

КРАТКИЙ АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР 11

Каковы возможные пути создания в европейских странах эффективных, справедливых и устойчивых систем финансирования для обеспечения длительного ухода за пожилыми людьми?

José-Luis Fernández, Julien Forder,
Birgit Trukeschitz, Martina Rokosová и
David McDaid

Ключевые Слова:

HEALTH SERVICES FOR THE AGED - economics

LONG-TERM CARE - economics - organization and administration

FINANCING, GOVERNMENT

SUSTAINABILITY

SOCIOECONOMIC FACTORS

EUROPE

© Всемирная организация здравоохранения, 2009 г., и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2009 г.

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Данный документ представляет собой очередной аналитический обзор из новой серии, предназначенной для государственных деятелей, руководителей высшего звена и организаторов здравоохранения.

При подготовке таких обзоров ставится задача разработать ключевые концепции формирования политики, основывающейся на фактических данных, и редакторы обзоров – в сотрудничестве с авторами – продолжают работу по совершенствованию этой серии, в частности путем повышения внимания к вопросам, связанным с выбором тех или иных стратегических подходов и их реализацией.

Каковы возможные пути создания в европейских странах эффективных, справедливых и устойчивых систем финансирования для обеспечения длительного ухода за пожилыми людьми?

Содержание

	Стр.
Основные положения	
Реферат	
Краткий аналитический обзор	
Каковы возможные пути создания в европейских странах эффективных, справедливых и устойчивых систем финансирования для обеспечения длительного ухода за пожилыми людьми?	
Стратегическая характеристика ситуации	1
Резюме	29
Библиография	44

Авторы

José-Luis Fernández PSSRU, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science, Лондон, Соединенное Королевство

Julien Forder PSSRU, University of Kent, Кентербери, Соединенное Королевство

Birgit Trukeschitz Research Institute for Economics of Aging and Institute for Social Policy, Vienna University of Economics and Business, Австрия

Martina Rokosová Czech Alzheimer's Society, Чешская Республика

David McDaid PSSRU, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science, Лондон, Соединенное Королевство, и European Observatory on Health Systems and Policies

Редакторы

Под редакцией Европейского регионального бюро ВОЗ и Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

Главный редактор
Govin Permanand

Соредакторы

Enis Bariş
Josep Figueras
John Lavis
David McDaid
Elias Mossialos

Ответственные за выпуск

Jonathan North
Kate Willows

Авторы и редакторы выражают благодарность рецензентам за их экспертную помощь и за их комментарии о данной публикации.

No: 11

ISSN 1997-8073

Основные положения

Основной вопрос политики и связанные с ним стратегические проблемы

- Во многих странах прогнозируется значительный рост доли ВВП, затрачиваемой на обеспечение длительного ухода за людьми преклонного возраста. В странах ОЭСР к 2050 г. она по расчетам может составить от 2% до 4%. В странах ЕС-25 к 2040 г. 28% населения будет представлено людьми в возрасте 65 лет и старше.
- Старение населения, ослабление семейной поддержки, рост расходов на оказание помощи и повышенные ожидания в отношении услуг обуславливают серьезные трудности в плане сохранения устойчивости системы.
- Решения, основанные на коллективном финансировании при поддержке со стороны государства, могут обеспечить защиту наиболее нуждающихся групп и помочь семьям избежать катастрофических расходов на здоровье.
- Использование только услуг частного сектора не может обеспечить устойчивую систему страхования, способную охватить значительную часть населения. Традиционная опора на семейную поддержку не всегда возможна.

Стратегические подходы

- Один из вариантов стратегии – это создание *системы социальной защиты*, в которой вмешательство государства сведено к минимуму и основное внимание сосредоточено на оказании поддержки единственной подгруппе населения – тем, кто лишен финансовой возможности оплачивать стоимость услуг. Опыт показывает, что этот метод нередко позволяет весьма эффективным образом экономить государственные средства, однако жесткие ограничения в доступе могут способствовать значительному росту уровня неудовлетворенных потребностей.
- Другой вариант – это *система всеобщего доступа*, которая охватывает все население, но при значительно более высокой стоимости. Определенные виды услуг могут предусматривать соплатежи. Системы всеобщего охвата, финансируемые из налогов, могут испытывать дефицит расходных средств, и поэтому, в целях оптимизации использования ресурсов, в таких системах

определяются критерии доступа к услугам. Системы, финансируемые из средств социального страхования, зависят в большей мере от потребностей, нежели от ограничений бюджета, однако при отсутствии наличных выплат могут терять гибкость.

- Подход *прогрессивной всеобщности* сочетает всеобщий доступ с элементами учета индивидуальной платежеспособности. Всеобщий охват услугами может содействовать росту общественной поддержки в пользу данной системы среди тех, кто не получил бы права на ряд услуг в условиях минимальной системы социальной защиты. Как и в случае схем всеобщего доступа, это также может повышать уровень услуг длительного ухода и снижать стигматизацию, привязанную к факту получения помощи в системах, рассчитанных только на людей с низкими доходами.

Содействие реализации

- Достижение устойчивости систем длительного оказания помощи требует, чтобы они были финансово доступными, справедливыми и гибкими. В этом контексте внедрение любого механизма финансирования возможно лишь при условии достижения общественного консенсуса.
 - Национальные правительства, в рамках стратегического управления системой здравоохранения, могут предусматривать действия по следующим направлениям: (i) обеспечивать предоставление понятной информации и практической помощи гражданам по ориентированию в имеющихся системах длительного ухода; (ii) обеспечивать стандарты качества и оказывать поддержку лицам, осуществляющим домашний уход за престарелыми, а также содействовать гибкости в выборе пакетов услуг (например, через наличные выплаты); (iii) предпринимать меры по улучшению координации между службами длительного ухода и родственными секторами.
 - Поскольку многие страны сталкиваются с однотипными проблемами, государства – члены Европейского региона имеют возможность использовать уроки международного опыта по организации систем длительного ухода, накопленного как в Европе, так и за ее пределами.
-

Реферат

Оценка различных вариантов финансирования длительного ухода – т.е. немедицинской помощи, оказываемой людям со специфическими потребностями, обусловленными их физическим или психическим здоровьем, чтобы помочь им выполнять необходимые действия в повседневной жизни – связана с тремя ключевыми вопросами. Во-первых, для этого нужно оценить потребность в услугах длительного ухода, которая возникнет в будущем на уровне всего населения, и более широкие социально-экономические последствия такой потребности. Во-вторых, нужно привести разумные доводы в обоснование необходимости использовать государственные средства для финансирования длительного ухода и показать, как эти доводы изменяются в зависимости от конкретных обстоятельств в стране. И, наконец, нужно решить вопрос о том, каким способом можно реализовать схемы финансирования, чтобы обеспечить максимальную справедливость и эффективность системы.

Имеющиеся в странах Европы данные свидетельствуют о том, что старение населения, которому сопутствуют изменения в доступности неформальной семейной поддержки, рост стоимости ухода и повышенные требования к качеству, интенсивности и гибкости обслуживания, может создать серьезные трудности для руководящих должностных лиц, ведущих нелегкую борьбу за сохранение или расширение охвата услугами систем длительного ухода и продолжение и усиление поддержки этих систем. Прогнозируется, что к 2050 г. расходы на длительный уход в странах ОЭСР вырастут от уровня чуть выше 1% ВВП до 2–4% валового внутреннего продукта. Только в ЕС (без Болгарии и Румынии) прогнозируется увеличение доли населения в возрасте 65 лет и старше с 17% в 2007 г. до более 28% к 2040 г.

Аргументация в пользу вмешательства государственного сектора

Имеются убедительные аргументы в пользу вмешательства государственного сектора в поддержку финансирования длительного ухода. Стоимость услуг длительного ухода на протяжении всей жизни может быть весьма значительной, и их оплата может истощить ресурсы всех, кроме самых богатых пользователей этих услуг. При таких вариантах решения этой проблемы, которые предусматривают коллективное финансирование при поддержке государства, можно добиться того, что будет обеспечена достаточная поддержка наиболее нуждающимся и/или наименее платежеспособным и можно будет избежать катастрофических расходов. Частному сектору не удалось создать устойчивой системы страхования, которая была бы в состоянии охватить значительную долю населения, хотя в некоторых странах он служит дополнением к

государственной поддержке. Не все могут продолжать и дальше рассчитывать на семейную поддержку.

Создание механизмов финансирования длительного ухода и их социальная приемлемость могут определяться целым рядом факторов. Одним из таких факторов является степень справедливости механизмов финансирования и их способности содействовать установлению партнерства между личным, семейным и государственным уровнями ответственности. Еще один фактор – являются ли системы достаточно прозрачными в том, как в них определяются длительный уход, правила в отношении финансирования и права на пользование услугами.

Какие можно было бы рассматривать альтернативные подходы к финансированию длительного ухода?

Свою роль в определении того, какой механизм финансирования принят в стране, играют различающиеся исходные условия в странах: это и важность, придаваемая официальному сектору услуг по длительному уходу в сравнении с другими секторами, и социальные ценности, и возможность опереться на семейный уход, и ограниченность ресурсов. Например, для стран Скандинавии, а в последнее время и для других стран Северной Европы характерными являются системы с более всеобщим охватом услугами. В странах же Южной и Восточной Европы государственные системы социальной помощи строятся на концепции социальной защиты, в соответствии с которой государственная поддержка выборочно предоставляется наиболее нуждающимся и имеющим наименьшие финансовые возможности. Различия в социальных ценностях влияют, например, на то, как распределяется помощь между пользователями, имеющими неформальных попечителей и не имеющими таковых, а также на решение государства сосредоточить все усилия на подстраховке тех, кто не может позволить себе оплачивать стоимость ухода, или же предоставлять одинаковую помощь всем.

Обеспечение минимальной социальной защиты

Одним из вариантов политики является создание такой системы, при которой вмешательство государства сводится к минимуму, а поддержка сосредоточена на одной категории населения – на людях, у которых нет финансовой возможности оплачивать стоимость услуг. В системах социальной защиты государственные ресурсы, выделяемые на длительный уход, ограничены наличием денег, и их объем не обязательно меняется с изменением потребностей. Поэтому такие системы могут быть весьма эффективными в плане контроля государственных расходов. Обычно они финансируются за счет сочетания общих налоговых

поступлений (общегосударственных и/или местных налогов) и платежей за пользование услугами, которые взимаются там и тогда, где и когда возникают потребности, и рассчитываются в соответствии с правилами проверки на нуждаемость.

Критерии обладания правами на основании нуждаемости очень жесткие. Права на финансовую помощь и расчет платежей за пользование услугами обычно определяются некоторым набором критериев исключения (например, наличие имущества стоимостью выше максимального порога), а также правилами определения "оцениваемого дохода" (например, уровня заработка, дохода в виде пенсии и доходов от сбережений). Помощь обычно не выходит за рамки некоторого ограниченного базового набора действий, связанных с личным уходом (например, кормление, умывание, прием пищи, одевание). В результате такого подхода системы, основанные на критериях нуждаемости, могут порождать значительный объем потребностей, остающихся неудовлетворенными. Система может восприниматься как несправедливая по отношению к тем, кто проявляет благоразумие и бережливость, и создавать у людей большую заинтересованность в том, чтобы до конца исчерпывать свои материальные ресурсы, а то и доводить свои доходы до минимума, чтобы таким образом увеличить размеры получаемой дотации. При таких системах также могут быть высоки операционные издержки, так как для применения правил определения нуждаемости требуется административная система.

Системы финансирования всеобщего доступа

Одним из альтернативных вариантов является система, обеспечивающая охват услугами всего населения. Это подразумевает значительно более высокие уровни государственных расходов по сравнению с системой минимальной социальной защиты. Такая альтернатива должна способствовать большему равенству и социальному единению, обеспечивая возможность всем людям, удовлетворяющим критериям нуждаемости, получить доступ к услугам независимо от своего финансового положения. Почти все системы всеобщего доступа являются прогрессивными, т.е. они предполагают получение больших объемов поступлений от сочетания целевых взносов и налогов с фонда заработной платы. За некоторые виды услуг сохраняется возможность взимания совместных платежей.

Для того, чтобы с максимальной эффективностью использовать имеющиеся ресурсы, в системах, финансируемых за счет налоговых поступлений, также могут быть использованы механизмы сдерживания расходов и определены критерии обладания правами. В системах

длительного ухода, в основе которых лежит всеобщий охват социальным страхованием, наличие у человека права пользования услугами обычно оценивается на основании четких, изложенных письменно алгоритмических правил, которые увязывают уровни нетрудоспособности с правами на получение определенных уровней государственной поддержки. Это позволяет иметь более прозрачный процесс распределения помощи и дает больше гарантий в отношении "прав" пользователей услугами на получение поддержки. В результате расходы на цели социального страхования не сдерживаются размерами бюджета, а определяются потребностями.

Системам, предусматривающим льготы для определенной категории лиц, может не хватать гибкости в том, как происходит подбор пакетов услуг по уходу в соответствии с индивидуальными уровнями нуждаемости, и это объясняется трудностями, связанными с включением в правила адресной помощи таких важных факторов, влияющих на потребность в социальной помощи, как социальные установки, характеристики родственных отношений и факторы окружающей среды.

Механизмы финансирования, построенные на принципе прогрессивной всеобщности

Третий подход объединяет в себе всеобщее право на получение государственной помощи и элемент критерия нуждаемости, благодаря чему обеспечивается такая система, при которой лица, наиболее нуждающиеся материально, получают наибольший объем государственной поддержки. Такие системы, объединенные под флагом прогрессивной всеобщности, нацелены на то, чтобы минимизировать финансовые обязательства государства при сохранении определенного элемента всеобщности. Намерение при этом заключается в том, чтобы способствовать социальному единению и предоставить всем определенные страховые пособия, ограничивая при этом государственные расходы (по сравнению с системами всеобщего доступа к социальной помощи).

Всеобщий характер предоставляемой помощи может повысить общественную поддержку этой системы со стороны тех, кто не удовлетворял бы критериям на получение права на некоторые пособия при системе минимальной социальной защиты. Такая общественная поддержка усиливается по мере уменьшения доходов потенциальных получателей помощи. Как и в случае систем всеобщего доступа к помощи, это также может привести к повышению престижности услуг длительного ухода и уменьшению стигмы, которой сопровождается получение помощи в системах, основанных на критерии нуждаемости.

Выявление альтернативных путей реализации механизмов финансирования длительного ухода

Для того, чтобы быть устойчивой, любая система длительного ухода должна быть доступной по стоимости, справедливой и гибкой. Меры, направленные на выработку консенсуса в отношении распределения ролей между гражданами и государством при любой системе финансирования длительного ухода, включают консультирование с общественностью, проводимое для того, чтобы изучить идеи, обменяться мнениями и оценить социальную приемлемость идеи о необходимости совместных платежей. Разные источники поступлений порождают разные стимулы и предполагают разную степень перераспределения доходов. Подходящий налог обычно является прогрессивным, но он не всегда может гарантировать, что будут собираться взносы и от тех, чьи доходы не связаны с заработной платой. В некоторых странах, пожалуй, более приемлемым для общества может быть адресное налогообложение. Особенно спорным может оказаться включение в любую систему, основанную на критериях нуждаемости, критерия обеспеченности жильем.

При реализации любой системы должна предоставляться достаточная, но доступная информация, и делать это нужно разнообразными способами. Может также понадобиться оказать поддержку защитникам интересов граждан, чтобы они помогали людям выбрать необходимый им пакет услуг по длительному уходу. Также могут быть полезными меры по обеспечению соблюдения стандартов качества, предоставлению поддержки попечителям и облегчению более гибкого выбора пакета услуг. Одним из способов помочь в расширении выбора для пользователей услуг может быть использование наличных расчетов. Можно было бы также принять меры к улучшению согласованности в действиях между сектором длительного ухода и родственными секторами.

Очевидно, что разные системы длительного ухода находятся в странах Европы на совершенно разных стадиях развития и что там принято несколько разных механизмов финансирования. Можно многое узнать из опыта разных стран. Такие международные органы, как Европейская Комиссия и Всемирная организация здравоохранения, благодаря своим информационным порталам, диалогам по стратегическим вопросам и программам поощрения международного партнерства, также могут обладать большими возможностями для сбора, анализа и распространения знаний, приспособивая эти знания к специфическим условиям, наблюдаемым в различных странах Европы.

Краткий аналитический обзор

Каковы возможные пути создания в европейских странах эффективных, справедливых и устойчивых систем финансирования для обеспечения длительного ухода за пожилыми людьми?

Оценка различных вариантов финансирования длительного ухода – т.е. немедицинской помощи, оказываемой людям со специфическими потребностями, обусловленными их физическим или психическим здоровьем, чтобы помочь им выполнять необходимые действия в повседневной жизни – связана с тремя ключевыми вопросами. Во-первых, для этого нужно оценить потребность в услугах длительного ухода, которая возникнет в будущем на уровне всего населения, и более широкие социально-экономические последствия такой потребности. Во-вторых, нужно привести разумные доводы в обоснование необходимости использовать государственные средства для финансирования длительного ухода и показать, как эти доводы изменяются в зависимости от конкретных обстоятельств в стране. И, наконец, нужно решить вопрос о том, каким способом можно реализовать схемы финансирования, чтобы обеспечить максимальную справедливость и эффективность системы.

Стратегическая характеристика ситуации

Что нам известно о нынешних и возможных в будущем факторах, стимулирующих спрос на длительный уход?

Прежде, чем начать рассмотрение различных подходов к финансированию длительного ухода, представляется важным оценить потенциальный спрос на эти услуги. Это будет решающим образом влиять на различные модели предоставления услуг, которые могут финансироваться через государственный сектор, и на то, в какой степени граждане могут оказаться вынужденными участвовать в оплате стоимости ухода.

Прогнозируется, что к 2050 г. расходы на предоставление длительного ухода в странах ОЭСР вырастут от уровня чуть выше 1% ВВП до 2–4% валового внутреннего продукта (1). Можно утверждать, что главным фактором, определяющим будущие уровни расходов на предоставление длительного ухода, является рост числа пожилых людей, которые нуждаются в услугах. Этот рост является следствием, с одной стороны, значительного увеличения абсолютной и относительной численности пожилых людей в обществе, а с другой стороны – изменений в повозрастной распространенности инвалидности (2, 3). В 25 странах Европейского Союза прогнозируется увеличение доли населения в

возрасте 65 лет и старше с 17,7 % в 2007 г. до 20,68% к 2020 г. и до 28,25% к 2040 г. (4).

Особенно важно знать, будет или не будет возрастать распространенность инвалидности среди последовательно сменяющих друг друга когорты старшего возраста, поскольку влияние прогнозируемого роста численности этой категории на спрос на услуги может быть с лихвой компенсировано значительным уменьшением распространенности инвалидности (5). Ключевой вопрос тут заключается в следующем: проводят ли пожилые люди эти обретенные ими дополнительные годы жизни в состоянии отсутствия инвалидности или нет. Например, анализ данных в Австрии показывает, что за двадцатилетний период до 1998 года произошел рост как продолжительности жизни, так и ожидаемой продолжительности здоровой жизни (6). Однако для того, чтобы с уверенностью прогнозировать будущие тренды инвалидности среди пожилых людей на всем европейском континенте, нужны дополнительные фактические данные, поскольку между странами наблюдаются большие различия в закономерностях (7). К числу других ключевых факторов, которые будут влиять на потребности в длительном уходе в будущем, относятся наличие возможности получать неформальный уход, эволюция удельных затрат на оказание услуг и изменения в уровнях материального благосостояния пожилых людей.

Изменения в наличии возможностей получать неформальный уход

Хотя в целом объем неформального ухода намного перевешивает вклад работников, предоставляющих официальные услуги по уходу, между странами Европы наблюдаются значительные различия в уровнях неформальной помощи. Так, согласно оценкам, в Италии и Нидерландах имеется, соответственно, около 4 миллионов и 1,2 миллионов неформальных попечителей, тогда как число профессиональных работников, предоставляющих официальные услуги по уходу, там составляет, соответственно, 125 000 и 100 000 (8). Наличие возможности получать неформальный уход зависит от целого ряда факторов, в том числе от доли одиноких пожилых людей и от готовности родственников и друзей оказывать неформальную поддержку. Что касается условий проживания, в Европе существуют заметные различия в доле лиц старше 65 лет, живущих одиноко, причем наименьшее число живущих одиноко по-прежнему наблюдается в некоторых странах Южной Европы (19% общей численности населения против 34%, 32% и 24% в странах Северной, Западной и Восточной Европы, соответственно) (9).

С течением времени эти закономерности претерпевают эволюцию. Например, в Италии в период с 1970 по 2000 г. процент одиноко

живущих женщин в возрасте 65 лет и старше почти удвоился (с 22% до 40%). Такие изменения можно видеть не только в Южной Европе: значительный рост также происходил и в других странах – в Великобритании этот процент вырос с 34% до 48%, в Нидерландах – с 28% до 41% (10). Частично эти изменения обусловлены такими факторами, как рост числа разводов. Любое снижение процента людей, проживающих совместно, имеет особенно большое значение, так как самую интенсивную поддержку обычно оказывают попечители, проживающие совместно с объектом попечения.

Между странами существуют заметные различия в характере социальных ожиданий относительно роли семьи и общества в оказании поддержки нуждающимся людям (11). Хотя в большинстве стран все еще сохраняется положение, при котором ожидается, что основную часть необходимой помощи будут оказывать родственники, в последнее время во многих странах отмечено снижение готовности осуществлять неформальный уход. Произошли также изменения и в гендерной структуре попечителей: в результате сокращения разницы в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами в некоторых странах возрос уровень неформальной поддержки, предоставляемой мужчинами пожилого возраста своим находящимся на их иждивении супругам.

Неформальный уход важен не только потому, что он оказывает амортизирующее действие на спрос на формальные услуги. Предоставление неформальной поддержки часто косвенно влияет на возможности, которые открываются для попечителей на рынке труда, и в результате этого на их способность подготовиться в материальном отношении к собственной старости, например, путем внесения взносов в пенсионный фонд (12, 13). В странах Центральной и Восточной Европы уже отмечено, что рост участия в трудовой деятельности, более высокий средний возраст выбытия из состава рабочей силы и потоки миграции в направлении Западной Европы все сильнее заставляют искать альтернативы неформальному уходу, предоставляемому родственниками (14). Кроме того, нужно повысить информированность на стратегическом уровне о рисках для здоровья, связанных с уходом. Ведь очень интенсивные уровни неформального ухода связываются с возрастанием риска расстройств здоровья, в том числе депрессии и повышенного стресса (15, 16).

Изменения в удельных затратах на оказание услуг

Поддержка, которая требуется людям, имеющим проблемы физического и/или психического здоровья (например, нуждающимся в помощи при кормлении, одевании и умывании), связана со значительными затратами

человеческого труда. Трудоемкий характер этих услуг социальной помощи означает, что удельные затраты на оказание таких услуг неизменно возрастают со временем пропорционально росту заработной платы, а не росту общего уровня цен. В свою очередь следствием этого является то, что инфляция удельных затрат в секторе социальной помощи имеет тенденцию превышать средние уровни инфляции в экономике (17).

Так, например, в Соединенном Королевстве в проведенных недавно исследованиях по прогнозированию будущих расходов на социальную помощь в качестве исходного допущения было принято, что ежегодный рост удельных затрат на оказание услуг социальной помощи будет на 2% превышать общие уровни цен, что эквивалентно (при прочих равных условиях) росту уровней реальных расходов за 20-летний период на 50% (18, 19). В случае страхования длительного ухода обычно принимается допущение о том, что для пакетов услуг длительного ухода валовый процент инфляции будет составлять примерно 5% в год (20, 21). Кроме чистого эффекта взвинчивания цен, можно также ожидать, что удельные затраты на оказание такой помощи будут возрастать вследствие растущих ожиданий и требований к улучшению качества услуг, которые будут высказываться более агрессивными будущими когортами старшего возраста.

Изменения в наличии финансовых ресурсов

Способность общества удовлетворять будущий спрос на услуги длительного ухода будет зависеть от его материального благосостояния, проявляющегося как в способности граждан платить за свои пакеты услуг по уходу, так и в способности общества финансировать ту или иную коллективную систему ухода. Поэтому руководителям высшего звена необходимо проявлять заботу о состоянии и распределении накопленных богатств у населения. Имеющиеся фактические данные позволяют утверждать, что за последние 20 лет у пенсионеров стало больше финансовых средств благодаря, например, индексации пенсий в соответствии с размерами заработной платы и особенно благодаря повышению стоимости материальных ценностей, накопленных в жилищном фонде (22).

Однако, как демонстрирует нынешний экономический климат, в результате широкомасштабного экономического спада может произойти быстрое обесценивание этих материальных ценностей и в ближайшем будущем может случиться так, что многие пожилые люди окажутся в сравнительно худшем положении, чем их непосредственные предшественники. Необходимо незамедлительно провести работу по оценке возможных воздействий и продолжительности экономического

спада и того, какие последствия он будет иметь для способности граждан в будущем участвовать в оплате услуг по уходу.

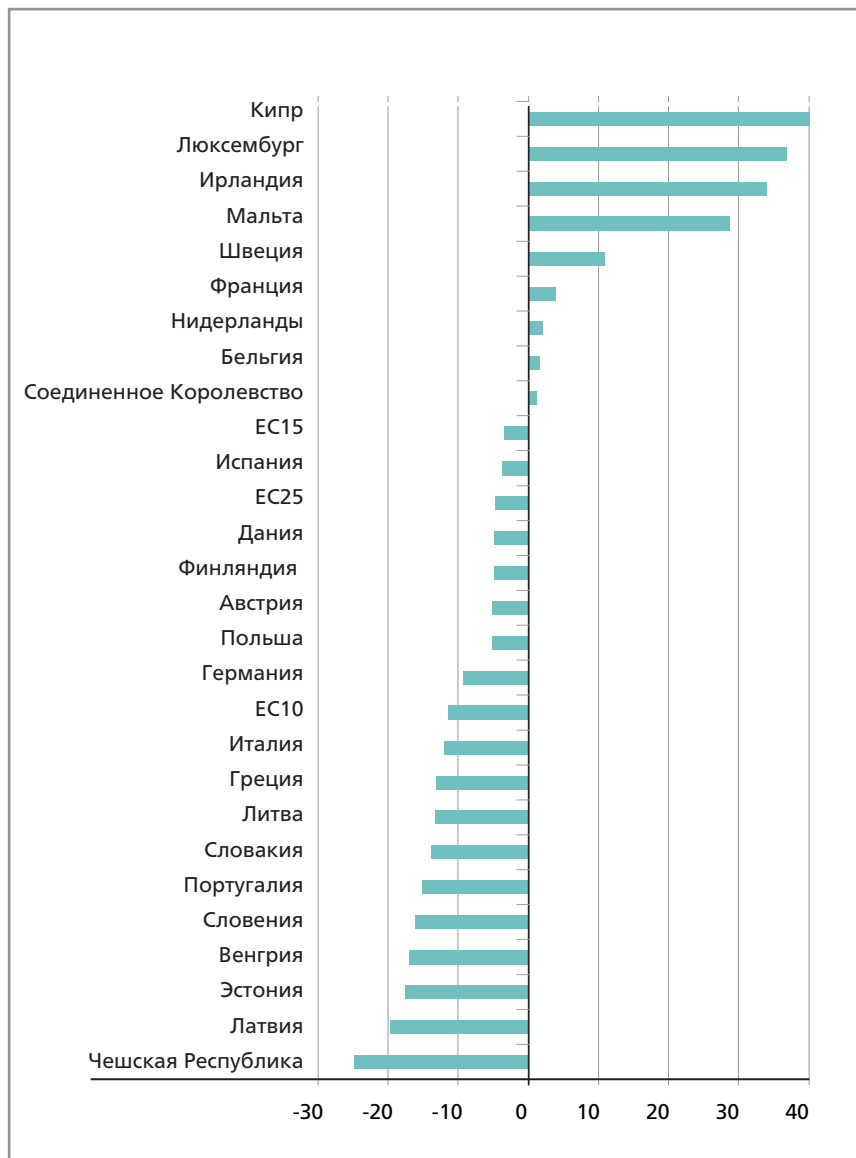
Еще одним ключевым фактором, поддерживающим способность общества финансировать удовлетворение потребностей в длительной социальной помощи, являются налоги и/или социальные отчисления населения работоспособного возраста. Однако подавляющее большинство стран ЕС, несмотря на возможный рост входящих потоков миграции, в ближайшей перспективе сталкиваются с относительным (а в некоторых случаях и с абсолютным) сокращением численности населения работоспособного возраста (см. рисунок 1). Это сокращение означает, что при отсутствии значительных входящих миграционных потоков сохранение финансирования систем социальной помощи в странах, где коэффициент рождаемости остается ниже коэффициента пополнения, может привести к значительному увеличению налогового бремени. Увеличение налогового бремени на работающее население в дополнение к его другим обременительным финансовым обязательствам, таким как необходимость делать взносы в пенсионные фонды, может оказаться трудным шагом с политической точки зрения и может подорвать общественную поддержку коллективной системы ухода. Кроме того, увеличение налогов также вызывает критику на том основании, что оно может создавать для граждан извращенные стимулы, касающиеся моделей их участия в трудовой деятельности.

Одной из распространенных стратегических мер, принимаемых в ответ на рост коэффициента иждивенчества в старости, является повышение законодательно установленного возраста выхода на пенсию, а также создание заинтересованности у работников старшего возраста в том, чтобы продолжать трудовую деятельность (24). Например, в Венгрии был предложен законопроект, предусматривающий повышение к 2020 году пенсионного возраста с 61/62 до 64 лет для женщин и с 62 до 65 лет для мужчин. В Чешской Республике, начиная с 1996 года, производится повышение пенсионного возраста каждый год на два и на четыре месяца соответственно для мужчин и для женщин. Поставлена цель к 2013 году достичь возраста выхода на пенсию 63 года для мужчин и 59–63 года для женщин в зависимости от количества детей, которых они вырастили. Дания в период 2024–2027 гг. планирует повысить пенсионный возраст для мужчин и женщин с 65 до 67 лет, а в Германии он будет повышен с 65 до 67 лет для мужчин и женщин в период с 2012 до 2029 года.

Почему средства на финансирование длительного ухода должны браться также и из государственной казны?

Прежде, чем рассматривать вопрос о том, какие стратегические варианты

Рисунок 1. Прогнозируемые изменения в структуре занятости населения (изменения численности работающих по найму людей в возрасте 15-64 лет в период с 2003 по 2050 гг., в процентах) ЕС25



Источник: European Policy Committee and Commission of the European Communities (23)

могли бы быть приняты для финансирования длительного ухода, есть смысл потратить некоторое время на то, чтобы исследовать доводы в пользу схем коллективного финансирования в области социальной помощи. Следует ли каждому из нас организовывать уход за собой и оплачивать его самостоятельно или все-таки есть доводы в пользу коллективного решения проблемы финансирования издержек на социальную помощь? И если есть, какая и чья помощь должна финансироваться коллективно?

Дефекты рыночного регулирования

Недостатки частного рынка, касающиеся распределения (предоставление ухода в семье, частные рынки страхования длительного ухода и рынки услуг по уходу), такие как риск обнищания и недостаточный доступ к помощи, адекватной потребностям, служат весомыми аргументами в пользу вмешательства государства посредством регулирования и/или финансирования и/или предоставления услуг, чтобы избежать риска отрицательных внешних влияний, налагающих бремя как на близких родственников, так и на общество.

Не все люди, нуждающиеся в уходе, могут рассчитывать на поддержку семьи, потому что у многих пожилых людей, зависящих от посторонней помощи, не осталось в живых близких родственников, или потому, что их родственники сами могут быть слабы здоровьем или у них могут быть другие обязанности, не позволяющие им уделить время на уход, или, наконец, они не живут поблизости. Кроме того, частное страхование длительного ухода не проявило себя как надежный главный механизм финансирования услуг по длительному уходу. Впрочем, в некотором ограниченном числе стран (и прежде всего во Франции) многие люди купили продукты частного добровольного страхования как дополнение к системе поддержки, предлагаемой государством (25).

Экономическая теория дает много разных объяснений ограниченного пользования таким страховым покрытием: здесь и восприятие рисков как низких более молодыми людьми, и низкая степень готовности платить за страховое покрытие, и трудности в подсчете расходов, связанных с зависимостью от длительного ухода, и предпочтительность ухода, обеспечиваемого родственниками (26–28). Как при рыночных, так и при государственных (необязательных) вариантах страхования нужно решать такие проблемы, как моральный риск, когда граждане изменяют свое поведение, зная, что им доступна поддержка в будущем, и неблагоприятный выбор, когда программы, предоставляющие уход на основе страхования, выбирают только те клиенты, которые считают, что у них высок риск возникновения потребности в длительном уходе.

Недостатки рыночного механизма также характерны и для рынка услуг по уходу. Механизм нерегулируемого рынка услуг по уходу может привести к нежелательным исходам из-за проблемы информационной асимметрии (когда у одной из сторон сделки есть преимущества благодаря большей информированности), что в свою очередь создает трудности в обеспечении качества (29).

Укрепление солидарности и справедливости

Разные модели финансирования предполагают разные платежи, взимаемые в точке использования услуг, а граждане реагируют на разные платежи изменением своих моделей потребления. Иными словами, схемы финансирования влияют не только на то, "кто за какую услугу платит", но и на то, "кто какую услугу получает", и поэтому имеют отношение к справедливости и эффективности. Перекрестное субсидирование финансирования для всего населения может, в зависимости от степени охвата и интенсивности коллективной поддержки, повлиять на ощущение солидарности и социального единства в обществе.

Модели коллективного финансирования способны обеспечить достаточную меру защиты для наиболее нуждающихся людей и/или людей, наименее способных платить. Например, системы, в которых применяются критерии нуждаемости, реализуются с целью направления государственной поддержки на тех граждан, которые наименее других способны самостоятельно оплачивать услуги. Если же, однако, из этих систем будут исключаться значительные группы населения, их могут воспринимать как системы только для бедных, что в свою очередь может наносить ущерб личному достоинству получателей услуг и приводить к снижению пользования услугами. Программы финансирования всеобщего доступа, в которых предоставляется одинаковый уровень поддержки независимо от благосостояния, хотя и обходятся дороже, но способны поднять до самого высокого уровня ощущение единства в обществе. В то же время существование программ всеобщего доступа может привести к тому, что граждане изменят свое поведение, например, будут совершать более рискованные действия в финансовых вопросах и в личном поведении.

Недопущение катастрофических расходов

Расходы на услуги длительного ухода на протяжении всей жизни могут быть весьма значительными. В большинстве стран стоимость услуг длительного ухода, предоставляемых в специальных стационарах, может истощить ресурсы всех, кроме самых богатых пользователей этих услуг. Например, в Англии оценки показывают, что у людей, достигающих возраста 65 лет, расходы на услуги превышают 30 тысяч фунтов

стерлингов (30). Исследование, проведенное в США, показало, что средняя сумма пожизненных расходов на длительный уход у людей, которым в 2005 г. исполнилось 65 лет, составила примерно 47 тысяч долларов, а у 28% расходы превысили 100 тысяч долларов (31). Ввиду риска таких катастрофических расходов государство должно будет подумать о создании системы коллективного финансирования социальной помощи хотя бы потому, что тем самым оно ограничит угрозу для членов общества оказаться перед необходимостью нести разорительные расходы из-за своих потребностей в уходе. Все коллективно финансируемые системы длительного ухода обеспечивают определенную степень страхования от риска чрезмерно высоких расходов на социальную помощь за счет того, что бремя по оплате этих расходов распределяется среди большого числа объединяемых системой плательщиков.

Какие критерии можно использовать для оценки справедливости, экономической эффективности и устойчивости механизмов финансирования услуг длительного ухода?

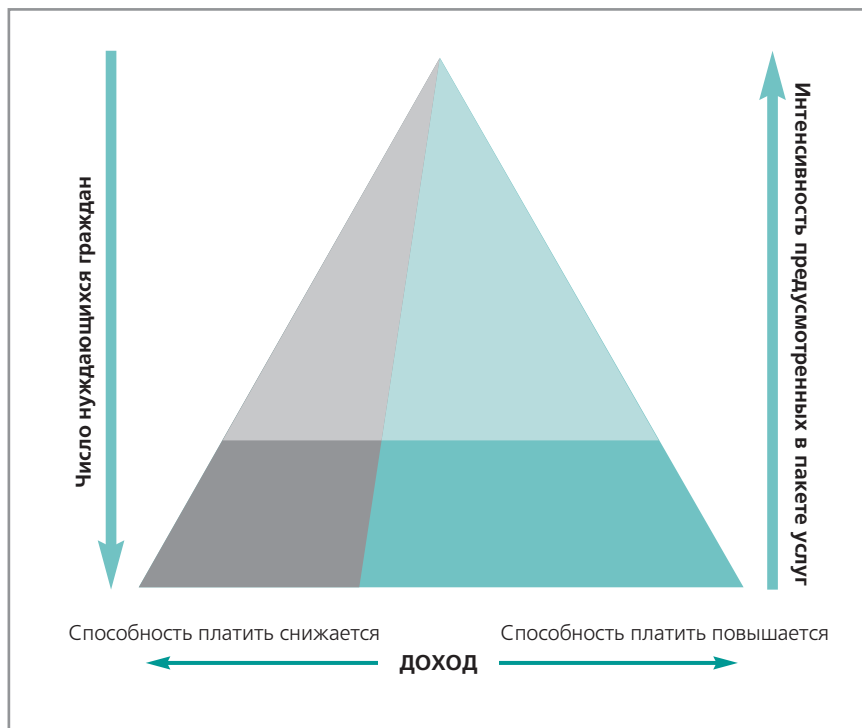
Какие же критерии могут применять руководители высшего звена при решении вопроса о том, какой выбрать вариант механизма финансирования длительного ухода? С длительным уходом может быть связано великое множество целей, многие из которых меняются в зависимости от существующих в стране условий.

Соображения справедливости

Одно соображение заключается в следующем: в какой степени любой механизм финансирования должен способствовать укреплению горизонтальной и вертикальной справедливости, т.е. обеспечивать, соответственно, такое положение, при котором граждане с одинаковыми потребностями (и, возможно, с одинаковой способностью платить) получали бы одинаковые уровни поддержки, и при котором более нуждающиеся граждане получали бы больше поддержки. На практике в разных системах понятие "потребность" определяется по-разному, но обычно оно включает в себя воздействие состояния физического и психического здоровья на способность выполнять основные действия в повседневной жизни, такие как умывание, кормление и прием пищи, а в некоторых обстоятельствах также на способность выполнять практические повседневные действия по жизнеобеспечению – делать легкую работу по дому, делать покупки в магазине или готовить пищу.

Акцент на справедливость наряду с применяемым определением потребности оказывает значительное влияние на спрос, который должны

Рисунок 2. Пирамида потребностей



удовлетворяться предоставлением услуг длительного ухода. Как показано на рисунке 2, число людей, охватываемых системой, экспоненциально возрастает по мере смягчения концепции потребности. Суммарное число пользователей услуг определяется совместным влиянием критериев потребности и финансовых критериев обладания правом.

Коль скоро пользователей услуг просят участвовать в оплате расходов по оказанию услуг в момент возникновения потребности, как это и бывает в большинстве систем социальной помощи, руководителям высшего звена необходимо решить вопрос о том, в какой мере принципы взимания платежей должны оберегать достоинство пользователей, т.е. предусматривать, чтобы у пользователей оставалось достаточно средств на обычные повседневные расходы. Например, во многих системах, основанных на критериях нуждаемости, из процесса оценки исключается определенный уровень финансовых средств и имущества.

Еще одним важным критерием, который должны принимать во внимание руководители высшего звена, формирующие политику, является способность систем содействовать установлению партнерства между личным, семейным и государственным уровнями ответственности. Например, руководители должны смотреть, не ставят ли правила взимания платежей в чересчур невыгодное положение тех людей, которые были благоразумны и скопили средства на жизнь после выхода на пенсию. Часто можно слышать протесты общественности в тех случаях, когда от пожилых людей, всю жизнь проявлявших благоразумие и бережливость, требуют отдать большую часть своих сбережений на оплату расходов по уходу за собой. Особенно остро эта проблема стоит в системах, основанных на критериях нуждаемости, при которых государственная поддержка направляется исключительно на граждан с очень малыми средствами. Любая система коллективного финансирования лишится ценного источника средств, если граждане в попытке избежать платежей за длительный уход, которые воспринимаются ими как несправедливые и равносильные наказанию, будут истощать все свои денежные ресурсы, например, переводя их своим родственникам.

Важно также и то, каким образом в системе финансирования признается и ценится роль неоплачиваемых попечителей-родственников. Однако принять решение о том, в какой степени правила финансирования должны учитывать неформальную поддержку, трудно. Для этого требуется выработать суждения по более широкому вопросу об оптимальном распределении ответственности между семьей, обществом и государством. Если попечители-родственники будут чувствовать, что их воспринимают как должное, как бесплатную рабочую силу, не имеющую права на получение поддержки, это может снизить у будущих поколений желание оказывать неформальный уход (32, 33). В моделях оказания помощи *в практических повседневных действиях по жизнеобеспечению* официальные службы рассматривают попечителей-родственников как своих коллег, имеющих право на государственную поддержку, при этом также предусматривается выделение средств на услуги, имеющие целью уменьшить стресс, которому подвергаются неформальные попечители, например, обеспечение дневного ухода и помощь в порядке временной подмены попечителей-родственников. Попечители даже могут рассматриваться в качестве одной из категорий клиентов этих служб. Когда права на получение услуг предоставляются без учета *наличия попечителей*, т.е. без учета возможности получения неформальной поддержки, это уменьшает до минимума подразумеваемые требования, которые система предъявляет к неформальным попечителям. С другой стороны, предоставление официальной помощи человеку, у которого нет

неформальной поддержки, в таком же объеме, что и человеку с такими же потребностями, но имеющему значительный уровень семейной поддержки, нельзя считать однозначно справедливым. В большинстве систем финансирования длительного ухода, основанных на страховании (например, в французской, японской, австрийской и испанской), необходимые уровни поддержки предоставляются без учета наличия попечителя.

И последний критерий, имеющий отношение к справедливости, о котором необходимо помнить руководителям высшего звена, касается *прозрачности* в правилах определения прав на получение финансовой помощи. Системы, в частности, основанные на критерии нуждаемости, бывают, как правило, сложными. Наличие четких и прозрачных правил помогает облегчить общественный аудит процесса распределения помощи. Кроме того, когда правила определения прав пользуются широким пониманием, легко истолковываются и ясно показывают людям, какой уровень государственной поддержки они могут ожидать, это дает им возможность лучше планировать удовлетворение своих потребностей в длительном уходе. В некоторых странах Европы может возникнуть неверное представление о том, что длительная социальная помощь предоставляется на той же основе, что и медико-санитарная помощь.

Экономическая эффективность

Учитывая ограниченность ресурсов, с которой сталкиваются все европейские страны, важно, чтобы руководители высшего звена принимали во внимание то, как разные схемы взимания платежей будут влиять на эффективность, с которой используются имеющиеся ресурсы здравоохранения и социальной помощи. Это влияние на экономическую эффективность будет зависеть от характера тех *стимулов*, которые создают схемы взимания платежей для пользователей услугами и работников сектора социальной помощи и родственных секторов. Например, влияние на экономическую эффективность будет зависеть от того, в какой степени эти схемы способствуют идеальному соотношению в пользовании социальными и медико-санитарными услугами.

Например, в некоторых системах, основанных на критериях нуждаемости, при расчете размера личного взноса в оплату ухода в стационаре может учитываться стоимость дома пользователя, но в расчет платы за уход при оказании поддержки по месту жительства она может не включаться. С позиции государства это создает стимул к тому, чтобы люди получали уход в условиях специального стационара, однако с позиции пользователя услугами это же создает стимул к тому, чтобы просить помощи по месту жительства. Необходимо внимательно учитывать влияние стимулов на спрос на услуги, равно как и учитывать их

использование в качестве способа поощрения применения экономически оправданных мер профилактики.

Система финансирования также должна содействовать *разнообразию предлагаемых услуг*, чтобы таким образом был обеспечен определенный спектр услуг, соответствующий разным обстоятельствам, пожеланиям и предпочтениям пользователей услугами. В этом отношении способы, которыми распределяются ресурсы (непосредственно в виде денежных пособий, через ваучеры на обслуживание или в виде пакетов помощи в натуральном выражении), влияют на размеры и характер рынка помощи, на уровень конкуренции и цены на услуги. Руководителям высшего звена необходимо находить разумный баланс между выгодами более "конкурентных" рынков и влиянием, которое оказывает на стоимость услуг система мониторинга и нормативного регулирования, необходимая для обеспечения качества предлагаемых услуг.

Механизмы финансирования также могут использоваться для того, чтобы поощрять эффективное взаимодействие между государственными службами, например, между службами здравоохранения и социальной помощи. Во многих странах правила, регулирующие финансирование служб здравоохранения и социальной помощи, различаются: за услуги социальной помощи обычно требуется вносить намного более крупные частные взносы (34). Помимо создания эффекта "резкого перепада" (когда люди, имеющие совершенно одинаковые потребности, платят совершенно разные суммы за получаемый уход в зависимости от того, к какой системе они отнесены – к системе социальной помощи или к системе здравоохранения), различия в финансировании этих двух систем могут приводить к сокращению услуг и перекладыванию издержек, обычно в ущерб более слабому партнеру – социальной помощи.

Содействие устойчивости и приемлемости механизмов финансирования

Еще одним ключевым критерием является обеспечение устойчивости любой системы финансирования. На это влияют по крайней мере три фактора: степень общественной поддержки системы, ее доступность по стоимости и ее способность гибко адаптироваться к изменениям обстоятельств.

Степень социальной приемлемости отчасти зависит от того, насколько граждане убеждены, что данная система обеспечит им адекватную поддержку в случае, если такая поддержка им когда-либо понадобится. Подобные ожидания формируются под воздействием уровня требуемых взносов (чем больше взносы, тем больше ожидания), а также под влиянием того, финансируется ли система полностью (с увязкой взносов в продолжение всей жизни с ожидаемыми выплатами) или действует по

принципу "жить по средствам" (когда ресурсы, собранные в течение данного года, используются среди нынешнего контингента пользователей услуг). Большое значение будут при этом иметь социальные предпочтения относительно оптимальной степени перекрестного субсидирования между поколениями.

На общественное доверие к системе также будет влиять то, в какой степени система направляет ресурсы на "тех, кому нужно", и для предоставления того ухода, "который нужен". Готовность граждан участвовать в финансировании помощи другим в обществе будет выше, если будет видно, что средства направляются на предоставление жизненно необходимых услуг, таких как помощь в выполнении основных действий в повседневной жизни лицам со значительными потребностями и ограниченной способностью платить.

Для того, чтобы быть устойчивой, система также должна быть доступной по стоимости. На индивидуальном уровне на ощущение доступности по стоимости может влиять то, как происходит распределение финансовых взносов: распределены ли они по всей продолжительности жизни и среди всего населения, или же требуется вносить эти взносы в момент выхода на пенсию. Готовность увеличить сумму взносов также может стать выше, если будет повышена до максимума прозрачность процесса сбора денежных поступлений, например, посредством резервирования определенного налога для целей длительного ухода.

Не все цели этих критериев могут быть достигнуты в максимальном объеме одновременно; поэтому руководителям высшего звена нужно взвешивать относительные достоинства различных механизмов финансирования, чтобы получить "предпочтительную" комбинацию воздействий на справедливость, экономическую эффективность и устойчивость с учетом конкретных условий в стране. Например, в странах, где первостепенное внимание уделяется прозрачности процесса распределения, право на пользование услугами может определяться в соответствии с правилами, где все прописано с предельной ясностью. Это в свою очередь может снизить способность системы осуществлять гибкий подбор ресурсов к конкретным обстоятельствам граждан, нуждающихся в поддержке, и поэтому может происходить возрастание неэффективности в целевом предложении услуг.

Какие можно рассматривать альтернативные подходы к финансированию длительного ухода?

Теперь мы рассмотрим три возможных альтернативных подхода к финансированию длительного ухода. Свою роль в определении того,

какой механизм финансирования будет принят в стране, играют различающиеся исходные условия в странах: это и важность, придаваемая официальному сектору услуг по длительному уходу в сравнении с другими секторами, и социальные ценности, и возможность опереться на семейный уход, и ограниченность ресурсов. Различия в социальных ценностях будут влиять, например, на распределение поддержки между пользователями, имеющими и не имеющими неформальных попечителей, а также на решение государства сосредоточить усилия на обеспечении социальной защиты для тех, кто не в состоянии оплачивать уход, или предоставлять равную поддержку всем.

В силу своего исторического развития разные страны проявляют склонность к разным широким категориям моделей финансирования (в таблицах 1 и 2 более подробно описываются модели, принятые в шести странах). Системы, характеризующиеся большей всеобщностью, например, свойственны скандинавским странам, а в последнее время также и другим странам Северной Европы. В странах же Южной и Восточной Европы услуги по-прежнему чрезвычайно фрагментарны, и системы государственной социальной помощи там строятся на концепции минимальной социальной защиты, в соответствии с которой государственная поддержка выборочно направляется на наиболее нуждающихся и имеющих наименьшие финансовые возможности (12).

Обеспечение минимальной социальной защиты

В качестве одного из стратегических вариантов можно рассматривать создание системы, при которой вмешательство государства сводится к минимуму, а поддержка концентрируется на одной категории населения – на лицах, не имеющих финансовой возможности оплачивать стоимость услуг. Примерами такого подхода служат системы, издавна действующие в таких странах, как Австралия, Кипр, Англия, Ирландия, Новая Зеландия и США (35, 36). В системах минимальной социальной защиты государственные ресурсы, выделяемые на длительный уход, ограничены наличием денег, и их объем не обязательно меняется с изменением потребностей. Поэтому такие системы могут быть весьма эффективными в плане сдерживания государственных расходов. Обычно они финансируются за счет сочетания общих налоговых поступлений (собираемых центральными и/или местными органами) и платежей за пользование услугами, которые взимаются там и тогда, где и когда возникают потребности, и рассчитываются в соответствии с правилами проверки на нуждаемость.

Поэтому одной из главных стратегических целей является максимальная рационализация целевого использования имеющихся ограниченных

ресурсов, что часто приводит к применению очень жестких критериев определения прав на получение помощи на основании проверки нуждаемости, когда права в большинстве случаев ограничены крайне нуждающимися гражданами. Наличие права на финансовую помощь и расчет платежей за пользование услугами обычно определяются некоторым набором критериев исключения (например, наличие имущества стоимостью выше максимального порога), а также правилами определения "оцениваемого дохода" (например, уровня заработка, дохода в виде пенсии и доходов от сбережений). Болезненным вопросом, особенно для стран с высоким процентом граждан, владеющих домами, является вопрос о том, включать или не включать недвижимое имущество в виде домов в оценку стоимости имущества.

Кроме того, в системах, основанных на критериях нуждаемости, вид предоставляемой помощи обычно не выходит за рамки некоторого ограниченного базового набора действий, связанных с личным уходом (например, кормление, умывание, прием пищи, одевание). Это может вести к расслоению контингента, нуждающегося в услугах, на три категории: на одном конце спектра – лица малоимущие и крайне нуждающиеся в уходе, которые получают услуги, финансируемые государством; на другом – богатые люди, которые в состоянии застраховать себя и оплачивать услуги из своего кармана, а посередине – третья категория, состоящая из людей скромного достатка, которые бьются из последних сил, чтобы оплатить необходимые им услуги, или просто обходятся без этих услуг (18).

В результате этого системы, основанные на критерии нуждаемости, могут порождать значительные потребности, остающиеся неудовлетворенными. Их характерной особенностью также являются т.н. эффекты резкого перепада, когда государственные дотации резко различаются в зависимости от незначительных различий в материальном благосостоянии или доходах пользователей. Как было отмечено в разделе, где говорилось о критериях справедливости, экономической эффективности и устойчивости, такая система может выглядеть несправедливой по отношению к тем, кто благоразумно копил деньги, и создавать сильные стимулы к тому, чтобы граждане истощали свои средства и (в меньшей степени) доводили до минимума свои доходы, чтобы увеличить размеры получаемой ими дотации. Ограничение государственной поддержки категорией малоимущих также может привести к возникновению стигмы, сопровождающей пользование услугами за счет государства, а это, как отмечалось выше, наносит ущерб достоинству получателей услуг и снижает вероятность того, что они будут обращаться за услугами. При таких системах также могут быть высоки

операционные издержки, так как для применения правил определения нуждаемости требуется административная система.

Системы финансирования всеобщего доступа

Одним из альтернативных стратегических вариантов является создание системы финансирования, обеспечивающей охват услугами всего населения. Подобные модели подразумевают значительно более высокие уровни государственных расходов по сравнению с системами, основанными на критерии нуждаемости. В обмен на такие более значительные финансовые обязательства государства системы финансирования всеобщего доступа должны способствовать большему равенству и социальному единению, давая возможность всем людям, нуждающимся в помощи, получить доступ к услугам независимо от своего финансового положения.

В системах финансирования всеобщего доступа, действующих за счет налоговых поступлений (примерами являются такие страны, как Дания, Швеция, Норвегия (36), а в последнее время и Шотландия), длительный уход оплачивается государственным сектором, а в точке потребления услуг совместные платежи не взимаются или взимаются в очень малых размерах. Почти все государственные системы социальной помощи, финансируемые за счет налогов, являются прогрессивными в смысле того, как в них собираются ресурсы, хотя эта прогрессивность несколько умеряется любыми взносами, поступающими из непрогрессивных источников, таких как налоги с продаж. Прогрессивность систем укрепляется благодаря тому, что в них увязываются потеря дохода и потребность в помощи и поддержке (37).

В системах, финансируемых за счет налоговых поступлений, также могут применяться механизмы сдерживания расходов и может присутствовать определенная степень гибкости в отношении того, как в них происходит согласование ресурсов с потребностями. Для того, чтобы с максимальной отдачей использовать имеющиеся ресурсы, могут пересматриваться критерии определения права на получение помощи или устанавливаться очереди на получение услуг. Проводятся также официальные оценки потребностей, часто на основании профессиональных суждений административных работников социальной помощи, хорошо знающих местные условия.

В отличие от программ, финансируемых за счет налогов, системы социального страхования финансируются за счет целевых отчислений или страховых взносов, обычно взимаемых через налог на фонд заработной платы, и этот способ финансирования дополняется перечислениями из общих государственных доходов для остального населения (например,

работающих не по найму или безработных). Обычно право на пользование услугами оценивается на основе четких алгоритмических правил, изложенных в письменном виде, в которых уровень инвалидности увязывается с правом на получение определенного уровня государственной помощи.

Значение систем, предполагающих определение прав на пользование услугами с помощью алгоритма, для принципов справедливости и рациональности в социальной помощи проявляется в нескольких аспектах. Процесс распределения в них более прозрачный, чем в системах, где права на пользование услугами определяют специалисты-кураторы, ведущие конкретные дела, и они предусматривают больше гарантий прав пользователей услугами на получение поддержки. В результате этого расходы на социальное страхование диктуются потребностями, а не бюджетными ограничениями. Недостатком же является то, что системам, предполагающим определение права на пользование услугами, может не хватать гибкости в том, как они подбирают пакеты услуг под индивидуальные уровни потребности. Недостаток гибкости объясняется трудностями, связанными с включением в правила определения права на пользование услугами таких важных факторов, влияющих на потребность в социальной помощи, как социальные установки, характеристики родственных отношений и факторы окружающей среды. Отчасти по этой причине системы социального страхования в целом не учитывают наличие попечителя и, таким образом, не принимают во внимание объем неформальной поддержки, который получают граждане, при оценке уровня прав на пользование услугами.

Теоретически социальное страхование может покрывать все расходы по предоставлению помощи, но на практике это случается редко. Вместо этого от пользователя требуется, чтобы он участвовал в оплате услуг, хотя размер этой совместной оплаты обычно устанавливается в зависимости от результатов проверки нуждаемости. Когда размеры совместных платежей относительно велики, такие схемы можно назвать партнерством (в точке возникновения потребности) между гражданином и государством. В эту категорию в принципе входят системы длительного ухода Германии, Японии, Люксембурга и Нидерландов (36). Для этих систем социального страхования, построенных по модели Бисмарка, также характерно наличие подразумеваемого социального договора, предусматривающего более тесную связь между индивидуальными взносами и уровнями получаемых пособий, чем в моделях, основанных на финансировании за счет налоговых поступлений, в которых финансовые ресурсы используются по принципу "жить по средствам", а уровни

помощи зависят от имеющихся в данный момент средств.

В конечном счете, вопрос о том, заслуживают ли преимущества систем финансирования всеобщего доступа, такие как более широкий охват и большая степень справедливости в обладании правами, того, чтобы усиливать нажим на правительство с целью получения дополнительных бюджетных средств – это вопрос политических суждений. Несмотря на гораздо более высокие уровни требуемых государственных расходов, в Европе широкую поддержку общественности получают некоторые другие системы всеобщих прав, подобные тем, которые действуют в общественном здравоохранении и образовании. Одно из общеевропейских обследований также показывает, что население может высказаться в поддержку выделения аналогичных ассигнований на долгосрочный уход (11). Отношение к этому вопросу может различаться в зависимости от возраста. Так, проведенное в Шотландии исследование показало, что до введения бесплатных услуг по уходу среди лиц в возрасте до 50 лет было распространено мнение о том, что имеющиеся средства по-прежнему следует направлять на удовлетворение потребностей наиболее нуждающихся, тогда как в категории старше 50 лет лишь меньшинство участвующих в одном обследовании поддержало проведение проверки на нуждаемость при предоставлении ухода (38, 39). Важно также отметить, что расширение доступа к финансовой помощи для оплаты расходов по длительному уходу может иметь положительные сопутствующие экономические эффекты для других секторов. Например, в одном исследовании в Англии был сделан вывод о том, что инвестиции в службы длительного ухода привели к снижению частоты использования экстренных медицинских услуг (40).

Механизмы финансирования, построенные на принципе прогрессивной всеобщности

Третье семейство систем финансирования объединяет в себе всеобщее право на получение государственной помощи и элемент критерия нуждаемости, благодаря чему обеспечивается такая система, при которой лица, наиболее нуждающиеся материально, получают наибольший объем государственной поддержки. Такие системы, в том числе действующие в Австрии, Бельгии, Греции и Франции (35), объединяются под флагом прогрессивной всеобщности и нацелены на то, чтобы минимизировать финансовые обязательства государства при сохранении определенного элемента всеобщности. Намерение при этом заключается в том, чтобы способствовать социальному единению и предоставить всем определенные страховые льготы, ограничивая при этом государственные расходы (по сравнению с системами финансирования всеобщего доступа к помощи).

Всеобщий характер предоставляемой помощи может повысить общественную поддержку этой системы со стороны тех, кто не удовлетворял бы критериям на получение прав на какое-либо пособие при системе минимальной социальной защиты. Такая общественная поддержка усиливается по мере уменьшения доходов потенциальных получателей помощи. Как и в случае программ финансирования всеобщего доступа к помощи, это также может иметь эффект повышения престижности услуг длительного ухода и уменьшения стигмы, которой сопровождается получение помощи в системах, основанных на критерии нуждаемости.

Например, на элементе всеобщности строится австрийская система длительного ухода: все жители Австрии, нуждающиеся в длительном уходе, по закону имеют право на получение денежного пособия (пособия на длительный уход) независимо от возраста, дохода, типа инвалидизирующего состояния (психического, физического или сенсорного) и независимо от конкретной причины состояния, ограничивающего функциональность. Получатели этого пособия на длительный уход затем вольны выбирать, как им потратить эти деньги (41). Пособие на длительный уход укрепляет покупательную способность, но не предназначено для покрытия всех расходов, вытекающих из потребностей в длительном уходе. В случае таких схем организации ухода, которые частично или полностью основаны на формальном уходе, на первый план выходят элементы государственной поддержки, предполагающие применение критериев нуждаемости. Обычно с пользователей взимается плата за услуги социальной помощи, но те, кому такая плата не по карману, могут обратиться с просьбой о предоставлении им социальной помощи в провинциальную программу, основанную на критерии нуждаемости. Разные органы власти на уровне провинции также могут устанавливать максимальную цену и/или субсидировать предоставление услуг (42).

Другой пример подхода, основанного на принципе прогрессивной всеобщности, можно наблюдать во Франции, где в 2002 г. было введено "индивидуализированное пособие для обеспечения самостоятельности" (*Allocation Personnalisée d'Autonomie*), предназначенное для оплаты расходов по длительному уходу за пожилыми людьми. Право на получение этого пособия является всеобщим и предоставляется после оценки потребностей и проверки нуждаемости, а назначается пособие в соответствии с правилами, действующими на всей территории страны, и финансируется за счет общих налоговых поступлений. Пособие определяется в денежном выражении, но выплаченная сумма должна использоваться для оплаты пакета услуг по уходу, согласованного с

сотрудниками социальной помощи и здравоохранения. Доплата наличными из собственного кармана за пакет услуг по уходу бывает разная и зависит от имеющихся у конкретного человека финансовых средств, причем за совместные платежи и частные расходы на получение личного ухода и помощи на дому предоставляются значительные налоговые льготы. По гражданскому законодательству Франции дети также обязаны участвовать в оплате расходов по уходу за своими родителями, и когда один из родителей обращается с просьбой о предоставлении социальной помощи, они должны подать в агентство социальной помощи "Aide sociale" декларацию о своих доходах (36).

Модели финансирования на практике

Хотя мы описали три широких стратегических варианта финансирования длительного ухода, важно подчеркнуть, что на практике системы финансирования длительного ухода чрезвычайно неоднородны: многие заимствуют основные параметры у разных "семейств" моделей. Например, часто бывает, что системы, основанные на критерии нуждаемости, в которых получение государственного финансирования ограничивается меньшинством, состоящим из малообеспеченных людей, дополняются другими государственными программами, охватывающими в той или иной степени всех граждан.

Так, например, в четырех странах, составляющих Соединенное Королевство, разные системы длительного ухода сосуществуют с системой всеобщего доступа к денежным пособиям по инвалидности. Можно утверждать, что даже Соединенные Штаты свою систему длительного ухода, основанную на критерии нуждаемости и находящуюся в ведении штатов, дополняют вариантами поддержки более всеобщего характера, такими как вводимые на уровне штатов налоговые стимулы, связанные с покупкой добровольной частной страховки.

Однако фактических данных, которые свидетельствовали бы о том, что эти виды стимулов срабатывают в контексте социальной помощи, совсем немного. Например, эти стимулы, по всей видимости, не привели к повышению спроса на частное страхование в Соединенных Штатах (43), а во Франции – европейской стране, где самый большой процент пожилых людей, имеющих полисы добровольного частного страхования – их и вовсе не существует. В качестве одной из причин неуспеха системы налоговых льгот указывают на то, что такие стимулы, вероятно, слишком скромны для людей с низким уровнем доходов и по сути дела больше всего стимулируют тех, кто, скорее всего, купил бы частную страховку и без каких-либо стимулов (43).

Такая пестрота ландшафта в сфере финансирования длительного ухода в

равной мере относится и к другим ключевым параметрам, таким как степень гибкости в схемах финансирования на местах. Хотя обычно в системах социального страхования определяются права на получение социальной помощи, действующие на территории всей страны, в некоторых странах, включая, например, Японию, общегосударственная система страхования дает местным органам власти некоторую свободу в установлении уровня взимаемых страховых взносов.

Какие основные меры по реализации системы финансирования могут оказать влияние на справедливость и экономическую эффективность системы?

Какие шаги можно предпринять для того, чтобы помочь в реализации различных стратегических вариантов финансирования длительного ухода?

Достижение консенсуса в отношении распределения ролей между гражданами и государством

Пожалуй, наиболее фундаментальный и трудный стратегический вопрос, подразумеваемый в самом замысле системы финансирования, касается установления относительной приоритетности разных групп в обществе как с точки зрения того, кто должен вносить вклад в финансирование – например, только люди, которые с очень большой вероятностью будут пользоваться услугами (например, пожилые люди), или все общество в целом – так и с точки зрения того, кто должен получать поддержку (например, степень всеобщности поддержки). Эти решения будут формироваться под влиянием предпочтений общества в таких делах, как роль семьи в предоставлении ухода, взглядов на передачу имущества от одного поколения к другому и оптимальности уровней налогообложения.

Для того, чтобы помочь в достижении консенсуса в отношении любой системы длительного ухода, важно попытаться вовлечь в процесс консультаций о будущей форме системы все слои общества. Для этого может потребоваться провести серию встреч с представителями общественности и опубликовать консультативные документы, пригласив заинтересованные стороны высказывать свои мнения о том, в каком направлении должна развиваться система.

Способствовать применению прозрачного и понятного механизма финансирования

Добиться реализации системы может быть легче, если с точки зрения организации использования ресурсов функционирование новой системы будет восприниматься прозрачным, справедливым и объективным.

Одно из решений, имеющих к этому отношение, связано с выбором механизма сбора денежных средств – за счет прямого и косвенного налогообложения, отчислений в фонд социального страхования в зависимости от заработков, частных страховых взносов и/или платежей за пользование услугами. Разные источники поступлений порождают разные стимулы и подразумевают разные степени перераспределения доходов. Подоходный налог обычно является прогрессивным, но он не всегда может гарантировать, что будут собираться взносы и от тех, чьи доходы не связаны с заработной платой. В некоторых странах, где исторически сложилась зависимость от налога с продаж и других потребительских налогов, использовать общий подоходный налог для финансирования длительного ухода может быть сложнее, отчасти вследствие проблем уклонения от налогов, а вот адресное налогообложение, возможно, было бы для общества более приемлемым.

Важнейшим вопросом является завоевание общественной поддержки того метода сбора денежных поступлений, который будет применяться для финансирования любой системы длительного ухода. В частности, как мы уже отметили, особенно спорным может оказаться включение недвижимого имущества в любую систему оценки нуждаемости, учитывая не только растущие суммы средств, вкладываемые в жилье в странах с давними традициями владения собственными домами, но и прочную эмоциональную привязанность семей к своему дому. Если имущество в виде жилья будет включено в систему оценки нуждаемости, одним из возможных вариантов, позволяющих получить некоторую сумму денег и при этом не обязательно потерять свое жилье, могут быть программы выпуска акций, предлагаемые либо государством, либо коммерческими учреждениями. Например, в Ирландии планируемая новая система финансирования длительного ухода в явной форме предусматривает устранение повода для беспокойности населения по этому вопросу: в ней гарантируется, что взносы в порядке оплаты длительного ухода в стационаре, рассчитываемые на основе стоимости жилья, не будут превышать 15% его стоимости (или 7,5%, если одно лицо в супружеской паре нуждается в помощи, а другое остается дома). Кроме того, уплата этих взносов будет отсрочена до улаживания имущественных дел после смерти (44).

Какой бы ни был механизм финансирования, население с большей готовностью будет поддерживать любую систему длительного ухода, если она будет восприниматься как справедливая с точки зрения того, как в ней используются ресурсы. Это важно для решения вопроса о том, будут ли в данной системе взиматься платежи за пользование услугами в момент возникновения потребности, и как они будут взиматься. Эти

платежи исключают бесплатное пользование услугами и тем самым действуют в качестве фактора сдерживания спроса, однако для того, чтобы они не воспринимались как несправедливые, нужно объяснить причины, по которым предусматривается любая совместная оплата, и ввести механизмы добровольного отказа от совместной оплаты в некоторых обстоятельствах. В идеале критерии определения прав пользования услугами и размеров платежей должны восприниматься как способ направления финансовых средств на удовлетворение потребностей наиболее нуждающихся.

Предоставлять ясную и доступную информацию о системе длительного ухода

По мере своего усложнения системы ухода могут превращаться во все более тяжелое административно-бюрократическое бремя, и это может подрывать доверие населения или неоправданно удерживать граждан от обращения за помощью, если они будут видеть, что этот процесс для них слишком обременителен. Один из наиболее эффективных способов противодействия усложнению систем заключается в том, чтобы в дополнение к предоставлению поддержки независимой защиты интересов граждан, если и когда эта защита им понадобится, граждане были обеспечены адекватной информацией, написанной на понятном им языке (в том числе на языках меньшинств и с учетом потребностей слабовидящих). Можно также давать информацию о любом проведенном мониторинге качества услуг длительного ухода. Поддержание высокого уровня качества также может способствовать усилению общественной поддержки системы.

В такой информации чрезвычайно важно определить, что именно означает длительный уход. Этот несколько неоднозначный термин может включать уход, предоставляемый в домашних условиях, а также уход в специальном стационаре. Спектр его значения может колебаться от поддержки в выполнении процедур по личному уходу, таких как умывание и кормление, до действий, связанных с намного более широкими понятиями благополучия, таких как помощь в совершении покупок в магазине, ведение финансовых дел, уменьшение социальной изолированности и содействие в проведении досуга.

То, как определяется длительный уход, будет, естественно, влиять на спрос на услуги и, следовательно, на издержки по обеспечению работы самой системы. В частности, спрос, скорее всего, будет экспоненциально возрастать по мере того, как в систему будут включаться менее "обязательные" цели, такие как помощь в работе по дому или в достижении более широких целей благополучия.

В системах может быть принято решение о том, что нужно предоставлять разные уровни финансовой поддержки для разных видов ухода и помощи. В частности, финансовые взносы государства могут быть сосредоточены на оплате расходов, связанных с более неотложными потребностями и прежде всего с основными действиями по личному уходу в повседневной жизни. В таком случае очень важно, чтобы потенциальные пользователи знали о различиях в платежах за пользование разными услугами. Например, система бесплатного личного ухода в Шотландии, в которой средства сосредоточены на бесплатной помощи в выполнении действий по личному уходу, а за другие виды помощи взимается плата, и пересмотренная система взимания платы за длительный уход, которая намечается к внедрению в ближайшее время в Ирландии, сопровождаются разъяснительными печатными и звуковыми материалами, в которых ясно и доходчиво описываются права граждан (44, 45).

Уравновешивать гибкость и прозрачность при согласовании ресурсов с потребностями

При реализации той или иной системы руководителям высшего звена также нужно попытаться сбалансировать необходимость гибкости при реагировании на индивидуальные потребности с необходимостью соблюдения справедливого и прозрачного процесса определения прав граждан. Учитывая неоднородность характеристик людей, нуждающихся в длительном уходе, согласование ресурсов с потребностями часто оказывается сложной задачей, при решении которой нужно принимать во внимание самые разнообразные обстоятельства (например, физические и психические потребности, наличие неформальной поддержки, жилищные условия).

В системах, основанных на критериях нуждаемости и ограниченных наличием денежных средств, определением прав на пользование услугами часто занимаются должностные лица, непосредственно работающие с клиентами (работники, ведущие дела конкретных людей, или кураторы), которые применяют соответствующие правила с некоторой степенью свободы в назначении фактических услуг. Такая система кураторов, какая, например, принята в Эстонии (46), позволяет специалистам, непосредственно работающим с клиентами, учитывать широкий круг особенностей отдельных людей, в том числе и такие характеристики, которые не всегда поддаются количественной оценке, например, характер отношений между нуждающимися в помощи и их неформальными попечителями. Сдерживать общие затраты может быть легче, если постоянно обновлять правила определения прав на получение услуг в соответствии с имеющимися бюджетами. Такие системы,

опирающиеся на мастерство и опыт кураторов, подвергаются критике как за недостаточную прозрачность при принятии решений о распределении ресурсов, так и за непредставление гражданам ясного описания их прав на получение помощи.

В отличие от этих систем, системы частного или социального страхования обычно имеют более ясно сформулированные правила определения прав на получение услуг и применяют алгоритмы оценки потребностей (например, французская, австрийская, немецкая, японская и новая испанская модели оценки). Однако, хотя в этих системах достигается больше прозрачности, поскольку правила определения прав на пользование услугами сформулированы более ясно, они подвергаются критике за то, что в них не учитываются все тонкие и часто важные характеристики людей, нуждающихся в помощи. В частности, такие факторы, как характер и уровень неформальной поддержки, общая слабость здоровья и потребность в надзоре, например, у людей с ослабленными познавательными способностями, сложно ввести в формальные алгоритмы определения прав на получение поддержки. Тем не менее, целый ряд систем, основанных на налоговых поступлениях и на социальном страховании, например, таких как в Австрии и Чешской Республике, предусматривают выплату денежных пособий, которые потребители затем могут использовать для покупки таких услуг, которые наилучшим образом соответствуют их потребностям (14).

Подобно тому, как отличаются друг от друга индивидуальные потребности, документально отмечены широкие различия в большинстве аспектов длительного ухода и между различными местностями в одних и тех же странах (47–51). Такие различия являются объектом критики со стороны общественности: в Англии даже используют термин "лотерея почтовых индексов" для описания ситуации, при которой права на получение поддержки различаются просто в зависимости от того, где человек проживает. Весь вопрос в том, в какой степени такая изменчивость может быть оправдана на основании возможности более полно учитывать местные предпочтения и ограничивающие факторы и откликаться на них, или же она свидетельствует о значительных колебаниях в показателях деятельности системы и территориальном неравенстве (52, 53).

Сторонники местничества уже давно утверждают, что изменчивость, вытекающая из расхождений в местных предпочтениях и ограничивающих факторах, должна восприниматься как положительный, а не отрицательный феномен (54). Исследования показали, например, что различия в потребностях, стоимости персонала и других вводимых ресурсов могут оказывать большое влияние на набор и интенсивность

предоставляемых услуг (40, 51, 55). В конечном счете, определенная степень местной изменчивости может быть даже и нужна, чтобы система могла адаптировать предлагаемые ею услуги к местным особенностям и потребностям. Механизмы финансирования должны учитывать такие различия, но при этом снабжать граждан в обществе ясной и прозрачной информацией об уровнях услуг, на получение которых они могут рассчитывать.

Взаимодействие с неформальным сектором ухода

Во многих странах неформальные попечители по-прежнему оказывают основной объем помощи своим родным и близким, и в идеале их следует считать одним из важных элементов в процессе предоставления ухода. Однако официальные системы ухода занимают в отношении неформальных попечителей самые разные позиции. С точки зрения прав на получение финансовой помощи, главный вопрос заключается в том, уменьшается ли объем прав в тех случаях, когда поддержку оказывают неформальные попечители (как в Англии), или же деятельность по неформальному уходу игнорируется (как в Японии). Как уже было отмечено, если не оценивать возможности получения неформального ухода, это может привести к значительному увеличению государственных расходов на общественные нужды и к неравенству в отношении получаемой поддержки между людьми с разными уровнями неформального ухода. В то же время оказание поддержки неформальным попечителям в их работе по предоставлению ухода может помочь уменьшить потребность во вмешательстве государственного сектора в режиме полного рабочего дня, а попечителям помочь избежать изоляции от работы и общества.

Сегодня отчасти из-за технических трудностей, отчасти из-за того, что в системах, применяющих шаблонные процессы оценки, наблюдается тенденция уложить потребность в длительном уходе в концепцию социального риска, права на получение государственной поддержки в этих системах реже увязываются с уровнями получаемого неформального ухода. В некоторых случаях (как, например, в Германии) в знак признания того, что пользователи услуг должны быть в состоянии деньгами компенсировать неформальным попечителям ту поддержку, которую они предоставляют, вместо услуг в натуральном выражении пользователям могут предлагаться денежные выплаты в уменьшенных размерах (56).

Улучшение координации и партнерства с другими родственными системами

При определении параметров финансирования длительного ухода руководителям высшего звена необходимо принять во внимание

последствия, которые эти параметры могут иметь в других родственных системах, таких как секторы здравоохранения, жилищно-коммунального хозяйства и социальной защиты. Например, может быть легче реализовывать программы социального обеспечения по длительному уходу в тех странах, где уже действуют аналогичные программы по медико-санитарной помощи. В целом уровень согласованности между системами здравоохранения и социальной помощи будет зависеть от того, используются ли в обеих системах одни и те же механизмы финансирования.

Взаимодействие, например, между системами здравоохранения, услуги которых в точке потребления предоставляются бесплатно, и системами длительного ухода, основанными на критериях нуждаемости, может привести к таким ситуациям, когда граждане с весьма сходными потребностями (например, инсульт и нарушение познавательных способностей) будут получать совершенно разные уровни государственной поддержки в зависимости от того, как классифицируются их потребности – как социальные или как медико-санитарные. Выше уже указывалось, что эти резкие перепады между разными системами финансирования могут также приводить к перекладыванию издержек одной системы на другую и к неудовлетворенности населения.

Необходимость координировать деятельность разных правительственных учреждений также может влиять на местоположение центра регулирования правил финансирования длительного ухода. Поэтому может оказаться целесообразным возложить ответственность за социальную помощь на соответствующий орган, например, контролирующей и другие государственные службы, такие как здравоохранение и жилищное хозяйство. Однако, учитывая относительные различия в размерах бюджетов, может возникнуть опасность того, что в новых объединенных административных структурах элемент социальной помощи окажется отодвинутым на задний план.

Как вариант, для улучшения координации деятельности секторов здравоохранения и социальной помощи можно прибегнуть к стимулам, связанным с финансированием. В таких странах, например, как Швеция и Англия, на службы социальной помощи возложены расходы по содержанию лиц, которые не могут быть выписаны из больниц, так как у них нет соответствующего пакета социальной помощи и длительного ухода. Использование таких финансовых стимулов явно способствовало снижению в обеих странах числа случаев отсрочки в выписке из больниц, и эти стимулы особенно важны для систем, финансируемых за счет налоговых поступлений, поскольку они предполагают создание

совместных механизмов составления бюджетов для элементов обеих систем.

Следует также изучить вопрос и о взаимодействии с системами выплаты пособий по социальному обеспечению. В большинстве стран помимо систем социальной помощи и длительного ухода имеются также механизмы выплаты денежных пособий по инвалидности. Как доступ к таким пособиям будет влиять на доходы и на потребности граждан? В системах социальной помощи, основанных на критериях нуждаемости, такие пособия могут быть приняты во внимание при определении наличия прав на пользование услугами.

Резюме

Имеющиеся в странах Европы данные свидетельствуют о том, что старение населения, которому сопутствуют изменения в доступности неформальной семейной поддержки, рост стоимости ухода и повышенные требования к качеству, интенсивности и гибкости обслуживания, может создать серьезные трудности для руководящих должностных лиц высшего звена, ведущих нелегкую борьбу за сохранение или расширение охвата услугами систем длительного ухода и продолжение и усиление поддержки этих систем.

Имеются убедительные аргументы в пользу вмешательства государственного сектора в поддержку финансирования длительного ухода. Стоимость услуг длительного ухода на протяжении всей жизни может быть весьма значительной, и их оплата может истощить ресурсы всех, кроме самых богатых пользователей этих услуг. При таких вариантах решения этой проблемы, которые предусматривают коллективное финансирование при поддержке государства, можно добиться того, что будет обеспечена достаточная поддержка наиболее нуждающихся и/или наименее платежеспособных и можно будет избежать катастрофических расходов. Частному сектору не удалось создать устойчивой системы страхования, которая была бы в состоянии охватить значительную долю населения, хотя в некоторых странах частное страхование служит дополнением к государственной поддержке. Не все могут продолжать и дальше рассчитывать на помощь семьи; у многих людей, зависимых от посторонней помощи, не осталось в живых близких родственников.

Создание механизмов финансирования длительного ухода и их социальная приемлемость могут определяться целым рядом факторов. Одним из таких факторов является степень справедливости механизмов финансирования и их способности содействовать установлению партнерства между личным, семейным и государственным уровнями

ответственности. Еще один фактор – являются ли системы достаточно прозрачными в том, как в них определяются понятие длительного ухода, правила финансирования и определения права на пользование услугами.

К возможным стратегическим вариантам относятся системы, которые нацелены только на то, чтобы обеспечивать социальную защиту для тех, кто не в состоянии оплачивать уход; системы всеобщего доступа, которые по существу предусматривают одинаковые уровни прав для всего населения независимо от доходов, и системы с постепенным нарастанием объема прав, в которых объединены элементы систем минимальной социальной защиты и всеобщего доступа. Разные подходы по-разному влияют на справедливость, экономическую эффективность и обременительность для государственной казны, и все эти факторы могут потребовать тщательной отладки выбранной системы в соответствии с конкретными местными условиями и обстоятельствами.

Для того, чтобы быть устойчивой, система также должна быть доступной по стоимости, справедливой и гибкой. Меры, направленные на облегчение реализации любой системы финансирования длительного ухода, включают консультирование с общественностью, проводимое для того, чтобы изучить идеи, обменяться мнениями и оценить социальную приемлемость идеи о необходимости совместных платежей. При реализации любой системы должна предоставляться достаточная, но доступная информация, и делать это нужно разнообразными способами. Возможно также, что потребуется оказать поддержку защитникам интересов граждан, чтобы они помогли людям выбрать необходимый им пакет услуг по длительному уходу. Также могут быть полезными меры по обеспечению соблюдения стандартов качества, предоставлению поддержки попечителям и облегчению более гибкого выбора пакета услуг. Можно было бы также принять меры к улучшению согласованности в действиях между сектором длительного ухода и родственными секторами.

Разные системы длительного ухода находятся в странах Европы на совершенно разных стадиях развития. Можно многое узнать из опыта разных стран, и такие международные органы, как Европейская Комиссия и Всемирная организация здравоохранения, благодаря своим информационным порталам, диалогам по стратегическим вопросам и программам поощрения международного партнерства, также могут обладать большими возможностями для сбора, анализа и распространения знаний, приспособивая эти знания к специфическим условиям, наблюдаемым в различных странах Европы.

Таблица 1а. Критерии предоставления прав на пользование услугами в шести странах

Япония	<p>Лица, постоянно проживающие в данном муниципальном образовании, признанные нуждающимися в уходе, в возрасте 40 лет и старше:</p> <ul style="list-style-type: none"> * люди в возрасте 40–64 лет (ограниченные права) * люди в возрасте 65 лет и старше (полные права) <p>При оценке потребностей доходы и наличие попечителей во внимание не принимаются.</p>
Германия	<p>Постоянно проживающие лица, признанные нуждающимися в длительном уходе, независимо от возраста, дохода и наличия возможности получать неформальный уход, которые охвачены обязательным медицинским страхованием и участвуют в программе страхования длительного ухода данного страхового фонда.</p> <p><i>Услуги социальной помощи:</i> доступ к субсидируемым услугам может зависеть от получения пособия по уходу (в каждой федеральной земле по-разному).</p>
Австрия	<p><i>Пособия по уходу:</i> постоянно проживающие лица, признанные нуждающимися в длительном уходе, независимо от возраста, дохода и наличия возможности получать неформальный уход.</p> <p><i>Пособие по круглосуточному уходу:</i> потребности в длительном уходе (уровень 3 или выше), порог доходов.</p> <p><i>Услуги социальной помощи:</i> доступ к субсидируемым услугам может зависеть от получения пособия по уходу (в каждой провинции по-разному).</p>
Франция	<p>Постоянно проживающие лица в возрасте 60 лет и старше, признанные нуждающимися в длительном уходе; доступ определяется по результатам проверки нуждаемости.</p> <p>Часто в оплате ухода в стационаре участвуют родственники, независимо от того, требуется ли от них такое участие в явной форме или нет.</p>

Таблица 1а. Критерии предоставления прав на пользование услугами в шести странах (продолжение)

Англия	Постоянно проживающие лица, нуждающиеся в длительном уходе. Государственная поддержка в получении услуг социальной помощи предоставляется только лицам с ограниченными финансовыми средствами (доходами и имуществом).
Дания	Постоянно проживающие лица, нуждающиеся в длительном уходе, независимо от возраста, дохода и наличия возможности получать неформальный уход.

Таблица 1b. Порог вхождения в систему (потребности) в шести странах

Япония	<i>Уровень поддержки:</i> лицо проживает самостоятельно, но требует определенной помощи в выполнении практических повседневных действий по жизнеобеспечению.
Германия	<p>Лица, нуждающиеся в помощи в личном уходе, питании или мобильности не менее одного раза в день для выполнения не менее двух дел в одной или нескольких областях, а также в помощи несколько раз в неделю для выполнения работы по дому.</p> <p>Нуждающиеся в уходе в среднем в течение не менее 90 минут в день, из которых более 45 минут должны приходиться на элементарный уход.</p> <p>Для получения права пользоваться услугами нужно, чтобы лицо в течение как минимум шести месяцев обращалось за частой или существенной помощью.</p>
Австрия	<p><i>Денежное пособие:</i> потребность в уходе в течение как минимум 50 часов в месяц, сохранения которой можно ожидать на протяжении как минимум шести месяцев.</p> <p><i>Субсидируемые услуги по уходу:</i> могут быть увязаны с получением пособия по длительному уходу или конкретного уровня денежного пособия по длительному уходу (региональные различия).</p>
Франция	Неспособность выполнять без посторонней помощи как минимум три действия в повседневной жизни: лицо неспособно без посторонней помощи умываться и совершать туалет/одеваться, неспособно без помощи встать утром, но когда встанет, может передвигаться по дому.
Англия	Устанавливается на местном уровне.
Дания	–

Таблица 1с. Уровни ухода в шести странах

Япония	<p>Если лицу требуется длительный уход, ему назначается один из семи уровней ухода: 1 и 2 уровень поддержки (для оказания легкой поддержки); 1–5 уровни ухода (интенсивные услуги). Назначенный уровень определяет размер пособий в натуральном выражении, получаемых данным лицом (при уровне 5 степень зависимости наивысшая).</p>
Германия	<p>Если лицу требуется длительный уход, ему назначается один из трех уровней ухода, который определяет размер пособий (в денежном и/или натуральном выражении), получаемых данным лицом (при уровне 3 степень зависимости наивысшая).</p> <p>Пособие, получаемое лицом, зависит от назначенного ему уровня ухода, от пребывания дома или в стационаре и от того, выбрало ли это лицо пособие в денежном или в натуральном выражении.</p>
Австрия	<p>Если лицу требуется длительный уход, ему назначается один из семи уровней ухода, который определяет размер денежного пособия, получаемого данным лицом (при уровне 7 степень зависимости наивысшая).</p> <p>Возможность получать пособие по круглосуточному уходу (уровень 3 или выше).</p> <p>Право на уход в стационаре может быть увязано с минимальным уровнем пособия по уходу (региональные различия).</p>
Франция	<p>Если лицу требуется длительный уход, ему назначается одна из четырех групп по национальной шкале зависимости AGGIR (Autonomie Gérontologique – Groupe Iso Ressources) (при 1 группе степень зависимости наивысшая).</p>
Англия	<p>Определяется путем оценки потребностей.</p>
Дания	<p>Определяется путем оценки потребностей.</p>

Таблица 1d. Оценка потребности в шести странах

Япония	<p>Потребность в длительном уходе оценивается муниципалитетом; предоставление прав производится на основе вопросника из 79 пунктов, который охватывает функциональное состояние и т.д. Обработка ответов производится по компьютерному алгоритму, который определяет, в какую категорию потребностей попадает данное лицо.</p> <p>Результаты компьютерной классификации оцениваются комиссией экспертов, которая и принимает окончательное решение, в некоторых случаях отличное от решения, предложенного компьютером.</p>
Германия	<p>Используется единая общенациональная методика оценки. Это комиссия врачебной экспертизы фонда медицинского страхования или, в случае частного страхования, комиссия врачебной экспертизы частного страхового агентства, которая называется Medicproof. Эта комиссия проверяет и оценивает потребность данного лица в уходе. Оценка производится врачом.</p>
Австрия	<p><i>Пособие по уходу</i>: используется согласованная методика оценки. Тринадцать практическим повседневным действиям по жизнеобеспечению выделяются бюджеты времени, которые суммируются для тех действий, при выполнении которых требуется помощь. В зависимости от суммы времени требуемой помощи, а в случае более высоких уровней пособий по уходу – и от типа требуемого ухода, назначается пособие по уходу.</p> <p>Оценка проводится врачом, при необходимости для консультации привлекаются специалисты из родственных дисциплин.</p> <p><i>Услуги по уходу</i>: некоторые провинциальные органы проводят собственную оценку потребностей тех получателей услуг по уходу, которые желают получать уход в стационарах.</p>

Таблица 1d. Оценка потребности в шести странах (продолжение)

Франция	<p>Используется единая общенациональная методика оценки потребностей AGGIR.</p> <p>В соответствии с этой методикой, устанавливается максимальная величина стоимости пакета услуг по уходу.</p> <p>Для назначения ухода на дому оценка проводится одним сотрудником бригады медицинской и социальной помощи, которая отвечает за проведение оценок. Для назначения ухода в стационаре за проведение оценки отвечает заведующий отделением или специально назначенный врач.</p>
Англия	<p>Социальный работник или куратор оценивает потребность и составляет план ухода.</p>
Дания	<p>Потребности в длительном уходе оценивают кураторы по уходу на дому.</p>

Таблица 1е. Типы пособий и услуг в шести странах

Япония	Услуги (до определенного финансового предела), никакой альтернативы в денежной форме.
Германия	Можно выбрать пособие деньгами, уход в натуральном выражении или сочетание того и другого. Денежное пособие по уходу на дому меньше, но его можно тратить на любые цели или платить родственникам.
Австрия	Денежное пособие без каких-либо условий (т.е. получатели могут сами выбирать, как им тратить эти деньги). Одно исключение: уход в стационаре (все, кроме небольшой суммы на личные расходы, выплачивается стационару, осуществляющему уход). Пособие по круглосуточному уходу для людей, особо нуждающихся в уходе (уровень 3 или выше); обусловлено наймом до двух попечителей. Услуги по уходу, оплачиваемые пользователями; некоторые провинциальные органы устанавливают максимальную цену и/или субсидируют обслуживание.
Франция	Пособие определяется в деньгах, но выплачиваемая сумма должна быть потрачена на согласованный пакет услуг по уходу. Деньги могут быть использованы для найма родственника в качестве попечителя, но только для выполнения конкретных задач в соответствии с планом ухода.
Англия	Доступ к услугам определяется проверкой нуждаемости. Не облагаемое налогом пособие по уходу для лиц 65 лет и старше, нуждающихся в помощи в личном уходе.
Дания	Услуги (доступ не обусловлен проверкой нуждаемости).

Таблица 2а. Государственные источники финансирования в шести странах

Япония	<p>Государственная система обязательного страхования долгосрочного ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% - страховые взносы, собираемые муниципалитетами (в случае страхователей в возрасте 65 лет и старше) или компаниями медицинского страхования (в случае страхователей в возрасте 40–64 лет); • 50% - общие налоги (центральные и местные).
Германия	<p>Обязательное государственное страхование длительного ухода, только за счет страховых взносов.</p> <p>Поддержка лиц, предоставляющих услуги по длительному уходу, и пользователей услуг, финансируемая за счет налоговых поступлений в некоторых землях и местных общинах (уровни и режимы поддержки в разных землях разные).</p> <p>Пособия по длительному уходу, финансируемые за счет налоговых поступлений: те, кто не может платить за пользование услугами по уходу в случае, когда объем этих услуг превышает объем, покрываемый страховкой длительного ухода, могут ходатайствовать о назначении им пособия <i>Hilfe zur Pflege</i> ("помощь в обеспечении ухода"), назначаемого после проверки нуждаемости в рамках программы социальной помощи.</p> <p>Уход в частной лечебнице: программа страхования здоровья.</p> <p>На расходы по уходу предоставляется налоговая скидка.</p>

Таблица 2а. Государственные источники финансирования в шести странах (продолжение)

Австрия	<p>Пособия по длительному уходу, финансируемые за счет налоговых поступлений.</p> <p>Поддержка лиц, предоставляющих услуги по длительному уходу, и пользователей услуг, финансируемая за счет налоговых поступлений в некоторых провинциях и местных общинах (уровни и режимы поддержки в разных провинциях разные), денежные отчисления в пользу учреждений стационарного ухода из провинциальных фондов здравоохранения.</p> <p>Пособия по длительному уходу, финансируемые за счет налоговых поступлений: тот, кто не может платить за пользование услугами по уходу, может ходатайствовать о назначении пособия из провинциальной программы социальной помощи после проверки нуждаемости.</p> <p>Уход в частной лечебнице: программа страхования здоровья.</p> <p>На расходы по уходу предоставляется налоговая скидка.</p>
Франция	<p>Пособия по длительному уходу, финансируемые за счет налоговых поступлений.</p> <p>Пособия по длительному уходу, финансируемые за счет налоговых поступлений: тот, кто не может платить за пользование услугами по уходу, может ходатайствовать о назначении социальной помощи после проверки нуждаемости.</p> <p>На расходы по уходу предоставляется налоговая скидка.</p>
Англия	За счет налоговых поступлений.
Дания	За счет налоговых поступлений.

Таблица 2в. Взносы граждан в государственные системы длительного ухода в шести странах

Япония	<p>Постоянно проживающие в одном из муниципалитетов в возрасте 40 лет и старше:</p> <ul style="list-style-type: none"> • постоянно проживающие в возрасте от 40 до 64 лет: страховые взносы (в процентах от дохода) разделяются между работником и нанимателем; • постоянно проживающие в возрасте 65 лет и старше: процент от дохода; • страховые взносы могут быть разными в разных муниципалитетах.
Германия	<p>Всякий, кто охвачен обязательным медицинским страхованием, также делает взносы в программу страхования длительного ухода данного страхового фонда (процент от дохода в пределах между нижним и верхним порогами; бездетные лица в возрасте 23 лет и старше платят более высокие страховые взносы).</p> <p>Освобождаются от уплаты взносов члены семьи, находящиеся на иждивении страхователя, безработные и неформальные попечители в особых обстоятельствах.</p> <p>Страховые взносы по социальному страхованию здоровья (касается только ухода в частных лечебницах).</p>
Австрия	<p>Налоги.</p> <p>Страховые взносы по социальному страхованию здоровья (касается только затрат по уходу в частных лечебницах).</p>
Франция	<p>Налоги.</p>
Англия	<p>Налоги.</p>
Дания	<p>Налоги.</p>

Таблица 2с. Платежи за пользование услугами и совместные платежи в шести странах

Япония	Обязательные совместные платежи (10% общей стоимости услуг до определенного верхнего предела в течение месяца; верхний предел снижается, если доход ниже определенного порогового уровня).
Германия	Частные выплаты из собственного кармана, если пользование услугами превышает объем услуг, покрываемый государственным страхованием длительного ухода. Ставки платежей за пользование услугами в разных землях разные.
Австрия	Плата за пользование услугами по уходу, скидки для пользователей с низким уровнем доходов. Ставки платежей за пользование услугами в разных провинциях разные
Франция	Уровень совместных платежей определяется проверкой нуждаемости в соответствии с общенациональными правилами. Уровень государственной помощи резко снижается в зависимости от доходов, а размер совместных платежей повышается от 0% до 90% стоимости пакета услуг по уходу. При проверке нуждаемости учитываются доходы и некоторые виды имущества.
Англия	Почти все услуги по длительному уходу оплачиваются, причем размер оплаты определяется по результатам проверки нуждаемости.
Дания	Долгосрочный уход на дому и паллиативный уход предоставляются бесплатно. Оплачиваются услуги по обеспечению питания на дому. Участие в оплате ухода в стационаре в зависимости от уровня доходов.

Таблица 2d. Частное страхование длительного ухода в шести странах

Япония	Расходы, вызванные дополнительными услугами, покрываются факультативным частным страхованием длительного ухода.
Германия	Частично обязательное (для тех, кто добровольно выходит из программы обязательного медицинского страхования) и частично факультативное (для тех, кто охвачен программой обязательного страхования длительного ухода); страховые полисы у 11% населения.
Австрия	Факультативное частное страхование длительного ухода; страховые полисы у 0,5% населения
Франция	Факультативное частное страхование длительного ухода; страховые полисы у 3% населения.
Англия	Не предоставляется.
Дания	Не предоставляется.

Библиография

1. Oliveira Martins J, de la Maisonneuve C, Bjørnerud S. *OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers?* OECD: Economics Department Working Paper No.477: Paris, 2006.
2. Van Oyen H, Robine J, Jagger C et al. *Living longer healthier lives, comments on the changes in life expectancy and disability free life expectancy in the European Union since 1995*. Montpellier, France: European Health Monitoring Unit, 2005.
3. Jagger CRJ, Van Oyen H, Cambois E, Clavel A, Barker G. *Healthy life expectancy in the EU15*. Montpellier, France: European Health Monitoring Unit, 2005.
4. Eurostat. *Population projections*. Luxembourg: Eurostat, 2007.
5. Fries JF. The compression of morbidity: near or far? *The Milbank Quarterly*, 1989, 67(2):208–232.
6. Doblhammer G, Kytir J. Compression or expansion of morbidity? Trends in healthy-life expectancy in the elderly Austrian population between 1978 and 1998. *Social Science and Medicine*, 2001, 52(3):385–391.
7. Lafortune G, Balestat G. *Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications*. OECD Health Working Papers, No. 26. Paris: OECD, 2007.
8. Fujisawa R, Colombo F. *The long-term care workforce – overview and strategies to adapt supply to a growing demand*. OECD Health Working Paper No. 44. Paris: OECD, 2009.
9. United Nations. *Living arrangements of older persons around the world*. New York: Department of Social and Economic Affairs, Population Division, United Nations, 2005.
10. Tomassini C, Glaser K, Wolf DA et al. Living arrangements among older people: an overview of trends in Europe and the USA. *Population Trends*, 2004, 115:24–34.
11. Commission of the European Communities. *Special surveys. Health and long-term care in the European Union. Fieldwork: May–June 2007*. Luxembourg: CEE, 2007.
12. Heitmueller A, Inglis K. The earnings of informal carers: wage differentials and opportunity costs. *Journal of Health Economics*, 2007, 26(4):821–841.
13. Carmichael F, Charles S. The opportunity costs of informal care: does gender matter? *Journal of Health Economics*, 2003, 22(5):781–803.

14. Oesterle A, Meichenitsch K. *Long-term care in central and south Europe. Status quo – challenges – perspectives*. Vienna: Erste Foundation, 2008, p. 21.
15. Burton WN, Chen C, Conti DJ et al. Caregiving for ill dependents and its association with employee health risks and productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2004, 46:1048–1056.
16. Magliano L, McDavid D, Kirkwood S et al. Carers and families of people with mental health problems, in M. Knapp et al (eds) *Mental health policy and practice across Europe*. Maidenhead: Open University Press, 2007.
17. Directorate-General for Economic and Financial Affairs. *The 2005 EPC projection of age-related expenditure: agreed underlying assumptions and projection methodologies*. Brussels: Economic Policy Committee, European Commission, 2005.
18. Wanless D, Forder J, Fernandez J-L et al. *Securing good care for older people: taking a long term view*. London: King's Fund, 2006.
19. Wittenberg R, Comas-Herrera A, Pickard L et al. *Future demand for long-term care in the UK: a summary of projections of long-term care finance for older people to 2051*. York: Joseph Rowntree Foundation, 2004.
20. Le Corre PY. *Long term care insurance: French and international perspectives*. Presentation at 2008 conference. Geneva: The Geneva Association, 2008.
21. Abraham L. *US long term care insurance*. Presentation at 2008 conference. Geneva: The Geneva Association, 2008.
22. OECD, *Growing unequal? Income distribution and poverty in OECD countries*. Paris: OECD, 2008.
23. European Policy Committee and Commission of the European Communities. *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004–2050)*. Brussels: Commission of the European Communities, 2006.
24. Mercer. *Global report – increases in normal retirement ages underline impact of longevity*. Press release 5 December. London: Mercer, 2007.
25. Courbage C, Roudaut N. Empirical evidence on long-term care insurance purchase in France. *The Geneva Papers*, 2008, 33(4):645–658.
26. Pauly M. The rational nonpurchase of long-term-care insurance. *Journal of Political Economy*, 1990, 98(1):153–168.

27. Gleckman H. *The role of private insurance in financing long-term care*. Chestnut Hill: Center for Retirement Research at Boston College, 2007, 7:13.
28. Johnson RW, Uccello CE. *Is private long-term care insurance the answer?* Chestnut Hill: Center for Retirement Research at Boston College, 2005, 23.
29. Arrow K. The theory of risk-bearing: small and great risks. *Journal of Risk and Uncertainty*, 1996, 12(2–3):103–111.
30. Comas-Herrera A, Wittenberg R. *Lifetime costs of social care services for older people in England*. PSSRU discussion paper. London: Personal Social Services Research Unit, 2009.
31. Kemper P, Alexih L. Long-term care over an uncertain future: what can current retirees expect? *Inquiry*, 2005, 42(4):335–350.
32. Twigg J. Models of carers: how do social care agencies conceptualise their relationship with informal carers. *Journal of Social Policy*, 1989, 18(1):53–66.
33. Twigg J, Atkin K. *Carers perceived: policy and practice in informal care*. Maidenhead: Open University Press, 1994.
34. McDaid D, Oliveira M, Jurczak K et al. Moving beyond the mental health care system: an exploration of the interfaces between health and non-health sectors. *Journal of Mental Health*, 2007, 16(2):181–194.
35. Commission of the European Communities. *Long-term care in the European Union*. Brussels: Commission of the European Communities, DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2008 (http://ec.europa.eu/employment_social/news/2008/apr/long_term_care_en.pdf, accessed 9 April 2009).
36. American Association of Retired Persons. *European experiences with long-term care: France, the Netherlands, Norway and the UK*. Washington DC: AARP Public Policy Institute, 2006.
37. Matthews RJ, Smith LK, Hancock RM et al. Socioeconomic factors associated with the onset of disability in older age: a longitudinal study of people aged 75 years and over. *Social Science and Medicine*, 2005, 61(7):1567–1575.
38. Jones L, Ridley J, Robson A. *Public attitudes to the provision of free personal care: focus group research. Health and community care research findings No. 4*. Edinburgh: Scottish Executive Central Research Unit, 2001.
39. NFO Systems, Three Social Research and MORI Scotland. *Public attitudes to the provision of free personal care. Health and community care research findings No. 3*. Edinburgh: Scottish Executive Central Research Unit, 2001.

40. Fernandez JL, Forder J. Consequences of local variations in social care on the performance of the acute health care sector. *Applied Economics*, 2008, 40(12):1503–1518.
41. Da Roit B, Le Bihan B, Oesterle A. Long-term care policies in Italy, Austria and France: variations in cash-for-care schemes. *Social Policy and Administration*, 2007, 41(6):653–671.
42. Mühlberger U, Guger A, Knittler K et al. Long-term care in Austria. *WIFO Monatsberichte*, 2008, 81(10):771–781.
43. Wiener JM, Illston LH, Hanley RJ. *Sharing the burden: strategies for public and private long-term care insurance*. Washington DC: The Brookings Institution, 1994.
44. Department of Health and Children. *The nursing home support scheme: 'A Fair Deal'* [information leaflet]. Dublin: Department of Health and Children, 2008.
45. Scottish Government. *Thinking about moving into a care home?* Edinburgh: Scottish Government, 2005 (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/230561/0062673.pdf>, accessed 9 April 2009).
46. Estonian Association of Gerontology and Geriatrics. *Integrated long term care in Estonia: providing health care, nursing care and social services*. Tartu: Estonian Association of Gerontology and Geriatrics, 2006.
47. Audit Commission. *Forget me not: mental health services for older people*. London: Audit Commission, 2000.
48. Department of Health. *Shaping the future NHS: long term planning for hospitals and related services. consultation document on the Findings of the National Beds Inquiry – supporting analysis*. London: Department of Health, 2000, p. 109.
49. McLean I, McMillan A. The distribution of public expenditure across the UK regions. *Fiscal Studies*, 2003, 24(1):45–72.
50. Fernandez JL, Kendall J, Davey V et al. Direct payments in England: factors linked to variations in local provision. *Journal of Social Policy*, 2007, 36(1):97–121.
51. Davey A, Johansson L, Malmberg B et al. Unequal but equitable: an analysis of variations in old-age care in Sweden. *European Journal of Ageing*, 2006, 3(1):34–40.
52. Boyne G, Powell M, Ashworth R. Spatial equity and public services: an empirical analysis of local government finance in England. *Public Management Review*, 2001, 3(1):19–34.

53. Powell M, Boyne G. The spatial strategy of equality and the spatial division of welfare. *Social Policy and Administration*, 2001, 35(2):181–194.

54. Robson WA. *Local government in crisis*. London: George Allen & Unwin, 1966.

55. Jackman R, Papadachi J. Local authority education expenditure in England and Wales: why standards differ and the impact of government grants. *Public Choice*, 1981, 36:425–439.

56. Arntz M, Sacchetto R, Spermann A et al. *The German social long-term care insurance: structure and reform options*. Bonn: Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit, 2007.

Совместные аналитические обзоры

1. Как могут европейские системы здравоохранения помочь в инвестировании в стратегии охраны и укрепления здоровья населения и в их реализации?
David McDaid, Michael Drummond, Marc Suhrcke
2. Как добиться большей практической значимости оценок технологий здравоохранения?
Corinna Sorenson, Michael Drummond, Finn Børlum Kristensen, Reinhard Busse
3. Какова позиция пациентов в отношении принятия решения об их собственном лечении?
Angela Coulter, Suzanne Parsons, Janet Askham
4. Как сбалансировать условия предоставления помощи пожилым людям?
Peter C. Coyte, Nick Goodwin, Audrey Laporte
5. Когда в системах здравоохранения нужны вертикальные (автономные) программы?
Rifat A. Atun, Sara Bennett, Antonio Duran
6. Как в программах по ведению хронических болезней можно задействовать широкий спектр условий оказания помощи и поставщиков услуг?
Debbie Singh
7. Как управлять процессом миграции работников здравоохранения, чтобы снизить любые отрицательные воздействия на обеспеченность ими?
James Buchan
8. Профессионально-квалификационная структура: как ее оптимизировать и зачем это нужно?
Ivy Lynn Bourgeault, Ellen Kuhlmann, Elena Neiterman, Sirpa Wrede
9. Обеспечивает ли система непрерывного обучения и переаттестации поддержание необходимого профессионального уровня врачей?
Sherry Merkur, Philipa Mladovsky, Elias Mossialos, Martin McKee

Европейская обсерватория осуществляет подготовки аналитических обзоров в рамках независимой программы (см. www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527_16).

СФДЗ подготавливает сводные доклады и резюме (с ними можно ознакомиться на сайте: <http://www.euro.who.int/HEN/syntheses/questiontoppage>).

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
Scherfigsvej 8,
DK-2100 Copenhagen Ø,
Denmark
Тел.: +45 39 17 17 17.
Факс: +45 39 17 18 18.
Эл. адрес: postmaster@euro.who.int
Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>

Данная публикация была подготовлена таким образом, чтобы ее выпуск совпал с периодом председательства Чешской Республики в Европейском союзе (январь-июнь 2009 г.), и она является частью серии аналитических обзоров, совместно подготовленных Сетью фактических данных по вопросам здоровья и Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения.

В этой серии, предназначенной главным образом для руководителей высшего звена, нуждающихся в практических рекомендациях и советах, рассматриваются следующие три вопроса. Является ли тот или иной вопрос актуальным и почему? Что известно о возможных последствиях принятия конкретных стратегий решений данного вопроса? Как эти стратегии могут быть трансформированы в реально осуществимые политические решения?

Эта серия основывается на сводных докладах СФДЗ и аналитических обзорах Обсерватории, а также на тщательном обзоре и оценке имеющихся научных данных и анализе их применимости к условиям Европейского региона ВОЗ. Цель аналитических обзоров заключается не в том, чтобы дать описание идеальных моделей или рекомендуемых подходов, а в том, чтобы на основе обобщения и анализа ключевых научных данных сформулировать возможные стратегические решения конкретных задач.

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ является авторитетным источником фактических данных для руководителей высшего звена из 53 государств – членов Европейского региона ВОЗ. СФДЗ предоставляет оперативные ответы на вопросы стратегического значения, относящиеся к общественному здравоохранению, медицинской помощи и системам здравоохранения. Эти ответы могут быть изложены в виде основанных на фактических данных докладов, аналитических обзоров, резюме или информационных записок. Кроме того, через свой сайт (<http://www.euro.who.int/HEN>) СФДЗ позволяет пользователям иметь легкий доступ к фактическим данным и информации из ряда сайтов, баз данных и документов.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения – это партнерство, которое поддерживает способствует формированию политики на основе фактических данных с помощью всестороннего и тщательного анализа деятельности и структуры систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. В рамках этого партнерства широкий круг руководителей высшего звена, ученых и практических работников, основываясь на опыте всех частей Европейского региона, анализирует тенденции реформирования здравоохранения в целях выработки обоснованных рекомендаций по актуальным стратегическим вопросам. Со многими продуктами Обсерватории можно ознакомиться на сайте (<http://www.euro.who.int/observatory>).