

Социальная сфера

ПОДХОДЫ К ВНЕДРЕНИЮ СИСТЕМЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА ЗА ГРАЖДАНАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДАМИ В РОССИИ В СРАВНЕНИИ С ЗАРУБЕЖНЫМИ СТРАНАМИ

М. Г. ГИРИЧ
Т. А. ИЛЮШНИКОВА
С. О. СОРОКИН
А. Д. ЛЕВАШЕНКО
И. С. ЕРМОХИН

С 2018 г. в России запущена система долгосрочного ухода, основная задача которой — оказание пожилым лицам и инвалидам, нуждающимся в уходе, социальных, медицинских и реабилитационных (абилитационных) услуг, чтобы такие лица имели возможность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности. Планируется, что до конца 2023 г. система долгосрочного ухода будет запущена во всех регионах России.

В статье анализируются основные проблемы, с которыми государство и регионы РФ столкнулись при реализации системы, в том числе вопросы финансирования услуг, процессов и критериев определения уровня нуждаемости в уходе, определения времени ухода и перечня услуг на каждого их получателя и пр. Представлены сравнение системы долгосрочного ухода в России и в зарубежных странах, а также предложения по преодолению перечисленных проблем в России с учетом международного опыта.

Ключевые слова: система долгосрочного ухода, ОЭСР, поставщики социальных услуг, социальные услуги, лица старше трудоспособного возраста, инвалиды.

JEL: H53, I38.

Введение

В России наблюдается тенденция старения населения, а также увеличения ожидаемой продолжительности жизни. По данным Росстата, наибольшая численность населения к 2036 г. будет находиться в возрастных группах 46–50 и 51–55 лет (по итогам 2019 г. — в возрасте 31–35 и 36–40 лет соответственно), ожидаемая продолжительность жизни возрастет с 73,53 года в 2019 г. до 81,66 года в 2035 г.¹ В связи с этим увеличится и необходимость поддержки более возрастных групп населения.

Поэтому с 2018 г. в России началась реализация системы долгосрочного ухода за гра-

жданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе в рамках федерального проекта «Старшее поколение» национального проекта «Демография». Система долгосрочного ухода (далее — СДУ) направлена на поддержание здоровья, связанного с нарушением психических и физических функций, включая ограничение мобильности, снижение когнитивных способностей и активности, проблемы со слухом и зрением, недоедание, утрату социальных связей, депрессии и одиночество. Система долгосрочного ухода была запущена недавно, в связи с чем возник ряд вопросов: как организовать систему

Гирич Мария Георгиевна, научный сотрудник Российского центра компетенций и анализа стандартов ОЭСР при РАНХиГС при Президенте Российской Федерации (Москва), e-mail: girichmari@mail.ru; *Илюшникова Татьяна Александровна*, заместитель министра экономического развития Российской Федерации (Москва), e-mail: mineconom@economy.gov.ru; *Сорокин Святослав Олегович*, директор Департамента развития социальной сферы и сектора некоммерческих организаций Минэкономразвития России (Москва), e-mail: mineconom@economy.gov.ru; *Левашенко Антонина Давидовна*, старший научный сотрудник Института международной экономики и финансов ВАВТ Минэкономразвития России (Москва), e-mail: antonina.lev@gmail.com; *Ермохин Иван Сергеевич*, аналитик Института международной экономики и финансов ВАВТ Минэкономразвития России (Москва), e-mail: i.ermokhin@gmail.com

¹ URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/313/document/72529>

финансирования услуг (за счет внедрения страхования, государственного финансирования или самостоятельной оплаты услуг нуждающимися), как и по каким критериям определять уровень нуждаемости, какое количество часов ухода должно выделяться каждой группе нуждающихся, какие услуги должны оказываться в рамках СДУ и пр.?

На данный момент СДУ включает широкий спектр услуг, которые гарантируют, что люди со значительной потерей индивидуальной дееспособности или подверженные риску такой потери из-за психического или физического заболевания и инвалидности могут поддерживать определенный уровень функциональной способности. В СДУ включены лица старше трудоспособного возраста и инвалиды, полностью или частично утратившие способность или возможность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности, в том числе граждане с психическими расстройствами (п. 1 ч. 1 ст. 15 ФЗ от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ)². Министерство здравоохранения и социальных служб США подсчитало, что в среднем женщины нуждаются в уходе дольше (3,7 года), чем мужчины (2,2 года). Около 30% пожилых людей вообще не нуждаются в длительном уходе, тогда как 20% нуждаются в уходе более пяти лет³.

То есть система долговременного ухода является важным инструментом помощи, так как позволяет человеку жить не в стационарных учреждениях, а самостоятельно. Кроме того, она дает возможность сократить расходы и снизить нагрузку на систему здравоохранения. Например, по исследованию, проведенному в Испании, развитые льготы и услуги долговременного ухода позволяют сократить

использование неотложной помощи и госпитализации: реформа долговременного ухода в 2007 г. дала возможность сократить госпитализацию среди лиц, получающих уход, что сэкономило 11% от общих расходов на здравоохранение [7]. Аналогично, по результатам китайского долгосрочного исследования здоровья и пенсионного обеспечения в 2011, 2015 и 2018 гг., страхование долговременного ухода позволило уменьшить количество амбулаторных и стационарных пациентов соответственно на 0,17 и 0,11 пациентов в год, а также расходы на амбулаторное и стационарное лечение – на 23,9 и 19,8% в год⁴.

Таким образом, СДУ не только дает возможность получить помощь в старости или в случае инвалидности, но и позволяет сократить расходы системы здравоохранения на стационарное обслуживание, госпитализацию. В России только пять лет назад была запущена система долговременного ухода, что обозначило ряд проблем. И проект еще не запущен в полной мере – изначально пилот проводился только в шести субъектах РФ в 2018 г., а в 2023 г. в нем участвовали уже 34 субъекта РФ⁵. В связи с чем возникает ряд вопросов в части организации СДУ и поиска финансирования.

В России внедрение СДУ было начато с 2018 г., тогда как в ряде зарубежных стран система действует более 10–15 лет – например, в Израиле, Франции, Германии, Японии, Швеции и пр. Причем ОЭСР и ВОЗ выделяют перечисленные страны как одни из самых передовых с точки зрения развития СДУ [6]. Поэтому необходимо проанализировать практики зарубежных стран в сравнении с российской в отношении основных проблем внедрения СДУ.

В первой части статьи рассмотрены подходы к финансированию системы СДУ, включая опыт внедрения социального страхования

² Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

³ URL: https://www.forbes.com/health/senior-living/long-term-care-insurance/#footnote_2

⁴ URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2022.847822/full>

⁵ Приказ Минтруда России от 15.12.2022 г. № 781 «О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2023 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе».

долговременного ухода, финансирования услуг государством, а также опыт самостоятельной оплаты услуг ухода нуждающимися (как в России). Во второй части раскрывается тема, какие группы населения могут быть охвачены долговременным уходом и по каким критериям следует определять их нуждаемость. В третьей части рассматривается, в какой форме предоставляется уход – в денежной или в натуральной.

Страхование долговременного ухода: государственное финансирование или самостоятельная оплата услуг нуждающимся?

Вопрос, который прежде всего возникает при внедрении СДУ, – нужно ли создавать систему страхования для получения услуг СДУ? Среди рассмотренных стран можно выделить несколько подходов.

Первый подход – внедрение СДУ в систему социального страхования (Германия, Израиль, Южная Корея). Так, например, в Германии в соответствии с § 1 IV книги Кодекса социального страхования (далее – SGB) выделяется отдельный тип системы социального страхования – страхование долговременного ухода (один из пяти видов социального страхования) [9]. В соответствии с § 1 SGB X СДУ является обязательной схемой для участников государственного или частного медицинского страхования. Лица, зарегистрированные в фонде обязательного медицинского страхования по болезни, автоматически зачисляются в фонд страхования СДУ, внося долю своего дохода. То есть страхование долговременного ухода является обязательным, хотя в Германии одновременно существуют и инструменты добровольного страхования. В 2019 г. системой социального страхования в стране были охвачены 73,05 млн человек, из которых 56,9 млн пользовались государственной системой страхования, а 9,22 млн – частными фондами страхования долговременного ухода [1].

При этом в Германии государство дополнительно финансирует СДУ: начиная с 2022 г.

федеральное правительство совершает фиксированный взнос на расходы по социальному страхованию долговременного ухода в размере 1 млрд евро в год в компенсационный фонд (§ 61a), из которого финансируются расходы на совершенствование системы СДУ. Аналогично, в Южной Корее, в соответствии со ст. 58 Закона о СДУ, регионы ежегодно предоставляют сумму, эквивалентную 20% предполагаемого дохода от взносов на страхование СДУ, в рамках бюджетных трансфертов. В целом структура финансирования СДУ в этой стране состоит из страховых взносов (60–65%), налоговых субсидий (20%) и доплаты пользователями услуг, которая составляет 15–20% (при этом малоимущие ничего не доплачивают). То есть можно отметить, что СДУ не всегда в чистом виде существует за счет страховых платежей – государство часто дофинансирует систему.

Ставки страхования варьируются по странам от 3,05% в Германии, где половину платит работодатель (§ 55 SGB, книга XI), до 0,46% – в Южной Корее (ст. 7 Закона о страховании долгосрочного ухода за пожилыми [4]).

Второй подход – включение страхования долгосрочного ухода как части обязательного медицинского страхования. Такой подход практикуется во Франции (СДУ включена в Национальную цель расходов на медицинское страхование [5]) и Японии (ст. 3 Закона о страховании долгосрочного ухода [2]). То есть расходы на СДУ покрываются системой медицинского страхования, куда застрахованные платят отчисления.

Например, во Франции основным механизмом определения и мониторинга бюджетов здравоохранения и СДУ являются целевые показатели расходов в рамках Национальной цели расходов на медицинское страхование (*Objectif National de Depenses d'Assurance Maladie – ONDAM*). Так, в рамках ONDAM происходит ежегодное определение глобального бюджета на здравоохранение, частью которого является СДУ. ONDAM включает крупные

статьи на амбулаторное обслуживание (45,7% в 2017 г.), на стационарное обслуживание (41,2%) и на медико-социальное обслуживание (10,5%). Таким образом, система долговременного ухода не выделяется в отдельную статью расходов, а тесно связана с медицинскими расходами.

Более того, услуги долговременного ухода финансируются в стране не только из системы страхования, но и из различных фондов, включая налоговые отчисления. Расходы также покрываются Национальной кассой солидарности в интересах автономии (*Caisse Nationale de Solidarite pour l'Autonomie*), которая отвечает за финансирование и реализацию политики в интересах пожилых людей и людей с ограниченными возможностями и финансируется за счет специального налога — «общего социального взноса». Далее Национальная касса солидарности направляет средства на оплату медицинских услуг в домах престарелых и сестринские услуги на дому, а также выделяет средства для местных органов власти на проекты СДУ.

В Японии услуги долговременного ухода, так же как и во Франции, являются частью системы медицинского страхования. В соответствии со ст. 3 Закона о СДУ муниципалитеты и специальные городские округа должны обеспечивать страхование по СДУ, открыть специальный счет для доходов и расходов, связанных со страхованием СДУ. Однако обязанность страховых взносов появляется с 40 лет и до конца жизни; лицо платит от 10 до 30% в зависимости от размера доходов — в частности, пенсионеры продолжают платить из пенсии. То есть отчисления в СДУ застрахованные лица производят ближе к старости, а не с молодого возраста.

При этом, как в Германии и Южной Кореи, в Японии СДУ, в том числе, частично финансируется государством. Изначально муниципалитет оплачивает все расходы на долго-

временный уход, а национальное правительство возмещает эти расходы из систем страхования (ст. 121 Закона об СДУ) — т.е. изначально средства на СДУ агрегируются на национальном уровне и распределяются между муниципалитетами по итогам финансового года. Однако предусмотрена корректирующая сумма субсидий на СДУ (5% от всех затрат), если вдруг сумма затрат муниципалитета окажется выше. По статистике, 50% расходов на СДУ покрываются застрахованными, 25% — национальным правительством, еще по 12,5% — муниципалитетами и региональными органами.

Третий подход применяется в Швеции — услуги СДУ полностью финансируются муниципалитетом (Закон о социальных услугах [8]) из налоговых взносов граждан. В итоге сам нуждающийся покрывает от 5 до 15% расходов, на 85% расходы покрываются с налогов, уплачиваемых в муниципальный бюджет, также поступают трансферы из национального бюджета (около 10%).

В России в соответствии с п. 30 приказа Минтруда России от 15.12.2022 г. № 781⁶ услуги долговременного ухода на дому предоставляются бесплатно для граждан, которым установлен первый, второй или третий уровень нуждаемости в уходе (до 28 часов в неделю в зависимости от группы нуждаемости), и непосредственно финансируются государством. При этом со стороны граждан производится соплата, если нуждающемуся требуется большее количество часов ухода, либо стационарный или полустационарный уход. Кроме того, из средств бюджетов регионов и федерального бюджета финансируется развитие системы и инфраструктуры долговременного ухода (п. 90 приказа Минтруда России от 15.12.2022 г. № 781). То есть базово в России применяется подход государственного финансирования (аналогичный шведскому) с применением соплаты граждан.

⁶ Приказ Минтруда России от 15.12.2022 г. № 781 «О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2023 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе».

Однако оплата услуг долговременного ухода увеличивает потребность в денежных средствах для финансирования услуг. В правительстве РФ обсуждались идеи внедрения дополнительного страхового взноса (в размере до 2,9% от фонда оплаты труда), выделения средств из резервов Фонда пенсионного и социального страхования, а также внедрения дополнительных налогов для бизнеса при высоком доходе, которые будут направляться на оплату СДУ. На данный момент конкретный подход к финансированию долговременного ухода в России еще не определен. Одной из обсуждавшихся мер было также включение услуг СДУ в действующую систему социального страхования, которые могут оплачиваться из профицитов фондов. Например, по итогам 2022 г. Счетная палата РФ зафиксировала профицит Фонда пенсионного и социального страхования (до 2021 г. — Пенсионного фонда) в 1,66 трлн руб., что почти в три раза больше, чем в 2021 г.⁷

При действующей системе финансирования, например, Ассоциация профессиональных участников системы долговременного ухода в качестве варианта снижения нагрузки финансирования СДУ предлагает ограничить долговременный уход только для тяжелых групп, нуждающихся в подобном уходе, что позволит охватить только 1,7 млн нуждающихся вместо 4,3 млн (что меньше в 2,5 раза)⁸. Если же вводить страхование, то, по расчетам Ассоциации СДУ, будет достаточно вносить 0,2% от заработной платы, сохранив действующий охват нуждающихся в СДУ.

Каждый подход — будь то страхование или государственное финансирование — имеет свои плюсы и минусы. Введение в России обязательного страхования (как в Германии и Франции) может вызвать дополнительную финансовую нагрузку на граждан, но, тем не менее, будет формироваться страховой фонд,

из которого граждане смогут получить помощь в пределах определенной суммы или часов ухода. При этом ставка взноса в 2,9% для СДУ может серьезно повлиять на доходы населения, с учетом того что в зарубежных странах ставка взноса, возлагаемая на застрахованного, чаще всего менее 1,5%.

Финансирование услуг из средств государственного или муниципального бюджета (как в Швеции) вызывает проблему отсутствия средств на финансирование помощи, хотя в Швеции фонд средств СДУ формируется из налогов граждан, которые в течение жизни отчисляются в муниципалитеты. В странах ОЭСР каждые 4 долл. из 5 долл., затраченных на СДУ, покрываются системой страхования либо в рамках налоговых отчислений⁹. В среднем по ОЭСР 75% стационарных услуг долговременного ухода и более 90% услуг по уходу на дому финансируются за счет государственных расходов либо обязательных схем страхования.

В целом по зарубежному опыту Россия может начать программу СДУ с введения добровольного страхования долгосрочного ухода с перспективой внедрения обязательного страхования, однако ставка страхования не должна превышать более 1,5% (исходя из зарубежного опыта). Добровольное страхование может быть успешным, так как определенная часть населения может быть готова финансировать долговременный уход. Например, в странах ОЭСР 1/3 опрошенного населения были бы готовы платить дополнительные 2% от своего дохода в виде налогов и социальных отчислений, чтобы получать в будущем услуги долговременного ухода.

Как определить, кто нуждается в долговременном уходе?

Следующий аспект, который важен для развития СДУ, — определение категорий населения, которые нуждаются в долговременном уходе.

⁷ URL: <https://ach.gov.ru/upload/iblock/226/doui4n1j2i0nh5z1r4b0jzdgvmcvjuo3.pdf>

⁸ URL: <https://drive.google.com/file/d/1ITfhwQsb6gGWhU-HlpxcIXdGoY3ksNq/view>

⁹ URL: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-long-term-care-Brief-November-2020.pdf>

По опыту других стран и России можно выделить три группы лиц, которые чаще всего имеют доступ к системе долговременного ухода. Первая группа нуждающихся — лица пенсионного возраста — выделяется во всех странах, включая Россию. Вторая группа — инвалиды, лица с серьезными заболеваниями; такая группа выделяется в Германии, Южной Корее, Японии, России, однако не охватывается СДУ, например, в Израиле. Третья группа — лица, проходящие временный период восстановления после серьезных операций или заболеваний, — выделяется в Германии и Израиле (на период до двух месяцев), однако не существует в России.

Нуждаемость в уходе в разных странах определяется по перечню критериев. Например, в Германии, в соответствии с § 14 SGB XI, нуждающимися в уходе являются люди, которые по состоянию здоровья утратили самостоятельность или навыки и поэтому нуждаются в помощи со стороны других лиц. Потребность в уходе должна сохраняться на постоянной основе — не менее 6 месяцев. В частности, нуждаемость оценивается по шести группам критериев:

1) мобильность: смена положения в постели, поддержание стабильного сидячего положения, перемещение по жилищу и другие перемещения, подъем по лестнице;

2) когнитивные и коммуникативные навыки: распознавание людей из ближайшего окружения, ориентация на местности, во времени, запоминание важных событий, распознавание рисков и опасностей;

3) поведение и психологические проблемы: саморазрушительное и аутоагрессивное поведение, повреждение предметов, физически агрессивное поведение по отношению к другим людям, словесная агрессия, страхи, подавленное настроение и пр.;

4) уход за собой: мытье тела, головы, надевание и раздевание, приготовление и потребление пищи и напитков, использование туалета, питание и пр.;

5) возможность самостоятельно выполнять требования — например, медицинские реко-

мендации, включая прием лекарств, введение инъекций, измерение температуры и определение состояния тела, контроль за аппаратурой на теле, смена повязок и уход за раной, соблюдение диеты и пр.;

б) обеспечение повседневной жизни и формирование социальных контактов: формирование распорядка дня и адаптация к изменениям, отдых и сон, занятость, планирование будущего, взаимодействие с людьми в прямом контакте.

В соответствии с § 15 SGB XI каждая из шести групп критериев имеет вес при определении нуждаемости: мобильность — 10%; когнитивные и коммуникативные навыки, поведение и психологические проблемы — 15%; уход за собой — 40%; возможность самостоятельно выполнять требования, например медицинские рекомендации, — 20%; обеспечение повседневной жизни и формирование социальных контактов — 15%.

В Израиле в рамках теста на определение нуждаемости исследуется пять ежедневных действий: подвижность, одевание, купание, прием пищи и уход за собой. Нуждающиеся оцениваются в зависимости от их способности выполнять задания: лицо способно выполнять действия без помощи (0 баллов), либо способно выполнять действия с частичной помощью (0,5 балла), либо не способно выполнять действия (1 балл). Также лицо, которое проводит оценку, может проверить потребность заявителя в надзоре (его уровень понимания, ориентацию в окружающем пространстве, способность идентифицировать родственников). Например, дополнительные баллы начисляются, если нуждающееся лицо проживает одно без дополнительной поддержки членов семьи либо лицо пережило Холокост, и пр.

Однако не все страны вводят специальные критерии оценки нуждаемости. Например, в Швеции специальные критерии нуждаемости не определены, но могут устанавливаться муниципалитетом: сотрудник соцслужбы принимает решение о перечне услуг, в которых нуж-

дается лицо, и определяет конкретное количество часов помощи в неделю; если нуждающийся не согласен с назначенной помощью, он может ее обжаловать.

В России, в соответствии с приказом Минтруда России от 15.12.2022 г. № 781, также установлен примерный перечень вопросов для обследования при определении нуждаемости в уходе¹⁰. При этом оцениваются мобильность (менять положение тела, ложиться, садиться, вставать с кровати на ноги), способность ухода за собой (мыться, надевать одежду и раздеваться, питаться, готовить), когнитивные и коммуникативные навыки (понимать речь, ориентироваться во времени и месте, обеспечивать личную безопасность), возможность самостоятельно выполнять медицинские рекомендации, обеспечение повседневной жизни (трудовая деятельность, общение).

Если рассматривать региональный опыт, то, например, в соответствии с приказом Минсоцразвития и труда Камчатского края от 31.03.2020 г. № 451-п¹¹, проведение уборки квартиры нуждающимся оценивается по критериям: убирает квартиру без труда (0 баллов); сам вытирает пыль, но нуждается в небольшой помощи при выполнении всей остальной уборки (0,5 балла); сам вытирает пыль, но нуждается в значительной помощи при выполнении остальной уборки (тяжелую уборку – мытье ванной, унитаза – выполнять не может) (1 балл); не в состоянии выполнять никаких работ по уборке дома (2 балла). Некоторые регионы, например Костромская область¹², ссылаются на общую методику определения нуждаемости, закрепленную приказом Минтруда России от 29.12.2021 г. № 929, где оцени-

ваются общая способность обеспечивать чистоту и порядок в доме, стирать: лицо выполняет действия правильно – 0 баллов, неправильно – 1,5 балла, не выполняет – 3 балла. Аналогичная методика определения нуждаемости содержится в приказе Минтруда Пензенской области от 18.03.2022 г. № 145-ОС¹³, где оценивается общая способность обеспечивать чистоту и порядок в доме, стирать, однако балльная система отличается: если лицо выполняет действия правильно, ему присваивается 0 баллов, неправильно – 1 балл, не выполняет – 2 балла.

Таким образом, в России чаще всего применяются схожие с зарубежными странами критерии для определения нуждаемости в уходе лиц. Тем не менее существует проблема отсутствия в регионах единообразия в части определения критериев нуждаемости, распределения баллов, которые требуются для идентификации группы нуждаемости. Это, кроме прочего, объясняется тем, что типовые модели системы долговременного ухода, разрабатываемые Минтрудом России, носят рекомендательный характер, в связи с чем регионы разрабатывают собственное регулирование СДУ.

Что касается определения группы нуждаемости, то в зарубежных странах выделяется от 3 до 9 степеней/уровней нуждаемости¹⁴. Например, в Германии таких групп выделяется 5, при этом первая степень (отсутствие нарушений способности самообслуживания) в основном не покрывается СДУ, за исключением возможности получить разовое пособие в 120 евро. В Израиле и в Южной Корее выделяется 6 уровней нуждаемости, в Японии – 5, во Франции – 4, в России – 3.

¹⁰ Приказ Минтруда России от 15.12.2022 г. № 781 «О реализации в отдельных субъектах России в 2023 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе».

¹¹ Приказ Минсоцразвития и труда Камчатского края от 31.03.2020 г. № 451-п «Порядок признания граждан нуждающимися в соц. обслуживании, составления индивидуальной программы предоставления соц. услуг».

¹² Приказ Департамента по труду и социальной защите населения Костромской области от 19.07.2019 г. № 526 «О порядке определения индивидуальной потребности в социальных услугах граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в социальном обслуживании, на территории Костромской области».

¹³ Приказ Минтруда Пензенской области от 18.03.2022 г. № 145-ОС «Порядок признания граждан нуждающимися в социальном обслуживании и их включения в СДУ».

¹⁴ URL: [https://www.hse.ru/data/2022/04/15/1789649616/Система_долговременного_ухода-доклад_\(1\).pdf](https://www.hse.ru/data/2022/04/15/1789649616/Система_долговременного_ухода-доклад_(1).pdf)

В России, в соответствии с приказом Минтруда России от 15.12.2022 г. № 781, предоставляется от 14 часов для первого уровня нуждаемости до 28 — для третьего. При этом в некоторых регионах России установлены другие уровни — например, в Республике Бурятия¹⁵, Тульской области¹⁶ и Ставропольском крае¹⁷ установлено 5 уровней типизации для получателей СДУ и, соответственно, предлагается иное распределение количества часов ухода.

Таким образом, несмотря на то что в России реализуются практики СДУ, схожие с мировыми, в стране существует проблема отсутствия единообразия при определении нуждаемости в СДУ, что влияет на охват нуждающихся системой, различное распределение часов ухода для нуждающихся, которые находятся в разных регионах, однако имеют схожую степень необходимости в услугах ухода, что влечет за собой региональное неравенство в доступе их к таким услугам, а также может создавать проблемы, например, при внедрении системы страхования долгосрочного ухода.

Оказание услуг – в натуральной форме или выплата пособий?

Следующая проблема внедрения СДУ связана с определением количества услуг или пособий, которые лицо может получать в рамках СДУ. В зарубежных странах для каждого из уровней нуждаемости устанавливается определенное количество часов или денежная сумма, на которую лицо может получить услуги. То есть, с учетом того что в большинстве стран расходы на СДУ покрываются за счет социального страхования долгосрочного ухода либо за счет государственного финансирования, в некоторых странах предлагаются не только услуги в натуральной форме, но и существует

возможность получения пособия для самостоятельной оплаты услуг. В России же подобные денежные пособия отсутствуют — оплата услуг производится непосредственно нуждающимися.

Так, например, в Германии, в соответствии с § 36 SGB XI, для надомного ухода лица могут получить либо денежное пособие, либо услуги в натуральной форме на сумму, равную размеру пособия, — от 724 евро для второй степени нуждаемости до 2095 евро для пятой. Кроме того, лицу доступны разные варианты получения помощи: например, сочетание помощи в натуральной и в денежной форме, т.е. частично помощь может покрываться за счет выплаты пособий и частично оказываться специальными службами в натуральной форме пропорционально заложенному бюджету по степени нуждаемости (§ 38).

Отдельная система пособий действует, если за лицом ухаживает родственник или иное лицо (соседи, знакомые, добровольцы) (§ 37), — тогда нуждающийся получает от 316 евро для второй степени нуждаемости до 901 евро — для пятой, однако для опекунов в данном случае действует дополнительная система льгот.

В Израиле применяется подход ограничения количества услуг по количеству часов ухода для каждого уровня нуждаемости. Например, в соответствии со ст. 224 Закона о национальном страховании [3], предоставляются от 5,5 часа ухода для первого уровня нуждаемости до 30 часов ухода в неделю — для шестого. При этом часы ухода можно обменять на денежное пособие (1 час ухода стоит примерно 256 шекелей, или 5,7 тыс. руб.). Особенностью израильского подхода является ограничение доступа к системе СДУ лиц с высоким доходом. Например, если индивидуальный доход составляет 10 551 шекель (236,5 тыс. руб.), то

¹⁵ Приказ Министерства социальной защиты населения Республики Бурятия от 29.04.2020 г. № 337 «Об утверждении Порядка проведения типизации пожилых граждан и инвалидов в системе долгосрочного ухода».

¹⁶ Приказ Министерства труда и социальной защиты Тульской области от 24.07.2020 г. № 346-осн «О совершенствовании деятельности учреждений социального обслуживания населения по внедрению системы долгосрочного ухода».

¹⁷ Приказ Министерства труда и социальной защиты населения Ставропольского края от 06.05.2019 г. № 124 «О некоторых вопросах реализации пилотного проекта по созданию СДУ».

предоставляется полная стоимость пособия, а если доход составляет от 10 551 до 15 826,5 шекеля (от 236,5 до 354,8 тыс. руб.), то лицо получает 50% от стоимости пособия. Для лиц с доходом свыше 15 826,5 шекеля (354,8 тыс. руб.) пособие не предоставляется. Причем суммы дохода пересчитываются, если нуждающийся состоит в семейной паре.

Между тем в некоторых странах не предусмотрено получение денежных пособий. Например, в Корее весь уход предоставляется в натуральной форме. Денежные пособия предоставляются здесь в исключительных случаях, когда нуждающийся живет в удаленном районе, в котором не хватает поставщиков услуг, либо лицо имеет трудности с получением помощи от поставщиков СДУ в связи со стихийным бедствием или любой другой аналогичной причиной, либо лицо нуждается в длительном уходе со стороны членов своей семьи (из-за рисков заражения инфекционными заболеваниями, умственной отсталости или если человек избегает контакта с другими людьми из-за физической деформации и пр. — ст. 12 Указа Президента «О введении в действие Закона о страховании на случай длительного ухода за пожилыми людьми»). В таких исключительных случаях можно получить денежное пособие.

Пособия могут выдаваться не только непосредственно на услуги ухода, но и на улучшение жилищных условий. Например, в Германии выдается пособие на приобретение средств по уходу и принятие мер по улучшению жилищной среды (от 40 до 60 евро). То есть выделяются деньги на приобретение вспомогательных средств по уходу, которые способствуют облегчению ухода, позволяют нуждающемуся лицу вести более самостоятельную жизнь. При этом у кассы страхования в этом случае имеется обязанность не покупать такие вспомогательные средства специально для нуждающегося, а приобретать их в собственность касс и сдавать нуждающемуся в аренду на установленную сумму.

Таким образом, СДУ в зарубежных странах представляет собой определенный объем по-

мощи в виде денежных пособий или услуг в натуральной форме, который лицо получает бесплатно или с минимальной доплатой. Это связано с тем, что существует система социального страхования СДУ либо происходит оплата услуг из средств государства или муниципалитета из налоговых отчислений граждан. В России же услуги долговременного ухода до 28 часов в неделю предоставляются бесплатно, а свыше 28 часов — нуждающиеся самостоятельно их оплачивают. При этом в случае низкого дохода услуги долгосрочного ухода в России могут предоставляться бесплатно. Например, Постановление Правительства РФ от 18.10.2014 г. № 1075 утверждает Правила определения среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно. Расчет среднедушевого дохода происходит в отношении каждого конкретного получателя социальных услуг на дату обращения с учетом сведений о составе и доходах семьи, имущества на праве собственности. К семье в данном случае относятся супруги, родители и несовершеннолетние дети, совместно проживающие с получателем социальных услуг. Кроме того, в России нуждающимся предлагается бесплатное предоставление технических средств реабилитации во временное пользование.

Важным механизмом помощи является родственный уход (либо уход другого знакомого лица). В ряде зарубежных стран пособия по уходу предоставляются родственникам, которые обеспечивают уход. Например, в Германии для опекунов (родственный уход, уход знакомого лица), которые ухаживают за нуждающимися второй-пятой степени, предусматривается оплата взносов социального обеспечения, если такое лицо в связи с уходом не может продолжать работать. Тогда обязанности по уплате взносов социального страхования (пенсионного, от несчастных случаев и по безработице, если лицо было вынуждено покинуть работу) опекуна лежат на фонде СДУ. Взносы осуществляются, если опекун действует в некоммерческих целях, уделяет нуждающемуся не менее 10 часов и не

менее двух дней в неделю, а также работает не более 30 часов в неделю по основному месту работы.

Аналогично, в Швеции существуют пособия для членов семьи, которые ухаживают за пожилыми людьми. Стоимость пособия варьируется от 4 до 4,5 тыс. крон (32–36 тыс. руб.). Кроме того, муниципалитет может нанять члена семьи для выполнения работы по уходу. Пособие по уходу облагается налогом и обеспечивает ту же заработную плату и аналогичное социальное обеспечение, что и для работников, помогающих на дому.

Стоит отметить, что в России в рамках СДУ внедряются школы родственного ухода, а также в некоторых регионах родственников могут нанимать в систему СДУ – как, например, в республиках Бурятия и Марий Эл, Алтайском, Камчатском, Приморском краях, Калужской, Кировской, Пензенской областях и еще в ряде регионов¹⁸. Например, стоимость одного часа работы соцработника по СДУ составляет 335 руб. При этом для неработающих трудоспособных лиц, осуществляющих уход за инвалидами (включая инвалидов 1-й группы, лиц старше 80 лет), действует специальное ежемесячное пособие в размере 1200 руб. (в рамках Указа Президента РФ от 26.12.2006 г. № 1455)¹⁹.

Таким образом, на данный момент в России часть пакета услуг долгосрочного ухода предоставляется бесплатно в натуральной форме. Денежные пособия не предусмотрены, однако вопрос о таких пособиях может рассматриваться только в случае внедрения системы страхования долгосрочного ухода.

Выводы

В большинстве зарубежных стран используется система страхования долгосрочного ухода, которая позволяет нуждающимся в нем пользоваться услугами бесплатно или льготно при возникновении потребности, тогда как в

России в рамках СДУ нуждающиеся получают бесплатные надомные услуги и часть услуг оплачивают самостоятельно. То есть Россия преимущественно придерживается подхода государственного финансирования услуг с использованием соплатежа граждан. Однако возникает проблема отсутствия у государства средств на финансирование долгосрочных услуг. Введение обязательного страхования может вызвать недовольство граждан из-за дополнительной финансовой нагрузки в виде новых социальных отчислений – вместе с тем за счет таких отчислений будет формироваться страховой фонд. Поэтому на первых порах в России рекомендуется начать с введения добровольного страхования долгосрочного ухода с перспективой внедрения обязательного страхования, однако ставка страхования должна быть низкой – до 0,5% (исходя из зарубежного опыта и рекомендаций экспертов, например Ассоциации СДУ), чтобы не создавать финансового давления на граждан. Либо средства могут перенаправляться в систему СДУ из профицита Фонда пенсионного и социального страхования.

Что касается определения круга нуждающихся в СДУ в России, то во многом соответствующие методики и группы типизации нуждаемости совпадают с мировыми практиками. Вместе с тем существует проблема расхождения по регионам в части правил типизации нуждающихся и их уровней. Поэтому в России рекомендуется стандартизировать процедуру определения нуждаемости, а также уровни и критерии типизации граждан, что повысит эффективность организации системы оказания услуг и определения нуждаемости в таких услугах. Отсутствие стандартизированных процедур и критериев нуждаемости создает риски неравенства граждан с одинаковым уровнем нуждаемости, но проживающих в разных регионах, в доступе к равному объему услуг долгосрочного ухода.

¹⁸ URL: <https://www.miloserdie.ru/news/mintrud-rodstvenniki-poluchayut-platu-za-uhod-za-invalidami-i-starikami-v-14-regionah/>

¹⁹ Указ Президента РФ от 26.12.2006 г. № 1455 «О компенсационных выплатах лицам, осуществляющим уход за нетрудоспособными гражданами».

Немаловажным вопросом является форма предоставления услуг – в натуральной форме или в виде денежных пособий. В России на сегодня услуги предоставляются в натураль-

ной форме, а денежные пособия (как в Германии или Израиле) возможны только в случае развития системы социального страхования услуг долговременного ухода. ■

Литература / References

1. Bundesregierung (2019b). Verordnung der Bundesregierung. Verordnung uber massgebende Rechengrossen der Sozialversicherung fur 2020 (Sozialversicherungs – Rechengrossenverordnung 2020). Deutsche Bundesregierung, Berlin.
2. Japan – Long-Term Care Insurance Law. Act No. 123 of 1997. URL: <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=409AC0000000123>
3. Israel National Insurance Law (Consolidated version), 5755–1995. URL: https://www.nevo.co.il/law_html/law01/039_002.htm
4. Long-Term Care Insurance Act of Korea. URL: <https://www.law.go.kr/%EB%B2%95%EB%A0%B9/%EB%85%B8%EC%9D%B8%EC%9E%A5%EA%B8%B0%EC%9A%94%EC%96%91%EB%B3%B4%ED%97%98%EB%B2%95>
5. L'objectif national des dépenses d'assurance maladie. URL: <https://www.securite-sociale.fr/home/la-secu-en-detail/gestion-pilotage-et-performance/lobjectif-national-des-depens-1.html#:~:text=L'Objectif%20national%20de%20dépenses,dans%20les%20centres%20medico-sociaux>
6. OECD/WHO (2021). Pricing Long-term Care for Older Persons. WHO, Geneva/OECD Publishing, Paris. URL: <https://doi.org/10.1787/a25246a6-en>
7. OECD (2023). Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. URL: <https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en>
8. Socialtjanstlag (2001:453). 07.06.2001. URL: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453
9. Sozialgesetzbuch (SGB XI). Elftes Buch Soziale Pflegeversicherung. URL: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/1.html>

Approaches to a Long-term Care System Integration in Russia in Comparison with Foreign Countries

Maria G. Girich – Researcher of Russia-OECD Center under the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (Moscow, Russia). E-mail: girichmari@mail.ru

Tatyana A. Ilyushnikova – Deputy Minister of the Ministry of Economic Development of the Russian Federation (Moscow, Russia). E-mail: mineconom@economy.gov.ru

Svyatoslav O. Sorokin – Director of Department for Social Services and Non-Profit Sector Development, Ministry of Economic Development of the Russian Federation (Moscow, Russia). E-mail: mineconom@economy.gov.ru

Antonina D. Levashenko – Senior Researcher of the Institute of International Economics and Finance, Russian Foreign Trade Academy under the Ministry for Economic Development of the Russian Federation (Moscow Russia). E-mail: antonina.lev@gmail.com

Ivan S. Ermokhin – Researcher of the Institute of International Economics and Finance, Russian Foreign Trade Academy under the Ministry for Economic Development of the Russian Federation (Moscow Russia). E-mail: i.ermokhin@gmail.com

Since 2018, long-term care system has been launched in Russia to provide social, medical and rehabilitation (habilitation) services to elderly and disabled people in need of care. Long-term care system supports an opportunity to elderly and disabled people to self-serve, move independently, and provide basic life needs. It is planned that by the end of 2023, the long-term care system will be launched in all regions of Russia.

The article analyzes the main problems that the state and regions have encountered in implementing the system, including issues of financing services, processes and criteria for determining the level of need, the time of care and the list of services for each recipient of services, etc. The article presents a comparison of the system of long-term care in Russia and in foreign countries, and also developed proposals to overcome problems mentioned above in Russia, taking into account international experience.

Key words: long-term care system, OECD, social service providers, social services, elderly people, disabled people.

JEL-codes: H53, I38.