

За рубежом

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2024
УДК 614.2

Сейфиева Е. Н., Заярная И. А., Воблая И. Н., Марцева Т. Г.

ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ СИСТЕМОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ

Новороссийский филиал ФГОБУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 353907, г. Новороссийск

На основе проведенного анализа зарубежной литературы представлен обзор моделей и подходов к организации и управлению системой медико-социального обслуживания в ряде зарубежных стран. Рассмотрен опыт США, Канады, Великобритании, Швейцарии, Японии, Новой Зеландии и некоторых других государств.

Ключевые слова: медико-социальная помощь; модель; зарубежные страны; пожилые граждане; медицинская помощь; социальные услуги.

Для цитирования: Сейфиева Е. Н., Заярная И. А., Воблая И. Н., Марцева Т. Г. Организация и управление системой медико-социального обслуживания в зарубежных странах. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(1):102–105. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-1-102-105>

Для корреспонденции: Заярная Ирина Александровна, канд. экон. наук, доцент, доцент кафедры «Экономика, финансы и менеджмент», e-mail: iazayarnaya@fa.ru

Seifieva E. N., Zayarnaya I. A., Voblaya I. N., Martseva T. G.

THE ORGANIZATION AND MANAGEMENT OF THE SYSTEM OF MEDICAL SOCIAL SERVICES IN FOREIGN COUNTRIES

The Novorossiysk Branch of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Financial University under the Government of the Russian Federation”, 353907, Novorossiysk, Russia

The article presents, on the basis of analysis of foreign publications, review of models and approaches to organization and management of the system of medical social services in a number of foreign countries. The experience of the USA, Canada, Great Britain, Switzerland, Japan, New Zealand and some other states is considered.

Keywords: medical and social care; model; foreign countries; elderly citizen; medical care; social services.

For citation: Seifieva E. N., Zayarnaya I. A., Voblaya I. N., Martseva T. G. The organization and management of the system of medical social services in foreign countries. *Problemy socialnoi gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(1):102–105 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-1-102-105>

For correspondence: Zayarnaya I. A., candidate of economical sciences, associate professor, associate professor of the Chair “Economics, Finances and Management” of the Novorossiysk Branch of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Financial University under the Government of the Russian Federation”. e-mail: iazayarnaya@fa.ru

Conflict of interests. The authors declare absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 13.07.2023
Accepted 02.11.2023

Введение

Стареющее общество определяется как общество, в котором члены старше 60 лет составляют 10%, а лица старше 65 лет — 7% от общей численности населения [1]. В настоящее время Россия находится в условиях быстрорастущей социальной модели старения населения. Развивая систему социального и медицинского обслуживания стареющих граждан, представляется целесообразным изучать зарубежный опыт организации, кадрового обеспечения и финансирования структур, обеспечивающих долговременный уход за пожилыми, оценивать его эффективность и адаптировать с учетом ресурсных, правовых и иных условий нашей страны.

Материалы и методы

Основным методом исследования выступил анализ зарубежной научной литературы, основной те-

мой которой стали условия развития национальных систем медико-социального обслуживания пожилых граждан с точки зрения системной организации и управления. Проанализированы более 150 источников, описывающих системы медико-социальной помощи в Австралии, Соединенных Штатах Америки (в том числе отдельно — на Аляске), Японии, Новой Зеландии, Швейцарии, странах Северной Европы (Швеция, Финляндия, Дания и Норвегия), странах ЕС (Нидерланды, Германия и Франция) и регионах Великобритании (Шотландия, Северная Ирландия, Уэльс и Англия). В обзоре рассмотрено, как социальная помощь структурирована, представляется, финансируется и регулируется в каждой стране,

Результаты исследования

Анализ доступной литературы выявил важные различия между системами социальной помощи в

За рубежом

каждой из стран. Существуют фундаментальные различия в том, как финансируются, предоставляются, структурированы и регулируются услуги социальной помощи в разных странах [2—10]. Рассмотрим обнаруженные различия в структуре и управлении медико-социальным обслуживанием.

Австралийский сектор социальной помощи в основном ориентирован на наиболее уязвимых людей с максимальными и наиболее сложными потребностями; он включает в себя услуги по охране психического здоровья и уход за престарелыми [2]. Система не является универсальной, и государственная помощь ориентирована на лиц с низкими доходами. Предоставление услуг определяется на основе потребностей, а расходы на индивидуальное обслуживание проверяют на наличие средств.

Финансирование социального обслуживания осуществляется за счет налоговых поступлений и сборов с пользователей. Это означает, что самые богатые люди должны оплачивать все или большую часть своих расходов на медицинское обслуживание самостоятельно в пределах установленного правительством лимита. Получателям помощи может быть трудно получить частную страховку для покрытия этих расходов. В Австралии, в то время как предоставление медицинских услуг возлагается на правительства штатов, пенсионное обеспечение и финансирование социальных служб является обязанностью федерального правительства.

Четкое разделение услуг здравоохранения и социальной помощи, очевидное в Австралии, разделяют и Соединенные Штаты Америки. Однако, в отличие от Австралии, в США все расходы на социальную помощь оплачиваются частными лицами в частном порядке. В США Программа Medicaid — это финансируемая государством система, которая обеспечивает социальную защиту, покрывая расходы на медицинские услуги лицам с низкими доходами, в том числе пожилым гражданам, но не покрывает расходы на социальное обслуживание. Однако предоставление, структура и управление социальными услугами и непосредственно сами услуги по уходу на Аляске несколько отличаются от таковых в других штатах США, поскольку на Аляске действуют особые механизмы, касающиеся координации и предоставления ухода за коренными жителями штата.

На Аляске также действует собственная версия программы Medicaid, которая покрывает некоторые расходы, связанные с уходом на дому, и находится в ведении Департамента здравоохранения и социальных служб штата Аляска Отдела государственной помощи [3]. Право на участие определяется финансовыми потребностями, поэтому кандидаты должны быть в состоянии доказать, что они имеют определенный уровень дохода или ниже него, чтобы претендовать на получение государственной помощи.

Канадская система медико-социального обеспечения наиболее заметно отличается от других моделей степенью полномочий муниципальных (регио-

нальных) органов власти в области управления и финансирования медико-социальной помощи [4]. В Канаде медико-социальная помощь (включая долготсрочный уход) полностью находится под юрисдикцией провинций и территорий. В то время как канадский закон о здравоохранении определяет набор критериев, в соответствии с которыми медицинские и социальные услуги, которые считаются необходимыми с медицинской точки зрения, должны покрываться программами медицинского страхования провинций, муниципальные органы власти имеют право самостоятельно планировать свои конкретные мероприятия. Кроме того, канадский «Закон о здравоохранении» также исключает услуги долготсрочного и иного социального ухода. Вместо этого социальная помощь считается расширенной медицинской услугой, которая может предоставляться по усмотрению провинций и территорий. Однако на практике каждая провинция предоставляет различные уровни социальных услуг в рамках провинциальных программ, которые покрывают часть расходов на институциональный уход и услуги по уходу на дому, в том числе для пожилых людей.

В Японии, Нидерландах, Германии и Франции действуют системы социального обеспечения, основанные на схемах обязательного социального страхования, отдельных от схемы обязательного медицинского страхования. В Нидерландах и Германии эти схемы финансируются за счет общего налогообложения на уровне центрального правительства, во Франции — как за счет налогообложения на уровне центрального правительства, так и на уровне региональных правительств. В Японии же половина доходов системы страхования по долготсрочному уходу поступает от общего налогообложения, причем $\frac{1}{3}$ — от страховых взносов людей в возрасте от 40 до 64 лет (в размере 1% от дохода) и $\frac{1}{6}$ — от людей старше 65 лет (согласно фиксированному тарифу премиум-класса), остальное — за счет доплат пользователей. Муниципалитеты управляют государственной системой страхования по долготсрочному уходу и несут ответственность за планирование долготсрочного ухода в своей юрисдикции и развитие инфраструктуры услуг по уходу. Что касается работающих пожилых людей, то взносы отдельных лиц распределяются между работодателями, а страховые взносы определяются и собираются на национальном уровне и перераспределяются муниципалитетам в соответствии с потребностями.

Пособия в Японии гораздо более щедрые, чем в Нидерландах, Германии и Франции, и предназначены для покрытия расходов на более широкий спектр медицинских услуг; с физических лиц требуется доплата менее чем в 10%, которая дополнительно сокращается на основе проверки средств для людей с более низкими доходами [7, 9].

Социальное обеспечение в Швейцарии также финансируется напрямую за счет налоговых отчислений и системы обязательного медицинского страхования, которая предусматривает предоставление

социальных услуг [8]. Однако, согласно швейцарской системе, люди с более низкими доходами имеют право на получение субсидий, а лица с самыми низкими доходами, получающие социальную помощь, получают страховые взносы за счет правительства.

Скандинавские модели социального ухода отличаются от других тем, что в их основе лежит принцип универсализма, который означает, что право на получение всех услуг медицинского и социального ухода основывается на потребностях, а не на взносах, чтобы все граждане, нуждающиеся в долгосрочном медико-социальном уходе и услугах, могли получить к ним доступ [9]. До 1990-х годов услуги почти полностью основывались на государственном обеспечении. Государство и местные власти в значительной степени субсидируют услуги по уходу, финансируемые за счет доходов и местных налогов. С 1990-х годов произошли изменения политики в Швеции, Норвегии, Финляндии и Дании: трансформировалось предоставление услуг социального обеспечения в более гибридный государственно-частный подход, с более широким вовлечением рынка и большим вкладом пользователей в расходы на медицинское обслуживание.

Новая Зеландия отличается от других стран своим подходом к финансированию, управлению и предоставлению медико-социальной помощи тем, что медицинская, социальная помощь и услуги являются частью ассигнований совета по здравоохранению [10]. Предоставление услуг по долговременному уходу за пожилыми гражданами зависит от оценки потребностей, а министерство здравоохранения финансирует и закупает медицинскую помощь для людей с ограниченными возможностями в возрасте до 65 лет. В Новой Зеландии спектр медицинской помощи и услуг частного сектора шире, чем в Великобритании, и организации первичной медико-санитарной помощи заключают контракты с районными управлениями здравоохранения на предоставление ряда первичных и общественных услуг.

В контексте передачи полномочий в Великобритании здравоохранение и социальная помощь являются полностью самостоятельными, при этом Шотландия, Северная Ирландия и Уэльс имеют незначительные отличия в финансировании социальной помощи по сравнению с Англией. Каждая из четырех национальных служб здравоохранения финансируется в основном за счет общего налогообложения, собираемого на уровне Великобритании, но распределение идет между правительствами Шотландии, Уэльса и Северной Ирландии по «формуле Барнетта», исходя из текущей и исторической численности населения. Правительства Шотландии и Уэльса также устанавливают некоторые дополнительные налоги, например гербовый сбор, и имеют ограниченные полномочия повышать или понижать уровни подоходного налога с поступлением доходов в их пользу. С 1973 г. Северная Ирландия функционирует в рамках интегрированной структу-

ры здравоохранения и социального обеспечения. Шотландия, Англия и Уэльс постепенно движутся к увеличению интеграции их систем здравоохранения и социального обеспечения.

Заключение

В соответствии с австралийской системой предоставление базовых услуг социальной помощи в зависимости от потребностей связано с улучшением показателей здоровья. Однако по сравнению с другими странами с высоким уровнем дохода усилия США по интеграции здравоохранения и социальной помощи в значительной степени способствуют росту неравенства в отношении здоровья. Напротив, интегрированная система Новой Зеландии ассоциируется с улучшением здоровья и качества жизни, особенно в отношении психического здоровья и благополучия. В четырех регионах Великобритании имеющиеся на сегодняшний день фактические данные свидетельствуют о том, что влияние изменений в системе социального обеспечения, включая более тесную интеграцию здравоохранения и социальной помощи, оказало относительно ограниченное влияние на показатели здоровья населения и на сокращение существующего неравенства в отношении здоровья.

В Канаде влияние программ, направленных на более тесную интеграцию здравоохранения и социальной помощи, на показатели здоровья населения пока не может быть установлено только на основании литературы и фактических данных на сегодняшний день. Однако показатели здоровья в Канаде по-прежнему отстают от показателей других стран с высоким уровнем дохода, а неравенство в области здравоохранения остается высоким, при этом люди с низким уровнем дохода и коренные народы имеют самые неблагоприятные показатели в области здравоохранения. Кроме того, подход к оказанию социальной помощи, в котором доминирует здравоохранение, и больший объем медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, негативно влияют на услуги здравоохранения, поскольку большие очереди на стационарное лечение означают, что значительное число людей занимают койки в больницах в течение времени, пока другие ожидают места в стационаре учреждения.

Существующая исследовательская литература предполагает, что воздействие возросшей маркизации услуг медико-социального ухода в Финляндии и других Скандинавских странах показывает, что наблюдается определенная связь между моделью оказания медико-социальной помощи и потенциальным увеличением неравенства в отношении здоровья между самыми богатыми и беднейшими членами общества, уход за которыми в основном зависит от предоставления государственных услуг.

Из имеющейся литературы невозможно установить влияние европейских моделей медико-социальной помощи на здоровье населения. Однако в случае Японии, при том что долгосрочные последствия крупной реформы социальной помощи пока

За рубежом

неизвестны, модель была связана с улучшением качества жизни людей с ограниченными возможностями. Также при отсутствии в литературе доказательств влияния предлагаемой модели социальной помощи на показатели здоровья населения среди всех жителей Аляски известно, что программы, ориентированные на коренных жителей Аляски, связаны со значительным сокращением числа посещений отделений неотложной помощи и госпитализаций и улучшением диагностики и лечения хронических заболеваний.

Исследование не имело спонсорской поддержки.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Research Group of China Aging Science Research Center, K. Zhang, and L. Sun. Research on the situation of disabled elderly in urban and rural areas. *Res. Disabl. People*. 2011;2:11–16.
2. Chan C. Y., Cheung G., Martinez-Ruiz A., et al. Caregiving burnout of community-dwelling people with dementia in Hong Kong and New Zealand: a crosssectional study. *BMC Geriatr*. 2021;21:261.
3. Bowen D. J., Powers D. M., Russo J., et al. Implementing collaborative care to reduce depression for rural native American/Alaska native people. *BMC Health Serv Res*. 2020;20:34.
4. Béland D., Marier P. COVID-19 and Long-Term Care Policy for Older People in Canada. *J Aging Soc Policy*. 2020;32(4-5):358–64.
5. Audit Scotland. Changing Models of Health and Social Care. 2016. Режим доступа: https://www.auditscotland.gov.uk/uploads/docs/report/2016/nr_160310_changing_models_care.pdf (дата обращения 07.09.2023).
6. Forder J., Fernandez J.-L. What works abroad? Evaluating the funding of long-term care: international perspectives. PSSRU Discussion Paper 2794. Canterbury: PSSRU. 2011.
7. Curry N., Castle-Clarke S., Hemmings N. What can England learn from the long-term care system in Japan? London: Nuffield Trust; 2018.

8. Becker U., Reinhard H.-J. Long-Term Care in Europe: A Juridical Approach. Comparative legal analysis on different approaches to long-term care benefits. Cham, Switzerland: Springer; 2018.
9. Brennan D., Cass B., Himelweit S., Szebehely M. The marketisation of care: rationales and consequences in Nordic and liberal care regimes. *J. Eur. Soc. Policy*. 2012;22:377–91.
10. Chesterman J. The future of adult safeguarding in Australia. *Aust. J. Soc. Issues*. 2019;54:360–70.

Поступила 13.07.2023
Принята в печать 02.11.2023

REFERENCES

1. Research Group of China Aging Science Research Center, K. Zhang, and L. Sun. Research on the situation of disabled elderly in urban and rural areas. *Res. Disabl. People*. 2011;2:11–16.
2. Chan C. Y., Cheung G., Martinez-Ruiz A., et al. Caregiving burnout of community-dwelling people with dementia in Hong Kong and New Zealand: a crosssectional study. *BMC Geriatr*. 2021;21:261.
3. Bowen D. J., Powers D. M., Russo J., et al. Implementing collaborative care to reduce depression for rural native American/Alaska native people. *BMC Health Serv Res*. 2020;20:34.
4. Béland D., Marier P. COVID-19 and Long-Term Care Policy for Older People in Canada. *J Aging Soc Policy*. 2020;32(4-5):358–64.
5. Audit Scotland. Changing Models of Health and Social Care. 2016. Available at: https://www.auditscotland.gov.uk/uploads/docs/report/2016/nr_160310_changing_models_care.pdf (accessed 07.09.2023).
6. Forder J., Fernandez J.-L. What works abroad? Evaluating the funding of long-term care: international perspectives. PSSRU Discussion Paper 2794. Canterbury: PSSRU. 2011.
7. Curry N., Castle-Clarke S., Hemmings N. What can England learn from the long-term care system in Japan? London: Nuffield Trust; 2018.
8. Becker U., Reinhard H.-J. Long-Term Care in Europe: A Juridical Approach. Comparative legal analysis on different approaches to long-term care benefits. Cham, Switzerland: Springer; 2018.
9. Brennan D., Cass B., Himelweit S., Szebehely M. The marketisation of care: rationales and consequences in Nordic and liberal care regimes. *J. Eur. Soc. Policy*. 2012;22:377–91.
10. Chesterman J. The future of adult safeguarding in Australia. *Aust. J. Soc. Issues*. 2019;54:360–70.