



Европейская министерская конференция  
933 по системам здравоохранения  
„СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ-  
ЗДОРОВЬЕ- БЛАГОСОСТОЯНИЕ“  
Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г.

## АНАЛИЗ СИСТЕМ И ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

КРАТКИЙ АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

# Как сбалансировать условия предоставления помощи пожилым людям?

Peter C. Coyte, Nick Goodwin и Audrey Laporte



## КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

HEALTH SERVICES FOR THE AGED - organization and administration

HEALTH CARE FACILITIES, MANPOWER & SERVICES

DELIVERY OF HEALTH CARE - trends

HEALTH POLICY

Данный обзор, подготовленный для Европейской министерской конференции по системам здравоохранения (25–27 июня 2008 г., Таллинн, Эстония) – один из первых обзоров новой серии, призванной удовлетворить потребности лиц, определяющих политику, и организаторов здравоохранения. Его главная задача заключается в изложении и развитии ключевых концепций в поддержку процесса формирования политики на основе фактических данных. Редакторы – в активном сотрудничестве с авторами – продолжают работу по усилению данной серии, в частности путем повышения внимания к вопросам, связанным с выбором тех или иных стратегических подходов и их реализацией.

© Всемирная организация здравоохранения, 2008 г., и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008 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-овом 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 пока что еще может не быть полного согласия.

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 четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае 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.

## Содержание

	Стр.
Основные положения	
Реферат	
Краткий аналитический обзор	
Потребности пожилых людей в долгосрочной помощи и уходе: вопрос политики	1
Меры в области политики, направленные на достижение сбалансированности услуг для пожилых людей	8
Меры в области политики, направленные на изменение баланса услуг для пожилых людей	13
Адаптация к местным условиям	20
Библиография	24

## Авторы

**Peter C. Coyte**, Department of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto, Канада

**Nick Goodwin**, King's Fund, Chair of the International Network of Integrated Care, Лондон, Соединенное Королевство

**Audrey Laporte**, Department of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto, Канада

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

Главный редактор  
Govin Permanand

Соредакторы  
Josep Figueras  
John Lavis  
David McDaid  
Elias Mossialos

Ответственные за выпуск  
Kate Willows  
Jonathan North

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

## Основные положения

### Политический контекст

- Все европейские страны ожидают беспрецедентный рост расходов на формальные и неформальные виды социальной помощи, а также увеличение объема их использования, в связи с ростом числа зависимых от такой помощи пожилых людей, страдающих длительными хроническими заболеваниями.
- Повышение в будущем финансового бремени услуг по предоставлению помощи пожилым людям требует оптимального использования ресурсов и таких условий предоставления помощи, которые бы учитывали и удовлетворяли потребности, как отдельных лиц, так и сообществ.
- Прогнозируемое сокращение объема предложения неформальных видов помощи потребует инвестиций в программы самопомощи на дому и в мероприятия по поддержке лиц, обеспечивающих уход в домашних условиях.
- Прогнозируемое увеличение объема использования помощи и ухода в стационарных учреждениях социального обслуживания может быть частично преодолено путем инвестирования в предоставление формальной помощи на дому и в другие альтернативные виды помощи и ухода в домашних условиях.

### Варианты политики, ожидаемые дивиденды и реализация мероприятий

#### *Создание интеллектуальной платформы для планирования*

- Политика, способствующая независимости и защищающая людей, страдающих распространенными хроническими заболеваниями, от ухудшения их состояния, может быть эффективной в сдерживании затрат, укреплении здоровья и благополучия.
- Планирование помощи и ухода может потребовать более совершенных процессов планирования, объединяющих оценку потребностей населения, распределение ресурсов и удовлетворение потребности в помощи.
- Критерии, используемые при определении права на получение услуг и поддержки, должны учитывать индивидуальные потребности и быть привязанными к единой системе взаимодействия поставщиков услуг, ориентированной на клиента.

### *Разработка механизма предоставления услуг*

- Индивидуальные потребности должны оцениваться по единой скоординированной схеме с использованием всестороннего междисциплинарного подхода. Сочетание оценки индивидуальных потребностей с использованием более широких (общенациональных) критериев определения права на получение помощи имеет свои преимущества.
- Индивидуальное планирование помощи должно помочь службам более четко соответствовать потребностям и может ограничить рост расходов. Информационные центры в местах расположения доступных служб позволят оказать поддержку пожилым людям, лицам, обеспечивающим уход и предоставляющим помощь в домашних условиях, эффективно использовать пакет услуг.

### *Создание ориентированных на клиента финансовых механизмов*

- Оплата, производимая самим потребителем, дает возможность индивидуализировать услуги по оказанию помощи и ухода; но при этом потребители нуждаются в поддержке структур, которые помогут принять оптимальное решение и обеспечат поддержку лицам, осуществляющим уход.
- Необходимо официально признать важную роль неформальной помощи и ухода и оказывать поддержку путем инвестирования средств и осуществления программ помощи лицам, обеспечивающим уход.

### *Создание стимулов для предоставления неформальной помощи и ухода*

- Фрагментированная и эпизодическая помощь должна быть заменена комплексными и скоординированными действиями всей системы поставщиков услуг; индивидуальный путь предоставления помощи и ухода должен быть установлен при проведении оценки. Это может поощряться путем финансирования и внедрения соответствующих процессов, стимулирующих интеграцию предоставления услуг всей сетью поставщиков.
-

## Реферат

Необходимо эффективное сочетание организационных, финансовых и практических механизмов для достижения оптимального баланса между институциональной помощью (в домах престарелых и в других учреждениях подобного типа), помощью на дому и помощью на уровне местных сообществ, предназначенной для целевых популяций. Это охватывает как медицинскую, так и социальную помощь, и при координации действий необходимо учитывать как предпочтения пожилых людей, их семей и друзей, так и ограниченный объем доступных ресурсов для поддержки и финансирования услуг.

В странах Европы условия предоставления долгосрочной помощи и ухода пожилым и старым людям (и то, как они определяются) широко варьируются. В этом аналитическом обзоре рассматривается приемлемый баланс трех основных компонентов долгосрочной помощи и ухода: службы помощи на дому, институциональная помощь (сектор формальной и сектор неформальной помощи); помощь и уход, которые обеспечивают семья и друзья (неформальная помощь).

Ярко выраженная тенденция к увеличению расходов и использованию долгосрочной помощи, старение населения, распространенность связанных со старением хронических заболеваний и демографическая нагрузка (рост показателей иждивенчества) стали катализатором для внесения предложений о пересмотре финансирования, организации и предоставления доступной по средствам, эффективной и справедливой медицинской и социальной помощи пожилым и старым людям.

Данные, полученные из европейских стран, показывают, что в течение последующих 50 лет число иждивенцев пожилого и старческого возраста, которым потребуется долгосрочная помощь, будет существенно увеличиваться. Хотя профилактика и лечение хронических заболеваний может уменьшать частоту использования служб и уровень зависимости от помощи, нагрузка на службы здравоохранения и социальной помощи все еще будет повышаться. Следовательно, кроме необходимости в пропаганде здорового старения, можно сделать еще ряд выводов, важных для политики.

- Прогнозируемое снижение в обеспечении пожилых людей неформальной помощью будет повышать спрос на службы помощи на дому и в стационарных учреждениях социального обслуживания. Это указывает на необходимость разработки стратегий самопомощи и создания служб по предоставлению помощи на дому для поддержки пожилых людей.
- Прогнозируемый рост числа иждивенцев пожилого и старческого возраста, страдающих хроническими заболеваниями, и вытекающая

из этого потребность в формальной помощи, потребует срочного расширения диапазона таких нестационарных услуг, как помощь на дому, дневное обслуживание и временная (поддерживающая) помощь.

- Ограниченность ресурсов означает, что эффективность оказания помощи будет становиться все более важной и потребует большего соответствия услуг характеру потребностей получателя.
- Исторически сложившаяся форма предоставления фрагментированной и эпизодической помощи нуждается в замене на комплексную и скоординированную долгосрочную помощь, которая должна обеспечиваться системой, объединяющей широкий спектр поставщиков услуг.
- Лицам, принимающим решения, необходимо осуществлять перспективное планирование с учетом технологических новшеств, изменяющих направления и условия предоставления помощи.
- Лица, ответственные за разработку политики, должны быть информированы о неопределенности в оценке потребностей в услугах на основе тенденций заболеваемости и изменений стиля жизни, которая будет влиять на модели использования долгосрочной помощи в будущем.

Достижение соответствующего баланса между помощью в стационарных учреждениях социального обслуживания и другими, менее интенсивными видами оказания помощи, требует компромисса между повышением качества жизни и потенциальным повышением эффективности услуг. Если пожилой человек нуждается в небольшом объеме помощи, то, скорее всего, ее предоставление в его собственном доме будет более благоприятным для улучшения его здоровья, чем аналогичная помощь в учреждении стационарного типа. Как только нуждаемость человека в помощи и уходе достигает определенного предела, тогда, по соображениям, связанным с эффективностью услуг и качеством жизни, как получатель помощи, так и его родственники и друзья, с большей вероятностью будут склоняться к стационарной помощи. Этот пороговый уровень зависит от жизненных обстоятельств получателя помощи, его опекунов и доступа к поставщикам услуг. Таким образом, соответствующие помощь и уход будут отличаться в зависимости от характеристик популяции, которая должна получать эти услуги, и региона, где эти услуги должны предоставляться. Следовательно, поскольку общества стремятся наилучшим образом использовать свои скудные ресурсы, условия (или места) оказания помощи должны соответствовать оптимальному предоставлению услуг для удовлетворения потребностей пожилых людей.

## Варианты политики

Возникает общее понимание того, что фокус предоставления интегрированной помощи на уровне сообщества должен смещаться от предоставления помощи в неотложных условиях (в больнице) или в учреждениях медико-социального обслуживания в сторону единой системы оказания помощи, объединяющей управление и координацию услуг по предоставлению долгосрочной помощи при хронических заболеваниях у пожилых и старых людей. Необходимо сосредоточить внимание на четырех основных элементах политики, которые дадут возможность облегчить переход к другому балансу помощи.

- **Создание интеллектуальной платформы для планирования.** Это требует разработки и внедрения информационных систем мониторинга работы служб, оценки и планирования (то есть, необходимы значительные инвестиции в систему управления). В настоящее время стандартизация и согласованность в подходах к планированию услуг неудовлетворительные, планы часто недостаточно детализированы, и политические решения редко основываются на подтвержденной фактами информации.
- **Необходимость в более комплексных подходах к оценке потребностей в долгосрочной помощи и предоставлению пособий.** Финансовые и организационные механизмы, определяющие право пожилого человека на долгосрочное обслуживание, выбор места предоставления услуг и, наконец, качество услуг, обычно фрагментированы. Пока не сделано окончательного вывода, как сочетать эти механизмы, однако имеются убедительные аргументы в пользу более интегрированных моделей обслуживания. Более комплексный подход к оценке потребностей в услугах и прав на получение пособий, который, в свою очередь, связан с более интегрированной, ориентированной на клиента системой, объединяющей поставщиков услуг, необходим для создания расширенного перечня услуг по долгосрочной помощи. Такой перечень дает возможность сделать выбор, учитывая индивидуальные потребности, как получателей помощи, так и их попечителей.
- **Механизмы финансирования, учитывающие потребности клиента.** Их использование может повысить идеальную и реальную эффективность услуг. В данном случае возможны прямые выплаты, в рамках которых пожилым людям вместо формальной помощи могут предложить наличные деньги или индивидуальный бюджет; это позволит выбирать, регулировать и оплачивать предоставленные социальные услуги, возможно, используя составленный на основе подтвержденной информации перечень услуг по долгосрочной помощи и исходя из собственных уникальных обстоятельств.



- **Необходимы стимулы для предоставления неформальной помощи.** Опекуну вынуждены безвозмездно ухаживать за престарелыми, поскольку у общества недостаточно ресурсов для того, чтобы они могли воспользоваться формальными услугами по помощи и уходу. Однако, согласно прогнозам, доступность безвозмездной помощи будет снижаться. В качестве возможных механизмов поддержки можно предложить предоставление льгот и временной помощи, а также гибких условий для трудовой деятельности и натуральных пособий лицам, обеспечивающим уход.

В этом аналитическом обзоре рассматриваются проблемы местного характера и то, как при необходимости можно адаптировать каждый из вариантов политики к местным обстоятельствам.

---

## Краткий аналитический обзор

### Потребности пожилых людей в долгосрочной помощи и уходе: вопрос политики

Достижение оптимального баланса между предоставлением помощи пожилым людям в стационарных учреждениях социального обслуживания, на дому или по месту жительства требует эффективного сочетания организационных и финансовых механизмов, а также механизмов собственно обслуживания этих целевых групп. В данном кратком аналитическом обзоре дается оценка, по крайней мере, трех аспектов предоставления помощи и ухода пожилым людям: во-первых, медицинская и социальная помощь, во-вторых, в рамках медицинской помощи (соотношение между профилактической, лечебной и поддерживающей здоровье помощью) и, в-третьих, в рамках социальной помощи (соотношение между формальной и неформальной помощью). В обзоре рассматриваются пути достижения баланса в предоставлении помощи и ухода пожилым людям, оцениваются методы, которые могут быть использованы для внесения изменений в систему предоставления помощи и ухода, а также показано, как следует гибко адаптировать подобные модели к местным условиям.

### *Определение, где должна предоставляться помощь пожилым людям*

Условия или места предоставления долгосрочной помощи пожилым людям (и то, как они определяются) широко варьируются в странах Европы. Однако в целом их можно охарактеризовать по трем основным направлениям.

Пожилые люди обеспечивают себя неформальной помощью сами, а также получают ее от членов семьи или проживающих рядом друзей. В подавляющем большинстве случаев эта помощь (в основном базовая социальная помощь, например, при приеме пищи, мытье, одевании, а также оказание эмоциональной поддержки) предоставляется на неформальной основе (1). Неформальная помощь не является профессиональной и обычно не компенсируется материально. Однако страны пришли к пониманию, что лицам, обеспечивающим неформальную помощь и уход, необходима специальная поддержка, совет и обучение, чтобы помочь им эффективно ухаживать за пожилыми людьми. В действительности, многое из того, что подходит под определение оплачиваемой помощи на дому, часто предоставляется для поддержки неформальной помощи, но не подменяет ее.

Помощь пожилым людям, проживающим дома, имеет разные формы, но в целом ее можно разделить на помощь, которая предоставляется непосредственно в домашних условиях (например, временная помощь на период отсутствия опекуна), и помощь, которая предоставляется в учреждениях, расположенных близко к дому (например, в учреждении по

месту жительства и/или в дневном стационаре). Помощь и уход на дому обычно осуществляется получающими оплату медицинскими или социальными работниками (либо из частного, либо из государственного сектора) в рамках предоставления помощи по месту жительства. Этот вид помощи и ухода широко используется для поддержания независимости получателя помощи и для предупреждения ухудшения состояния его здоровья (непрерывная медицинская помощь), но, кроме того, может включать услуги по реабилитации после госпитализации (получатели помощи на дому после оказания неотложной помощи в стационаре, в том числе те, кто получают помощь эпизодически).

Медико-социальное обслуживание характеризуется оказанием непрерывной долгосрочной помощи по месту жительства или в учреждении стационарного типа и направлено на поддержание здоровья. Границы между различными традиционными учреждениями медико-социального обслуживания и помощью на дому размываются. Новые формы проживания, например, в домах с предоставлением самых различных услуг ("extra care housing") в Соединенном Королевстве (2), являются эффективными гибридами между помощью на дому и медико-социальными учреждениями, иллюстрирующими, где может осуществляться континуум услуг по предоставлению помощи и ухода.

### ***Тенденции в потреблении, расходах и условиях предоставления помощи и ухода для пожилых людей***

Демографический коэффициент или коэффициент иждивенчества (в данном случае относящийся к людям пожилого и старческого возраста) растет практически во всех европейских странах за исключением Ирландии. В 25 странах Европейского союза до 1 января 2007 г. этот коэффициент вырос с 22,7% до 25,3% только за последнее десятилетие и ожидается, что он будет продолжать расти. Параллельно с этой тенденцией отмечается факт повышения расходов и объема использования долгосрочной помощи пожилыми людьми; наблюдается резкий рост во всех европейских странах и, согласно прогнозам, ожидается экспоненциальный рост в будущем. Эти тенденции вызвали интерес к существующим формам и устойчивости предоставления услуг. Поэтому предполагаемые показатели спроса и затрат на долгосрочную помощь и уход, а также на лечение обусловленных возрастом хронических заболеваний в будущем, важны для информирования участников продолжающихся дебатов о наилучших способах финансирования и обслуживания пожилых людей (3).

Международные различия в системах предоставления и в определениях для обозначения долгосрочной помощи для пожилых людей, создают значительные барьеры на пути разработки и интерпретации показателей использования долгосрочной помощи и затрат на ее предоставление (4).

Сюда относятся определения долгосрочной помощи (в том числе пограничной с комплексной медицинской помощью), видов услуг, а также различные подходы к оценке потребностей в помощи и уходе и тяжести состояния пожилых и старых людей (5). Исследование тенденций в использовании социальных и медицинских услуг также становится все более сложным, поскольку данные не собираются и не предоставляются на постоянной и унифицированной основе. Некоторые страны объединяют, а другие – разделяют данные, относящиеся к службам, предоставляющим долгосрочную помощь пожилым людям (в основном отражающим социальные вопросы, относящиеся к функциональной зависимости), и данные об использовании медико-санитарных служб, оказывающих помощь пожилым людям, длительно страдающих хроническими заболеваниями.

Сравнительный анализ политики, проводимой в Европе в отношении долгосрочной помощи, свидетельствует о том, что исторический прецедент, механизмы финансирования и уровень пособий на получение долгосрочной помощи и ухода играют критическую роль в определении места предоставления услуг (4–7). Такие модели обслуживания, которые не способны в будущем противостоять прогнозируемым демографическим изменениям и другим отягчающим обстоятельствам ни в плане затрат, ни в плане предоставления услуг, нуждаются в оценке. Изучение предстоящих в будущем расходов на услуги по долгосрочной помощи было проведено для Европейской Комиссии в Германии, Испании, Италии и Соединенном Королевстве (4). Предполагается резкое увеличение использования долгосрочной помощи и расходов на нее (табл. 1). Хотя неформальный уход рассматривался как наиболее важный источник поддержки для зависимых пожилых людей, доля этого вида помощи от объема помощи в целом, скорее всего, будет уменьшаться во всех странах. Причины этого заключаются в снижении тенденции к совместному проживанию пожилых людей с их детьми; повышении тенденции к проживанию пожилых людей в одиночестве; и уменьшении у женщин потенциальной возможности ухаживать за пожилыми родственниками при наблюдающемся росте трудовой занятости женщин. Предполагается, что снижение относительной доли неформальной помощи будет генерировать большую потребность в формальной помощи и тем самым повышать расходы на долгосрочную помощь (4).

Исследование показывает, что в Европе увеличение государственного финансирования помощи на дому и по месту жительства снижает вероятность получения неформальной помощи от членов семьи и друзей, не проживающих вместе с получателем помощи (8). Аналогичные результаты зарегистрированы в Северной Америке, где неформальная помощь может оказываться в меньшем объеме с повышением доступности формальной помощи, но, как правило, она не исчезает совсем (9, 10). Опекуну могут по-прежнему предоставлять персональную помощь из чувства любви и/или

**Таблица 1. Прогнозируемый процент повышения численности пожилых людей, потребителей услуг и расходов между 2000 и 2050 гг. с использованием стандартного набора основных допущений**

	Германия	Италия	Испания	Соединенное Королевство
Число достигших 65 лет и больше (% повышения)	64	56	76	67
Число достигших 85 лет и больше (% повышения)	168	168	194	152
Число иждивенцев <sup>а</sup> (% повышения)	121	107	102	87
Число потребителей только неформальной помощи (% повышения)	119	109	100	72
Число потребителей помощи на дому (% повышения)	119	119	99	92
Число потребителей помощи в стационарных учреждениях социального обслуживания (% повышения)	127	81	120	111
Общие расходы (% повышения)	437	378	509	392
Общие расходы в % от ВВП (% повышения)	168	138	149	112
Общие расходы в % от ВВП в 2050 г.	3,32	2,36	1,62	2,89

<sup>а</sup> Иждивенец определяется в отношении способности к обычной и/или инструментальной активности в повседневной жизни. ВВП – валовый внутренний продукт.

Источник: Comas-Herrera & Wittenberg (4).

из чувства долга. Финансовые последствия замещения неформальной помощи на формальную зависят от условий, в которых формальная помощь предоставляется. Предполагается, что при более широком использовании, например, стационарных социальных служб (дома престарелых и т. д.), финансовые последствия должны быть более серьезными, чем при широком использовании помощи на дому (4).

Исследования свидетельствуют о том, что в Европе предпринимаются попытки уменьшить растущий объем помощи и ухода в стационарных учреждениях социального обслуживания (дома престарелых или дома для проживания с медицинским обслуживанием) путем популяризации оказания помощи на дому или в домашней обстановке (4–7, 11, 12). Также возникает проблема растущей нагрузки, которая ложится на плечи тех, кто осуществляет неформальный уход – тенденция, которую предложенные прогностические модели определяют, как неустойчивую.

Пожилые люди – особенно очень старые люди – нуждаются в серьезной медико-санитарной помощи. Согласно результатам исследований, проведенных в восьми странах, входящих в Организацию экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) (13), от одной трети до половины общих расходов на медицинскую помощь приходится на пожилых и старых людей. Известно, что сегодня связанные с возрастом хронические заболевания являются во всем мире основным бременем болезней, как в отношении расходов, так и в отношении использования медико-санитарных служб, и основная причина этого – рост числа пожилых и старых людей, которые вынуждены жить и справляться с одним или несколькими длительными хроническими заболеваниями (14). Это находит отражение:

- в увеличении доли медико-санитарной помощи и расходов, связанных с предоставлением помощи пожилым людям;
- в увеличении доли медико-санитарной помощи и расходов, связанных с управлением длительно протекающими хроническими заболеваниями, большая часть которых обусловлена возрастом; и
- в повышении объема использования институциональной (в стационарных условиях) помощи, а также в соответствующем развитии промежуточных или предоставляемых на дому альтернативных видов помощи, в том числе поддерживающей самопомощи.

С начала 1990-х гг. по всей Европе можно обнаружить (если позволять данные) постоянную тенденцию в использовании больничных мощностей, а именно: интенсификация использования больничного оборудования, уменьшение числа больничных коек и уменьшение срока пребывания (15). В то же время в целом все больше больных поступают в больницы, и интенсивность оказания помощи в течение дня пребывания значительно увеличивается. В большинстве случаев это связано с усилением давления на руководство больниц в отношении снижения затрат на одного пациента. Но, кроме того, это связано с изменениями в характере предоставления помощи пожилым и старым людям; в том числе это общепринятая практика ранней выписки в учреждение по уходу с сестринским обслуживанием (типа пансионата) или домой, где помощь обеспечивают коммунальные медико-санитарные и социальные службы (15, 16).

Следует проявлять осторожность в экстраполяции выявленных тенденций на регионы, где на сегодняшний день отсутствуют источники данных. Последнее исследование, посвященное деинституализации и жизни в общине, позволяет лучше понять, что решение проблем, которыми сопровождаются усилия по изменению баланса помощи в странах Центральной и Восточной Европы, выражающиеся в "оттягивании" ресурсов от учреждений длительного пребывания, часто затруднено (17).

Один из примеров наиболее всестороннего анализа мировых тенденций и последствий в области оказания помощи пожилым людям является исследование, предпринятое в Англии (18). В Англии на пожилых людей (65 лет и старше) приходится около двух третей койко-дней, а показатель роста неотложных госпитализаций самый высокий в старших возрастных группах. В исследовании показано, что во всем мире появляется все больше доказательств тому, что количество госпитализаций и длительность пребывания в больнице может быть уменьшена путем различных мероприятий в сфере социального обслуживания, таких как ранний перевод пациентов из больницы в общину и обеспечение постоянного ухода на дому. Хорошее питание, адекватные гигиенические условия, предоставление возможностей для передвижения, помощь в проведении медикаментозного лечения и уменьшение рисков в окружающей среде – это все факторы, устраняющие некоторые из распространенных причин пребывания в больнице пожилых и старых людей, которые особенно нуждаются в помощи.

В свете вышесказанного можно сделать некоторые выводы

- Прогнозируемое снижение в предоставлении неформальной помощи пожилым людям, является, вероятно, результатом более широкого использования помощи по месту жительства, сестринской помощи или ухода и лечения в больнице с соответствующими финансовыми последствиями. Это говорит о важности развития поддерживающих стратегий самопомощи и оказания помощи на дому для обслуживания пожилых людей в их собственных домах или в домашней обстановке
- Прогнозируемое повышение численности особенно нуждающихся в помощи пожилых и старых людей с многочисленными хроническими заболеваниями означает, что потребность в формальных службах должна существенно возрасти. Создание и распространение нестационарных услуг, таких как оказание помощи на дому и в дневных учреждениях, будут иметь важное значение.
- Эффективность предоставления помощи и ухода будет важна для ограничения реального повышения затрат на стационарную помощь. Это может потребовать мер по достижению большего соответствия услуг потребностям пожилых и старых людей.

- Фрагментированную и эпизодическую помощь, которую обеспечивают различные учреждения, необходимо заменить более комплексной и скоординированной долговременной помощью с участием целого спектра поставщиков услуг.
- Лицам, ответственным за формирование политики, необходимо планировать потенциально неопределенную в будущем потребность в долгосрочной помощи пожилым и старым людям с хроническими заболеваниями. Хотя тенденция появления дополнительного числа старых людей может увеличивать потребности в помощи, технологические инновации, изменение образа жизни и компрессия заболеваемости в последние годы жизни могут смягчать эти нагрузки.

### ***Руководящие принципы для определения условий предоставления помощи пожилым людям***

Основной компромисс, требующий рассмотрения, – как установить соответствующий баланс между использованием стационарных и других, менее интенсивных форм обслуживания, с одной стороны, и повышением качества жизни и потенциальным повышением эффективности, с другой. При предоставлении помощи и ухода в домашних условиях расходы в большей степени ложатся на тех, кто получает и кто обеспечивает такую помощь и уход, при этом способствуя повышению качества жизни больше, чем при оказании помощи в учреждениях; это особенно проявляется в случаях, когда пожилому человеку помощь требуется в меньшем объеме. По мере того, как пожилым людям требуется помощь в большем объеме, различия в качестве жизни при предоставлении помощи в домашних условиях или в социальных учреждениях постоянного проживания начинают уменьшаться. Более того, хотя расходы на охрану здоровья и социальную помощь растут по мере роста потребностей получателей помощи, относительная стоимость предоставления помощи в домашних условиях имеет тенденцию расти быстрее, чем стоимость институциональной помощи (19). Теоретически, когда разница в затратах между помощью на дому и помощью в стационарных учреждениях социального обслуживания превышает различия в улучшении качества жизни, тогда подобные учреждения будут более предпочтительным местом оказания помощи. По мере роста потребности людей в помощи и уходе, будут расти ожидания, что помощь в стационарных учреждениях является оптимально сбалансированной помощью. Сопоставление выбора места оказания помощи с индивидуальными обстоятельствами и потребностями получателей помощи и их попечителей дает возможность наилучшим образом использовать скудные общественные ресурсы.



## **Меры в области политики, направленные на достижение сбалансированности услуг для пожилых людей**

Сегодня в Европе складывается консенсус относительно необходимости радикальной реорганизации предоставления услуг по оказанию медицинской и социальной помощи в направлении предоставления интегрированной помощи на уровне сообщества. Это означает смещение фокуса от помощи в больнице (где предоставляется самая неотложная помощь) и в домах для престарелых к одной структуре, в рамках которой можно управлять и координировать услуги по удовлетворению потребностей в долгосрочной помощи и уходе при хронических заболеваниях у людей пожилого и старческого возраста.

### ***Создать интеллектуальную платформу для руководства планированием услуг***

В планировании долгосрочной помощи в рамках социального обслуживания преобладал подход, который заключался в установлении определенного соотношения между числом коек в домах для престарелых и числом жителей данного района, возраст которых выше определенного ценза (например, 100 коек для оказания долгосрочной помощи на 1000 жителей старше 75 лет); на основании этого показателя автоматически прогнозировались потребности в коечном фонде в будущем (20). Однако эти показатели и возрастные цензы редко подвергались модификации и не обновлялись постоянно с учетом основных тенденций в состоянии здоровья населения; относительной стоимости альтернативных услуг; доступности новых технологий; изменений клинической практики и практики ухода; или даже общественных установок в отношении того, где соответствующая помощь и уход должны предоставляться. Таким образом, ценность таких прогнозов в качестве руководства при попытках планирования долгосрочной помощи и ухода зачастую ограничена. Путь к более совершенным инструментам планирования был проложен, когда были разработаны методы прогностического моделирования в здравоохранении (18,21,22). Например, в Соединенных Штатах Америки и в некоторых регионах Европы все больше внимания уделяется регулированию условий предоставления долгосрочной помощи и ухода путем выявления людей и сообществ, подверженных риску, и разработки встречных вмешательств для предупреждения обострения хронических состояний, что, соответственно, позволяет избежать потребности в институциональной помощи (23).

Существует множество подходов к планированию услуг, однако стандартизация методов и постоянство их использования оставляет желать лучшего. Факторы, которые используются в моделях планирования, можно наилучшим образом классифицировать на основе потребностей (факторы, вы-

нуждающие человека требовать помощи) или предпочтениях (факторы, влияющие на готовность получателя искать помощь или требовать ее, а также на то, какой должна быть эта помощь и где она должна быть получена) (24). Тем не менее в одном из обзоров (25) определены ключевые концепции, лежащие в основе всей конструкции планирования и позволившие сформировать трехступенчатую структуру планирования, в которой объединены оценка потребностей, распределение и индивидуальный подход к удовлетворению потребностей клиента (вставка 1).

Важной заключительной частью общей схемы является генерирование информации о тенденциях в использовании долгосрочной помощи, которая в дальнейшем поможет усовершенствовать планирование стратегий на местах (26,27). Не во всех странах доступны данные для наполнения таких моделей планирования, однако необходимы усилия для того, чтобы сделать мероприятия по сбору таких данных приоритетными. Это необходимо для основанного на фактической информации планирования долгосрочной помощи и ухода.

### ***Более интегрированные подходы к оценке потребностей в долгосрочной помощи и уходе и права на их получение***

Существуют три важных аспекта функционирования национальных систем долгосрочной помощи и ухода: обеспечение услугами; финансирование и оценка потребностей. Их сочетание определяет соответствие проблем пожилого человека критериям на право получения долгосрочной помощи и ухода, определения условий предоставления помощи и ухода и, наконец, качества их предоставления. Пока нельзя сделать определенный вывод о том, какая комбинация этих компонентов наиболее эффективна. Тем не менее имеются доказательства, указывающие на то, что в будущих моделях помощи следует развивать более интегрированный подход к оценке потребностей в услугах и предоставлению льгот; он должен быть привязан к единой системе взаимодействия учреждений, представляющих услуги, входящие в перечень услуг по долгосрочной помощи и уходу, ориентированных на конкретного клиента.

### ***Оценка потребностей в помощи и уходе и право на их получение***

То, как оцениваются потребности индивидуального клиента, прямо влияет на справедливость, эффективность и устойчивость любой конкретной социальной системы. На международном уровне определение права на помощь и последующие процедуры оценки потребностей и доступности услуг широко варьируются. Фактические данные из стран Европы и из других регионов (4–7) показывают, что нет простого решения этого вопроса, и что правительства сталкиваются с проблемой компромисса. Например, в отношении права на помощь – должна ли долгосрочная помощь, финансируемая

### **Вставка 1. Схема планирования долгосрочной медицинской и социальной помощи ухода**

#### **Первый этап: оценка потребностей данной группы населения**

Первый этап – определить характер распределения и детерминанты потребностей в долгосрочной помощи для пожилых людей, и спрогнозировать основные потребности. Затем планируются услуги в виде пакета помощи в рамках, ограниченных имеющимися на местах ресурсами для формального и неформального оказания помощи. Административные данные и данные выборочных обследований могут быть использованы для получения прогностической модели потребностей в долгосрочной помощи, которую можно применять на различных уровнях агрегации данных.

#### **Второй этап: разработка перечня для выбора услуг по долгосрочной помощи и уходу**

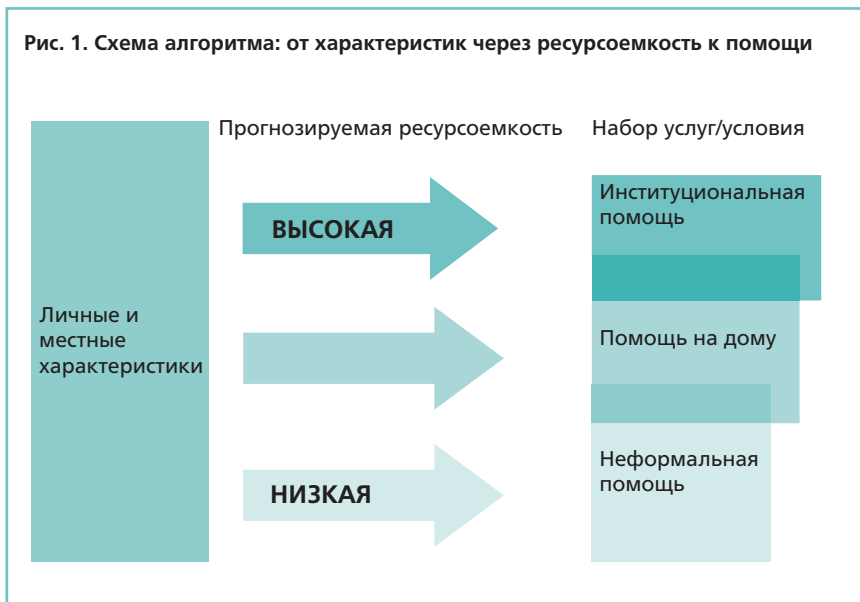
На втором этапе создается алгоритм, связывающий выявленные потребности данной популяции с пакетом услуг по долгосрочной помощи и уходу и условиями (местом) их предоставления. Это требует установления пороговых уровней выявленных потребностей (как минимального, так и максимального) относительно каждого вида условий и самого пакета возможных услуг. Информация о рентабельности альтернативных пакетов услуг по оказанию помощи и ухода для целевых популяций могла бы иметь значение для определения приоритетов среди возможных пакетов услуг. Цель – разработка целого набора пакетов услуг по долгосрочной помощи и условий их предоставления, что дает возможность выбирать. Доказано, что совершенствуя прогнозирование выявленных потребностей и используя их в алгоритме, который позволяет соотнести эти потребности с перечнем услуг по долгосрочной помощи и уходу (рис. 1), можно расширить возможности пожилых людей при принятии решений о необходимых им услугах. Выявленные потребности пожилых людей, представленные здесь их предполагаемой ресурсоемкостью, зависят от их характеристик (включая их возможности получения помощи и ухода со стороны попечителей) и районов, где они проживают. Предполагаемая ресурсоемкость позволяет приложить перечень выбора услуг по долгосрочной помощи и уходу ко всему спектру условий предоставления помощи – на дому, по месту жительства и в стационарных условиях.

#### **Третий этап: индивидуализация помощи и ухода**

Перечень услуг для выбора долгосрочной помощи представляет собой первый компонент индивидуализации помощи, который позволяет найти соответствие между услугами и местом их предоставления, с одной стороны, и выявленными потребностями пожилых людей, с другой. Второй компонент дает возможность объединить выбор и предпочтения получателей помощи с выбором и предпочтениями их семей и друзей для того, чтобы определить, где фактически будет предоставлена и получена долгосрочная помощь. Этот выбор места, где будет оказана долгосрочная помощь, представляет собой хоть и ограниченное, но основанное на предпочтениях предложение индивидуальных услуг и условий предоставления долгосрочной помощи пожилым людям.

*Источник:* адаптировано из Baranek et al. (25).

Рис. 1. Схема алгоритма: от характеристик через ресурсоемкость к помощи



из государственного бюджета, предоставляться всем или только лицам с низкими доходами или средствами? Каков должен быть надлежащий баланс между национальными критериями отбора (которые могут быть не чувствительными к некоторым потребностям и, будучи негибкими, препятствовать рентабельности затрат) и оценкой индивидуальных потребностей (что может приводить к несправедливости)?

Как национальные критерии отбора для предоставления помощи, так и критерии права на получение пособий в зависимости от потребностей, имеют свои недостатки и сильные стороны (6). Например, наблюдались проблемы в отношении несправедливого подхода к диагностике в Германии и Японии, где национальные критерии отбора неадекватно отражали потребности людей с деменцией. Кроме того, использование национальных критериев отбора может ставить в невыгодное положение тех людей, у которых потребности чуть выше пороговых показателей отбора для любого данного уровня зависимости от помощи (как это оценивалось в Германии и Австрии). Следовательно, необходимы дополнительные механизмы направления ресурсов непосредственно людям с низким уровнем потребности в помощи, для которых небольшая дополнительная поддержка может быть экономически эффективной для улучшения различных конечных результатов. Это может быть особенно актуально для пожилых людей, у

которых необязательно имеются ограничивающие их самостоятельность хронические заболевания, но их пока еще определенная независимость остается хрупкой и нуждается в поддерживающей помощи и уходе (28).

Следовательно, системы, основанные на национальных критериях определения права на помощь, должны быть достаточно гибкими и чувствительными к разнообразию индивидуальных потребностей. Точно также страны, которые предпочитают индивидуальную оценку потребностей (и проверку уровня нуждаемости) могут выиграть, сочетая ее с широкими критериями определения права на помощь, которые принимают во внимание географические различия в стоимости и доступности помощи и предусматривают оценку протоколов по обеспечению качества и справедливости при рассмотрении требований к услугам.

### *Оценка потребностей как шлюз для получения помощи*

В большинстве стран процесс оценки потребностей в помощи и уходе открывает доступ к услугам (и/или к бюджету, который позволит их купить). В Европе существовала тенденция проводить комплексную оценку медицинской и социальной помощи для людей пожилого и старческого возраста. При этом следует признать, что, поскольку потребности людей пожилого и старческого возраста в долгосрочной помощи выходят за рамки одной только медицинской или социальной помощи, оценка, проведенная бригадой только медицинских специалистов или только специалистов в области социального обслуживания, сказывается на характере распределения ресурсов (29).

Исследование PROCARE (7,29,30), в котором изучались вопросы предоставления комплексных услуг пожилым людям в девяти европейских странах, показало, что оценка индивидуальных потребностей явилась решающим шагом на пути достижения эффективности в предоставлении долгосрочной комплексной помощи пожилым людям. Исследование показало преимущества единой скоординированной оценки, предусматривающей следующее:

- имеющиеся ресурсы не должны быть основой для оценки потребностей – в первую очередь, внимание должно быть направлено на всестороннюю оценку потребностей каждого пожилого человека (спрос рождает предложение);
- качество оценки потребностей должно быть улучшено, чтобы гарантировать удовлетворение потребностей клиентов и достижение максимального уровня справедливости в праве на получение помощи и в доступе к ней;
- оценка должна охватывать все сферы жизни и учитывать как социальные, так и медицинские аспекты; она должна быть

всесторонней и проводится многопрофильной бригадой специалистов;

- профессиональная обособленность, препятствующая свободному обмену информацией, должна быть сведена к минимуму для уменьшения дублирования в оценках и для разработки более согласованного пакета услуг по оказанию помощи и уходу – объективность и независимость должны быть гарантированы;
- информационные системы для облегчения обмена данными о пожилых и старых людях между учреждениями играют важную роль в обеспечении более комплексного подхода к удовлетворению потребностей;
- пожилые и старые люди нуждаются в адвокатах для защиты и отстаивания своих прав на получение помощи, так как обычно они плохо разбираются в процедурах оценки потребностей – процедуры должны быть понятными для клиентов; и
- эксперты, проводящие оценку, должны понимать особенности и уровень доступности имеющихся на местах учреждений – централизованные пункты информации могут помочь людям найти услуги, которые им нужны (как это происходит во Франции и Нидерландах).

Разработка простого, удобного в применении междисциплинарного метода оценки является, вероятно, наиболее предпочтительным подходом. Однако это сложный, трудоемкий и требующий времени процесс, который часто не удавалось осуществить в странах, которые стремились к этому (30). Кроме того, для гарантии того, что пожилые люди получают (или покупают) услуги именно в той форме, которая соответствует их потребностям, желательно иметь единую точку доступа к независимому консультированию и информации. Пользователям следует объяснять и они должны понимать необходимость всесторонней оценки потребностей в помощи, а специалисты должны уметь ее проводить (29).

### **Меры в области политики, направленные на изменение баланса услуг для пожилых людей**

В этом разделе рассматриваются два основных варианта изменения баланса услуг для пожилых людей: условия финансирования, которые можно адаптировать к потребностям людей пожилого и старческого возраста; и, в свете ожидаемого дефицита неформальной формы обслуживания, поддержка, позволяющая расширить объем предоставления неформальной помощи и ухода.

### *Условия финансирования, учитывающие потребности клиентов*

Основная дилемма, стоящая перед системами здравоохранения, связана с фрагментированным характером финансирования и предоставления услуг. Это относится к больницам, которые предоставляют в основном неотложную помощь в больничных условиях; поставщикам услуг по оказанию помощи на дому; врачам общей практики, обслуживающих пациентов в учреждениях первичной медико-санитарной помощи; и поставщикам медико-социальных услуг, сосредоточенных на удовлетворении потребностей клиентов, проживающих в стационарных медико-социальных учреждениях. Введение в действие более гибких механизмов финансирования и, в частности, механизмов финансирования непрерывной помощи для конкретных получателей, приводит к повышению действенности и эффективности услуг. Например, финансирование, основанное на отдельных случаях предоставления неотложной госпитальной помощи (начиная от поступления в больницу и заканчивая долечиванием острого случая в домашних условиях), предоставляет больницам выбор – продлить лечение в стационаре или сократить продолжительность пребывания стационаре в соответствии с относительной стоимостью и эффективностью предоставления этих вариантов помощи. Внедрение комплексной помощи, включающий целый спектр услуг и мест ее предоставления, может в перспективе сделать услуги более рентабельными, чем это происходит при использующихся сегодня механизмах финансирования отдельных сегментов помощи. Более того, такая политика в качестве эксперимента использовалась для отдельных хронических заболеваний (использование алгоритма лечения и помощи) по всей Европе с разной степенью успеха – основные недостатки, которые приходилось преодолевать, касались организационной и профессиональной разобщенности (31).

Система оплаты услуг самими потребителями предлагает пожилым людям выбор: получать денежное пособие или иметь личный бюджет вместо получения формальной помощи, что позволяет им выбирать, регулировать и оплачивать социальные услуги, которыми они пользуются. Такие условия часто предполагают максимальную экономическую эффективность, поскольку способствуют самостоятельному существованию. В настоящее время в Европе наблюдается большой интерес к разнообразным формам таких выплат. Исследование, проведенное для ОЭСР (32,33), например, выявило различия в уровне права любого пожилого человека на выбор – получать прямые выплаты или иметь индивидуальный бюджет, а также в положениях, регулирующих, как они могут использовать эти средства (таблица 2).

Опыт предоставления прямых выплат в Европе не позволяет дать определенный ответ относительно того, отвечают ли они в большей степени

**Таблица 2. Получение прямых выплат или использование индивидуального бюджета в выбранных европейских странах**

Страна	Тип выплат	Разрешена ли родственникам трудовая деятельность?	Процент людей >65 лет, получающих выплаты
Австрия	Денежное пособие	Да	100
Англия	Ваучер или прямые выплаты; при этом местные власти устраняются от помощи клиентам, которые "могут справиться" при наличии помощника	Да (но "нет", если лицо, обеспечивающее уход, проживает в одном доме с получателем помощи)	1
Германия	Вариант денежного содержания или льготы в натуральной форме или оба варианта	Да	80 (включая тех, кто получает комплексный пакет услуг по уходу и помощи)
Люксембург	Вариант денежного содержания, покрывающего первые семь часов в неделю	Да	91 (включая тех, кто получает комплексный пакет услуг по уходу и помощи)
Нидерланды	Вариант персонального бюджета при праве на долгосрочный уход на дому	Да (но "нет", если лицо, обеспечивающее уход, проживает в одном доме с получателем помощи)	7
Норвегия	Персональный бюджет для оплаты помощников по уходу, когда местные органы власти считают, что такой вариант лучше, чем формальная помощь	Да	2
Швеция	Денежное содержание, предоставляемое местными органами власти (если, согласно оценке, получатель помощи нуждается в уходе как минимум 17 часов в неделю)	Да	1

Источники: по материалам Lundsgaard (32) и Poole (33).



требованиям неформального предоставления помощи и ухода. Обзор использования наличных средств для оплаты помощи и ухода в Австрии, Италии, Нидерландах, Соединенном Королевстве и Франции показал, что ни одна из схем не дала однозначного результата или каких-либо преимуществ. Однако все они "овеществили" официально бесплатную неформальную помощь и дали возможность гибко сочетать неформальную и формальную помощь там, где уровень регулирования был низким (34). Результат использования подобного подхода в Германии состоял в том, что некоторые старые люди решили получать наличные средства (при более низкой их оценочной стоимости по сравнению с льготами в натуральной форме), потому что они предпочли получать помощь по уходу от семьи и друзей, а не от незнакомых людей, а также потому, что такой доход не облагается налогом (35). В Нидерландах использование схемы, основанной на предоставлении персонального бюджета, быстро расширяется, поскольку позволяет старым людям избежать пребывания в листе ожидания на некоторые услуги (6).

Потенциальные риски систем прямых выплат состоят в следующем:

- отсутствие регулирования может приводить к тому, что дополнительный доход начинает использоваться на общие домашние нужды, а не на помощь и уход, как это произошло в Австрии и Италии (33);
- бенефициары, которые решили получать пособие полностью наличными деньгами, не могли затем, если это было необходимо, получить доступ к формальной помощи или не могли себе это позволить (36); и
- ответственность за безопасность помощи (при повышении контроля и оценке показателей удовлетворенности) приводила к проблемам, которые были связаны с необходимостью поддержки, чтобы впоследствии справиться с административной нагрузкой при координации помощи и ухода (6).

В Японии, в ходе дебатов о выплатах наличными средствами было сделано заключение, что этот подход может сэкономить деньги (если для этих платежей был установлен уровень ниже затрат на формальные услуги, как например в Германии); обеспечить потребителю максимальную возможность выбора; и воздаст должное роли членов семьи в обеспечении помощи и ухода. Однако наличные платежи могут при этом сдерживать спрос на формальные услуги; они угнетают рынок услуг и уменьшают спектр поставщиков услуг для тех, кто хочет получить помощь извне; они не могут изменить существующие ("деспотические") модели ухода в неформальном секторе; и в конечном итоге такая система может обходиться дороже, поскольку каждый будет обращаться за наличными выплатами, а не только те, кто реально хотел бы воспользоваться услугами (37).

Четыре ключевых вопроса возникают в отношении пользы прямых выплат как одного из вариантов политики в Европе.

- Люди ценят возможность контроля, но бремя администрирования и риск ложатся на пользователей и их семьи. Необходима поддержка для облегчения помощи и ухода и, в какой-то степени, помощи в выборе подходящих форм оказания такой помощи.
- Качество помощи, которую получает конкретный человек, остается неопределенным – создается стимул недоиспользования формальной профессиональной помощи, которая может понадобиться, но стоит дороже. Лица, обеспечивающие неформальную помощь и уход, нуждаются в обучении для обеспечения помощи и ухода стандартного качества.
- Прямые выплаты не всегда являются рентабельными для системы – они подразумевают принятие и использование денежных платежей теми, кто иначе не обращался бы за государственной поддержкой; а официальные сервисные учреждения могут предлагать более дорогие услуги отдельным клиентам, а не государственным структурам, которые, например, могут договориться о снижении почасовых ставок через одновременный заказ большого количества услуг.
- Прямые выплаты дают возможность выбора, но многие люди делают свой выбор как в пользу возможности потратить имеющиеся ресурсы на практические нужды или улучшение условий жизни, так и для удовлетворения личных потребностей в помощи и уходе (33).

### ***Стимулы для лиц, обеспечивающих непрерывную неформальную помощь и уход***

Услуги не получающих никакой оплаты опекунов являются важным компонентом поддержки самостоятельной жизни пожилых и старых людей. Их участие в предоставлении услуг во многих случаях необходимо для старения в привычном месте, однако предоставление такого ухода часто связано со стрессом, что приводит к утомляемости и возможному уходу с рынка труда или сокращению трудовой деятельности, особенно если обязанности лиц, обеспечивающих уход, чрезмерно тяжелы (38). Ключевой вопрос будущей политики – будет ли по-прежнему достаточно помощи, которую обеспечивают лица, не получающие оплаты. Следующие тенденции в области спроса на неформальную помощь и ее доступности усиливают обеспокоенность – достаточно ли людей, которые могут обеспечить предоставление неформальной помощи.

- Увеличение доли пожилых людей означает, что число молодых людей, которые могут обеспечивать помощь и уход, будет снижаться.

- Те, кто обеспечивают помощь и уход, сами становятся старше, и им потребуется больше поддержки в процессе предоставления услуг и, возможно, поддерживающая помощь им самим.
- Прогнозируемое повышение нагрузки при оказании помощи и ухода будет тяжело сказываться на психическом и физическом благополучии лиц, обеспечивающих бесплатную помощь и уход (29), особенно тех, кто ухаживает за лицами, страдающими такими когнитивными нарушениями, как деменция (39).
- Все больше людей преклонного возраста проживают отдельно, а не в семье; ситуация осложняется большими расстояниями между членами семьи (и связанными с этим затратами на проезд и времени) и приводит к повышению частоты разводов и раздельного проживания супругов (40–43).
- Хотя большинство опекунов совмещают работу со своими основными обязанностями по уходу (5,29) и необходимость осуществлять уход ограничивает принятие решения – работать или нет (8,44,45), наблюдается тенденция все большего участия лиц, обеспечивающих уход, в частности женщин, в трудовой деятельности (8,40,44), особенно если они не живут с теми, за кем ухаживают (46).
- Затраты, связанные с предоставлением неформальной помощи и ухода в системах, где расходы на материалы и оборудование должны нести частные лица, повышают вероятность неравного доступа к качественным услугам по оказанию помощи, который будет определяться социально-экономическим положением (47).

Предоставление права на целый ряд льгот является следующим шагом в поддержке и сохранении "армии" тех, кто обеспечивает неформальную помощь и уход (вставка 2). В некоторых странах, например, в Австрии, Германии и Японии, предпочли решить этот вопрос путем использования схем страхования долгосрочной помощи и ухода, обеспечивающих выплату государством денежных пособий и поддержку функционирования лиц, обеспечивающих помощь (48). Обязательное страхование долгосрочной помощи и ухода в Германии было введено в 1995 г. Защитники этого нововведения приветствовали его как пятый и последний компонент системы социальной защиты после медицинского страхования, страхования по безработице, пенсионного страхования и страхования от несчастных случаев. Взносы устанавливаются как процент от дохода и обеспечиваются в равной степени работником и работодателем. Страховка покрывает финансовое стимулирование, обучение, социальное и пенсионное обеспечение для лиц, обеспечивающих уход, а также затраты по уходу и совершенствованию домашней инфраструктуры. Получатели помощи несут финансовую ответственность за услуги, стоимость которых превышает компенсационные выплаты,

## **Вставка 2. Различные национальные и региональные инициативы, направленные на поощрение неформальной помощи**

### **Предоставление временной помощи и другие виды поддержки для лиц, обеспечивающих уход**

В Нидерландах поддержка предоставляется не получающим оплату опекунам в виде временной помощи по дому и консультационных услуг (40). Препятствиями на пути использования таких услуг является недостаток информации об их существовании и о доступе к ним (50,51). В Калифорнии созданы ресурсные центры для лиц, обеспечивающих уход, а в Австралии – сеть Центров государственной службы Кеирлинк (Commonwealth Carelink Centres), цель которой – обеспечить единую точку доступа к информации и широкому спектру услуг по поддержке лиц, обеспечивающих уход (40,52,53). В рамках инициативы "Caring about Carers" ("забота о тех, кто заботится о других"), развернутой в Соединенном Королевстве, предоставляется аналогичная поддержка в дневных центрах и помощь по организации формального ухода на дому.

### **Оплата наличными или прямые выплаты**

В Финляндии оплата услуг производится на основании уровня доходов и объема необходимой помощи (54). Аналогичным образом в Австралии предоставляется пособие (после проверки доходов) лицам, обеспечивающим уход и проживающим совместно с иждивенцем, а также пособие для проживающих совместно опекунов, обеспечивающих большой объем помощи (42,43). Хотя эта система основана на более широких возможностях выбора и гибкости в индивидуальном использовании ресурсов, примеры показывают, что подобная политика увеличила спрос на услуги по временному уходу, превышающий предложение (41). Австралия делает упор на предоставление помощи по временному уходу через Национальные программы временной помощи опекунам (National Respite for Carers Program), учрежденные в конце 1990-х гг. (42,43), а в Соединенном Королевстве имеются похожие программы, которые осуществляются через инициативу "Caring about Carers". Пособия для опекунов, прямые выплаты и защита права на государственную пенсию для лиц, обеспечивающих уход, наиболее важные особенности подобных программ.

### **Льготы в натуральной форме**

Во многих странах поддержка лиц, осуществляющих помощь и уход, заключается в защите их права на получение или в предоставлении им государственных пособий. Например, в Нидерландах лица, обеспечивающие уход, могут получать пенсию, если они ее не имеют, или получить страховку от несчастного случая. В Соединенном Королевстве защищены права лиц, обеспечивающих уход, на государственную пенсию (41,55).

### **Трудовое законодательство**

Гибкие рабочие условия для лиц, обеспечивающих уход, включая оплачиваемый отпуск, неполную занятость и возможность работать дома, должны помочь им работать и одновременно выполнять свои обязанности по уходу (53). В Нидерландах, например, был разработан Закон о труде и уходе за членами семьи, который дает лицам, обеспечивающим уход, право на различные виды отпуска, что облегчает им совмещение обязанностей по уходу за членом семьи с трудовой деятельностью.

однако социальные службы оплачивают эти услуги, если их стоимость слишком высока. Аналогичным образом, обязательное страхование долгосрочной помощи и ухода для людей пожилого и старческого возраста было введено в Японии в 2000 г. Сегодня такая помощь финансируется за счет оплаты "из своего кармана" (10%), общенациональных и местных налогов (45%) и страховых взносов (45%). Люди в возрасте 65 лет и старше выплачивают ежемесячно сумму, определяемую их доходом (или размером пенсии), которая варьируется в зависимости от местной юрисдикции или вида услуг. Люди в возрасте 40-65 лет выплачивают ежемесячно определенную сумму совместно с работодателями через их страховые взносы (49). Право на получение льгот основывается исключительно на потребностях, и система обеспечивает формальную помощь в соответствующих учреждениях, а также временную помощь по уходу на дому.

Механизмы страхования в Германии разработаны для поощрения лиц, обеспечивающих уход, однако существуют опасения, что условия страхования не учитывают растущую долю пожилых людей, поскольку в их основу положена схема "pay-as-you-go" (выплата из текущих доходов). Если выплаты останутся единообразными, схема может стать неплатежеспособной, пока не будут уменьшены выплаты, повышены страховые взносы или страховые фонды не будут пополняться за счет налогов. Точно так же, столкнувшись с ростом расходов, правительство Японии рассмотрело ряд изменений, в том числе уменьшение выплат, повышение страховых взносов или увеличение числа вкладчиков (56). Для того чтобы такие схемы оставались жизнеспособными в течение длительного времени, страхование долгосрочной помощи и ухода может потребовать отхода от принципа выплат из текущих доходов, и схема должна стать более широкой по охвату и более гибкой.

### **Адаптация изменений к местным условиям**

В странах Европы контекст, в котором предоставляются помощь и уход, характеризуется огромными различиями, а также значительно отличается между индивидами в условиях той или иной юрисдикции. Следовательно, перспектива сохранения нынешнего уровня предоставления услуг или даже модификация и реформирование таких услуг в отношении места их предоставления и характера поддержки представляет собой сложную проблему. Хотя имеются многочисленные варианты и подходы, в этом документе основное внимание уделено четырем важным политическим инициативам, осуществление которых могло бы способствовать улучшению здоровья и благополучия лиц пожилого и старческого возраста, их опекунов и общества в целом.

Механизмы, которые используются для финансирования, организации и предоставления медицинской и социальной помощи, принимают

различные формы в условиях разных контекстов и решающим образом зависят от специфических целей и задач политики, определяемых на местах. Помимо этого, способы финансирования и организационные мероприятия, использующиеся в одном месте, как правило, невозможно использовать в другом, пока они не будут адаптированы к конкретному региону. Это поднимает ряд дополнительных вопросов.

Исторически, в большинстве европейских стран социальный контракт предполагает, что нынешнее (молодое) поколение платит налоги или страховые взносы сегодня для того, чтобы финансировать услуги для стариков, а следующее поколение будет вносить плату в систему финансирования услуг для нынешнего поколения, когда оно достигнет пенсионного возраста. Но при этом более важным является тот факт, что рост числа пожилых и старых людей меняет характер распределения населения по возрастным группам. Как показывают изменения в коэффициентах иждивенцев пожилого возраста, число людей старшего возраста относительно числа налогоплательщиков и/или уплачивающих страховые взносы вкладчиков увеличивается. Таким образом, финансовое бремя, которое ложится на молодые поколения, которые вынуждены оплачивать помощь и уход для людей старшего поколения, может теоретически стать таким большим, что приведет к разрыву социального контракта.

Большая часть медицинской помощи финансировалась по модели "pay-as-you-go", в которой текущие доходы используются для финансирования текущих расходов на программы помощи и ухода для пожилых людей. Подразумеваемая ставка доходности по взносам, которые платят люди, когда они молодые, для того, чтобы поддержать выплату пособий по социальному обеспечению и медицинскому обслуживанию для людей пожилого и старческого возраста, была принята исходя из одинаковой скорости роста численности населения. Это предполагает, что численность населения будет расти с одинаковой скоростью, и возрастное распределение будет оставаться тем же самым. Достаточно быстрые изменения коэффициентов демографической нагрузки, касающихся стариков, в некоторых странах с высоким уровнем доходов вызывает напряженность в правительствах при обсуждении будущих услуг и ожиданий в отношении их качества.

Большинство европейских стран не пережили длительного периода так называемого "бэби-бума", как это произошло в Северной Америке, и, следовательно, в течение более длительного времени пытались справиться с дисбалансом в составе населения. Германия, как и Япония, имеющие высокие коэффициенты демографической нагрузки, внедрили систему страхования долгосрочной помощи и ухода как средство финансирования сегодняшнего и ожидаемого в будущем спроса на услуги такого рода.

Однако сегодняшних страховых взносов недостаточно для финансирования сегодняшнего потребления помощи из-за дисбаланса в составе населения. Следовательно, схемы, в основе которых лежит принцип "солидарности поколений", могут не работать в будущем. Поэтому большинство стран с высоким уровнем доходов будут вынуждены (в различной степени) поощрять людей самим заботиться об обеспечении медицинскими услугами, которые им могут понадобиться в будущем, не полагаясь на налоги, которые будет платить следующее поколение. Австралия уже предприняла активные шаги в этом направлении путем введения системы обязательных частных пенсионных фондов. Это может быть основным направлением обеспечения долговременной устойчивости предоставления долгосрочной помощи пожилым людям и старикам.

В условиях единого рынка, как, например, в Европейском союзе, будут также предприниматься попытки повлиять на возрастное смещение в распределении населения путем облегчения трансграничной миграции рабочей силы. Все большее число молодых людей могут уезжать из стран с высоким бременем отчислений на социальные нужды в другие страны с более низкими налогами. Сегодняшнее поколение работающих, будучи в меньшей степени "задавлены" налогами, чем предыдущие поколения, может ограничить потенциал национальных правительств по сохранению долгосрочного стабильного финансирования от одного поколения к другому.

Смещение в возрастном распределении населения также влияет на обеспечение медицинскими работниками и доступность поставщиков неформальной помощи. Переход к прямым выплатам клиентам, нуждающимся в медико-санитарном обслуживании, позволит им компенсировать услуги по неформальной помощи и уходу. Тем не менее степень, до какой системы оказания помощи и ухода смогут полагаться на уже имеющийся пул поставщиков таких услуг, будет широко варьироваться в разных странах и, очевидно, их численность будет сокращаться. Поскольку предоставление помощи и ухода в условиях меньшей централизации (по сравнению с помощью, которая предоставляется в домах престарелых) может потребовать даже больших трудовых ресурсов, дефицит потенциала среди профессиональных работников может также смягчить переход к помощи на дому и на уровне сообщества в будущем.

Возможно, что одним из результатов будет то, что в некоторых странах придется полагаться в большей степени на иммигрантов, вследствие чего бедные страны будут становиться чистыми экспортерами такого труда. Другой результат этого – возможность того, что некоторые юрисдикции будут полагаться в большей степени на оказание помощи в домах престарелых или в местах проживания с поддержкой. Это может отчасти определяться нехваткой рабочей силы, но также неудовлетворительным ка-

чеством домашней окружающей среды. Старение на привычном месте – похвальная цель, но необходимо соизмерять материальные возможности получателя помощи в домашних условиях, благоприятных для получения высококачественной медицинской помощи, и потенциала правительств финансировать инфраструктуру, необходимую для предоставления помощи на дому и в коммунальном секторе. Это особенно актуально для стран с развивающейся экономикой, таких как страны Восточной Европы, где маловероятно, что возможности для финансирования, планирования и предоставления эффективных услуг по долгосрочной помощи и уходу позволят разработчикам политики действовать согласно рекомендациям, вытекающим из этого политического документа в краткосрочной и среднесрочной перспективе.

Независимо от местных обстоятельств, траектория будущих действий в некотором смысле уже определена. Тенденции очевидны, и необходимо поощрять правительства действовать сейчас для того, чтобы обеспечить наилучшее использование всех видов ресурсов, которые они имеют: квалифицированный труд, инфраструктуру, технологию и неформальные сети оказания помощи. Этого требуют быстрые изменения демографических характеристик населения и ожидания их избирателей.



## Библиография

1. Goodwin N. National health systems: an overview. In: Heggenhougen K, ed. *International encyclopedia of public health*. New York, Academic Press, в печати.
2. Housing Learning and Improvement Network. The extra care housing toolkit. London, Care Services Improvement Partnership, Department of Health, 2006 (<http://www.icn.csip.org.uk/housing>, accessed 10 April 2008).
3. The OECD Health Project. *Long-term care for older people*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2005 (OECD Social Issues/Migration/Health, 2005:11; [http://www.oecd.org/document/50/0,3343,en\\_2649\\_37407\\_35195570\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/50/0,3343,en_2649_37407_35195570_1_1_1_37407,00.html), accessed 10 April 2008).
4. Comas-Herrera A, Wittenberg R, eds. *European study of long-term care expenditure*. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG. London, Personal Social Services Research Unit, London School of Economics, 2003 (PSSRU Discussion Paper 1840; [http://ec.europa.eu/employment\\_social/soc-prot/healthcare/healthcare\\_en.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/healthcare/healthcare_en.htm), accessed 10 April 2008).
5. Karlsson M et al. *An investigation into the equity, efficiency and sustainability of the long-term care systems in Germany, Japan, Sweden, the United Kingdom and the United States*. London, Cass Business School, City University, 2004 ([http://www.cass.city.ac.uk/media/stories/resources/Full\\_report\\_-\\_LTC.pdf](http://www.cass.city.ac.uk/media/stories/resources/Full_report_-_LTC.pdf), accessed 10 April 2008).
6. Glendinning C et al. *Funding long-term care for older people: lessons from other countries*. York, Joseph Rowntree Foundation, 2004.
7. Leichsenring K, Alaszewski A, eds. *Providing integrated health and social care for older persons. A European overview of the issues at stake*. Aldershot, Ashgate, 2004.
8. Viitanen TK. *Informal and formal care in Europe*. Bonn, Institute for the Study of Labor, 2007 (IZA Discussion Paper No. 2648; [http://www.iza.org/index\\_html?lang=en&mainframe=http%3A/www.iza.org/en/webcontent/publications/papers/viewAbstract%3Fdp\\_id%3D2648&topSelect=publications&subSelect=papers](http://www.iza.org/index_html?lang=en&mainframe=http%3A/www.iza.org/en/webcontent/publications/papers/viewAbstract%3Fdp_id%3D2648&topSelect=publications&subSelect=papers), accessed 10 April 2008).
9. Stabile M, Laporte A, Coyte PC. Household responses to public home care programs. *Journal of Health Economics*, 2006, 25:674–701.
10. Van Houtven CH, Norton EC. Informal care and health care use of older adults. *Journal of Health Economics*, 2004, 23:1159–1180.
11. Li LW. Longitudinal changes in the amount of informal care among publicly paid home care recipients. *Gerontologist*, 2005, 45:465–473.

12. Brodsky J et al. Care of the frail elderly in developed and developing countries: the experience and the challenges. *Aging – Clinical and Experimental Research*, 2002, 14:279–286.
13. Anderson G, Hussey P. Comparing health system performance in OECD countries. *Health Affairs*, 2001, 20:219–232.
14. *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva, World Health Organization, 2006 ([http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/en/index.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/index.html), accessed 10 April 2008).
15. McKee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002.
16. Walker A, Maltby T. *Ageing Europe*. Buckingham, Open University Press, 1997.
17. Mansell J et al. *Deinstitutionalization and community living – outcomes and costs. Report of a European study*. Volume 1. Canterbury, Tizard Centre, University of Kent, 2007 ([http://www.kent.ac.uk/tizard/research/DECL\\_network/Project\\_reports.html](http://www.kent.ac.uk/tizard/research/DECL_network/Project_reports.html), accessed 10 April 2008).
18. Wanless D. *Securing good care for older people: taking a long-term view*. London, King's Fund, 2006.
19. *Final report of the study on the comparative cost analysis of home care and residential care services*. Victoria, BC, Hollander Analytical Services, (<http://www.homecarestudy.com/reports/factsheets/NA101-01-Fact.html>, accessed 10 April 2008).
20. *Minimum requirements for long-term care beds in homes for the aged and nursing homes*. Toronto, Hay Health Care Consulting Group, 1997.
21. Wittenberg R et al. *Demand for long-term care: projections of long-term care finance for elderly people*. Canterbury, Personal Social Services Research Unit, University of Kent, 1998.
22. Wittenberg R et al. Demand for long-term care for elderly people in England to 2031. *Health Statistics Quarterly*, 2001, 12:5–16.
23. Curry N et al. *Predictive risk project: literature review*. London, King's Fund, 2005.
24. Coyte PC, Laporte A, Stewart S. *Identifying the assumptions used by various jurisdictions to forecast demands for home and facility-based care for the elderly*. Toronto, University of Toronto, 2000 ([www.hcerc.utoronto.ca/PDF/assmps.fulldoc.pdf](http://www.hcerc.utoronto.ca/PDF/assmps.fulldoc.pdf), accessed 10 April 2008).

25. Baranek P. *Long-term care: methodologies for forecasting needs and demands*. Toronto, Long Term Care Redevelopment Project, Ontario Ministry of Health and Long Term Care, 2002.
26. Coyte PC et al. *Forecasting facility and in-home long-term care for the elderly in Ontario: the impact of improving health and changing preference*. Toronto, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2002.
27. Coyte PC, Baranek P, Croxford R. *Forecasting long-term care needs for seniors in Ontario*. Toronto, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2004.
28. Bergman H et al. Frailty: an emerging research and clinical paradigm – issues and controversies. *Journals of Gerontology Services A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 2007, 62:731–737.
29. Billings J, Leichsenring K, eds. *Integrated health and social care services for older persons. Evidence from nine European countries*. Aldershot, Ashgate, 2005.
30. Gorter K, Ceruzzi F, Maratou-Alipranti L. Access to integrated care provision. In: Billings J, Leichsenring K, eds. *Integrated health and social care services for older persons. Evidence from nine European countries*. Aldershot, Ashgate, 2005.
31. 6 P et al. *Managing networks of twenty-first century organizations*. London, Palgrave Macmillan, 2006.
32. Lundsgaard J. *Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care: how can it help improve care outcomes, employment and fiscal sustainability?* Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2005 (OECD Health Working Paper No. 20).
33. Poole T. *Direct payments and older people. Background paper*. London, Wanless Social Care Review, King's Fund, 2006.
34. Ungerson C. Whose empowerment and independence? A cross-national perspective on “cash for care” schemes. *Ageing & Society*, 2004, 24:189–212.
35. Wiener J, Tilly J, Evans Cuellar A. *Consumer-directed home care in the Netherlands, England and Germany*. Washington, DC, AARP Public Policy Institute, 2003.
36. Leece J. Taking the money. *Working with Older People*, 2004, 8:36–39.
37. Campbell J, Ikegami N. Japan's radical reform of long-term care. *Social Policy & Administration*, 2003, 37:21–34.

38. Hutton S, Hirst M. *Informal care over time*. York, Social Policy Research Unit, University of York, 2001.
39. Nordberg G et al. The amount of informal and formal care among non-demented and demented elderly persons – results from a Swedish population-based study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2005, 20:862–871.
40. Nitsche B, Scholten C, Visser G. *Ageing and informal care: the increasing pressure on family care and volunteer work*. Utrecht, Netherlands Institute for Care and Welfare, 2004.
41. Timmermans JM. *Informal care. Help from and for informal carers*. The Hague, Social and Cultural Planning Office of the Netherlands, 2003.
42. Informal care. In: *Australia's welfare in 2003*. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 2003 (<http://www.aihw.gov.au/publications/aus/aw03/aw03-c01.pdf>, accessed 10 April 2008).
43. Ageing and aged care. In: *Australia's welfare in 2003*. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 2003 (<http://www.aihw.gov.au/publications/aus/aw03/aw03-c01.pdf>, accessed 10 April 2008).
44. Heitmueller A, Michaud P. *Informal care and employment in England: evidence from the British Household Panel Survey*. Bonn, Institute for the Study of Labor, 2006 (IZA Discussion Paper No. 2010).
45. Marin DC, Gomez PG, Lopez Nicolas A. *Informal care and labor force participation among middle-aged women in Spain*. Unpublished, 2005 ([http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1002906](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1002906), accessed 10 April 2008).
46. Leontaridi R, Bell D. *Informal care of the elderly in Scotland and the U.K.* Edinburgh, Scottish Executive Central Research Unit, 2001 (Health and Community Care Research Findings No. 8).
47. Andersson A et al. Costs of informal care for patients in advanced home care: a population-based study. *International Journal of Health Technology Assessment in Health Care*, 2003, 19:656–663.
48. Wilbers J. *Long-term care insurance in Germany*. New York, International Longevity Center, 2000 (<http://www.ilcusa.org/media/pdfs/wilbers.pdf>, accessed 10 April 2008).
49. *Long-term care insurance in Japan. Direction of health and welfare policies for the elderly over the next five years – Gold Plan 21*. Tokyo, General Affairs Division, Health and Welfare Bureau for the Elderly, Ministry of Health, Labour and Welfare, 2002 (<http://www.mhlw.go.jp/english/topics/elderly/care/index.html>, accessed 10 April 2008).

50. de Boer A. *Kijk op informele zorg [Overview of informal care]*. The Hague, Social and Cultural Planning Office of the Netherlands, 2005 (<http://www.scp.nl/English/publications/summaries/9037702015.shtml>, accessed 10 April 2008).
51. Arksey H, Hepworth D, Qureshi H. *Carers' needs and the carers act: an evaluation of the process and outcomes of assessment*. York, Social Policy Research Unit, University of York, 2000.
52. Feinberg LF, Pilisuk TL. *Survey of fifteen states' care-giver support programs. Final report*. San Francisco, Family Care-giver Alliance, 1999.
53. Feinberg LF, Kelly KA. A well-deserved break: respite programs offered by California's statewide system of care-giver resource centers. *The Gerontologist*, 1995, 35:701–705.
54. Vaarama M, Voutilainen P, Manninen M. *Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2002 [Support for informal care as a social service. Report on support for informal care and its variation, 1994–2002]*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health (English summary: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/omaishoito/summary.htm>, accessed 10 April 2008).
55. Pickard L. *Caring for older people and employment*. London, Audit Commission, 2004.
56. Saidel AM. *Japan's long-term care insurance system faces overhaul: straining to meet demand, lawmakers set to make changes*. Washington, DC, American Association of Retired Persons, 2004.

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](mailto:postmaster@euro.who.int)  
Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>

Данная публикация 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 руководствах, рассматриваются следующие три вопроса. Является ли тот или иной вопрос актуальным и почему? Что известно о возможных последствиях принятия конкретных стратегий решения 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 читателям идеальные модели или подходы, а в том, чтобы дать описание потенциальных стратегических решений, основанных на синтезе ключевых научных данных и анализе их применимости к политике в рассматриваемой области.

### **Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)**

Европейское региональное 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 информационного записки. 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 и продвигает процесс формирования политики на основе фактических данных с помощью всестороннего и тщательного анализа деятельности и структуры систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Обсерватория привлекает широкий круг руководителей высшего звена, ученых и практических работников к анализу тенденций в реформировании здравоохранения с учетом опыта, приобретенного в рамках всего Региона, ставя перед ними задачу выработки обоснованных рекомендаций по стратегическим вопросам. Со многими продуктами Обсерватории можно ознакомиться на сайте (<http://www.euro.who.int/observatory>).