

© 2020

Елена Шестакова

кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник
Института экономики Российской академии наук (г. Москва)
(e-mail: eeshestakowa@gmail.com)

МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ И ФИНАНСОВЫЕ МЕХАНИЗМЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА ЗА ПРЕСТАРЕЛЫМИ ГРАЖДАНАМИ: ДОСТИЖЕНИЯ И НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ

В статье рассматриваются действующие механизмы приспособления экономически развитых государств, прежде всего европейских, к ускоренному изменению возрастной структуры населения, включая поиск как путей более широкого использования трудового потенциала лиц старших возрастных групп, так и возможностей улучшения качества жизни граждан в ходе процесса старения. Анализируются сильные и слабые стороны различных национальных моделей организации социальной помощи.

Ключевые слова: активное долголетие, долговременный уход, стационарное обслуживание, помощь на дому, неформальный родственный уход.

DOI: 10.31857/S020736760011353-7

Глобальные тенденции демографического старения населения порождают большое количество проблем социально-экономического и психолого-физиологического характера и требуют разработки концепции и методики оценки рисков старости для предупреждения катастрофических последствий как для экономического развития, так и для жизни отдельных категорий населения. Доля лиц в возрастной группе 65 лет и старше увеличилась с 9% (1960 г.) от общей численности населения, до 17% (2017 г.) и, по имеющимся прогнозам, вырастет к 2050 году до 27%. Именно эта группа может оказаться наиболее уязвимой перед лицом новых, еще недавно считавшихся мало вероятных угроз масштабных инфекционных заболеваний.

Возрастная группа лиц пенсионного возраста достаточно гетерогенна. При анализе в нее было бы полезно включать и лиц условного предпенсионного возраста, после 55 лет. Сам процесс старения касается не только и не столько хронологической составляющей, количества прожитых и предстоящих лет жизни (хотя эти параметры также важны, при, например, оценке пенсионных расходов), но в еще большей степени социальных аспектов, изменения когнитивных способностей и физического состояния, способов участия в экономической и социальной жизни, возможностей повышения и изменения своего профессионального и квалификационного уровня, снижения способности вести независимый образ жизни. В 2017 г. более половины населения стран ОЭСР в возрасте 65 лет и старше заявили о плохом состоянии своего здоровья

и около $\frac{1}{3}$ о существовании определенных ограничений в жизнедеятельности, в том числе 17% о серьезных ограничениях в этой области. Более позитивная ситуация в этом плане складывается в 5 государствах в основном Северной Европы (Норвегии, Швеции, Нидерландах, Ирландии и Швейцарии), где менее 40% лиц старших возрастов считают свое здоровье недостаточно хорошим, а какие-либо ограничения жизнедеятельности отмечают 21–22% граждан в возрасте 65 лет и старше [12, p. 222].

Основными механизмами приспособления государств к новой социально-демографической ситуации стали поиск путей увеличения трудоспособного периода жизни на трансформирующемся рынке труда, а также максимально возможного продления автономной жизни и развития комплексной системы долговременного медико-социального ухода. Разработанная еще в середине 90-х годов ВОЗ Концепция активного долголетия включает обеспечение оптимальных возможностей в области здравоохранения, безопасного социального взаимодействия, более широкого использования трудового и человеческого потенциала и улучшения качества жизни граждан в ходе старения. Главным направлением активного старения выступает поддержка продуктивной (оплачиваемой и частично не оплачиваемой) деятельности лиц старших возрастных групп, вторым — создание возможностей для автономной жизни и гарантий физического, психического здоровья и социального благосостояния пожилых граждан. При этом возможности независимой, здоровой и безопасной жизни включают факторы доступа к медицинским услугам, участия в непрерывном обучении, степени вовлеченности в использование современных цифровых информационных технологий, уровня относительного среднего дохода, риска бедности и возникновения серьезных материальных лишений [15, p. 5].

По каждому направлению в последние десятилетия достигнут очевидный прогресс, но новая ситуация выдвигает новые проблемы и ставит новые задачи. В условиях современного рукотворного экономического кризиса возникают серьезные сомнения относительно соответствия принятых решений требованиям социальной реальности и экономической целесообразности. Наиболее заметных успехов абсолютное большинство стран достигло в области продления трудовой жизни работников старших возрастов. С начала 2000-х годов тенденция снижения занятости лиц условного предпенсионного возраста (55–64 года) сменилась увеличением их экономической активности. Уровень активности на рынке труда для работников данной возрастной категории накануне современного кризиса колебался от более чем 70% в Скандинавских странах и Японии до 50% в отдельных странах Европы (например, в Бельгии). Средний показатель в государствах ОЭСР составил 61%. Эксперты ОЭСР считают, что изменение оплачиваемой занятости широкой возрастной группы (55–74 года) в период 2002–2017 гг. на $\frac{1}{3}$ было обеспечено за счет улучшения популяционного здоровья и роста продолжительности жизни, на $\frac{1}{3}$ за счет

повышения уровня образования и квалификации возрастных работников и на $\frac{1}{2}$ благодаря реформированию систем пенсионного страхования [2, р. 28–29]. Ведомую роль в повышении экономической активности лиц старших возрастных групп сыграли меры административного принуждения и экономического стимулирования работников к продолжению трудовой деятельности, поддержка работодателей в их действиях по найму и сохранению рабочих мест для возрастных работников, повышение конкурентоспособности лиц старших возрастов на рынке труда. В какой мере возможно сохранение данного тренда в условиях сокращающейся занятости предсказать достаточно сложно, возможны существенные корректировки в данной области. Предполагаемая подверженность лиц старших возрастов серьезным инфекционным заболеваниям может служить дополнительным поводом для ослабления их позиций на рынке труда.

По другому направлению — снижению для растущей доли лиц старших возрастных групп рисков возникновения тяжелых и часто множественных хронических заболеваний, сокращения и потери возможности к самообслуживанию и одновременно развитию эффективной системы долговременного обслуживания — положение в странах существенно различается и выделить общий тренд значительно сложнее. Доступ к формальным услугам медико-социального долговременного обслуживания определяется как степенью физической доступности, уровнем развития сложной инфраструктуры обслуживания, так и экономической доступностью: размерами тарифов на услуги и величиной соплатежей в сопоставлении с размерами доходов получателей. Отдельным критерием в современных условиях выступает достаточность и удобство информационного обеспечения. Так, среди проблем организации и управления системой социальной помощи в Финляндии называется сложность выбора из большого количества поставщиков и видов услуг. Широкое распространение цифровизации предоставления социальных услуг в стране сталкивается с недостатком компетенций пожилых потребителей в данной области, и это вынуждает власти искать способы упрощения доступа к необходимой поддержке и формирования эффективной системы социального сопровождения, закрепления за нуждающимися лицами «собственных социальных работников» для поиска и координации необходимых услуг. Руководство и многих других стран признает важность разработки разумной политики в отношении использования перспективных для повышения уровня функциональных способностей пожилых дорогостоящих инновационных ассистивных медико-социальных технологий, таких как удаленный мониторинг состояния здоровья и роботизированная помощь.

Особенности рынка услуг по долговременному уходу. Спектр страновых подходов к решению задач организации помощи и поддержки лицам с ограничениями жизнедеятельности очень широкий: от универсальных моделей с высокой долей общественного финансирования как медицинских, так и обширного комплекса

социально-бытовых услуг до практического самоустранения государства из данной сферы и возложения основной ответственности за помощь нуждающимся родственникам при удовлетворении их базовых потребностей на семью. В ряде стран, в основном государствах Северной Европы, формальные, оказываемые соответствующими медицинскими и социальными организациями услуги на дому или в различных специализированных стационарных учреждениях имеют приоритет по отношению к денежным выплатам (Дания, Швеция, Норвегия, Финляндия), в других – система долговременного обслуживания в основном базируется на денежных пособиях (Италия, Франция). В ряде стран граждане, нуждающиеся в социально-медицинских услугах, могут выбирать между денежными пособиями на уход, непосредственно получением услуг или их комбинацией (Австрия, Германия, Нидерланды, Великобритания), в других – такая комбинация исключена (Испания). Выбор также может осуществляться между персональной помощью со стороны члена семьи, заключившего контракт с местными властями по уходу за нуждающимся родственником, или получением эквивалентной месячной компенсации (Великобритания).

Особенностями долговременного ухода, существенно ограничивающими выработку эффективной системы его организации, являются: высокая степень межсекторальной и территориальной фрагментарности, сложное сочетание формальной и неформальной помощи, слабость мониторинга процесса медико-социального обслуживания в силу отсутствия надежных индикаторов оценки результатов такой помощи. Долговременное обслуживание является сферой активного применения живого труда, в настоящее время в большинстве стран неформального. Уже сейчас во многих экономически развитых странах существует большой разрыв между спросом на уход за престарелыми гражданами и его предложением. В перспективе спрос на формально организованное обслуживание будет расти в силу сокращения численности неформальных помощников в результате изменения семейных моделей, растущей мобильности рабочей силы, изменения правил пенсионного обеспечения. Прогнозируется и диверсификация квалификационного уровня рабочей силы, занятой в данном секторе: от «традиционных навыков» до гибких компетенций в сфере компьютерных и медицинских технологий, изменения традиционного негативного представления о плохих условиях работы, стрессовых ситуациях, отсутствии возможностей карьерного роста.

С позиций горизонтального разделения ответственности система здравоохранения отвечает за медицинское обслуживание, а поддержку и помощь лицам со сниженными функциональными возможностями (физическими и когнитивными) традиционно обеспечивают местные социальные службы. В большинстве стран стационарное медицинское обслуживание отделено от системы долговременной помощи, хотя есть и примеры функционирования

специальных сестринских домов и геронтологических отделений в общих стационарах, но нахождение в этих учреждениях ограничено во времени до того момента, как пациенты получают направление в хосписы или дома для престарелых. В структуру медицинских расходов включается и паллиативная помощь в стационарах и на дому на терминальной стадии жизни.

Медицинские услуги, как правило, относительно слабо интегрированы непосредственно в систему долговременной помощи. В комплекс услуг долгосрочной помощи зависимым лицам, согласно рекомендациям ВОЗ и методикам Евростата, входят: медицинские услуги для контроля хронических заболеваний и поддержания состояния здоровья (без учета широкого спектра планового и экстренного медицинского обслуживания) и две категории социальных услуг: персональные (помощь в осуществлении ежедневной жизнедеятельности, включающую 5 видов действий, в том числе гигиенические процедуры, прием пищи, одевание) и инструментальные личные услуги (уборка помещения, приобретение продуктов, оплата счетов, помощь в поддержании социальных связей и передвижении) [6, p.164]. Национальные правила могут существенно расширять перечень данных социальных услуг.

Второе направление — вертикальное разделение ответственности, при котором права и обязанности разделены между различными институциональными уровнями: национальным, региональным и локальным и возникающая при этом территориальная дифференциация. В региональном плане могут существенно различаться как объем оказываемой государственной поддержки, так и способы организации долговременного обслуживания и его финансирования. В Великобритании ответственность за общую организацию и финансирование медико-социального обслуживания несут власти 4 крупных регионов страны. Если в Шотландии персональные услуги бесплатны для всех пожилых граждан, в Северной Ирландии — для лиц в возрасте 75 лет и старше, то в Уэльсе действует норма оплаты социальных услуг потребителями всех возрастов, но не более определенного лимита, а в Британии $\frac{2}{5}$ всех получателей услуг полностью оплачивают их стоимость и еще 14% — частично (бесплатное обслуживание для пациентов возможно, если стоимость их активов, включая жилье, составляет менее 16274 фунтов, в этом случае расходы на социальные услуги берет на себя местная власть). Местные власти Британии в период 2016–2019 гг. получили право увеличивать местные налоги на собственность и направлять полученные средства на нужды оказания долговременной помощи, однако эти реформы не смогли покрыть рост расходов и устранить большие разрывы в финансировании социального обслуживания в разных регионах [4, p.10].

Политика децентрализации при оказании социальных услуг представляется оправданной: местные власти лучше осведомлены о потребностях своего населения, им проще осуществлять мониторинг положения пожилого населения на

предмет выявления различных проблем, они способны формировать горизонтальные связи на локальном или региональном уровне, но, с другой стороны, этот процесс часто сопровождается дестабилизацией финансирования социального сектора. Примеры децентрализации ответственности и связанного с этим усиление дифференциации предоставления услуг, различия в критериях предоставления и уровнях софинансирования можно найти во многих европейских странах (Бельгии, Швейцарии, Испании, Финляндии, Италии). В Испании каждое региональное правительство может самостоятельно устанавливать объем услуг долгосрочной помощи и величину пособий для своих жителей, сверх минимальных значений, определенных центральным правительством. В итоге даже соотношение услуг и пособий в каждом регионе может различаться. В структуре финансирования долгосрочного обслуживания 63% составляют региональные налоги, 17% субсидии центрального правительства и 20% соплаты потребителей. Если в Мадриде 70% общего объема расходов идет на оказание услуг, то в Валенсии эта доля составляет только 30% [14, р. 6].

Действующие тенденции в области оказания услуг по уходу. Национальные системы долгосрочного обслуживания представляют собой сложные конгломераты составных частей: разных организационных структур (государственных, некоммерческих, коммерческих поставщиков услуг), способов предоставления помощи (в домашних условиях, в разного типа стационарах круглосуточного пребывания, в полустационарных структурах, дневных и ночных пансионатах, муниципальных центрах социальной поддержки и т.п., выплаты пособий как самим нуждающимся гражданам, так и их неформальным помощникам), методов финансирования (за счет налогообложения, обязательного или добровольного страхования, соплатежей, прямых выплат пациентам). Значительная часть, а в ряде государств и основная, необходимой помощи обеспечивается неформальным способом, за счет прямой финансовой и физической поддержки родственников и друзей. Тем не менее, при всем многообразии решений различных сложных вопросов, связанных с данной сферой, можно выделить и ряд относительно общих тенденций.

Одна из широко распространенных тенденций последних лет, охватившая прежде всего государства Северной и частично Центральной Европы, — переориентация на обслуживание на дому и сокращение количества мест в стационарах (особенно существенное в Швеции, Норвегии, Финляндии). В Швеции с начала 2000-х годов было ликвидировано около 30% мест в муниципальных учреждениях круглосуточного пребывания, тем не менее в стране до сих пор сохраняется высокий уровень обеспеченности местами в различного типа стационарах для нуждающихся в уходе [17, р. 6]. В Швеции, Бельгии, Нидерландах, по данным на 2017 г., было более 70 мест на 1 тыс. человек в возрастной группе 65 лет и старше, при среднем уровне в странах ОЭСР 47 мест (в США для сравнения 34,6, в Италии 19,2, в Греции 4,5 мест в разного

типа учреждений долговременного ухода на 1 тыс. пожилых граждан) [12, р. 236–237]. Но тенденция сокращения количества мест в стационарах была характерна не для всех европейских государств: увеличение мест в сестринских домах и пансионатах для увеличивающегося числа лиц старших возрастов наблюдалась в Германии, Франции, Испании. Широкомасштабная программа развития системы долговременного обслуживания начала реализовываться в Италии.

Наиболее высокие показатели доли лиц, живущих в разного рода стационарных учреждениях с медико-социальным обслуживанием (сестринских домах, пансионатах и домах для престарелых разных типов с постоянным и без постоянного медицинского обслуживания) в Бельгии, Нидерландах, Швейцарии — 7–8% от общей численности населения в возрасте старше 65 лет, в Швеции и Испании — около 5%, в других странах — существенно меньше. Среди пациентов данных учреждений до 75% составляют лица с серьезными когнитивными нарушениями [1, р. 9].

Отдельную проблему составляет стоимость институционального обслуживания, особенно для лиц с высоким уровнем зависимости. По имеющимся данным на 2018 г. по 17 странам ОЭСР, средний уровень таких расходов составлял 206% от медианного дохода населения данных государств за аналогичный период времени, при этом показатели Франции, Великобритании, Японии были близки к среднему уровню, в Нидерландах составляли 320%, в Финляндии — 443% медианного дохода [12, р. 239]. В большинстве случаев доступ к услугам, финансируемым государством, является объектом оценки уровня зависимости и материального положения нуждающихся. Часто места в стационарных учреждениях резервируются для лиц с наиболее сложными проблемами как в физическом, так и материальном плане, и для тех, у которых отсутствует семейная поддержка. Государственные субсидии могут предоставляться на сооружение инфраструктуры (Бельгия), покрытие операционных издержек, выплату заработной платы сотрудникам [13, р. 7].

При стационарном обслуживании постояльцы или члены их семей самостоятельно оплачивают расходы на размещение и питание. Но одновременно практикуется и установка определенных лимитов на расходы, которые несут получатели услуг (Дания, Швеция), выплата ими установленного процента от имеющихся доходов (реже активов) (Австрия, Норвегия, Нидерланды и др.), назначение пособий на уход. При невысоком уровне материальной обеспеченности нуждающегося лица муниципальные (Бельгия, Германия), региональные власти (Франция, Австрия), реже страховые компании покрывают часть стоимости расходов долгосрочного обслуживания. В отношении предоставления личных и инструментальных услуг на дому в одних странах они фактически бесплатны для получателей (Дания) или предполагают практически символическую плату (Швеция, Шотландия, Северная Ирландия),

в других — полностью покрываются получателями за счет собственных доходов, в том числе пенсий и пособий на уход (Австрия).

Домашнее обслуживание может включать визиты медицинских сестер, врачей-физиотерапевтов, социальных работников для осуществления индивидуальной помощи, переоборудование квартир, теле-помощь и т.д. Все большее внимание уделяется внедрению превентивных мер по сохранению физической, ментальной, социальной активности лиц со сниженной жизне-способностью, борьбе с социальной изоляцией. Имеющиеся данные по формальному обслуживанию на дому включают две возрастные группы: в целом после 65 лет и после 80 лет. В Швеции и Норвегии среди лиц в возрасте 65 лет и старше данными услугами пользуется около 12%, среди самой старшей возрастной категории этот уровень уже приближается к 30%, еще выше показатели в Нидерландах и Швейцарии — соответственно 13–15% и более. И, наоборот, в государствах Южной и Восточной Европы эта доля очень низкая, например, в Португалии 0,7% от лиц в возрасте 65 лет и старше и 1,4% среди наиболее пожилых граждан [19, р. 19]. Провозглашаемая во многих странах цель ускоренного развития сектора домашнего обслуживания определяется как необходимая основа поддержки максимально возможного длительного времени независимого образа жизни и сохранения физической, ментальной и социальной активности лиц старших возрастных групп, но нельзя сбрасывать со счета и менее существенные расходы (особенно для лиц с невысоким и средним уровнями зависимости) по сравнению со стационарами постоянно-го пребывания.

Второй общей тенденцией можно считать коммерциализации услуг по долговременному уходу, создание рынков в обеспечении медико-социальными услугами и стимулирование частной конкуренции в данной сфере. В целом ряде государств, в том числе в Германии, Швеции, Дании, Испании, частные коммерческие организации, занимающиеся долгосрочным обслуживанием, имеют право на государственное финансирование. Во многих странах быстро растет сектор дорогостоящих частных услуг для лиц, которые могут себе это позволить. В Англии с начала 90-х годов XX века в сфере социального обслуживания начала реализовываться концепция организации квази-рынка, в котором коммерческие и некоммерческие поставщики услуг конкурировали за средства местных муниципальных бюджетов; в настоящее время 89% услуг на дому и 94% мест в домах и пансионатах для престарелых в стране предоставляет частный сектор. В Германии более 40% сестринских домов относятся к категории частных учреждений, 54% — некоммерческих организаций и 6% — государственных; в секторе обслуживания на дому частные поставщики составляют 63%, некоммерческие организации — 36%, государственные структуры — 1% [19, р. 18]. Быстрыми темпами расширяется сектор частных услуг в Швеции и Финляндии.

Другими общими болевыми точками для многих национальных систем долговременного обслуживания являются отсутствие взаимодополняемости формального и неформального ухода и несоответствие качественных и количественных показателей обслуживания современным потребностям. Надежной информации об общем количестве нуждающихся в посторонней поддержке и доле ее получающих из формальных источников немного. По предварительным оценкам, самые высокие показатели пользующихся формальными услугами из числа нуждающихся в них (до 75–80%) отмечаются в государствах Северной Европы, с наиболее значительными расходами на долговременный уход (более 2% ВВП) и относительно низкой долей лиц старших возрастных групп, заявляющих о плохом состоянии здоровья. Специальное исследование во Франции показало, что около 48% нуждающихся в уходе лиц в стране получают только помощь родственников и друзей, 20% – профессиональный уход, и 32% пользуются профессиональными услугами и родственной поддержкой [9, р. 7]. Основной группой неформальных помощников, которые вынуждены нести существенные социальные, экономические и психологические затраты, обычно выступают лица предпенсионного и пенсионного возраста, ухаживающие за своими более пожилыми родителями или друзьями. По данным общей статистики, в среднем в странах ОЭСР около 13% лиц в возрасте 50 лет и старше помогают нуждающимся родственникам не реже одного раза в неделю (в Германии, Франции, Великобритании около 20%, а в Швеции и США – менее 10%) [12, р. 230]. Опора на неформальное обслуживание снижает государственные расходы на долговременный уход, но негативно влияет на положение на рынке труда, финансовое состояние, часто на здоровье и в целом на жизненные перспективы опекунов, которые сами нуждаются в многообразной государственной поддержке (не только финансовой, но и консультативной, по профессиональной подготовке, оказании прямой технической помощи).

Наиболее распространенным подходом мониторинга качества предоставляемых услуг являются использование систем лицензирования, аккредитации или регистрации соответствующих структур и установка профессиональных стандартов и требований в отношении долговременного ухода. Эти требования нацелены на регулирование в основном стационарных услуг в очень редких случаях (здесь можно вспомнить Скандинавские страны) домашнего обслуживания. Например, в Дании местные власти, финансирующие в основном самостоятельно услуги по социальной поддержке, ежегодно утверждают стандарты качества домашней помощи и услуг по реабилитации и проводят аудит стационарных организаций.

В целом, сфера здравоохранения традиционно использует значительно более четко разработанные стандарты по сравнению с социальным сегментом обслуживания. Кроме того, данные стандарты могут разрабатываться как на

национальном уровне, так и на уровне регионов и муниципальных образований, что само по себе может вести к определенным противоречиям в национальном контексте. Выполнение требований социальных стандартов обслуживания может носить как обязательный, так и в ряде случаев рекомендательный характер (например, во Франции). Хотя определенные стандарты используются во многих странах, остается неясным до какой степени они гарантируют качество услуг и эффективность системы в целом. В Испании хронической проблемой системы долговременного обслуживания является долгий период ожидания формального признания зависимости и назначения индивидуального плана помощи. Лист ожидания получения услуг в стране составляет около четверти от численности признанных нуждающимися в социальной помощи, часть из них не доживает до получения услуг.

Национальные модели организации долговременного ухода. С точки зрения организации и структуры систем ухода можно выделить универсальные модели, модели, основанные на выплате прежде всего пособий по уходу и смешанные схемы. Универсальные модели, основанные на оказании широкого спектра медико-социальных услуг за счет общественного бюджетного финансирования, в большей степени характерны для государств Северной Европы. Примером такого универсального подхода является датская система долгосрочного обслуживания. Среди граждан страны в возрасте 65 лет и старше более 13% пользуются услугами помощи на дому, 7 % в стационарных учреждениях разного типа, более 8% получают превентивную и 1% реабилитационную помощь в домашних условиях. В датскую систему, кроме традиционных схем социальной поддержки, в качестве необходимых составных частей входят превентивные и реабилитационные меры. Превентивными мерами в стране считается посещение граждан в возрасте 75 лет и старше (или более раннего возраста, при необходимости) специалистами медиками и социальными работниками для оценки их функциональных, психологических, социальных ресурсов, общего статуса здоровья и определения программы поддержки. Для граждан старше 80 лет такие посещения и корректировки программы поддержки осуществляются ежегодно.

В программы индивидуальных реабилитационных мер в Дании, организуемых после тяжелых болезней и выписки из медицинских стационаров, включаются, например, разработка комплексов индивидуальных физических упражнений для пожилых граждан, проведение дополнительных медицинских обследований, формирование особых диет и организация диетического питания, необходимые изменения жилой среды, меры по социальной поддержке и борьбе с одиночеством. В структуре непосредственно долговременного обслуживания на дому в стране выделяется 5 уровней зависимости, каждый с определенным набором предоставляемых услуг. В среднем на каждого нуждающегося в помощи приходится 5,8 часов персональных услуг и 0,7 часов

инструментальной помощи в неделю. Пожилые люди в Дании имеют возможность выбора по крайней мере между двумя различными организациями, оказывающими социальные услуги на дому, одной из которых является муниципальная организация, и около $2/3$ потребителей пользуются услугами государственных организаций [8, р. 5]. При этом в Дании не предусмотрена выплата какого-либо типа пособий по уходу. Для поддержания родственного ухода используются в основном волонтерские организации.

Сильной стороной универсальной модели является и достаточно тесная связь между медицинским и социальным сопровождением. В Норвегии, например, местные медицинские и социальные учреждения несут полную ответственность за пожилых пациентов, выписывающихся из медицинских стационаров. Если предприятия социального сектора региона не могут обеспечить оказание соответствующих услуг (на дому или в муниципальных центрах социальной поддержки), то ответственные за это структуры должны перечислять соответствующие средства медицинским стационарам. При этом местные власти страны управляют и финансируют 90% сестринских домов и 97% организаций, осуществляющих услуги на дому. Только в 2017 г. правительством Норвегии было принято решение использовать частный сектор для оказания услуг длительного ухода.

Акцент на предоставлении помощи главным образом в виде услуг и высокая степень их субсидирования государством характерен и для системы длительного обслуживания Швеции, потребители оплачивают в среднем 4–5% стоимости медико-социальных услуг. Местные органы власти страны несут полную ответственность и за обслуживание граждан в стационарах и на дому. Они самостоятельно определяют уровень и критерии предоставления услуг и вводят (или не вводят) систему дополнительных пособий для получателей помощи или для ухаживающих за ними лиц.

Скорее отрицательной, чем позитивной чертой североευропейской модели (Швеция, Норвегия, Нидерланды, Финляндия) является отсутствие общих национальных критериев и правил предоставления услуг. Они оказываются «по потребности», а сама потребность определяется на местном уровне органами здравоохранения. В Финляндии обязанность удовлетворять потребности населения в социально-медицинских услугах лежит на 320 местных общинах, сильно различающихся между собой по размерам, структуре населения и экономическому положению. В результате при среднем уровне расходов в 2940 евро на каждого потребителя услуг по длительному уходу, разброс составляет от 1980 до 4689 евро в месяц [7, р. 6]. В 2020 г. в стране должна была стартовать реформа систем медицинского и социального обеспечения, важнейшей задачей которой должен был стать перенос ответственности с многочисленных небольших местных общин на 18 более крупных территориальных образований – регионов, а также расширение возможностей использования

услуг частных коммерческих организаций (покупка их услуг за средства выделяемые лицам, нуждающимся в долгосрочной обслуживании в рамках установленного для них бюджета по уходу или за предоставленные ваучеры).

Высокий относительный уровень доступности и качества медико-социальных услуг при универсальной модели связан со значительным уровнем общественных расходов на данное направление: так, расходы только на долгосрочное медицинское обслуживание в Дании составляют 1,7% ВВП страны, в Норвегии — 1,2% ВВП, на стационарное — соответственно 0,8% и 1,5% ВВП. Высокие показатели данных расходов в Швеции и Нидерландах, суммарно по 2,6% ВВП, без учета расходов на социальную поддержки [19, р. 44–45]. При среднем уровне расходов на долговременный уход в странах ОЭСР — 1,4% ВВП [11, р. 12].

В отличие от универсальных моделей североευропейских стран, ряд государств Южной и частично Восточной Европы основным инструментом воздействия на область долгосрочного обслуживания рассматривают денежные пособия и определенную поддержку неформального сектора социальной помощи. В Италии пособия по уходу получает 13,5% лиц в возрасте 65 лет и старше (расходы на выплату пособий составляют более 55% всех расходов страны на долговременную помощь), формальными услугами помощи на дому пользуется 5,5% лиц данной возрастной категории, стационарной помощью — 2%. Относительно невысокий уровень денежных выплат дифференцируется по регионам, но не по уровню потребности или состоятельности получателей, что отличает итальянскую практику от других стран, широко использующих систему денежных пособий для лиц, нуждающихся в уходе (Германии, Франции, Испании, Великобритании). При этом отсутствует система контроля за расходованием средств, и в основном они используются как дополнительный семейный доход для поддержки родственного ухода или оплаты труда нелегальных мигрантов, выполняющих роль сиделок. Основная часть расходов на оказание формальных услуг в стационарах и на дому покрывается за счет Национальной системы здравоохранения (около 70%), а критерии доступа к услугам значительно отличаются по регионам. В силу острого дефицита мест в стационарных учреждениях по долговременному уходу (в Италии насчитывается 1,9 мест в стационарах на 100 тыс. лиц в возрасте 65 лет и старше при среднем уровне обеспеченности в ЕС — 5 мест на 100 тыс.) большая часть нуждающихся в таких услугах (например, в последней стадии болезни Альцгеймера или других форм деменции) вынуждена оставаться дома [5, р. 10].

Французская система долгосрочного ухода также базируется в основном на денежных выплатах. С 2002 г. в стране действует схема выплаты специального пособия, так называемого бюджета на персональный уход (АРА), предназначенного для лиц в возрасте старше 60 лет, нуждающихся в помощи для выполнения ежедневных дел и постоянном контроле за состоянием здоровья.

Размер пособия, в отличие от итальянской практики, зависит от уровня нуждаемости и колеблется в пределах от 662 евро в месяц (4 уровень зависимости) до 1713 евро (1 уровень). 60% лиц, получающих персональное пособие на уход (АРА), живут дома, 40% в стационарных организациях, из них 45% относятся к 4-му относительно невысокому уровню зависимости. При получении услуг на дому или в стационаре данное пособие используется для финансирования «индивидуального плана ухода», разрабатываемого междисциплинарной командой, специалистами медиками и социальными работниками при местных департаментах, и направления его расходования четко контролируются властями. Среди французских граждан возрастной группы 60 лет и старше доля получающих пособие составляет 8% [9, p. 6].

В отдельную группу можно включить страны со смешанными моделями, включающие более-менее сбалансированное соотношение различных видов формальных услуг и денежных пособий. В Германии уровень потребности в помощи и поддержке определяется на основе нескольких областей (модулей) с разной степенью важности: уровень самообеспечения (40%), мобильность (10%), когнитивные и коммуникативные возможности (15%), поведенческие и психологические проблемы (15%), структура ежедневной жизни и социальные контакты (20%). Независимая медицинская комиссия определяет уровень зависимости в диапазоне 5 категорий. Получатель может выбирать из 3 различных опций: получать пособия на уход (составляющие в зависимости от уровня потребности и выбранного способа получения помощи от 125 до 2005 евро в месяц), использовать формальные услуги на дому или в стационарном учреждении.

Большинство схем предоставления услуг долгосрочного обслуживания и выплата пособий на обслуживание финансируется из общих налогов, но есть успешные примеры использования системы обязательного страхования (Германия, Япония, Бельгия). В Германии система обязательного страхования по долговременному обслуживанию действует с 1996 года. При этом особенностью немецкой страховой системы как медицинского страхования, так и страхования по долговременному уходу является ее дуальность: разделение на общественную и частную. В общественной системе размер страховых взносов составляет 2,55% от доходов граждан (для лиц без детей – 2,8%), в частной системе – размер взносов зависит от возраста, но действуют верхние лимиты платежей. Пенсионеры выплачивают взносы на долговременное обслуживание в полном объеме. По данным на 2016 г., в стране 71,95 млн человек были охвачены общественной системой обязательного страхования по долговременному уходу и 9,32 млн – частной [3, p. 16]. Еще один важный момент: в отличие от государственной системы здравоохранения, услуги долгосрочного обслуживания в Германии лишь частично покрываются из страховых фондов, около 37% общих расходов на долговременный уход составляют частные

расходы пациентов и их семей (для покрытия тарифов на услуги наиболее уязвимым, ограниченным по численности категориям, местные власти предоставляют гранты). При этом с начала действия до 2017 г. система была профицитной (разница между доходами и расходами общественной системы в среднем составляла 3%).

Роль денежных пособий в системе долговременного ухода. Денежные пособия могут дополнять систему услуг, а могут рассматриваться как основной вид поддержки. Большинство схем денежных пособий как для самих нуждающихся, так и их помощников финансируется за счет общего налогообложения, но в Швеции муниципальным властям предоставлено право самим решать устанавливать или нет схему денежных пособий на своей территории, в Германии они базируются на страховых взносах, в Бельгии (Фландрии) финансируются за счет взносов и налогов. Право на получение денежного пособия для нуждающихся в уходе лиц может зависеть: 1) от степени нуждаемости или зависимости, 2) доходов и активов получателя помощи или его семьи, 3) возраста зависимого лица. Часто в качестве критериев используется комбинация данных факторов. Предоставление пособий, кроме того, может сопровождаться предписаниями использования определенного вида и объема услуг или определенных поставщиков. В ряде стран могут параллельно существовать несколько видов пособий для нуждающихся в уходе, финансируемых из разных источников и с разными критериями предоставления. Например, в Британии действует пособие на оказание помощи, нацеленное на покрытие экстренных расходов, связанных с инвалидностью. Выплата данного пособия не зависит от доходов и активов получателя, не предусмотрено и каких-либо требований относительно способов его расходования. Другой тип — персональный бюджет предназначен для выплат тем, кто имеет право на получение финансовой государственной помощи и готов самостоятельно нанять помощника. Это пособие назначается после оценки нуждаемости и материального положения получателя, а его использование контролируется местными властями. Похожая ситуация и в Испании. Денежное пособие на неформальный уход, по данным на 2018 г., составляет от 153 до 387 евро и покрывает только небольшую часть расходов на уход. Оно выплачивается более $\frac{1}{3}$ лиц, нуждающихся в уходе и не требует каких-либо подтверждений произведенных расходов. Второй вид пособий, на персональную помощь — выше, от 300 до 715 евро в месяц, оно назначается менее чем 1% нуждающихся и предусматривает отчеты получателей об использовании средств. В Англии и Испании (при получении пособий на персональную помощь), как и в ряде других государств, например, в Нидерландах для продолжения получения пособия требуется представление заключенного договора об условиях долговременного обслуживания с домашним помощником или формальным поставщиком. Но более распространенным вариантом является использование пособий по уходу для найма сиделок

без какого-либо контракта и даже разрешения для них на работу (Италия) или для оплаты неформальной помощи, часто в комбинации с использованием формальных услуг на дому (Австрия, Германия).

Действуют и схемы пособий, предоставляемых непосредственно неформальным помощникам. Эти схемы призваны не столько частично заменять утраченный доход, сколько служат определенным символом признания родственного ухода видом оплачиваемой деятельности и предусматривают возможность участия в схемах общего социального страхования. Условиями выплат пособий могут быть заключение договора между помощником и нанимающими его местными властями (как например, в Финляндии и Швеции), высокий уровень зависимости нуждающегося в посторонней помощи, дополнительными условиями могут быть материальное положение и отсутствие оплачиваемой занятости у неформального помощника. В Норвегии такие пособия предоставляются для лиц, ухаживающих за родственниками в терминальной стадии жизни [17]. Сами схемы и размеры пособий могут существенно отличаться по муниципальным образованиям, но в большинстве случаев относятся к категории скорее символических, чем существенных выплат. В то же время во многих странах работающим лицам, осуществляющим уход за родственниками, предоставляется отпуск или право сократить число часов работы. В одних странах такой отпуск предполагает получение определенной денежной компенсации (в Италии сохранение заработной платы в полном объеме, в Австрии и Бельгии – ограниченные денежные выплаты) в течение определенного времени, в других – нет (например, во Франции) или условия предоставления данного отпуска определяются работодателем [16, р. 18]. В Чехии в 2018 г. для поддержки ухаживающих за родственниками работников было введено новое специальное страховое пособие. Помощник (наемный работник или самозанятое лицо), включенный в систему страхования, должен получать компенсацию потерянных доходов при временном прекращении работы, в размере оплаты бюллетеня по болезни (60% от дневных доходов), но в течение не более 90 дней. В период ухода, согласно действующему законодательству, работодатель не может уволить работника и должен гарантировать ему возвращение на ту же должность [10].

С начала 2000-х годов в большинстве экономически развитых стран действует общая тенденция повышения (или сохранения в странах, где она уже была достаточно высокой) занятости лиц старших возрастных групп как за счет экономических стимулов и повышения конкурентоспособности лиц старших возрастов на рынке труда, так и определенных мер административного принуждения, изменения трудового и пенсионного законодательства. В какой мере будет сохранен данный курс в условиях сокращения занятости

в пострадавших от пандемии и кризиса отраслях и дальнейшей цифровизации экономики, прогнозировать сложно. По другому направлению — снижению рисков ранней потери возможности к самообеспечению и формированию соответствующей потребностям и национальным условиям системы долговременного ухода, положение в экономически развитых государствах сильно различается. К традиционным проблемам, региональным и секторальным диспропорциям, высоким расходам на стационарное обслуживание, добавились новые: необходимость разработки эффективных методов профилактики и реабилитации, схем ухода за больными с различными стадиями деменции и в терминальный период жизни, разумного использования возможностей ассистивных медицинских технологий, повышающих уровень функциональных способностей пожилых граждан.

Действующие в странах схемы долговременного обслуживания предполагают различные уровни государственных расходов, модели финансирования, объемы использования неформальной родственной поддержки для лиц с ограниченной жизнеспособностью. С точки зрения получателей помощи наиболее привлекательной представляется универсальная модель, применяемая в государствах Северной Европы, с практически неограниченным доступом к относительно более интегрированным медико-социальным услугам, финансируемым за счет системы местных и общих налогов, одновременно это и наиболее затратная модель для государства. Большинство экономически развитых государств идет по пути смешанного финансирования и определенной поддержки родственного ухода: источниками покрытия высокой стоимости услуг служат налоги, в отдельных странах страховые взносы, а также соплатежи получателей услуг и их родственников. Смешанные формы финансирования и учет финансового положения получателей помощи, на практике ведут к ограничению доступа к услугам. Непредсказуемый рост расходов на медико-социальную помощь при снижении жизнеспособности способен разрушительно повлиять на материальное положение пожилых граждан и их семей, особенно средних слоев, которые не могут рассчитывать на государственные гранты и денежные пособия.

Действующие тенденции фрагментации и коммерциализации социальных услуг, внедрения рыночных принципов в систему долговременного ухода, решая одни проблемы, например, предоставляя свободу выбора для пользователей, создают новые, существенно усложняя возможности обеспечения равенства и справедливости. В условиях предполагаемого роста бюджетных дефицитов во многих экономически развитых странах вновь возникает задача изменения модели распределения доходов на протяжении жизни индивидов и объединения рисков старости и утраты автономности для деления финансового бремени между всеми участниками процесса.

Литература

1. *Froggatt K., Arrue B., Edwards M. et al* Palliative care systems and current practices in long-term care facilities in Europe // Milan: European Association of Palliative Care. 2017.
2. *Geppart Ch. et al.* Labour supply of older people in advanced economies: the impact of changes to statutory retirement ages. // Economic Department Working papers. № 1554. 2019.
3. *Gerlinger T.* ESPN Thematic report on challenges in long-term care // Germany. Bielefeld University. 2018.
4. *Glendinning C.* ESPN Thematic report on challenges in long-term care // United Kingdom. Brussels: European Commission. 2018.
5. *Jessoula M., Pavolini E., Raitano M.* ESPN Thematic report on challenges in long-term care // Italy. Brussels: European Commission. 2018.
6. Joint Report on health care and long-term care sustainability. Vol.1 Institutional paper 037. 2016. European Commission. Luxembourg: Publication office of European Union. 2016.
7. *Kalliomaa-Puha L., Kungas O.* ESPN Thematic report on challenges in long-term care // Finland. Brussels: European Commission. 2018.
8. *Kvist J.* ESPN Thematic report on challenges in long-term care // Denmark. Brussels: European Commission. 2018.
9. *Le Bihan B.* ESPN Thematic report on challenges in long-term care // France Brussels: European Commission. 2018.
10. *Maly I.* ESPN Thematic report on challenges in long-term care // Czech Republic. Brussels: European Commission. 2018.
11. *Muir T.* Measuring social protection for long-term care. // QECD Health working paper № 93. Paris: OECD Publishing. 2017.
12. OECD Health statistics. Paris: OECD Publishing. 2019.
13. *Picolet J., De F.* ESPN Thematic report on challenges in long-term care // Belgium. Brussels: European Commission. 2018.
14. *Rodrigues- Cobrero J., Codornice Y.-M. et al.* ESPN Thematic report on challenges in long-term care // Spain. Brussels: European Commission. 2018.
15. *Roscado S.M.* Active ageing index at subnational level in Spain // UNECE Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion. 2019.
16. *Scheil-Adlung X.* Long-term protection for older persons: a review of coverage deficits in 46 countries // ESS Working paper № 50. ILO Geneva. 2015.
17. *Schon P., Heap J.* ESPN Thematic report on challenges in long-term care // Sweden. Brussels: European Commission. 2018.
18. *Skevik Grodem A.* ESPN Thematic report on challenges in long-term care // Norway. Brussels: European Commission. 2018.
19. *Spasova S. et al.* Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies // Brussels: European Commission. 2018.

E. Shestakova (e-mail: eeshestakowa@gmail.com)

Ph.D. in Economics, Leading Researcher,

Institute of Economy of Russian Academy of Sciences (Moscow)

ORGANIZATIONAL MODELS AND FINANCIAL MECHANISMS FOR ENSURING LONG-TERM CARE FOR THE ELDERLY: ACHIEVEMENTS AND OUTSTANDING CHALLENGES

The article examines the existing mechanisms of adaptation of economically developed countries, especially European countries, to the accelerated change in the structure of the population, including the search for ways to make greater use of the labor potential of older age groups, as well as the opportunities to improve the quality of citizens' lives in the process of ageing. The achievements and the drawbacks of various national models of social assistance organization are analyzed.

Keywords: active ageing, long-term care, hospital service, in-home care, informal assistance of the relatives.

DOI: 10.31857/S020736760011353-7