также для осуществления **наблюдения за пожилыми людьми и контроля за их нежелательными действиями** — например, за пропусками в приеме медикаментов [Ferra.ru, 2014; Сноб, 2018].

Наконец, современные технологические разработки позволяют **поддерживать настроение и ментальное здоровье пожилых людей**. В качестве примера можно привести социально-ассистивный робот PARO (Socially assistive robot PARO) — интерактивный робот, разработанный компанией AIST, Япония. PARO позволяет использовать преимущества зоотерапии для пациентов больниц и учреждений расширенного ухода, куда затруднен доступ животных. Терапевтический робот оказывает психологическое воздействие, положительно влияя на расслабление и мотивацию, снижает уровень стресса у пациентов и лиц, осуществляющих уход, и стимулирует их взаимодействие, таким образом улучшая социализацию.

Компенсируя дефициты пожилых людей в самообслуживании и облегчая уход за данной группой населения, информационные технологии расширяют возможности для «старения на месте», в привычной для пожилого человека среде, а также для деинституционализации ухода.

Кроме того, информационные технологии позволяют повысить качество долговременного ухода. Это утверждение справедливо как для современных IT-разработок, которые позволяют качественно изменить долговременный уход за счет дистанционного наблюдения за нуждающимися в уходе или компенсировать их дефициты в самообслуживании, так и для информационных систем, обеспечивающих выполнение вполне рутинных задач СДУ: управленческого учета оказываемых услуг, передачи информации о нуждающихся в уходе и их состоянии (для формирования программы ухода или оценки ее результатов). В экспертных публикациях о развитии современных СДУ мы найдем скорее информацию о первом, более современном виде технологий, которые могут быть востребованы и в России — правда, лишь отдельными, наиболее обеспеченными получателями. Однако важно понимать, что **не менее востребованы в нашей стране и технологии второго вида, получившие широкое распространение в СДУ развитых стран, но только планируемые к внедрению в России.**

7.2. Влияние пандемии коронавируса на развитие СДУ

Одно из главных последствий пандемии для надомного ухода — **снижение его доступности: как со стороны спроса (отказ от получения**

услуг из-за страха заразиться), так и со стороны предложения (сокращение числа социальных работников, закрытие полустационарных учреждений ухода, ограничение возможностей соседской заботы). По данным ОЭСР, после наступления пандемии коронавируса в июне — августе 2020 г. многие пожилые получатели услуг ухода на дому боялись риска заражения от поставщиков услуг и воздерживались от необходимой помощи. По данным SHARE, в среднем по 15 странам ОЭСР доля таких отказов составила порядка 30%, наибольшая доля была зафиксирована в Греции (около 50%). Получатели надомного ухода в тех же 15 странах ОЭСР отмечали в этом обследовании, что не все сотрудники, предоставляющие услуги ухода, носили средства защиты в III кв. 2020 г. (от 50% в Польше до 90% в Испании [OECD, 2020]).

Оценить статистику заболеваемости и смертности от коронавируса среди получателей надомного ухода почти не представляется возможным. Среди редких и поэтому особенно ценных исключений — данные по первой волне пандемии, опубликованные в 2020 г. в Австралии и Швеции: по состоянию на 18 мая в Австралии были зафиксированы 3 смерти из 99 случаев заражения нуждающихся в уходе; по состоянию на 22 июля в Швеции 25% смертей от коронавируса было обнаружено среди получателей надомного ухода, финансируемого государством [ASPE, 2020].

Тем не менее **в начале развития пандемии коронавируса в странах Европы и Северной Америки превентивные меры по защите здоровья лиц старшего возраста касались в первую очередь тех, кто проживает дома.** Так, правительство Австралии разработало рекомендации для поставщиков надомного ухода, работающих в условиях распространения пандемии, и регулярно обновляет их в соответствии с изменяющимися условиями. Согласно этим рекомендациям, поставщик услуг не может прекратить осуществление ухода ни при каких условиях, если получатель услуг нуждается в них, так же как и диагностирование у клиента коронавирусной инфекции. Для таких случаев в Австралии действует грант для поддержки поставщиков услуг (Australian Government, Department of Health). Похожие рекомендации также разработаны в Великобритании [GOV.UK, 2020a] и ряде других стран.

Рискам распространения коронавируса в домах престарелых уделялось меньше внимания. Учитывая особенности организации ухода за

такими людьми (совместное проживание и прием пищи, входящий персонал и т.п.), **отсутствие системного подхода обернулось быстрым распространением вируса**. Имеющиеся данные показывают, что ввиду структурных проблем большинство стран были плохо подготовлены к реагированию на пандемию в секторе долговременного ухода [LSE, 2021]. И поскольку пациенты домов престарелых — преимущественно люди с множеством заболеваний, смертность в этих организациях стала вносить существенный вклад в общую смертность от коронавируса.

Учет смертей от коронавирусной инфекции в институциональных учреждениях затруднен, так как в большинстве стран нет таких данных в открытом доступе. Тем не менее, **по оценкам экспертов Лондонской школы экономики, вклад смертности в домах престарелых после первой волны пандемии (по данным 26 стран, среди которых преобладают страны с высоким уровнем развития) в общую смертность от коронавируса составлял в среднем 47%, достигая в ряде стран (Гонконг, Иордания, Мальта) 80%** [Mortality associated with COVID-19..., 2020]. Принятие мер по улучшению ситуации, о которых речь пойдет ниже, позволило сократить смертность в учреждениях СДУ в последующие волны пандемии. И все же, согласно публикациям Лондонской школы экономики (по данным исследования 22 европейских и других развитых стран), по состоянию на 26 января 2021 г. 41% смертей от коронавируса приходился на людей, проживающих в домах престарелых [Mortality associated with COVID-19..., 2021].

В разрезе отдельных стран, по данным Лондонской школы экономики, на начало мая 2020 г. наибольший процент смертности от коронавируса в общем показателе смертности наблюдался в домах престарелых в Канаде (62%), Ирландии (60%), Норвегии (60%), Франции (51%) и Бельгии (53%). По состоянию на конец января — начало февраля 2022 г. соотношение смертей от коронавируса изменилось: в Канаде снизилось до 44%, в Ирландии — до 9%, во Франции — до 34%, в Бельгии — до 39%. Наибольшая доля смертей наблюдалась в Швеции (64,2%), Словении (58,2%) и Нидерландах (48,8%) (рис. 7.1).

В США за январь 2022 г. было зафиксировано 12,9 случая заражения коронавирусом среди постояльцев домов престарелых на 100 человек и 0,33 смерти от коронавируса на 100 человек. Наиболее высокий уровень смертности от заболевания наблюдался в

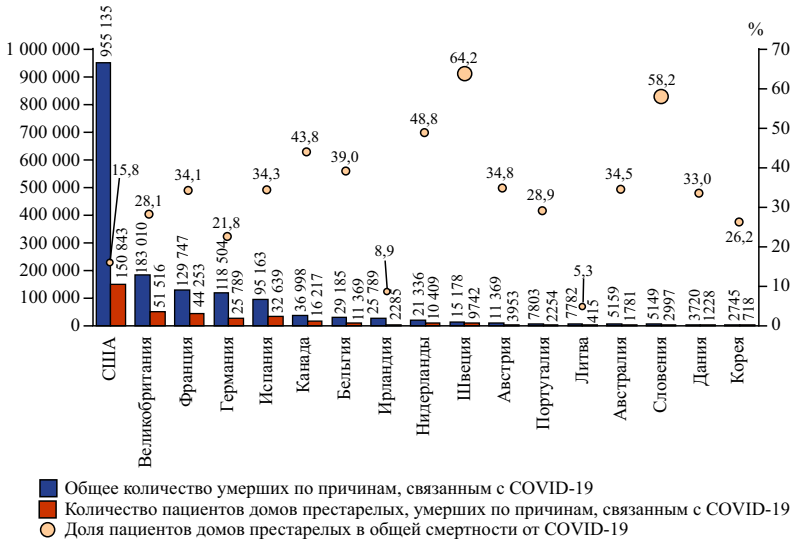


Рис. 7.1. Процент смертности в домах престарелых в общей смертности от коронавируса по странам

Источник: [LTC Responses to COVID-19, 2022].

учреждениях США в декабре 2020 — январе 2021 г., при этом заболеваемость от штамма «Омикрон» в январе 2022 г. превысила показатели второй волны пандемии. Среди штатов США по смертности людей, находящихся в учреждениях СДУ, выделяются Огайо (0,62 на 100 человек) и Невада (0,57 на 100 человек) [AARP Public Policy Institute, 2022].

В Нидерландах за февраль 2022 г. случаи коронавируса были зафиксированы в половине домов престарелых, а именно в 1242, что на 9 меньше, чем было в предыдущем месяце [Rijksoverheid, 2022].

Среди **основных причин быстрого развития критических ситуаций в учреждениях долговременного ухода** можно отметить:

- 1) **контакты пациентов** с обслуживающим персоналом и родными, которые оказались вирусоносителями;
- 2) **заражение пациентов во время экстренных и плановых госпитализаций** в медицинские учреждения;

3) **быстрое распространение вируса в закрытом пространстве** учреждения;

4) **позднее выявление случаев заболевания**, в том числе из-за бессимптомного течения у носителей коронавируса⁴⁶, а также из-за дефицита сотрудников [Diamantis et al., 2020; Van Houtven, Boucher, Dawson, 2020];

5) **преклонный возраст пациентов домов престарелых** и сопутствующие хронические заболевания, которые стали дополнительными фактором повышенной смертности.

Зарубежные исследования и доклады международных организаций выделяют следующие **вызовы, с которыми сталкивались учреждения СДУ в ходе пандемии**. Прежде всего, это **дефицит медицинских кадров и повышенная нагрузка**, психологические сложности работников данной сферы [Badone, 2021; D'Adamo, Yoshikawa, Ouslander, 2020; Gordon et al., 2020]. По данным ВОЗ, набор временного персонала был осложнен общим дефицитом и увеличил риск передачи и занесения COVID-19: «По сравнению с учреждениями, которые никогда не нанимают временный персонал, те, кто нанимает временный персонал в большинстве дней, имели почти двукратное увеличение распространенности инфекции COVID-19 среди жителей; почти в два раза чаще сообщали о случаях COVID-19 или крупной вспышки; имели значительно более высокую распространенность инфекции COVID-19 среди персонала» [World Health Organization, 2020b].

Вторым вызовом являются **федерализм и отсутствие единой системы регулирования и финансирования учреждений**, а также **плохая связь системы долговременного ухода с системой здравоохранения** [Arlotti, Ranci, 2021; Béland, Marier, 2020; Daly, 2020]. Во многих странах (среди которых, например, Великобритания, Германия, Италия, Канада, США) политику в этой области вырабатывают и координируют на уровне регионов (земель, штатов, провинций и пр.) и местных сообществ.

⁴⁶ По результатам тестирования, проведенного в Бельгии, 73% сотрудников и 69% пациентов домов престарелых с подтвержденным диагнозом коронавирусной инфекции не имели никаких симптомов заболевания. См.: *Comas-Herrera A., Ashcroft E., Lorenz-Dant K.* International examples of measures to prevent and manage COVID-19 outbreaks in residential care and nursing home settings // International Long-Term Care Policy Network. London, England: CPEC-LSE. 2020.

Третий вызов — **хроническое недофинансирование стационарного социального ухода** [Daly, 2020], ведущее к **финансовой неустойчивости учреждений** и сложностям с поставками необходимых материалов [Steinman, Perry, Perissinotto, 2020; Gordon et al., 2020]. Например, в Великобритании дома престарелых долгое время находились за пределами цепочек поставок Национальной службы здравоохранения, и их возможности закупить средства индивидуальной защиты (СИЗ) были затруднены из-за того, что Национальная служба здравоохранения приняла роль монопольного покупателя во время пандемии [Gordon et al., 2020].

Ряд государств, столкнувшись с высоким уровнем заболеваемости и смертности от коронавируса в домах престарелых, оперативно приняли ряд решений для преодоления этой проблемы⁴⁷. Так, уже 12 апреля 2020 г. в Израиле была создана национальная рабочая группа для мониторинга и управления ситуацией с заболеваемостью в домах престарелых. В Китае разработали единую информационную систему для быстрого обмена данными и порядком действий в ситуациях распространения коронавируса в домах престарелых в разных регионах страны.

Эксперты Лондонской школы экономики классифицировали действующие в этой области меры (на основе данных 14 стран) по семи группам [Comas-Herrera, Ashcroft, Lorenz-Dant, 2020]:

1) **общие мероприятия по поддержке домов престарелых** в условиях пандемии и подготовка к возможным вспышкам заболеваемости, включая создание специальной рабочей группы в правительстве; создание единой информационной системы по мониторингу заболеваемости в домах престарелых, их ресурсной обеспеченности — персоналом, СИЗ, медикаментами; выработку специальных рекомендаций для руководителей домов престарелых и др.;

2) **меры, позволяющие предотвратить проникновение коронавируса в учреждения социального обслуживания**: ограничение посещений; снижение рисков заболеваемости среди персонала (ограничение числа рабочих мест для приходящего персонала, изменение условий проживания для персонала, находящегося в домах преста-

⁴⁷ Примеры принятых различными странами мер приводятся в: *Comas-Herrera A., Ashcroft E., Lorenz-Dant K.* International examples of measures to prevent and manage COVID-19 outbreaks in residential care and nursing home settings.

релых, вахтовые методы работы и др.); меры по обеспечению того, чтобы новые или вернувшиеся обитатели не занесли инфекцию; меры по мониторингу состояния здоровья;

3) меры, связанные с **мониторингом эпидемиологической ситуации** в домах престарелых;

4) **меры по борьбе с коронавирусом после обнаружения заболевших** в учреждениях СДУ;

5) **меры, призванные облегчить доступ к медицинской помощи** для пациентов учреждений социального обслуживания с коронавирусом;

6) **меры, направленные на доступность сотрудников и гарантирующие их благополучие**;

7) мероприятия, **компенсирующие негативные последствия физического дистанцирования** в домах престарелых.

Какие-либо инициативы в каждой из семи категорий реализуются в Австралии, Австрии, Италии, США; шесть из семи категорий — в Англии, Германии, Израиле. В большинстве стран (13 из 14) приняты решения об ограничении посещений (или полном закрытии для визитов) в домах престарелых, об обязательном использовании средств индивидуальной защиты, а также — в той или иной степени — об изоляции людей с подтвержденным диагнозом и с подозрением на коронавирус или с симптомами ОРВИ. Кроме того, во многих странах приняты решения о тестировании персонала и пациентов (в 9 из 14); найме нового персонала для преодоления дефицита кадров (9 из 14); регулярном мониторинге симптомов коронавируса у пациентов и сотрудников (8 из 14); карантине для пациентов, поступающих из медицинских учреждений, а также тех, которые вернулись из дома (8 из 14).

С 2021 г. одной из наиболее действенных стратегий по улучшению эпидемиологической ситуации в домах престарелых стала вакцинация от коронавируса. Во многих странах реализована вакцинация пациентов учреждений институционального ухода и их сотрудников. В США действует сайт с руководствами для домов престарелых от Центра по контролю и профилактике заболеваний, разработанными для функционирования в различных стадиях пандемии [Yurkofsky, Ouslander, 2022]. Соответствующие рекомендации были разработаны и в ряде других стран. Так, в Великобритании есть памятка о порядке действий при подтверждении заболевания у сотрудника или постояльца учреждения СДУ [GOV.UK, 2020b].

Ограниченный период наблюдения за динамикой коронавирусной инфекции в домах престарелых, несовершенство и неполнота информации об уровне заболеваемости и смертности в этих учреждениях, как и временные лаги в ее поступлении, затрудняют анализ эффективности реализуемой странами политики. Сейчас заболеваемость пациентов домов престарелых ниже в тех странах, где ниже заболеваемость населения в целом [Mortality associated with COVID-19..., 2020]. Тем не менее **международные эксперты говорят о важности межведомственного подхода, координации решений на всех уровнях (национальном, региональном и местном), интеграции ухода с гарантированным доступом к медицинским услугам и паллиативной помощи, а также о своевременном принятии мер, позволяющих предотвратить возникновение очагов инфицирования коронавирусом в домах престарелых, и о проактивных действиях в данной сфере в целом** [Comas-Herrera, Ashcroft, Lorenz-Dant, 2020; World Health Organization, 2020a; Gardner, States, Bagley, 2020]. Также **один из важных шагов — организация регулярного тестирования пациентов и сотрудников домов престарелых и отслеживание контактов заболевших лиц; неслучайно такое тестирование (включе с отслеживанием контактов и/или карантином для пациентов, прибывающих из дома или больниц) применяется в двух странах с умеренной смертностью от коронавирусной инфекции — Израиле (32% от общего числа смертей) и Австрии**⁴⁸.

⁴⁸ Доля смертей в домах престарелых в общей численности смертей от COVID-19 неизвестна, но доля умерших пациентов домов престарелых от общего числа заразившихся COVID-19 составляет порядка 8% — в отличие от Канады, где такой же показатель достигает 20% (Hsu et al., 2020; Schmidt et al., 2020).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С 2018 г. в Российской Федерации реализуется пилотный проект по созданию системы долговременного ухода, который в 2022 г. должен быть масштабирован на все регионы страны. Несмотря на то, что эта система создается на базе уже сформированных систем социального обслуживания и социальной защиты инвалидов, многие вопросы организации долговременного ухода в настоящее время еще не проработаны, а развилки не пройдены. И это обуславливает актуальность изучения опыта стран, создавших комплексные системы долговременного ухода раньше России.

В представленном докладе на примере развитых западных и азиатских стран рассмотрены несколько ключевых вопросов организации СДУ: то, как формируется спрос на услуги ДУ и как с этим связаны подходы к измерению потребности в уходе; каковы текущие и прогнозируемые масштабы расходов на СДУ; какие основные модели финансирования СДУ выработаны в международной практике; какова структура предоставления услуг и ее влияние на издержки ухода.

Проведенный обзор публикаций по вопросам оценивания потребностей в уходе показал, что за прошедшие десятилетия в развитых странах произошло усложнение шкал и методик, в которые начали включать вопросы, позволяющие выявить наличие когнитивных и психологических нарушений, оценить нуждаемость в привязке к качеству жизни пожилого человека. В настоящее время ведется поиск универсальных систем показателей, которые могли бы использоваться для оценки состояния здоровья населения всех возрастов специалистами разных профилей для решения различных задач. Переход к таким комплексным системам оценивания нуждаемости в уходе, с одной стороны, сокращает нагрузку на граждан, избавляя их от необходимости проходить сложные тесты, а с другой — приводит к росту стоимости процесса оценивания и зачастую наталкивается на сопротивление профессиональных сообществ.

Развилки, которые возникают при выборе модели оценки нуждаемости в уходе в рамках создаваемой СДУ, включают: (1) баланс между максимально полным учетом потребностей заявителя, что

неизбежно требует усложнения методики, и прозрачностью процедуры оценивания для клиентов системы, простотой ее использования лицами, проводящими оценку; (2) степень децентрализации процедур оценивания: использование локальных или национальных методик. На порядок процедуры оценивания нуждаемости в рамках СДУ могут оказывать влияние факторы, которые не имеют отношения к учету здоровья и ограничений в самообслуживании, но связаны с общим дизайном программы: например, стоит ли задача сдерживания затрат на СДУ и, соответственно, повышения барьеров на вход в число получателей услуг. Методику оценки нуждаемости в уходе следует выстраивать в соответствии с описанными выше тенденциями по изменению содержания и функций методик, а также по итогам ответов на вопросы-дилеммы.

Для целей прогнозирования потребностей в уходе на макроуровне могут использоваться данные административных регистров либо данные опросов. В последнем случае, как правило, нуждаемость в уходе оценивается в возрастном-половом разрезе на основании относительно несложных шкал ADL и IADL, а затем прогнозируется с учетом ожидаемого изменения демографической структуры населения.

Спрос на услуги ДУ зависит от функциональных ограничений (инвалидности) и дефицитов в самообслуживании, которые могут быть связаны с физическим и психическим здоровьем человека и определяют его нуждаемость в уходе. Но также на этот спрос влияют и другие параметры, включая процедуры выявления нуждающихся в уходе, правила получения услуг по уходу, стоимость ухода; доходы и материальную обеспеченность нуждающегося в уходе лица; предпочтения в отношении ухода, которые могут варьироваться в зависимости от возраста, пола, этнической принадлежности и других характеристик.

Поскольку риск ограничений в самообслуживании увеличивается с возрастом, главным драйвером спроса на услуги ДУ выступает старение населения и особенно — разрастание самой старшей возрастной группы (75+/80+). Однако увеличение продолжительности жизни, сопровождающееся ростом продолжительности здоровой жизни, может ослаблять связь между старением и ростом спроса на услуги ДУ, что делает актуальными меры, направленные

на улучшение здоровья населения во всех возрастах. Изменения доступности и стоимости государственных услуг по долговременному уходу, социальных норм в отношении источника получения ухода, а также доступности родственного ухода будут также корректировать будущий спрос на услуги ДУ.

На эмпирические оценки числа потребителей услуг долговременного ухода влияют также статистические различия в определениях того, что включать в СДУ. По данным ОЭСР, в 2017 г. в среднем в 25 странах — членах ОЭСР 10,8% людей в возрасте 65 лет и старше получали услуги долговременного ухода, что на 5% больше, чем в 2007 г. [ОЭСР, 2019]. Этот показатель варьировался от 22% в Швейцарии и 20% в Израиле до 2% в Португалии и 1% в Польше [Ibid.].

Согласно оценкам специалистов, средние государственные расходы на СДУ составили около 1,6% ВВП для стран — членов ЕС в 2013 г. и около 1,5% ВВП по странам ОЭСР в 2018 г. При этом эксперты отмечают значительный рост расходов на эту социальную сферу в последние два десятилетия. Средние частные расходы на долговременный уход в странах ОЭСР в 2018 г. достигали еще около 0,67% ВВП. Так же, как и в случае с охватом населения услугами ДУ, наблюдается значительная вариация государственных расходов на СДУ по странам: от 3,7–4,1% ВВП (по данным разных источников) в Нидерландах до 0,3% ВВП на Кипре и в Словакии.

В настоящее время расходы на СДУ относительно невелики по сравнению с общими расходами на здравоохранение или государственное пенсионное обеспечение, однако к 2060 г. они в среднем удвоятся, становясь важной статьёй и значимым фактором долгосрочной устойчивости государственных финансов. При этом старение населения лишь один и не самый значительный драйвер прогнозируемого роста расходов на СДУ: более важный вклад в динамику вносят занятость женщин и доступность родственного ухода, а также расширение доступности и повышение качества услуг по уходу.

Анализ результатов прогнозирования расходов на СДУ для разных стран показывает, что, во-первых, снижение уровней тяжелой инвалидности в сочетании со сценарием здорового старения может привести к лучшему сдерживанию затрат на услуги ДУ, поскольку пожилые люди дольше остаются дома и нуждаются в

менее дорогостоящем уходе. Во-вторых, существует определенная зависимость от того, как развиваются системы долговременного ухода, что может способствовать увеличению затрат в будущем или сдерживать их. Удовлетворение потребностей в услугах ДУ с помощью инвестиций в институциональный уход, а не в более целостные системы, основанные на трех формах ухода (на дому, в сообществах и в учреждениях), может заблокировать страны в системе с высокими затратами, которую будет трудно реструктурировать или сжать в дальнейшем.

Структура модели финансирования СДУ состоит из трех основных элементов: (1) источник финансирования; (2) правила, определяющие приемлемые целевые группы и формы предоставляемых услуг по уходу; (3) система оплаты за предоставление услуг, которая связана с системой доставки.

Основными источниками финансирования услуг по уходу за престарелыми в странах ОЭСР являются общее налогообложение, обязательные взносы на социальное страхование, добровольное частное страхование и наличные платежи, производимые непосредственно пользователями услуг. Соотношение между вкладом частных и государственных источников значительно варьируется по странам, однако почти во всех развитых странах государство обычно оплачивает большую часть или существенную долю общих затрат на СДУ. Выбор одного из путей обусловлен особенностями финансирования социальной сферы в целом. Страховые взносы обеспечивают надежный и хорошо прогнозируемый источник поступлений в систему социального обслуживания [Colombo et al., 2011]. В рамках страховой модели финансирования проще обеспечить более широкое участие населения в финансировании СДУ. Пример Японии, страны с самой большой ожидаемой продолжительностью жизни и значительной долей пожилого населения, которая ввела специальное страхование на уход, может указывать на то, что выбор в пользу страхования был сделан в условиях потребности привлечь в СДУ дополнительные ресурсы со стороны населения.

Дополнительным источником финансирования СДУ, в том числе для приобретения услуг более высокого качества, могут выступать средства частного (добровольного) страхования. Однако спрос на него даже в наиболее развитых странах пока остается низким. Это связано как с высокой стоимостью страховых полисов,

так и с низкой приоритетностью длительных инвестиций «на себя» в середине жизни (40–50 лет), когда наиболее вероятно приобретение полиса. Тем не менее этот финансовый инструмент позволяет сформировать премиальный сегмент рынка для населения с высокими доходами в стране с относительно низкой доступностью и невысоким качеством государственных услуг по уходу.

В зависимости от наличия дополнительных критериев (помимо функциональных ограничений) входа в программы СДУ выделяют системы с универсальным охватом, минималистские системы ухода на основе проверки нуждаемости (адресные) и смешанные системы. При этом источники финансирования СДУ в каждом типе систем могут быть различными. Универсальные системы, как правило, сопряжены с более высоким уровнем расходов на СДУ, тогда как минималистские системы могут восприниматься населением как несправедливые и приводить к значительному числу неудовлетворенных потребностей в уходе — как на уровне индивида (предоставляемых услуг недостаточно), так и на уровне общества (значительное число нуждающихся в услугах не получает их). В результате такие системы могут приводить к снижению уровня и качества жизни населения старшего возраста.

Смешанные системы включают те, в которых параллельно существует несколько универсальных программ, адресованных не очень значительной части населения; либо величина дохода влияет не на право получения ухода, а на размер государственных гарантий; либо внутри одной программы имеет место сочетание универсальных и основанных на проверке нуждаемости государственных услуг или выплат. Странам со средним уровнем доходов следует ориентироваться скорее на смешанные модели финансирования, позволяющие сдерживать уровень государственных расходов на СДУ.

В социальной сфере существует три способа ограничений в предоставлении социальной поддержки: (1) по составу услуг (государство покрывает стоимость не всех услуг); (2) по стоимости услуг (государство покрывает не всю стоимость услуг или оказание услуг не в полном объеме, необходимом клиенту, а лишь их часть); (3) по составу получателей (поддержку государства получают не все потребители услуг). Обзор СДУ стран ОЭСР показывает, что в экономически развитых странах наиболее часто используется

ограничение в поддержке одновременно по стоимости услуг и составу получателей [Muir, 2017].

Определение уровня органов государственной власти, ответственных за нормативное регулирование, финансирование и предоставление услуг по уходу, является ключевым вопросом при разработке СДУ. Существуют преимущественно децентрализованные системы (Швеция, Дания, Нидерланды, Канада, Великобритания, США) и централизованные системы (Германия, Япония). В ряде стран децентрализация охватывает только предоставление услуг, но не нормативное регулирование или финансирование. Чтобы преодолеть значительную региональную или муниципальную дифференциацию в доступности и качестве услуг по уходу, в децентрализованных СДУ предусмотрены программы национального/федерального софинансирования местных программ по долговременному уходу в форме встречных фондов (США, Австралия) либо единовременных (блочных) субсидий (Великобритания, Канада, Швеция). Этот опыт межрегионального выравнивания может быть полезен для России. Совсем без национального финансирования за счет общих налогов не обходится пока ни одна из существующих СДУ.

ДУ предоставляется в трех широко определенных формах: на дому, в общине (местном сообществе) и в учреждениях — и включает в себя как медицинские, так и социальные услуги. Социальный уход включает в себя помощь в выполнении повседневных дел — ADLs (основные навыки, необходимые для самостоятельного ухода за собой: прием пищи, купание и передвижение) и инструментальных повседневных дел — IADLs (те виды деятельности, которые позволяют человеку независимо жить в обществе). Современные тенденции развития управления СДУ связаны с децентрализацией предоставления услуг, деинституционализацией (сохранение привычной среды для получателя социальных услуг, предоставление услуг на дому, «старение на месте»), приватизацией (расширение участия негосударственных — коммерческих и некоммерческих организаций — в предоставлении услуг), расширением потребительского выбора и усилением конкуренции, а также с растущим признанием неформальных поставщиков услуг по уходу как адресатов политики в области долговременного ухода.

Общей проблемой для систем здравоохранения и долговременного ухода во многих странах является отсутствие интеграции

различных услуг в рамках отдельных программ ДУ или условий доступа как к долговременному уходу, так и к медицинской помощи. Интеграция звеньев СДУ становится все более востребованной по мере того, как все более разнообразными и специализированными становятся услуги системы. По сравнению с административными и иерархическими механизмами интеграции (слияние, выбор главного звена), большую жизнеспособность в национальных СДУ демонстрируют сетевые механизмы: формирование общих программ и развитие контрактных отношений поставщиков.

ЛИТЕРАТУРА

- AARP Public Policy Institute. Long-Term Services and Supports and Family Caregiving. 2022 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.aarp.org/ppi/issues/caregiving/info-2020/nursing-home-covid-dashboard.html> (дата обращения: 28.02.2022).
- AgeUK. 2021 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.ageuk.org.uk/information-advice/care/paying-for-care/paying-for-a-care-home/> (дата обращения: 28.02.2022).
- Arlotti M., Ranci C.* The Impact of COVID-19 on Nursing Homes in Italy: The Case of Lombardy // *Journal of Aging & Social Policy*. 2021. P. 1–13.
- ASPE. Long-Term Care and the Impact of COVID-19: A First Look at Comparative Cross-National Statistics. 2020 [Электронный ресурс]. URL: <https://aspe.hhs.gov/reports/long-term-care-impact-covid-19-first-look-comparative-cross-national-statistics-0> (дата обращения: 28.02.2022).
- Australian Government, Department of Health. Managing home care through COVID-19 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.health.gov.au/health-topics/aged-care/advice-on-aged-care-during-covid-19/managing-home-care> (дата обращения: 28.02.2022).
- Badone E.* From Cruddiness to Catastrophe: COVID-19 and Long-term Care in Ontario // *Medical Anthropology*. 2021. P. 1–15.
- Béland D., Marier P.* COVID-19 and long-term care policy for older people in Canada // *Journal of Aging & Social Policy*. 2020. Vol. 32. № 4–5. P. 358–364.
- Brimblecombe N.* et al. Review of the international evidence on support for unpaid carers // *J. Long-Term Care*. 2018. September. P. 25–40.
- Campbell J.C.* Japan's long-term care insurance system // *Eldercare Policies in Japan and Scandinavia*. N.Y.: Palgrave Macmillan, 2014. P. 9–30.
- Campbell J.C., Ikegami N.* Long-Term Care Insurance Comes to Japan: A major departure for Japan, this new program aims to be a comprehensive solution to the problem of caring for frail older people // *Health affairs*. 2000. Vol. 19. № 3. P. 26–39.
- Campbell J.C., Ikegami N.* Japan's radical reform of long-term care. *Social Policy & Administration*. 2003. Vol. 37. № 1. P. 21–34.

- Cardoso T., Oliveira M.D., Barbosa-Póvoa A., Nickel S.* Modeling the demand for long-term care services under uncertain information // *Health Care Management Science*. 2012. Vol. 15. № 4. P. 385–412.
- Carpenter I., Hirdes J.* Using interRAI assessment systems to measure and maintain quality of long-term care // *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*. OECD / European Commission. 2013.
- Ces S., Coster S.* Mapping long-term care quality assurance practices in the EU. 2019.
- Chen L., Zhang L., Xu X.* Review of evolution of the public long-term care insurance (LTCI) system in different countries: influence and challenge // *BMC Health Serv. Res.* 2020. Vol. 20. № 1. P. 1–21.
- Choi Y.J.* Long-Term Care for Older Persons in the Republic of Korea: Development, Challenges and Recommendations // *UNESCAP*. Bangkok. 2014.
- Choi J., Joung E.* The association between the utilization of long-term care services and mortality in elderly Koreans // *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2016. Vol. 65. P. 122–127.
- Cifuentes C.A.* et al. Social robots in therapy and care // *Current Robotics Reports*. 2020. Vol. 1. № 3. P. 59–74.
- Colello K.J.* Who Pays for Long-Term Services and Supports? // *Congressional Research Service*. 2018. Vol. 2. URL: <https://crsreports.congress.gov/product/pdf/IF/IF10343>.
- Colombo F., Llana-Nozal A., Mercier J., Tjadens F.* Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, *OECD Health Policy Studies* // OECD Publishing. 2011.
- Comas-Herrera A., Wittenberg R., Pickard L.* Making projections of long-term care: examples and methodological issues. 2003.
- Comas-Herrera A., Ashcroft E., Lorenz-Dant K.* International examples of measures to prevent and manage COVID-19 outbreaks in residential care and nursing home settings // *International Long-Term Care Policy Network*. London, England: CPEC-LSE, 2020.
- Cuellar A.E., Wiener J.M.* Can Social Insurance for Long-Term Care Work? The Experience of Germany: Germany may be the only country in which most of the beneficiaries and the money are in community-based long-term care settings // *Health Affairs*. 2000. Vol. 19. № 3. P. 8–25.

- D'Adamo H., Yoshikawa T., Ouslander J.G.* Coronavirus disease 2019 in geriatrics and long-term care: the ABCDs of COVID-19 // *Journal of the American Geriatrics Society*. 2020. Vol. 68. № 5. P. 912–917.
- Daly M.* COVID-19 and care homes in England: What happened and why? // *Social Policy & Administration*. 2020. Vol. 54. № 7. P. 985–998.
- De la Maisonnette C., Oliveira Martins J.* A Projection Method for Public Health and Long-Term Care Expenditures. 2013.
- De la Maisonnette C., Oliveira Martins J.* The Future of Health and Long-Term Care Spending // *OECD Journal: Economic Studies*. 2015. Vol. 2014. № 1. P. 61–96.
- Diamantis S., Noel C., Vignier N., Gallien S.* Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2)-related deaths in French long-term care facilities: the «confinement disease» is probably more deleterious than the coronavirus disease-2019 (COVID-19) itself // *Journal of the American Medical Directors Association*. 2020. Vol. 21. № 7. P. 989–990.
- Donabedian A.* The definition of quality and approaches to its assessment Exploration in quality assessment and monitoring // *Health Administration Press*. 1980.
- Du P., Dong T., Ji J.* Current Status of the Long-term Care Security System for Older Adults in China // *Res. Aging*. 2021. Vol. 43. № 3–4. P. 136–146.
- Elsawy B., Higgens K.E.* The Geriatric Assessment // *American Family Physician*. 2011. Vol. 83. № 1. P. 48–56.
- European Commission. Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability // *European Commission*. Brussels. 2016.
- European Commission. ESPN Thematic Report on Challenges in long term care Sweden // *European Commission*. Brussels. 2018a.
- European Commission. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care United Kingdom // *European Commission*. Brussels. 2018b.
- European Commission. Peer Review on Germany's latest reforms of the long-term care system // *European Commission*. Brussels. 2018c.
- European Commission. Quality assurance practices in Long-Term Care in Europe Emerging evidence on care market management // *European Commission*. Brussels. 2018.
- European Commission. Quality assurance practices in Long-Term Care in Europe Emerging evidence on care market management // *European Commission*. Brussels. 2019.

- European Commission. 2021 Long-Term Care Report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society // Joint Report prepared by the Social Protection Committee (SPC) and the European Commission (DG EMPL). Vol. 1. Luxembourg, 2021.
- European Communities. Long-term care in the European Union. 2008.
- European Union. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care. Austria. 2018.
- Feng Z., Fennell M.L., Tyler D.A.* et al. Growth of racial and ethnic minorities in US nursing homes driven by demographics and possible disparities in options // *Health Affairs*. 2011. Vol. 30. № 7. P. 1358–1365.
- Feng J., Wang Z., Yu Y.* Does long-term care insurance reduce hospital utilization and medical expenditures? Evidence from China // *Soc. Sci. Med.* 2020. Vol. 258.
- Feng Z.* et al. Long-term care system for older adults in China: policy landscape, challenges, and future prospects // *Lancet*. 2020. Vol. 396. № 10259. P. 1362–1372.
- Fernández J.L.* et al. How can European states design efficient, equitable and sustainable funding systems for long-term care for older people? // World Health Organization. 2009.
- Ferra.ru. 6 систем для дистанционной помощи пожилым родителям [Электронный ресурс]. URL: <https://www.ferra.ru/review/health/mHealth-ForElderly.htm> (дата обращения: 28.02.2022).
- Future costs of dementia-related long-term care: exploring future scenarios / A. Comas-Herrera, S. Northey, R. Wittenberg, M. Knapp, S. Bhattacharyya, A. Burns // *International Psychogeriatrics*. 2011. Vol. 23. № 1. P. 20–30.
- Gabanyi M.* Long Term Care Assessment in Germany [Электронный ресурс]. URL: <https://www.irssv.si/upload2/Long%20Term%20Care%20Assessment%20in%20Germany.pdf> (дата обращения: 21.03.2020).
- Gardner W., States D., Bagley N.* The coronavirus and the risks to the elderly in long-term care // *Journal of Aging & Social Policy*. 2020. Vol. 32. № 4–5. P. 310–315.
- Genet N., Boerma W.* et al. Home care across Europe: Current structure and future challenges // World Health Organization. 2012.
- Geyer J.* Notes About Comparing Long-term Care Expenditures Across Countries: Comment on «Financing Long-term Care: Lessons From Japan» // *Int. J. Heal. Policy Manag.* 2020. Vol. 9. № 2. P. 80.

- Goher K.M., Fadlallah S.O.* Assistive devices for elderly mobility and rehabilitation: review and reflection // *Assistive Technology for the Elderly*. 2020. P. 305–341.
- Gordon A.L.* et al. COVID in care homes — challenges and dilemmas in healthcare delivery // *Age and ageing*. 2020. Vol. 49. № 5. P. 701–705.
- GOV.UK. Coronavirus (COVID-19): providing home care. 2020a [Электронный ресурс]. URL: <https://www.gov.uk/government/publications/coronavirus-covid-19-providing-home-care> (дата обращения: 28.02.2022).
- GOV.UK. COVID-19: management of staff and exposed patients and residents in health and social care settings. 2020b [Электронный ресурс]. URL: <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings> (дата обращения: 28.02.2022).
- Greve B.* Long-Term Care for the Elderly in Europe. Development and Prospects. 2017.
- Greve B.* Long-Term Care // *Routledge Handbook of the Welfare State*. 2nd ed. / B. Greve (ed.). London: Routledge, 2019. P. 498–507.
- Gröne O., Garcia-Barbero M.* Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services // *International journal of integrated care*. 2001. Vol. 1.
- HelpAge. Why health systems must change: Addressing the needs of ageing populations in low- and middle-income countries. 2014 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.helpage.org/global-agewatch/reports/helpage-briefing-why-health-systems-must-change/> (дата обращения: 28.02.2022).
- Hsu A.T.* et al. Understanding the impact of COVID-19 on residents of Canada's long-term care homes ongoing challenges and policy responses // *International Long-Term Care Policy Network*. 2020. P. 18.
- Hu H., Si Y., Li B.* Decomposing inequality in long-term care need among older adults with chronic diseases in China: a life course perspective // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020. Vol. 17. № 7.
- Ikegami N.* Financing long-term care: lessons from Japan // *Int. J. Heal. Policy Manag.* 2019. Vol. 8. № 8. P. 462.
- The Kaiser Family Foundation and Health Research & Education Trust. 2013. Employer Health Benefits, 2013 Annual Survey [Электронный ресурс].

- URL: <https://www.kff.org/wp-content/uploads/2013/08/8465-employer-health-benefits-20131.pdf> (дата обращения: 28.02.2022).
- Karlsson M., Mayhew L., Plumb R., Rickayzen B.* An International Comparison of Long-Term Care Arrangements // Cass Business School. London, 2004. P. 131.
- Keenan T.A.* Home and community preferences of the 45+ population. Washington, DC: AARP, 2010.
- Lawton M.P., Nahemow L.* Ecology and the aging process. The psychology of adult development and aging. Washington, DC: American Psychological Association. 1973.
- Leichsenring K., Alaszewski A.M.* Providing integrated health and social care for older persons: a European overview of issues at stake. Ashgate Publishing Ltd, 2004.
- Lee T.W.* et al. Day care vs home care: Effects on functional health outcomes among long-term care beneficiaries with dementia in Korea // Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2019. Vol. 34. № 1. P. 97–105.
- LSE. Launch of the International Living Report on COVID-19 and Long-Term Care [Электронный ресурс]. URL: <https://www.lse.ac.uk/News/Latest-news-from-LSE/2021/1-december-21/Launch-of-the-International-Living-Report-on-COVID-19-and-Long-Term-Care> (дата обращения: 28.02.2022).
- LTC Responses to COVID-19. LTC covid International living report on COVID-19 and Long-Term Care [Электронный ресурс]. URL: <https://ltccovid.org/international-living-report-covid-ltc/> (дата обращения: 28.02.2022).
- Lunt C., Dowrick C., Lloyd-Williams M.* What is the impact of day care on older people with long-term conditions: A systematic review // Health Soc. Care Community. 2021. Vol. 29. № 5. P. 1201–1221.
- Malley J., Holder J., Dodgson R., Booth S.* Regulating the quality and safety of long-term care in England // Regulating long-term care quality: An international comparison. 2014. P. 180–210.
- Matsuda S., Muramatsu K., Hayashida K.* Eligibility classification logic of the Japanese long term care insurance // Asian Pacific Journal of Disease Management. 2011. Vol. 5. № 3. P. 65–74.
- McQuinn M.* Top 10 Safety Hazards in Assisted Living Facilities [Электронный ресурс]. URL: <https://seniordirectory.com/articles/info/top-10-safety-hazards-in-assisted-living-facilities> (дата обращения: 01.11.2021).

- Merlis M.* Caring for the frail elderly: an international review. Health Affairs-Millwood VA Then Bethesda MA. 2000. Vol. 19. № 3. P. 141–149.
- MoneyHelper. Means tests for help with care costs how they work [Электронный ресурс]. URL: <https://www.moneyadvice.service.org.uk/en/articles/means-tests-for-help-with-care-costs-how-they-work#how-a-means-test-works> (дата обращения: 28.02.2022).
- Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence / A. Comas-Herrera, J. Zalakaín, E. Lemmon et al. 2021 [Электронный ресурс]. URL: https://lccovid.org/wp-content/uploads/2021/02/LTC_COVID_19_international_report_January-1-February-1-1.pdf (дата обращения: 28.02.2022).
- Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence / A. Comas-Herrera, J. Zalakaín, C. Litwin et al. // International Long-Term Care Policy Network. 2020. P. 28.
- Mot E.* The Dutch system of long-term care. ENEPRI. 2010.
- Muir T.* Measuring social protection for long-term care. Paris: OECD Publishing, 2017.
- OECD. Extending Opportunities: How Active Social Policy Can Benefit Us All. Paris: OECD Publishing, 2005 [Электронный ресурс]. URL: <https://doi.org/10.1787/9789264007956-en> (дата обращения: 28.02.2022).
- OECD. Focus on spending on long-term care. November 2020 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-long-term-care-Brief-November-2020.pdf>.
- OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2019. P. 239.
- OECD, European Commission. A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care. Paris: OECD Publishing, 2013. P. 265.
- OECD. Rising from the COVID-19 crisis: Policy responses in the long-term care sector [Электронный ресурс]. URL: https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=1122_1122652-oyri4k81cp&title=Rising-from-the-COVID-19-crisis-policy-responses-in-the-long-term-care-sector (дата обращения: 28.02.2022).
- Oesterle A., Rothgang H.* Long-term care // The Oxford Handbook of the Welfare State. Oxford Handbooks Online / F.G. Castles. 2010.

- Poltawski L., Goodman C., Iliffe S.* et al. Frailty scales — their potential in interprofessional working with older people: a discussion paper // *Journal of Interprofessional Care*. 2011. Vol. 25. № 4. P. 280–286.
- Rijksoverheid. Nursing homes Confirmed cases. 2022 [Электронный ресурс]. URL: <https://coronadashboard.government.nl/landelijk/verpleeghuiszorg> (дата обращения: 28.02.2022).
- Saliba D., Buchanan J.* Development and validation of a revised nursing home assessment tool: MDS 3.0 // *Rand Corporation health*. Santa Monica. 2008. P. 237.
- Schmidt A.E., Leichsenring K., Staflinger H.* et al. The impact of COVID-19 on users and providers of long-term care services in Austria // *International Long-Term Care Policy Network*. 2020. P. 11.
- Sohn M.* et al. Has the long-term care insurance resolved disparities in mortality for older Koreans? examination of service type and income level // *Soc. Sci. Med*. 2020. Vol. 247.
- Stancanelli E.* Institutional long-term care and government regulation. Focus on family and portable allowances to lower the costs of institutional long-term care while monitoring its quality. *IZA World of Labour*. 2015 [Электронный ресурс]. URL: <https://wol.iza.org/articles/institutional-long-term-care-and-government-regulation/long> (дата обращения: 17.09.2021).
- Steinman M.A., Perry L., Perissinotto C.M.* Meeting the care needs of older adults isolated at home during the COVID-19 pandemic // *JAMA internal medicine*. 2020. Vol. 180. № 6. P. 819–820.
- The Assessment of Frailty in Older Adults / *G. Abellan van Kan, Y. Rolland, M. Houles, S. Gillette-Guyonnet, M. Soto, B. Vellas* // *Clinics in Geriatric Medicine*. 2010. Vol. 26. P. 275–286.
- The 2015 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060) // *Publications Office of the European Union*. Luxembourg, 2015. P. 397.
- The 2018 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016–2070) // *Publications Office of the European Union*. Luxembourg, 2018. P. 406.
- Tsutsui T., Muramatsu N.* Care-needs certification in the long-term care insurance system of Japan // *Journal of the American geriatrics society*. 2005. Vol. 53. № 3. P. 522–527.
- UNFPA, HelpAge International. Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge. London, 2012 [Электронный ресурс].

- URL: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report.pdf> (дата обращения: 28.02.2022).
- United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects, Online Edition. Rev. 1. 2019.
- Vaarama M., Pieper M., Sixsmith A.* Care Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Methods and Empirical Findings // Springer Science. 2008.
- Van Houtven C.H., Boucher N.A., Dawson W.D.* The impact of COVID-19 outbreak on long term care in the United States // International Long-Term Care Policy Network. 2020. P. 24.
- Viitanen T.K.* Informal eldercare across Europe: estimates from the European Community Household Panel // Economic Analysis and Policy. 2010. № 40. P. 149–178.
- Weiner J.* et al. Policy Options for Financing Long-Term Care in the US // LDI Issue Brief. 2020. Vol. 23. № 3.
- Wiener J.M.* Managed care and long-term care: The integration of financing and services // Generations: Journal of the American Society on Aging. 1996. Vol. 20. № 2. P. 47–52.
- Wiener J.M., Cuellar A.E.* Public and private responsibilities: Home-and community-based services in the United Kingdom and Germany // Journal of Aging and Health. 1999. Vol. 11. № 3. P. 417–444.
- Wiener J.M., Tilly J.* End-of-life care in the United States: policy issues and model programs of integrated care // International journal of integrated care. 2003. Vol. 3.
- Wittenberg R., Pickard L., Comas-Herrera A.* et al. Demand for long-term care: projections of long-term care finance for elderly people. PSSRU. 1998.
- Wittenberg R.* Demand for Care and Support for Older People // Long-Term Care Reforms in OECD Countries. Successes and Failures. 2016. P. 9–24.
- World Health Organization. Investing in mental health // World Health Organization. 2003 [Электронный ресурс]. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42823> (дата обращения: 28.02.2022).
- World Health Organization. Infection prevention and control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19 // World Health Organization. 2020a.
- World Health Organization. Preventing and managing COVID-19 across long-term care services: Policy brief // WHO. 2020b.

Xu X., Chen L. Projection of long-term care costs in China, 2020–2050: based on the Bayesian quantile regression method // Sustainability. 2019. Vol. 11. № 13. P. 3530.

Yang W. et al. Understanding health and social challenges for aging and long-term care in China // Res. Aging. 2021. Vol. 43. № 3–4. P. 127–135.

Yoo B.K., Bhattacharya J., McDonald K.M., Garber A.M. Impacts of informal caregiver availability on long-term care expenditures in OECD countries // Health services research. 2004. Vol. 39. № 6p2. P. 1971–1992.

Yurkofsky M., Ouslander J. COVID-19: Management in nursing homes // UpToDate. 2022. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-management-in-nursing-homes> (дата обращения: 28.02.2022).

Российское эпидемиологическое исследование ЭВКАЛИПТ: протокол и базовые характеристики участников / Н.М. Воробьева, О.Н. Ткачева, Ю.В. Котовская, Л.Н. Овчарова, Е.В. Селезнева // Российский журнал гериатрической медицины. 2021. № 1. С. 35–43.

Синявская О.В., Горват Е.С. Организация постороннего ухода за пожилыми и инвалидами: мотивация обращения к различным поставщикам // Демографическое обозрение. 2021. № 8 (4). С. 60–80.

Сноб. Шесть самых важных девайсов для пожилых людей [Электронный ресурс]. URL: <https://snob.ru/entry/164725/> (дата обращения: 28.02.2022).

Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

Приказ Минтруда России от 29 сентября 2020 г. № 667 «О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2021 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе».

АВТОРЫ ДОКЛАДА

Синявская Оксана Вячеславовна

Кандидат экономических наук, заместитель директора Института социальной политики НИУ ВШЭ, доцент департамента мировой экономики НИУ ВШЭ

Селезнева Елена Владимировна

Кандидат экономических наук, старший научный сотрудник Центра комплексных исследований социальной политики Института социальной политики НИУ ВШЭ, доцент Института социальной политики НИУ ВШЭ

Якушев Евгений Львович

Ведущий эксперт Центра комплексных исследований социальной политики Института социальной политики НИУ ВШЭ

Горват Елизавета Сергеевна

Стажер-исследователь Центра комплексных исследований социальной политики Института социальной политики НИУ ВШЭ

Грищенко Наталья Борисовна

Доктор экономических наук, младший научный сотрудник Центра комплексных исследований социальной политики Института социальной политики НИУ ВШЭ, профессор Института социальной политики НИУ ВШЭ

Карева Дарья Евгеньевна

Младший научный сотрудник Центра комплексных исследований социальной политики Института социальной политики НИУ ВШЭ

Научное издание

**Система долговременного ухода:
уроки международного опыта для России**

Доклад НИУ ВШЭ

Формат 60×88 1/16
Гарнитура Newton. Усл. печ. л. 9,5. Уч.-изд. л. 8,2
Изд. № 2628

Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики»
101000, Москва, ул. Мясницкая, 20,
Тел.: +7 495 772-95-90 доб. 15285



При поддержке Фонда целевого капитала НИУ ВШЭ

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ
ИНФОРМАЦИОННЫЙ ПАРТНЕР



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ
РАДИОПАРТНЕР



ГЛАВНЫЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ ПАРТНЕР



ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЕРЫ



Российская Газета



ПОЛИТ.РУ



журнал
стратегия

ЭКОНОМИКА
и ЖИЗНЬ



InScience.News

