

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ УПРАВЛЕНИЯ»
(ГУУ)

УТВЕРЖДАЮ

Проректор

_____ Терпугов А.Е.

«__» _____ 2022 г.

ИТОГОВЫЙ АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОТЧЕТ

по государственному контракту №01731000096220000500001
об оказании услуг по проведению экспертно-аналитического исследования
на тему:

**РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ
НОРМАТИВНОГО ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ
ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА ЗА ГРАЖДАНАМИ ПОЖИЛОГО
ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДАМИ
(заключительный)**

Руководитель,
д-р юрид. наук, доцент

Ф. Г. Мышко

Москва 2022

СПИСОК ИСПОЛНИТЕЛЕЙ

Руководитель, д-р юрид. наук, доц.	_____	Ф. Г. Мышко (введение, р. 8)
Исполнители:		
Канд. юрид. наук, доц.	_____	С.Е.Титор (р. 1, п. 1.5, 1.6, р. 6, 7)
Канд. юрид. наук, доц.	_____	М.А.Горбунов (р. 1, п. 2.5)
Канд. юрид. наук., доц.	_____	П.Н.Сафоненков (р. 1, п. 2.5)
Канд. юрид. наук.	_____	О.Ю.Еремина (разделы 1, 2, 4, 5)
Канд. юрид. наук.	_____	Н.А.Антонова (раздел 3)

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
1. Анализ вызовов и угроз для социальной сферы в части долговременного ухода, обусловленных демографической ситуацией и состоянием рынка труда в России	7
1.1. Оценка влияния демографических факторов на потребность в долговременном уходе	7
1.2. Анализ влияния уровня инвалидизации населения на численность лиц, нуждающихся в долговременном уходе.....	20
1.3. Оценка влияния рынка труда на кадровый потенциал в системе долговременного ухода	28
1.4. Региональная дифференциация проблем в организации эффективной системы предоставления услуг в области долговременного ухода.....	37
1.5. Выявление мнения экспертов об оказании услуг по долговременному уходу в негосударственных организациях	41
2. Оценка правовой и социально-экономической эффективности действующего федерального законодательства в области системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами	57
2.1. Оценка эффективности нормативных правовых актов в сфере регулирования политики долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами с точки зрения удовлетворенности и качества предоставляемых услуг населению	57
2.2. Выявление правовых пробелов государственного регулирования в области долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами	81
2.3. Оценка социально-экономической эффективности государственного регулирования в области долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами	88
2.4. Оценка эффективности межведомственного взаимодействия в области регулирования политики долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами.....	97
2.5. Анализ отечественных федеральных и региональных практик в сфере долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами и выявление лучших из них	107
3. Анализ зарубежного опыта в области государственного регулирования и практики долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами	241
3.1. Анализ зарубежного опыта правового регулирования системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами	241
3.2. Анализ практик зарубежных стран в сфере долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами и выявление лучших из них	299

3.3. Определение механизмов имплементации положительного опыта в отечественное законодательство и практику долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами	304
4. Разработка рекомендаций по совершенствованию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами	309
4.1. Формирование перспективной номенклатуры услуг в области долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами	309
4.2. Определение современных форм предоставления услуг в области долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами	318
4.3. Формирование перечня категорий граждан, имеющих право на получение услуг в области долговременного ухода	325
4.4. Разработка перечня гарантий семьям, осуществляющим долговременный уход за гражданами пожилого возраста и инвалидами	327
4.5. Разработка предложений, позволяющих получать услуги долговременного ухода по экстерриториальному принципу	331
5. Разработка рекомендаций по совершенствованию действующих федеральных нормативных правовых актов в области системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами	334
5.1. Разработка модели распределения полномочий в области долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами	334
5.2. Разработка рекомендаций по совершенствованию нормативных правовых актов, оказывающих влияние на систему долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами	341
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ	349

ВВЕДЕНИЕ

В Священном писании сказано: «Почитай отца твоего и мать твою, чтобы продлились дни твои на земле». Для будущего общества важны все группы населения: врачи, учителя, бизнесмены, дети, старики, спортсмены, ведь, если мы называем себя людьми, то лишних среди нас нет. Испокон веков выживали лишь те поселения, которые заботились о стариках. Именно забота о старшем поколении объединяла их, делала сильнее. Мудрость и жизненный опыт старшего поколения всегда приходил на помощь в беде и проблемах.

Сегодня важнейшей задачей государства является не только увеличение продолжительности жизни россиян, но и существенное повышение ее качества для людей всех возрастов, особенно старшего поколения.

Сегодня в России проживает 35, млн. человек возраста старше трудоспособного, что составляет 24,1 % от общего числа граждан.

В условиях наблюдающегося старения населения и прогнозируемого роста численности лиц старше трудоспособного возраста и инвалидов возрастает потребность в социальной помощи и долговременном уходе за ними. В условиях сокращения количества детей в семьях не все в полной мере смогут взять заботу об этой категории граждан на себя, и данная проблема ложится на государство и его соответствующие институты.

Задача государства, бизнеса, общества и каждого человека создать условия, чтобы и в зрелом возрасте человек мог вести активную социальную жизнь: заниматься любимым делом, тренироваться, проводить интересный досуг, помогать другим.

Возрастные изменения и приобретенное нарушение здоровья обуславливают затруднения пожилых людей к самостоятельному проживанию, к поддержанию социальных связей, к другим ограничениям жизнедеятельности. Это приводит к потребности в получении дополнительных социальных услуг, социально-медицинском уходе. Система

услуг для этой категории граждан является одним из важнейших частей социальной политики государства.

В Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 г. отмечается, что необходимость заботы о старшем поколении, как носители знаний и опыта интеллектуального потенциала, активных участников материальных благ и процессов социального развития.

1. Анализ вызовов и угроз для социальной сферы в части долговременного ухода, обусловленных демографической ситуацией и состоянием рынка труда в России

1.1. Оценка влияния демографических факторов на потребность в долговременном уходе

К глобальным вызовам мирового значения относят проблему старения населения. Под старением населения подразумевают увеличение в структуре населения доли людей старших возрастов при одновременном снижении числа детей и молодежи, а затем и взрослых репродуктивного возраста.

Отметим, что перед человечеством перманентно возникали серьезные проблемы, однако, их значимость и острота в большей степени касалась населения каких-то определенных территорий и носила больше локальный характер, они могли распространяться на несколько стран, однако, не касались населения всего мира.

В XX веке ситуация меняется и локальные проблемы начали приобретать новые качественные изменения, одной из характеристик которых признается их глобальный масштаб, планетарный охват. Выявление таких проблем, а тем более выработка решений и стратегий по их стабилизации потребовала значительных усилий. В связи с этим в научный оборот на рубеже 60-70-х годов вводится новое понятие «глобальные проблемы (вызовы) современности», причем оно появляется почти одновременно в разных не просто странах – в разных мировых системах – в Советском Союзе и в США и других западных странах.

Несмотря на то, что формирование данного понятия имеет длительную историю, единого мнения о сущности этого феномена не выработано. Одни ученые рассматривают его максимально широко, пытаясь обобщить все проблемы современности связанные с человеком и его деятельностью

(например, Э. Тоффлер), другие слишком узко, видя корень проблем только в экономической деятельности человечества (в частности, П.К. Левин)¹.

Анализ научных трудов по вопросу глобальных проблем современности позволил прийти к выводу о том, что заслуживающими внимания, на наш взгляд, можно признать следующие определения глобального вызова: «комплекс актуальнейших, тесно взаимосвязанных противоречий, затрагивающих практически все сферы человеческой деятельности»² или «угрозы планетарного масштаба, от ответа на которые зависит социальный прогресс и сохранение цивилизации и которые затрагивают как все человечество в целом, так и отдельного человека практически в любой точке планеты»³.

На современном этапе наукой выделяются следующие категории мировых глобальных проблем:

- усиление локальных военных конфликтов, а также общемировых социокультурных конфликтов, подрывающих базовые ценностные установки человечества;
- изменение климата и глобальное потепление, экологические проблемы, доступность природных ресурсов: чистая питьевая вода, энергия, сырьевые ресурсы;
- радикальная смена способов производства и технологического уклада, переход к постиндустриальным технологиям;
- неравномерный рост численности населения на планете; старение населения при уменьшении численности граждан трудоспособного возраста;

¹Левин П.К. рассматривает в качестве глобальной проблемы долговой характер мировой экономики на современном этапе, хотя данное явление – следствие финансовой глобализации, вследствие которой мир финансов утратил зависимость от золотого запаса, прямой привязки денег к золотому стандарту. См.: Левин П.К. Проблема долговой экономики как глобальная проблема современности // Современные тенденции в экономике и управлении: новый взгляд. 2010. № 2. С. 31-36.

² Чумаков А.Н. (к.филос.н.) Методологические аспекты исследования глобальных проблем современности: дис. ... канд. Филос. Наук. М. 1984.

³ См. подробно: Хозин Г.С. (д.ист.н.). Глобальные проблемы современности и внешняя политика США (Критика буржуазных концепций, анализ механизма регулирования и новых тенденций в практике, 60-е – начало 82-х годов):дис. ... д-ра истор. наук. М. 1984; Чащин Е.В. (к.филос.н., доцент). Формирование представлений о глобальных проблемах современности в информационном обществе и источники спекуляций на этой теме// Вестник Пермского университета.2013.№ 1.

усиление глобальной конкуренции стран за квалифицированные трудовые ресурсы и рынки сбыта.

Глобальная демографическая проблема, одним из аспектов которой является проблема старения населения, изменила процентное соотношение доли населения, относимых к категории пожилых людей во всех странах мира. Так, согласно данным ООН⁴, к 2050 году каждый шестой человек в мире будет старше 65 лет (16% населения), по сравнению с каждым 11-м в 2019 году (9% населения). К 2050 году возраст каждый четвертый житель Европы и Северной Америки будет входить в категорию людей 65 лет и старше⁵. При этом по свидетельству Европейского бюро обследования качества жизни⁶ изменению подверглась и структура населения в пожилом возрасте – в нем преобладают женщины.

Исследователи^{7, 8} увидели динамику средней продолжительности жизни за последние 100 лет следующим образом (табл.1):

Таблица 1.

Динамика средней продолжительности жизни за последние 100 лет

Года	Возраст
1926 - 1930	43
1961-1980	68
1995	64,5
2000 - 2001	65,0
2002 - 2006	66,6
2008	68,0
2010	68,9
2014	70,9
2015-2016	71,6
2018	72,6
2019	73,3
2020	71,54
2021	70,6

⁴ См.: World Population Prospects. URL:// <https://population.un.org/wpp/>. (дата обращения 03.10.2022г.).

⁵ Старение. ООН. URL: // <https://www.un.org/ru/global-issues/ageing>. (дата обращения 29.09.2022г.).

⁶ European Quality of Life Surveys (EQLS) с 4-летней периодичностью (2003, 2007, 2011/2012, 2015/2016) проводятся обследования с целью выявления условий жизни населения европейских стран и субъективного восприятия этих условий (занятость, доходы, образование, жилищные условия, семейные отношения, здоровье, соотношение рабочего и свободного времени, уровень счастья, удовлетворенность жизнью и т.д.).

⁷ URL: <https://rosinfostat.ru/prodolzhitelnost-zhizni>. (дата обращения 29.09.2022г.).

⁸ URL: <https://gogov.ru/articles/life-expectancy>. (дата обращения 29.09.2022г.).

Более того, в конце 2018 года количество людей преклонного возраста впервые в истории человечества превысило количество детей: численность людей старше 65 лет составила 705 млн. человек, а детей младше пяти лет – 650 млн. человек⁹.

По данным Росстата доля численности населения в возрасте старше трудоспособного составляет в среднем за последние три года 25 %¹⁰, из них в возрасте 65-69 лет – 5,9 %, в возрасте 70 лет и старше – 10,2 %¹¹.

Закономерность демографического перехода выражается в процессе старения населения всей планеты. Проявление этого перехода начали замечать с конца XIX века, при этом речь шла именно как о локальной проблеме экономически развитых странах (США, Япония, страны Европы). В XXI веке масштаб его проявления неуклонно расширяется. Теперь указанные процессы отмечаются в развивающихся странах Азии, также в странах Латинской Америки.

Многие аналитики пытаются строить прогнозы развития демографического перехода и способы противодействия неблагоприятным последствиям. Наиболее известными являются результаты исследований под эгидой Римского клуба, опубликованные в книге «Мировая динамика»¹². Исследователи четко обозначили, что при продолжении того уровня изменения возрастной структуры человечества, дальнейшее развитие в том же темпе к 20-м годам XXI века приведет к экологической и гуманитарной катастрофе¹³.

Римский клуб был один из первых, кто привлек внимание общественности к проблеме роста населения и его старения. Первый доклад «Пределы роста»¹⁴ в 1972 году обозначил необходимость обсуждения

⁹ URL: <https://mir24.tv/news/16358059/vpervye-v-istorii-pozhilyh-lyudei-na-zemle-stalobolshe-chem-detei>. (дата обращения 01.09.2022г.).

¹⁰ URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>. (дата обращения 29.09.2022г.).

¹¹ URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>. (дата обращения 29.09.2022г.).

¹² Впервые была опубликована в 1971 году, а на русский язык была переведена в 1978 году.

¹³ Всего Римский клуб опубликовал свыше 40-ка докладов, однако они были адресованы в основном участникам этого клуба.

¹⁴ Доклад был издан тиражом 10 млн экземпляров, вышел более чем на 30 языках. Хотя книга имела громадный успех, она в то же время была подвергнута критике математиками, футурологами, экономистами

проблем, перед которыми стоит мир, вызовов всему человечеству. Они сделали попытку сосредоточить внимание всего человечества на том, что если рост производственных мощностей и населения продолжится в том же темпе, то сокращающиеся ресурсы и серьезное загрязнение экологии неизбежно приведут к коллапсу существующего миропорядка.

Вторым докладом Римского клуба подобного уровня стал доклад «Come On! Капитализм, близорукость, население и разрушение планеты»¹⁵ 2018 г. В нем была выражена консолидированная позиция Клуба: призыв к альтернативной экономике, «новому Просвещению», холистическому мировоззрению, планетарной цивилизации. Данные послы обусловлены жесткой критикой капитализма, срыв покровов с финансовых спекуляций на государственном уровне, призыв к отказу от материализма и редукционизма.

При всей неоднозначности выводов и лозунгов в докладах Римского клуба авторы пытаются донести следующую мысль: «в условиях «конечной» биосферы, ресурс которой исчерпаем, рождаемость должна равняться смертности, а цены и темпы производства товаров должны равняться нормам амортизации»¹⁶.

Значение вышеупомянутых докладов заключается в том, что опубликованная информация сфокусировала внимание всего мирового сообщества на глобальной проблеме человечества. После их публикации активизировалась работа Организации Объединенных Наций, и был разработан целый блок документов по противодействию и снижению риска глобальных угроз. Например, выводы Римского клуба о конечности хозяйственной емкости биосферы стали основой для Стокгольмской

и социологами. По мнению экспертов, макро модель мировой динамики, созданная авторами, была слишком механистична, в ней не описывалась региональная структура объекта, игнорировались политические и социальные факторы, имели место расхождения с теориями экономического роста, не учитывались адаптационные возможности мировой системы с помощью социального и научно-технического прогресса. См.: Дубовский С. В. (Ведущий научный сотрудник. Кандидат физико-математических наук, доцент). Глобальное моделирование: вопросы теории и практики // URL: <https://www.socionauki.ru/journal/articles/130856/>. (дата обращения 29.08.2022).

¹⁵ Daly H. E. Economics in a Full World // Scientific American. 2005. № 9. С. 100–107.

¹⁶ Права пенсионеров: российское законодательство и зарубежный опыт : научно-практическое пособие / отв. ред. Н. В. Путило. — Москва : Проспект, 2020. С.18.

декларации 16 июня 1972 года. На конференции по проблемам окружающей среды была разработана Концепция устойчивого развития, являющаяся до сих пор наиболее популярной концепцией развития человечества. Также были установлены принципы сохранения окружающей среды, и признано право человека на «свободу, равенство и адекватные условия жизни в окружающей среде», которое впоследствии вошло во многие конституции мира, в том числе и в Конституцию Российской Федерации (ст. 42)¹⁷.

Реакцией на демографические проблемы связанные со старением населения является осознание их глобального характера. Человечество в общей своей массе рассматривало проблему старения на своем индивидуальном уровне, или «микроуровне», исследовались его причины, механизмы, разрабатывались способы продления «возраста молодости» и проч. К проблеме старения отношение человечества было весьма «личным».

Однако связь долголетия большого количества людей на планете и влияние этого на социальное развитие государств и их экономический рост не отслеживалась. Трудность обнаружения этой связи заключается в опосредованном влиянии процесса старения населения на системы здравоохранения, социального обеспечения и трудовые ресурсы.

Благодаря таким исследованиям, как доклады Римского клуба, была активизирована работа по снижению уровня этой угрозы.

Так, Организацией Объединенных Наций был разработан Мадридский международный план действий по проблемам старения¹⁸. Основной идеей плана обозначена необходимость признания потенциала пожилого населения как основы для будущего развития, а участие пожилых людей в развитии назван одним из приоритетных направлений деятельности мирового сообщества в целях «интеграции происходящего процесса глобального

¹⁷URL:

http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/2b65ae24cc8141d4720fb749fb0c5583f8395048/. (дата обращения 29.09.2022г.).

¹⁸ Организация Объединенных Наций. Мадридский международный план действий по проблемам старения// URL: <https://rce.kg/wp-content/uploads/2018/03/MMPD.pdf>. (дата обращения 29.09.2022г.).

старения и более общего процесса развития»¹⁹, в рамках которого должны одновременно решаться две задачи: признание социального, экономического и политического вклада пожилых людей, с одной стороны, и вовлечение их в процессы принятия решений на всех уровнях – с другой.

Другим важным документом Организации Объединенных Наций признается доклад «О старении и здоровье»²⁰, в нем предлагается переформатировать систему общественного здравоохранения и сферу оказания социальных услуг с учетом стремительно развивающейся тенденции старения населения. Было введено понятие «эйджизм», под которым понимается создание стереотипов и дискриминация в отношении людей или групп людей по возрастному признаку. Эйджизм может принимать различные формы, включая предвзятое отношение, дискриминационную практику или институциональные стратегии и практику, закрепляющие стереотипные убеждения²¹. Для преодоления эйджизма были разработаны следующие меры: официальное признание этого феномена и недопустимость использования возраста в качестве критерия, ограничивающего доступ пожилых людей к услугам или программам; создание программ просвещения противэйджистской направленности для широко круга лиц, в том числе для самих пожилых людей и их родственников; усиление роли пожилых людей в решении их проблем посредством включения их в экспертные группы по разработке программ в различных сферах жизнедеятельности; формирование положительного образа пожилых людей, нивелирование негативных геронтостереотипов и др.

Отметим, что потеря интеллектуальных возможностей и профессиональных навыков, общий износ организма, ассоциируемая со старением, слабо коррелируется с фактическим возрастом человека. Трудно

¹⁹ Пункт 9 Мадридского международного плана действий по проблемам старения // URL: <https://rce.kg/wp-content/uploads/2018/03/MMPD.pdf>. (дата обращения 29.09.2022г.).

²⁰ Всемирный доклад ВОЗ «О старении и здоровье». // URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789244565049_rus.pdf?sequence=10. (дата обращения 29.09.2022г.).

²¹ Там же.

выявить какие – то стандартные признаки старости. Любой человек – уникальный мир, который с возрастом не теряет своей уникальности. Существует огромное разнообразие жизнеспособности, проявляемой в преклонном возрасте, медицинских и социальных потребностей, которые обусловлены, прежде всего, событиями, происходящими на протяжении жизни человека и именно это, как подчеркивают некоторые исследователи, можно изменить, подтверждая значимость подхода, основанного на жизненном цикле человека²².

Вместе с тем анализ научной литературы по этому вопросу показал, что есть исследования, в которых приведены весьма радикальные прогнозы, описывающие коллапс экономических систем стареющих государств, распад их финансовых систем из-за значительного перекоса бюджета в пользу старого населения, неспособности увеличения мощности производства и снижение темпов прироста рабочей силы, как следствие политические осложнения на фоне общеизвестного «конфликта поколений»²³.

Не умаляя серьезности вызовов, стоящих перед человечеством связанных со старением населения, отметим, все же некоторые тенденции, смягчающие радикальность вышеприведенных прогнозов.

В мире существует колоссальный потенциал трудовых резервов. Речь идет о целой «армии» безработных во всех странах мира. То есть, люди, которые находятся в активном поиске работы. К этому списку можно добавить граждан, которые официально нигде не работают и вопросами трудоустройства не озабочены. Например, в странах ЕС каждый пятый мужчина трудоспособного возраста относится к категории «неработающих» и лишь каждая седьмая женщина формально трудоустроена. Всего в 28

²² Более подробно см.: Дегтярев Г.П., Дегтярев А.Г., Нагибин О.А. Технологии и стандарты долговременного ухода за пожилыми людьми: международная и российская практика // Проблемы стандартизации в здравоохранении. № 5-6, 2020. DOI: 10.26347/1607-2502202005-06037-044. С. 38.

²³ См., например, Кувшинова О. Старение населения снижает рост экономик и уровня жизни // Ведомости. 23.10.2016г.; Гурвич Е.Т. Иванова М.А. Экономических эффект старения и пенсионных реформ // Финансовый журнал / Financial Journal 2018. №5. С. 9-22.; Bloom D. E., Canning D., Sevilla J. The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2003.; Lee R. Macroeconomics, Aging and Growth. NBER Working Paper, 2016, no. 22310.

странах ЕС число безработных превышает 20 млн. человек, тогда, как неработающих 97 млн.²⁴. Это огромный трудовой потенциал и резерв повышения производства.

Старение населения в Российской Федерации отличается от аналогичных процессов в других странах. Например, продолжительность жизни в России меньше, чем в странах ЕС примерно на 10 лет. Согласно глобальному рейтингу государств мира по величине ожидаемой продолжительности жизни Россию опережают большинство развивающихся стран (Латинской Америки, Северной Африки, Передней и Восточной Азии)²⁵.

Ориентирами государственной политики в области увеличения ожидаемой продолжительности жизни при рождении являются государственная программа «Развитие здравоохранения»²⁶ и Указы Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 года «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»²⁷ и от 21 июля 2020 № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года»²⁸.

Первый документ определил целью рост к 2025 году ожидаемой продолжительности жизни до уровня 76 лет. Однако запланированный на 2018 год рубеж в 74 года достигнут не был. В Указе Президента Российской Федерации № 474 поставлена цель достижения ожидаемой продолжительности жизни при рождении к 2030 году до 78 лет. Кроме ряда

²⁴ Большое старение // Наука из первых рук. 20 марта 2008. Эволюция в тени динозавров. Том. 19. № 1. URL: <https://scfh.ru/papers/bolshoe-starenie/>. (дата обращения 29.09.2022г.).

²⁵ Более подробно см.: Горошко Н.В., Пацала С.В. Старение населения России: страна на фоне мира, регионы на фоне страны Электронный научно-методический журнал Омского ГАУ. - 2020. - № 3 (22) июль - сентябрь. URL: <http://ejournal.omgau.ru/images/issues/2020/3/00852.pdf>. - ISSN 2413-4066. (дата обращения 29.09.2022г.)

²⁶ Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 N 1640 "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"// URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_286834/ (дата обращения 05.09.2022).

²⁷ Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 года «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» // URL: <https://www.consultant.ru/search/?q=Указ+Президента+Российской+Федерации+от+7+мая+2018+года> (дата обращения 05.09.2022).

²⁸ Указ Президента Российской Федерации от 21 июля 2020 № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года» // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_357927/ (дата обращения 05.09.2022).

северокавказских республик (Ингушетия, Дагестан), а также г. Москвы показателей продолжительности жизни на уровне намеченного индикатора (76 лет) в настоящее время ни одна из российских территорий не имеет. При этом лишь в 28 субъектах РФ уровень продолжительности жизни превышает среднее значение показателя по стране (73,3 года), в восьми же регионах он пока не достиг и 70 лет²⁹.

В России на 1 января 2022 года каждый седьмой россиянин, т.е. 15,8% (на начало 2021 года – 15,5%) жителей страны, находится в возрасте 65 лет и более. Отметим, что согласно международным критериям, население считается старым, если доля людей в возрастах 65 лет и более во всем населении превышает 7%.

Процесс демографического старения населения в гораздо большей степени характерен для женщин. В структуре населения вышеуказанных возрастов женщины составляют около двух третей (66,6%). В возрастной группе 85 лет и более численность женщин превышает численность мужчин в 3,2 раза³⁰.

Демографический кризис, проявляющий себя как в развитом мире, так и развивающихся государствах, неизбежно сопровождается ростом среднего возраста населения. В России его динамика в значительной мере является следствием снижения рождаемости. Число двадцатилетних россиян почти в два раза меньше тех, кому исполнилось 40 лет. В 2021 году показатель числа родившихся на 1 тыс. человек был ниже российского значения еще только в 25 странах планеты (без учета микросоударств).

На региональном уровне разница среднего возраста населения страны может составлять более 15 лет. Чеченская республика с 2018 года по 2022 является самым молодым российским регионом, средний возраст – 28,7 лет.

²⁹ Федеральная служба государственной статистики. Старшее поколение. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13877>. (дата обращения 29.09.2022г.)

³⁰ Федеральная служба государственной статистики. Статистический бюллетень 2021г. URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Bul_chislen_nasel-pv_01-01-2021.pdf. (дата обращения 29.09.2022г.)

Самым возрастным регионом оказалась Тамбовская область с показателем в 43,4 года. Своих максимальных значений средний возраст населения достигает в большинстве регионов Центральной и Северо-Западной России, откуда долгое время происходил отток молодого населения. Для этой части страны характерны и минимальные коэффициенты рождаемости. Наиболее «молодое» население проживает в регионах Северного Кавказа, Южной Сибири, районах Крайнего Севера. Во многих из них демографический переход еще не завершен и высокие показатели среднего коэффициента рождаемости определяют относительно небольшой средний возраст населения. Этому способствуют и слабый отток молодежи в национальных субъектах Северного Кавказа и юга Сибири, и возвратная миграция лиц старших возрастов из районов пионерного освоения.

Складывающиеся демографические тенденции старения населения Российской Федерации обусловили необходимость определения новых государственных и общественных целей и задач в отношении граждан старшего поколения и общества в целом, которые были отражены в следующих стратегических документах:

- Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года³¹;
- Национальный проект «Демография», федеральный проект «Старшее поколение»³²
- Комплекс мер по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, включающей сбалансированные социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы и сиделок, а также по поддержке семейного ухода.

³¹ Распоряжение Правительства РФ от 05.02.2016 N 164-р «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года»// URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_193464/. (дата обращения 29.09.2022г.).

³² "Паспорт национального проекта "Национальный проект "Демография" (утв. Минтрудом России)// URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_384857/. (дата обращения 29.09.2022г.).

Система долговременного ухода в Российской Федерации – это огромный социальный проект, который реализует государство. В нем задействовано большое количество самых разных участников: волонтеры, благотворительные фонды, службы социальной защиты и многие другие организации. На это направляются миллиарды бюджетных средств.

В систему долговременного ухода входят различные медицинские организации и организации социального обслуживания: медицинские центры, хосписы, дома престарелых и прочие организации, в которых находятся граждане, нуждающиеся в постоянном уходе.

Каждый регион использует или типовую модель долговременного ухода, или составляет свою. В каждом регионе эта система может быть организована по-своему.

Выводы:

1. Старение населения – глобальный тренд современного общества, представляет собой результат долговременных сдвигов в естественном развитии человечества.

Продление человеческой жизни – это скачок в развитии, демонстрирующий в первую очередь успешность цивилизации, а не только проблемы. Стратегической целью каждого государства является продление жизни человека и сохранение как можно дольше «возраста здоровья».

2. Одна из национальных целей развития Российской Федерации – повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 году. Отметим, что продление жизни человека — это комплекс способов и мер, ведущих к увеличению продолжительности срока жизни. Нужно понимать, что данные способы, влияющие на продление жизни, не относятся к области геронтологии, так как эта наука является разделом медицины, занимающимся изучением вопросов старения, выявляя общие закономерности и биологические механизмы старения.

Необходимо ориентироваться на понятия «средней» и «максимальной» продолжительности жизни: *средняя* продолжительность жизни человека, или

ожидаемая продолжительность жизни – это важнейший демографический показатель, который характеризует уровень смертности населения в человеческом обществе; *максимальная* продолжительность жизни человека – это предельно достижимая продолжительность жизненного цикла индивидуума.

Факторов, влияющих на продолжительность жизни человека очень много, но среди основных, существенных выделим следующие: пол, генетика, уровень и качество здравоохранения, гигиена, диета, качество пищи, физическая активность, образ жизни, наличие вредных привычек, экология, социальная среда и проч.

Следовательно, стратегии, необходимые для решения проблемы быстрого старения населения, касаются не только пожилых людей: *нужны реформы на всех этапах жизненного цикла, а также масштабные корректировки установок в обществе.*

3. Проблемы, обусловленные старением населения во все ускоряющемся темпе, реальны. Отметим, что государство и общество могут обеспечить здоровую и продуктивную старость, однако, способность, готовность, а в отдельных ситуациях – возможность разных субъектов Российской Федерации справляться с процессами быстрого старения неодинакова.

Внедряемая система долговременного ухода – комплексная программа поддержки людей, которые по возрасту или состоянию здоровья нуждаются в посторонней помощи.

Улучшению функциональной активности пожилых людей могут способствовать следующие приоритетные действия: 1) согласование и координация систем здравоохранения и социального обслуживания с потребностями пожилых людей; 2) разработка систем и технологий долгосрочной помощи; 3) создание благоприятных условий жизнедеятельности лиц пожилого возраста; 4) совершенствование измерения, мониторинга и понимания процессов здорового старения.

4. Самые трудно решаемые риски связанные со старением населения – финансовые. Как правило, требуются реформы систем пенсионного обеспечения, здравоохранения, социального обслуживания и частично налогообложения.

1.2. Анализ влияния уровня инвалидизации населения на численность лиц, нуждающихся в долговременном уходе

По данным Росстата общая численность инвалидов в Российской Федерации на 1 января 2022 года составляет 11331 тысяч человек, из них, инвалидов I группы 1304 тысяч человек, II группы – 4745 тысяч человек, и III группы – 4553 тысяч человек, детей – инвалидов насчитывается 729 тысяч человек.

Среди лиц, старше трудоспособного населения, в России более 8 млн. являются нуждающимися в получении социальных услуг, из них 6,4% - в получении социальных услуг на дому, из них 62,2 % полностью прикованы к постели³³.

Решение проблем инвалидности является одним из приоритетных направлений социальной политики государства. Это обусловлено увеличением доли лиц с ограниченными возможностями в структуре населения и трудностями интеграции данной категории граждан в различные сферы общественной жизни. Необходимость решения проблем инвалидности вызвана масштабностью, сложностью и многообразием проблем реабилитации инвалидов и интеграции их в общество, что предполагает:

- разработку и осуществление комплекса программных мероприятий, взаимосвязанных по конкретным целям, ресурсам, срокам реализации и исполнителям;

³³ URL: https://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Uhod_2018.pdf. (дата обращения 29.09.2022г.)

- потребность в координации усилий органов государственной власти различных уровней и негосударственных организаций, в том числе общественных объединений инвалидов.

Полноценная жизнедеятельность подавляющего большинства инвалидов невозможна без предоставления им различных видов помощи и услуг, соответствующих их социальным потребностям. Адекватное и своевременное удовлетворение индивидуальных потребностей инвалидов призвано обеспечить компенсацию имеющихся у них ограничений жизнедеятельности. Оно заключается в создании им равных с другими категориями населения возможностей в социально-бытовой, профессиональной, общественно-политической, культурной и иных сферах³⁴.

Социально-экономические права, которые призваны обеспечить физические, материальные, духовные и другие социально значимые потребности личности, получили всеобщее признание, в том числе на международном уровне. Они закреплены во Всеобщей декларации прав человека³⁵, в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах³⁶, Европейской социальной хартии³⁷, а также в иных международных правовых актах, посвященных различным направлениям международного сотрудничества в области социально-экономических прав человека³⁸.

Инвалидность в последнее время все чаще воспринимается как один из возможных социальных статусов человека с ограниченными возможностями здоровья. Повышение социальной защищенности данной категории граждан в Российской Федерации напрямую связана с ратификацией Конвенции о

³⁴Макарова Т.А. Профессиональная подготовка социальных работников в вузе к культурно-досуговой деятельности с инвалидами: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. Ульяновск, 2006.

³⁵Всеобщая декларация прав человека" (принята Генеральной Ассамблеей ООН 10.12.1948) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_120805/ (дата обращения 02.02.2022).

³⁶"Международный пакт о гражданских и политических правах" (Принят 16.12.1966 Резолюцией 2200 (XXI) на 1496-ом пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5531/ (дата обращения 02.02.2022).

³⁷"Европейская социальная хартия (пересмотренная)" (принята в г. Страсбурге 03.05.1996) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_120807/ (дата обращения 02.02.2022).

³⁸ Миронова Т.К. Право и социальная защита. М., 2006. С. 74 - 75.

правах инвалидов³⁹ (далее - Конвенция). Системообразующей статьей Конвенции следует считать статью 28 «Достаточный жизненный уровень и социальная защита», требованиями которой являются: признание права на достаточный жизненный уровень для самих инвалидов и их семей, включающий достаточное питание, одежду и жилище, и на непрерывное улучшение условий жизни, права на социальную защиту и пользование этим правом без дискриминации по признаку инвалидности.

В период 2013 - 2016 гг. в соответствии с нормами Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания в Российской Федерации" (далее - Закон № 442-ФЗ)⁴⁰ и в связи с ратификацией Конвенции, была проведена большая работа по приведению в соответствие с вышеназванными актами законодательство Российской Федерации. Были внесены изменения и дополнения в 25 федеральных законов. И были приняты подзаконные нормативные правовые акты на федеральном и региональном уровнях, в том числе стандарты и порядки оказания социальных услуг, в целях развития системы социальных услуг на дому детям-инвалидам, включая детей с интеллектуальными и психолого-социальными нарушениями. В этих нормативных правовых актах урегулированы вопросы оказания различных форм помощи семьям, имеющим таких детей, развития стационарных и полустационарных форм социального обслуживания. В настоящее время ведется работа по формированию системы социального сопровождения, дневной занятости таких детей, временного их пребывания в стационарных учреждениях в целях предоставления родителями "социальной передышки".

Социально-экономический эффект от разработанного законодательства выражается в реальных возможностях инвалида, создание т.н. «безбарьерной среды». Теперь для граждан этой категории открыт доступ в театры, парки,

³⁹ Федеральный закон от 03.05.2012 N 46-ФЗ "О ратификации Конвенции о правах инвалидов" // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_129200/ (дата обращения 02.02.2022).

⁴⁰ Федеральный закон от 28.12.2013 N 442-ФЗ (ред. от 11.06.2021) "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/ (дата обращения 02.02.2022).

спортивные площадки и спортивные стадионы в качестве зрителя, оставляет возможность для посильной работы. Более того инвалидность дает определенные права и льготы, которым наше государство уделяет все большее внимание, а социально-инфраструктурные условия постоянно улучшаются, хотя при сравнительной характеристике с другими развитыми странами остаются все же на недостаточном уровне обеспечения качества жизни.

Признание гражданина инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы исходя из комплексной оценки состояния организма гражданина на основе анализа его клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных с использованием классификаций и критериев, утверждаемых Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Условиями признания гражданина инвалидом являются:

а) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

б) ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);

в) необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

Темп увеличения уровня инвалидизации коррелируется с темпом старения населения. Утрата способности к самообслуживанию среди граждан пожилого возраста, вызванные, прежде всего процессами инвалидизации, приводят к необходимости изменения инфраструктуры предоставления медицинских и социальных услуг населению. Учитывая, что приоритетными направлениями государственной политики современной России является повышение уровня и качества жизни граждан пожилого возраста, повышение степени удовлетворенности уровнем оказания медико-социальной помощи,

назрела необходимость в коренных изменениях сферы предоставления социальных услуг.

Во-первых, является целесообразным переход от моделей, основанных на лечении болезней, к предоставлению комплексной помощи, сосредоточенной на потребностях инвалидов и пожилых людей;

Во-вторых, необходима переориентация стратегий оказания всесторонних услуг для групп пожилого населения, на проведение последовательной политики, которая дает возможность пожилым людям жить достойно, в приемлемом комфорте и безопасности;

В-третьих, следует сформировать механизмы и способы преодоления проблем, присущих системам оказания долгосрочной (долговременной) помощи.

В-четвертых, нужно изменить восприятие и отношение органов государственной власти и поставщиков (провайдеров) услуг к проблемам, связанных со старением.

Достижение данных ориентиров практически невозможно без четкого представления о состоянии и основных тенденциях развития уровня инвалидности среди граждан пожилого возраста⁴¹.

Согласно данным официальной статистики в Российской Федерации по состоянию на 1 января 2022 г. (табл. 2) отмечается уменьшение числа инвалидов среди взрослого населения. Особенно это заметно с 2019 года. Причиной указанного снижения признается пандемия коронавирусной инфекции Covid 19 в 2019-2022 годах, уносившая в первую очередь жизни людей старшего поколения и инвалидов по сравнению с другими категориями граждан Российской Федерации.

⁴¹ Более подробно см.: Бруснева В.В. Инвалидность граждан пожилого возраста и тенденции востребованности в социальной помощи // Вестник «Биомедицина и Социология» | Bulletin "Biomedicine & Sociology 2020. Vol. 5. N 1 УДК 364.02. URL: <http://dx.doi.org/10.26787/nydha-2618-8783-2020-5-1-49-54>. (дата обращения 29.09.2022г.).

Таблица 2.

Общая численность инвалидов по группам инвалидности⁴²

	2014	2015 ⁴³	2016	2017	2018 ⁴⁴	2019	2020	2021	2022 ⁴⁵
Всего инвалидов тыс. чел.	12946	12924	12751	12261	12111	11947	11875	11631	11331
I группы	1451	1355	1283	1309	1466	1433	1422	1367	1304
II группы	6595	6472	6250	5921	5552	5356	5209	4982	4745
III группы	4320	4492	4601	4395	4442	4488	4556	4578	4553
Дети-инвалиды	580	605	617	636	651	670	688	704	729
Общая численность инвалидов, приходящаяся на 1000 чел. населения	90,1	88,4	87,0	83,5	82,5	81,4	80,9	79,6	77,8

Многочисленные проблемы со здоровьем инвалидов и пожилых людей определяют нуждаемость в посторонней помощи. Определение спроса на долговременный уход является производным от многих факторов, среди которых выделим следующие:

- функциональные ограничения (инвалидность) и дефициты в самообслуживании, которые могут быть связаны с состоянием здоровья и психологическим самочувствием и определяют нуждаемость в уходе;
- условия входа в систему долгосрочного обслуживания;
- стоимость ухода;
- доходы и материальная обеспеченность нуждающегося в уходе лица;

⁴² В 2014-2017 гг. в общую численность инвалидов включаются лица, состоящие на учете и получающие пенсию в системе Пенсионного фонда Российской Федерации, Министерстве обороны Российской Федерации, Министерстве внутренних дел Российской Федерации, Федеральной службе безопасности Российской Федерации, Федеральной службе исполнения наказаний Минюста России, начиная с 2017 г. – с учетом лиц, состоящих на учете в системе Следственного комитета Российской Федерации и Генеральной прокуратуры Российской Федерации.

⁴³ 2015 г. с учетом численности инвалидов по Республике Крым и г. Севастополю, представленной в 2015 г. по данным формы № 1-ЕДВ, с 2016г. по данным формы № 94 (ПЕНСИИ).

⁴⁴ Начиная с 2018 г. приведены данные из федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов».

⁴⁵ Начиная с 2022 г. информация приведена с учетом данных по г. Байконур.

- предпочтения в отношении ухода, которые могут варьироваться в зависимости от возраста, пола, этнической принадлежности и других характеристик.

Система долговременного ухода применяется не только для граждан старшего поколения, но и для инвалидов 18+.

Среди характеристик причин неудовлетворительного спроса на услуги в рамках долговременного ухода признаются их финансовая недоступность. Без государственной финансовой поддержки около 60% от всех пожилых людей и инвалидов с дефицитами в самообслуживании не обращались бы в систему долговременного ухода из-за высокой стоимости ухода. Как правило, это свидетельствует о росте неравенства в удовлетворении потребностей в уходе и, соответственно, в качестве и продолжительности жизни людей старшего возраста.

Отсутствие государственной поддержки родственного ухода включенность в оказание услуг по уходу также может негативно сказываться на здоровье, субъективном благополучии и зарплатах ухаживающих членов семьи. И, напротив, доступность хотя бы замещающего ухода для ухаживающих родственников улучшает их общее состояние здоровья и психологическое состояние, снижая вероятность депрессии.

Опыт реализации пилотного проекта по долговременному уходу дает основание ожидать снижения острого дефицита качественных услуг по уходу за инвалидами и пожилыми гражданами в России.

При относительно высоком спросе на уход пожилое население России сталкивается с низкой доступностью социального обслуживания и формального ухода. По данным одного из выборочных обследований Росстата, в 2017 г. социальное обслуживание в момент опроса получали лишь 3,4% граждан старше трудоспособного возраста с ограничениями в повседневной жизни. К 2019 г. эта доля увеличилась до 3,6%, и этот рост

обеспечило увеличение охвата на селе (с 4,2 до 4,8%), в то время как в городах доля получателей оставалась неизменной — на уровне 3,1%⁴⁶.

Дефицит социального обслуживания в России замещается родственным уходом или услугами неквалифицированных работников, оказываемыми на «сером» рынке. В случае применения родственного ухода, не подготовленные к такой деятельности близкие люди, не имеющие возможности разделить с кем-либо это бремя (получить передышку), что оказывает негативное воздействие на уровень экономической активности этих людей, их состояние здоровья и удовлетворенность жизнью.

Компенсации дефицита в развитии системы долговременного ухода в России в целом препятствует отсутствие достоверных данных о потенциальном спросе на долговременный уход со стороны населения. До недавнего времени в России отсутствовали выборочные обследования,

Старение населения и увеличение в их составе граждан, имеющих инвалидность, является главным и неустранимым фактором спроса на долговременный уход, однако имеются факторы, которые можно противопоставить этой тенденции. Увеличение продолжительности жизни, сопровождающееся ростом продолжительности здоровой жизни, может ослаблять связь между старением и ростом спроса на услуги долговременного ухода. Снизить нагрузку на формальные системы долговременного ухода и сдержать рост государственных затрат в данном секторе способны: мероприятия по охране здоровья в пожилом возрасте (в первую очередь гериатрическая помощь), поддержка родственного ухода и вовлечение местных сообществ в оказание социально-бытовой помощи пожилому населению.

Отметим, что развитие системы долговременного ухода, повышающее доступность формального, профессионального ухода для лиц, нуждающихся

⁴⁶ Дегтярев Г.П., Дегтярев А.Г., Нагибин О.А. Технологии и стандарты долговременного ухода за пожилыми людьми: международная и российская практика. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2020; 5-6: 37-44. DOI: 10.26347/1607-2502202005-06037-044.

в нем, положительно влияет на характеристики их здоровья, психологическое самочувствие, снижает спрос на госпитализацию и продлевает жизнь

Таким образом, создание системы долговременного ухода — императив в условиях старения населения, который уже перестал быть привилегией богатых стран. Отсутствие или очень ограниченная доступность профессионального постороннего ухода на дому ведет к ухудшению состояния здоровья, снижению качества и продолжительности жизни людей с ограниченными возможностями в самообслуживании; негативно влияет на благополучие и здоровье ухаживающих членов семьи. Кроме того, экономия на расходах на долговременный уход оказывается мнимой, поскольку одновременно растут расходы на здравоохранение и стационарное социальное обслуживание.

1.3. Оценка влияния рынка труда на кадровый потенциал в системе долговременного ухода

Феномен «демографического старения»⁴⁷ является одним из главных факторов-трендов, сдерживающих развитие современного рынка труда. Это оказывает прямое влияние на состояние кадрового потенциала в системе социального обслуживания и непосредственно СДУ. Люди пожилого и преклонного возраста становятся все старше и многочисленнее, что на фоне сокращения рождаемости усиливает разницу между количеством тех, кто нуждается в уходе, и тех, кто такой уход может и способен осуществлять.

⁴⁷ Процесс увеличения удельного веса пожилых людей в общей численности населения начал проявляться еще с конца XIX века, а к XX веку уже оформился в устойчивую тенденцию, появилось много новых терминов и классификаций. Так, на рубеже 1960-х и 1970-х годов американские геронтологи Бернис Нейгартен и Этель Шанас предложили новую классификацию лиц пожилого возраста – группы «молодых пожилых» (the Young Old) и «старых пожилых» (the Old Old). Большую популярность получил термин «третий возраст», которым пользуется научное сообщество всего мира. Этот термин был предложен английским демографом Питером Ласлеттом, и был положен в основу деления жизненного цикла человека, предполагая временной промежуток между «взрослой жизнью» и «старостью» (см.: Еремина О.Ю. Гл. 6 Социальное обслуживание лиц пожилого возраста – в научно-практическом пособии: Права пенсионеров: российское законодательство и зарубежный опыт / отв. ред. Н. В. Путило. – М.: Проспект, 2020. С. 92-101).

По данным ООН⁴⁸, уже к 2002 году средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении достигла 66 лет, увеличившись с 1950 года на 20 лет. При этом ожидается, что к 2050 году она возрастет еще на 10 или более лет. Вследствие этого число людей в возрасте старше 60 лет, в 2000 году составлявшее примерно 600 млн человек, в 2050 году увеличится до почти 2 млрд человек, а процентная доля населения мира, относимого к категории пожилых людей, согласно прогнозам, увеличится с 10% в 1998 году до 15% в 2025 году. Более того, в конце 2018 года количество людей преклонного возраста впервые в истории человечества превысило количество детей: численность людей старше 65 лет составила 705 млн. человек, а детей младше пяти лет – 650 млн человек⁴⁹.

Перечисленные показатели имеют тенденции к непрерывной динамике до тех пор, пока экономическая нагрузка на более молодое поколение не достигнет крайних пределов и не потребует кардинальной трансформации систем и механизмов социальной защиты.

В Российской Федерации подобная трансформация уже происходит в системе пенсионного обеспечения – это реформа повышения пенсионного возраста⁵⁰. Она заключается в поэтапном (в течение 10 лет) повышении общеустановленного возраста, дающего право на назначение страховой пенсии по старости и пенсий по государственному обеспечению (социальных и других пенсий).

Итогом реформы станет повышение к 2028 году пенсионного возраста на 5 лет:

⁴⁸ См.: Мадридский международный план действий по проблемам старения 2002 года. URL: Мадридский-план-по-старению-2002.pdf. (дата обращения 29.09.2022г.).

⁴⁹ См.: Впервые в истории пожилых людей на Земле стало больше, чем детей. URL: <https://mir24.tv/news/16358059/vpervye-v-istorii-pozhilyh-lyudei-na-zemle-stalobolshe-chem-detei>. (дата обращения 29.09.2022г.).

⁵⁰ См.: Федеральный закон от 3 октября 2018 г. № 350-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам назначения и выплаты пенсий». URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_308156/. (дата обращения 29.09.2022г.).

– по страховым пенсиям (за исключением пенсий по инвалидности, которые назначаются при установлении группы инвалидности) для женщин до 60 лет, для мужчин до 65 лет;

– по социальным пенсиям для граждан, кто не имеет необходимого страхового стажа для назначения страховой пенсий, возраст повышения составит 65 и 70 лет для женщин и мужчин соответственно.

Иными словами, происходит перераспределение нагрузки между экономически активными поколениями, из заработной платы которых производятся отчисления в ПФР и ФСС РФ (с 1 января 2023 года – в единый Социальный фонд), а также на медицинское страхование, и гражданами, кто в силу возраста и снижения трудовой активности, по объективным причинам не в состоянии в полной мере участвовать в формировании финансовой основы системы социального обеспечения, включая ее бюджетную основу, но при этом нуждается в различных мерах социальной поддержки и в социальном обслуживании.

Не смотря на ряд существенных трансформаций в системе социальной защиты РФ, в том числе по линии ратификации ряда значимых положений Конвенции МОТ № 102 «О минимальных нормах социального обеспечения», сближении величин МРОТ и прожиточного минимума, установлении обязательной индексации социальных выплат, вопрос о перераспределении нагрузки между поколениями способен лишь на некоторое время «отдалить» последствия «демографического старения».

В ходе Конституционной реформы 2020 законодатель не случайно акцентировал внимание на адресности мер социальной поддержки, необходимости усиления гарантий социальной защиты лиц, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, поскольку в современных условиях роль социального государства и его функций в направлении компенсации последствий «демографического старения» продолжает неуклонно расти.

На Заседании Президиума Госсовета по вопросам социальной поддержки граждан Т.А. Голикова обозначила приоритетные направления

развития в сфере социальной поддержки граждан, нуждающихся в адресных мерах социальной защиты⁵¹. Было отмечено, что одним из таких направлений выступает реализация системы долговременного ухода за теми, кто по возрасту или из-за болезни не может обойтись без посторонней помощи. Такая система функционирует в ряде регионов с 2018 года в «пилотном» формате, а с 2022 года получила развитие в отдельных муниципальных образованиях в 34 субъектах Российской Федерации.

Позитивные результаты функционирования системы СДУ очевидны.

В течение прошлого года социальные услуги по уходу получили более 108 тысяч человек в 24 субъектах Российской Федерации, из них свыше 80 тысяч человек – на дому и в центрах дневного пребывания. При этом более девяти тысяч родственников людей, нуждающихся в уходе на дому, вышли на работу. Существенно сократилось число обращений пожилых граждан в службу скорой медицинской помощи. А в сфере долговременного ухода было создано 4,7 тысячи рабочих мест.

Таким образом, развитие системы долговременного ухода позволяет решить четыре главные задачи, оказывающие прямое влияние на состояние и динамику на рынке труда и *важнейшие направления формирования предложений рабочей силы для системы СДУ*:

1. Сократить число пожилых граждан, нуждающихся в медицинском обслуживании, и тем самым на время вывести их из категории лиц, подверженных высоким социальным рискам, и требующих дополнительных мер социальной поддержки, что, в связи с отсутствием в РФ обязательного страхования долговременного ухода, выступает в качестве весомой нагрузки на государственный бюджет;

2. Дать возможность пожилым гражданам пенсионного и предпенсионного возраста вести привычный образ жизни, вовлекая их в

⁵¹ См.: Заседание Президиума Госсовета по вопросам социальной поддержки граждан // Президент РФ: официальный сайт. 2022. URL: <http://kremlin.ru> (дата обращения: 26.09.2022).

программы занятости в рамках федеральных и региональных проектов, например, «Старшее поколение»;

3. Создать дополнительные рабочие места в системе долговременного ухода, что позволит привлекать в систему безработных граждан после прохождения ими соответствующего обучения и получения специализации;

4. Вернуть на рынок труда родственников пожилых лиц, которые получают возможность осуществлять трудовую деятельность, пополняя бюджет Социального фонда, вместо получения бюджетных компенсаций по уходу за престарелыми родными и другими родственниками, нуждающимися в уходе⁵².

В ходе оценки влияния рынка труда на кадровый потенциал в системе СДУ представляется значимым анализ диспропорции:

– между количеством имеющихся безработных (в том числе в теневом секторе для экономически активного населения) и количеством предлагаемых работодателями вакансий в системе СДУ (количественная диспропорция);

– между требованиями работодателей в рамках открытой вакансии и профессиональным и квалификационным составом безработных – потенциальных работников в системе СДУ (качественная диспропорция)⁵³.

Количественная диспропорция в системе СДУ может найти решение посредством создания дополнительных рабочих мест в системе СДУ, например, в гериатрических центрах и центрах социального обслуживания

⁵² См., например: Постановление Правительства РФ от 4 июня 2007 г. № 343 (ред. от 27.02.2021) «Об осуществлении ежемесячных компенсационных выплат неработающим трудоспособным лицам, осуществляющим уход за инвалидом I группы (за исключением инвалидов с детства I группы), а также за престарелым, нуждающимся по заключению лечебного учреждения в постоянном постороннем уходе либо достигшим возраста 80 лет». URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34017/056edd857465303675ead05e22a2274bad1d7d46/. (дата обращения 29.09.2022г.).

⁵³ См.: Царенко И.В. Методическое обеспечение оценки влияния рынка труда на экономику региона (на примере Пермского Края). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/metodicheskoe-obespechenie-otsenki-vliyaniya-rynka-truda-na-ekonomiku-regiona-na-primere-permskogo-kрая/viewer>. (дата обращения 29.09.2022г.).

при медицинских организациях в субъектах Российской Федерации⁵⁴. Для частных организаций социального обслуживания такой процесс должен осуществляться параллельно с привлечением государственных субсидий и предоставлением налоговых льгот, например, в зависимости от количества привлечения такими организациями (на базе взаимодействия с центрами занятости) безработных в систему СДУ, а также в зависимости от количества лиц, принятых на обучение, переподготовку и повышение квалификации за счет материально-технической базы организаций и реализуемых ими программ дополнительного образования.

Качественная диспропорция может быть связана с проблемой невостребованности на рынке труда потенциальных работников системы СДУ, например, в связи с отсутствием или недостаточностью проработки профессиональных стандартов, позволяющих выявить должностные характеристики квалификации для таких работников, а также определить для них перечень задач – их трудовую функцию.

В настоящее время в систему социального обслуживания были внедрены/планируются к внедрению следующие профессиональные стандарты:

- 03.001 Специалист по социальной работе⁵⁵;
- 03.002 Социальный работник⁵⁶;
- 03.003 Руководитель организации социального обслуживания⁵⁷;
- 03.004 Руководитель учреждения медико-социальной экспертизы⁵⁸;

⁵⁴ См.: Манукиян Елена. Частные компании смогут оказывать соцуслуги за государство. URL: <https://rg.ru/2020/08/31/chastnye-kompanii-smogut-okazyvat-socuslugi-za-gosudarstvo.html>. (дата обращения 29.09.2022г.).

⁵⁵ См.: Приказ Минтруда России от 18 июня 2020 г. № 351н «Об утверждении профессионального стандарта "Специалист по социальной работе» URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_357716/. (дата обращения 29.09.2022г.).

⁵⁶ См.: Приказ Минтруда России от 18 июня 2020 г. № 354н «Об утверждении профессионального стандарта "Социальный работник"». URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_358012/. (дата обращения 29.09.2022г.).

⁵⁷ См.: Приказ Минтруда России от 18 июня 2020 г. № 353н «Об утверждении профессионального стандарта "Руководитель организации социального обслуживания» URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_357715/. (дата обращения 29.09.2022г.).

⁵⁸ См.: Приказ Минтруда России от 5 декабря 2013 г. № 714н «Об утверждении профессионального стандарта "Руководитель учреждения медико-социальной экспертизы» URL:

- 03.005 Специалист по медико-социальной экспертизе⁵⁹;
- 03.006 Специалист органа опеки и попечительства в отношении несовершеннолетних⁶⁰;
- 03.007 Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере⁶¹;
- 03.008 Психолог в социальной сфере⁶²;
- 03.009 Специалист по работе с семьей⁶³;
- 03.010 Тифлосурдопереводчик⁶⁴;
- 03.011 Специалист по оказанию государственных услуг в области занятости населения (действует до 1 октября 2028 г.)⁶⁵;
- 03.012 Ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья⁶⁶;
- 03.013 Сиделка (помощник по уходу)⁶⁷;
- 03.014 Няня (работник по присмотру и уходу за детьми)⁶⁸;

https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_157330/99929e2f399901635b3e59c6bdf3050c4c94428c/.
(дата обращения 29.09.2022г.).

⁵⁹ См.: Приказ Минтруда России от 5 декабря 2013 г. № 715н «Об утверждении профессионального стандарта "Специалист по медико-социальной экспертизе». URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_158619/b411078adec45b9e53a58d1f87e2f23cf965687a/.
(дата обращения 29.09.2022г.).

⁶⁰ См.: Приказ Минтруда России от 18 ноября 2013 г. № 680н «Об утверждении профессионального стандарта "Специалист органа опеки и попечительства в отношении несовершеннолетних». URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_157177/. (дата обращения 29.09.2022г.).

⁶¹ См.: Приказ Минтруда России от 18 июня 2020 г. № 352н «Об утверждении профессионального стандарта "Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере». URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=82VeuITkOXPAIv&cacheid=334BC56B5DE1B528F105A12B29EFCB88&mode=splus&rnd=nXxMKw&base=LAW&n=358110#OqLfviTM2I3AD6V1>.
(дата обращения 29.09.2022г.).

⁶² См.: Приказ Минтруда России от 18 ноября 2013 г. № 682н «Об утверждении профессионального стандарта "Психолог в социальной сфере» URL: <https://base.garant.ru/70558540/>. (дата обращения 29.09.2022г.).

⁶³ См.: Приказ Минтруда России от 18 ноября 2013 г. № 683н «Об утверждении профессионального стандарта "Специалист по работе с семьей». URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_157269/388a0d6115ad6b151818d9d5016e997f3ea5d529/.
(дата обращения 29.09.2022г.).

⁶⁴ См.: Приказ Минтруда России от 17 октября 2016 г. № 575н «Об утверждении профессионального стандарта "Тифлосурдопереводчик"». URL.: <https://base.garant.ru/71529280/>. (дата обращения 29.09.2022г.).

⁶⁵ См.: Приказ Минтруда России от 20 сентября 2021 г. № 642н «Об утверждении профессионального стандарта "Специалист по оказанию государственных услуг в области занятости населения». URL.: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_399306/. (дата обращения 29.09.2022г.).

⁶⁶ См.: Приказ Минтруда России от 12 апреля 2017 г. № 351н «Об утверждении профессионального стандарта "Ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья». URL.: <https://base.garant.ru/71670014/>. (дата обращения 29.09.2022г.).

⁶⁷ См.: Приказ Минтруда России от 30 июля 2018 г. № 507н «Об утверждении профессионального стандарта "Сиделка (помощник по уходу)"». URL.: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71914246/>. (дата обращения 29.09.2022г.).

- 03.015 Специалист по работе с молодежью⁶⁹;
- 03.016 Переводчик русского жестового языка (действует до 1 сентября 2028 г.)⁷⁰;
- 03.017 Демограф (вступает в силу с 1 октября 2023 г. и действует до 1 октября 2029 г.)⁷¹.

Отметим, что отношения в сфере социального обслуживания и в рамках СДУ постоянно развиваются, что требует разработки новых профессиональных стандартов по новым и молодым направлениям деятельности в системе долговременного ухода. Некоторые из принятых в последние годы профессиональных стандартов являются сравнительно молодыми, например, профессиональный стандарт «Демограф».

Профессиональные стандарты формируются на основе структурного анализа профессиональной / трудовой деятельности по перспективным направлениям развития в отрасли, что позволяет сформировать перечень трудовых функции (карту трудовых функций) и их содержание. При этом трудовая функция является наименьшей структурной единицей профессионального стандарта.

Анализ трудовой деятельности должен охватывать репрезентативную выборку организаций СДУ, чтобы обеспечить отражение консолидированного мнения отраслевого профессионального сообщества, а также учитывать отраслевые, национальные и международные векторы и

⁶⁸ См.: Приказ Минтруда России от 5 декабря 2018 г. № 769н «Об утверждении профессионального стандарта "Няня (работник по присмотру и уходу за детьми)". URL.: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=6vaMwITsBMukmIxj&cacheid=D9B5847D0C11370DB2B7884082C99A44&mode=splus&rnd=CFAFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=314751#QbbMwITsGNHEe6711>. (дата обращения 29.09.2022г.).

⁶⁹ См.: Приказ Минтруда России от 12 февраля 2020 г. № 59н «Об утверждении профессионального стандарта "Специалист по работе с молодежью». URL.: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=6vaMwITsBMukmIxj&cacheid=3B9481BBDA7F4F43F812244D8A045995&mode=splus&rnd=CFAFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=354196#1q2NwIThQnlZrWzK>. (дата обращения 29.09.2022г.).

⁷⁰ См.: Приказ Минтруда России от 14 января 2022 г. № 13н «Об утверждении профессионального стандарта "Переводчик русского жестового языка». URL.: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=6vaMwITsBMukmIxj&cacheid=0B8D494AA43F71D6591C5FE19C7ADD7A&mode=splus&rnd=CFAFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=409645#0MtMwIT4m8Nz2lcL1>. (дата обращения 29.09.2022г.).

⁷¹ См.: Приказ Минтруда России от 8 июня 2022 г. № 346н «Об утверждении профессионального стандарта "Демограф"». URL.: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_421140/. (дата обращения 29.09.2022г.).

тренды развития, чтобы обеспечить жизненный цикл профессиональных стандартов на перспективу не менее 5 лет и их соответствие международному аналогу.

При принятии решения о разработке профессиональных стандартов в системе СДУ подлежат оценке:

- репрезентативные данные и их достоверность, поскольку содержательное раскрытие профессиональных стандартов должно отражать согласованное мнение работодателей, представленных в данном виде деятельности;
- программные документы развития отрасли по видам профессиональной деятельности и статистические данные;
- мнения отраслевых экспертов в сфере последующей реализации профессиональных стандартов;
- анкеты-опросники нуждающихся в уходе лиц в организациях социального обслуживания, где осуществляется деятельность в соответствии с внедренными профессиональными стандартами;
- опыт зарубежной практики в данном виде профессиональной деятельности⁷².

Непрерывное развитие отношений в сфере социального обслуживания по расширению перечня медико-социальных услуг, например, услуг по оказанию паллиативной помощи, может потребовать разработки и принятия новых профессиональных стандартов для работников сферы социального обслуживания, которые не являются медицинскими работниками. В настоящее время в данной сфере действуют профессиональные стандарты «Врач по паллиативной медицинской помощи»⁷³ и «Врач-гериатр»⁷⁴.

⁷² См.: Профессиональные стандарты. Рекомендации по разработке. URL.: <https://publications.hse.ru/mirror/pubs/share/folder/kzhw8roc/bm/direct/140935795>. (дата обращения 29.09.2022г.).

⁷³ См.: Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 22 июня 2018 г. № 409н «Об утверждении профессионального стандарта "Врач по паллиативной медицинской помощи"». URL.: <https://base.garant.ru/72011724/>. (дата обращения 29.09.2022г.).

⁷⁴ См.: Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 июня 2019 г. № 413н «Об утверждении профессионального стандарта "Врач-гериатр"». URL.: <https://base.garant.ru/72294916/>. (дата обращения 29.09.2022г.).

Ратификация Российской Федерацией в ноябре 2011 года Конвенции о правах инвалидов⁷⁵ также требует правового оформления такого направления в социальном обслуживании, как «вспомогательные услуги при сопровождаемом проживании инвалидов». По мнению экспертов, в данной сфере необходимо утвердить перечни видов работ, профессий и должностей, а, следовательно, и профессиональные стандарты⁷⁶.

1.4. Региональная дифференциация проблем в организации эффективной системы предоставления услуг в области долговременного ухода

Система долговременного ухода, начавшаяся как общественная инициатива в 2018, выдвинутая Комиссией по развитию некоммерческого сектора и поддержке социально ориентированных НКО Общественной палаты Российской Федерации, стала частью государственной программы «Старшее поколение», войдя в национальный проект «Демография».

Система долговременного ухода предполагала поэтапное вступление отдельных субъектов Российской Федерации. Так, в 2019 году в пилотный проект вошли следующие регионы: Республика Мордовия, Республика Татарстан, Камчатский край, Ставропольский край, Волгоградская область, Кемеровская область, Кировская область, Костромская область, Новгородская область, Рязанская область, Тульская область, г. Москва.

В 2020 году к пилотному проекту присоединились: Алтайский край, Воронежская область, Новосибирская область, Республика Бурятия, Тамбовская область, Тюменская область.

В 2021 году в пилотный проект были включены еще 6 субъектов: Амурская область, Забайкальский край, Приморский край, Нижегородская область, Самарская область, Ульяновская область.

⁷⁵ См.: Федеральный закон от 3 мая 2012 г. № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов», URL.: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_129200/. (дата обращения 29.09.2022г.)

⁷⁶ См.: Радуто В.И., Свинцов А.А., Шестаков В.П. Правовые аспекты определения понятия "вспомогательные услуги при сопровождаемом проживании инвалидов" // Социальное и пенсионное право. 2020. № 4. С. 45 – 49, URL.: <https://elibrary.ru/item.asp?id=44793083>. (дата обращения 29.09.2022г.).

Реализация системы долговременного ухода в течение трех лет показала следующие проблемные блоки.

Во-первых, распространилась неоднозначная практика по целевой аудитории, а именно есть пробелы в субъектном составе получателей долговременного ухода. В частности, отсутствует ясность в вопросе осуществления поддержки людей, не достигших 18 лет, тех, кто не имеет инвалидности, но нуждается в помощи, поддержке.

Во-вторых, отсутствует правовая определенность по вопросу объема социального пакета услуг, оказываемых бесплатно. До внедрения пилотных проектов ни в одном регионе нельзя было получить весь объем необходимой помощи на дому. Сейчас он включает в себя необходимый минимум услуг — что немаловажно, бесплатных. Однако данный вопрос требует единого нормативного регулирования на федеральном уровне.

В-третьих, требуется внести ясность в ряд вопросов, связанных с вариативностью получения услуг по долговременному уходу. В частности, будет ли у получателя услуг по долговременному уходу право выбора: где получить помощь, вариативность ее получения, выбор поставщика.

В-четвертых, самый трудно решаемый вопрос — финансирование, от которого зависит скорость распространения СДУ. Недостаточность финансирования является основной причиной отсутствия повсеместно внедрения системы долговременного ухода на всей территории Российской Федерации.

Сейчас система долговременного ухода в пилотных регионах предоставляется в рамках трех временных уровней: от семи до 14 часов в неделю, от 14 до 21 часа в неделю и от 21 до 28 часов в неделю.

Предполагается, что это тот минимум, который будет гарантирован государством, и обеспечиваться он будет за счет федерального бюджета. Но это не значит, что, получив данный пакет, получатель услуг по долговременному уходу не сможет докупить дополнительные часы ухода в рамках Федерального закона № 442-ФЗ, либо получить дополнительные

социальные услуги. У субъектов Российской Федерации существует возможность расширить перечень оказываемых услуг. Задача системы долговременного ухода — дать возможность родственникам потратить эти часы, пока за их подопечным кто-то ухаживает, на то, чтобы сходить реализовать собственные нужды (сходить в поликлинику, к стоматологу, в парикмахерскую, возможно, где-то подработать и т. д.).

В-пятых, отсутствует единообразный подход к регулированию правового статуса лиц, осуществляющих уход. Не во всех субъектах Российской Федерации предоставляется правовая возможность официально оформиться сиделками к собственным родственникам. Согласно анализу правоприменительной практики реализации пилотного проекта, в вышеперечисленных субъектах Российской Федерации насчитывается 3,5 миллиона лиц, осуществляющих уход, 2,8 миллиона из них получают пособие — 1200 рублей на основании Указа Президента Российской Федерации от 26 декабря 2006 № 1455 «О компенсационных выплатах лицам, осуществляющим уход за нетрудоспособными гражданами».

В-шестых, сложилась разнообразная практика в субъектах Российской Федерации по вопросу контролирующих органов, за качеством оказания услуг в сфере долговременного ухода, оценке эффективности осуществления ухода, необходимости расширить список категорий граждан, включенных в социальное обслуживание.

В-седьмых, в Федеральном законе от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» **отсутствует единые критерии оценки нуждаемости в долговременном уходе.** Применяемые критерии при реализации пилотного проекта в субъектах Российской Федерации соответствуют международным стандартам социального обслуживания, а не Федеральному закону № 442-ФЗ. Фактически оценка нуждаемости в социальном обслуживании проводится «на основании заключения медицинской организации», форма

которого и отдельные показатели здоровья и функционального статуса, подлежащие оценке, на федеральном уровне не закреплены.

В-восьмых, Федеральные нормативные правовые акты в сфере социального обслуживания и длительного ухода определяют лишь общие организационные рамки предоставления социальных услуг населению. Конечные условия, включая методику оценки нуждаемости по состоянию здоровья, уровень доходов, низкий для получения бесплатных услуг, иные льготы по предоставлению услуг, а также возможность активного выявления нуждающихся граждан медицинскими организациями и органами государственной власти определяют субъекты Российской Федерации. Вместе с тем, на уровне субъектов Российской Федерации (на этапе реализации пилотного проекта) не всегда удается выдержать все требования процедуры оценки нуждаемости, предложенной федеральным центром. Первые результаты типизации в пилотных регионах выявили необъяснимый разброс в уровне нуждаемости на отдельных территориях. Следовательно, для обеспечения равного доступа граждан с дефицитами в самообслуживании к услугам для жителей различных субъектов Российской Федерации **требуется обеспечить их гарантированность на федеральном уровне.**

Выводы:

Анализ реализации пилотного проекта в субъектах Российской Федерации позволил выявить элементы, ограничивающие эффективность системы длительного ухода:

1. высокая степень межсекторальной и территориальной фрагментарности;
2. сложность сочетания формальной и неформальной помощи, отсутствие возможности взаимодополняемости формального и неформального ухода;
3. слабая интеграция медицинских услуг в систему длительного ухода;

4. слабость мониторинга процесса оказания медико-социальных услуг по причине отсутствия надежных критериев оценки таких результатов;
5. острая необходимость разработки механизмов межведомственного взаимодействия;
6. большой разрыв между спросом на долговременные услуги (очень высокий) и их предложением;
7. несоответствие количественных и качественных показателей долговременного ухода современным потребностям;
8. общая проблема информационной поддержки федерального проекта;
9. проблема кадрового обеспечения. Необходимость комплексного обучения не только навыкам специального ухода по новым требованиям, но и подготовка управленческих кадров системы долговременного ухода, а также узких специалистов: гериатров, реабилитологов, специалистов по адаптивной физической культуре, по трудотерапии, организаторов досуговой деятельности и пр.;
10. необходимость модернизации материально-технической базы учреждений социального обслуживания высокотехнологичным реабилитационным оборудованием, современными средствами ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, формирование безбарьерной среды жизнедеятельности;
11. отсутствие геронтологических центров во многих субъектах Российской Федерации.

1.5. Выявление мнения экспертов об оказании услуг по долговременному уходу в негосударственных организациях

В сфере оказания социальных услуг больше внимание уделяется социально ориентированным некоммерческим организациям как потенциально значимому ресурсу развития социальной сферы.

Право на оказание социальных услуг силами некоммерческих организаций определено Федеральным законом от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»⁷⁷. Данный закон уравнивает в правах государственные и некоммерческие организации по вопросам:

- доступа к бюджетному финансированию;
- предоставлению социальных услуг на постоянной основе;
- в целом по объему прав и обязанностей.

Как известно, указанные законы изменили концептуальные подходы к социальному обслуживанию населения, был внедрен новый механизм взаимодействия государственных и негосударственных структур при оказании социальных услуг.

Среди основных характеристик государственно-частного партнерства в сфере социального обслуживания, выявленных в ходе правоприменительной практики, можно выделить:

Долгосрочность взаимодействия публичной и частной сторон⁷⁸.

- Управление рисками. Составление «Матрицы рисков» при распределении рисков между сторонами с переносом на ту сторону, кто в данный момент может им управлять с наименьшими издержками.

- Проектное финансирование. Финансовая модель проекта с детальной оценкой возможных рисков по каждому этапу реализации проекта с механизмом возврата вложенных инвестиций.

- Софинансирование. Привлечение бюджетных, внебюджетных и иных источников при создании финансовой модели.

- Социальная направленность. Стабильность исполнения условий договора публичными и частными сторонами напрямую связаны с повышением качества жизни получателей социальных услуг.

⁷⁷ URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/. (дата обращения 29.09.2022г.).

⁷⁸ Средний срок реализации проектов в сфере социального обслуживания -19 лет.

Исследователи⁷⁹ отмечают необходимость применения государственно-частного партнерства при реализации проектов и мероприятий социальной политики, включая:

- развитие объектов социальной инфраструктуры для пожилых и инвалидов;
- строительством новых современных объектов.

Анализ данных Федеральной службы государственной статистики (далее – Росстат) по вариантам демографического прогноза на период до 2035 года показал устойчивое повышение спроса на социальное обслуживание со стороны граждан старше трудоспособного возраста. Как отмечено в отчете Росстата, рост численности граждан старшего поколения будет значительно опережать рост трудоспособного населения.

Рост демографической нагрузки с неизбежностью повлечет рост потребности граждан старшего поколения в предоставлении качественных социальных услуг всех форм социального обслуживания. Следовательно, возрастет потребность в социальной инфраструктуре, отвечающей современным требованиям для обеспечения этой потребности.

Реализация федерального проекта «Модернизация сферы социального обслуживания и развитие сектора негосударственных организаций в сфере оказания социальных услуг»⁸⁰ уже позволила расширить рынок социальных услуг и увеличить долю участия негосударственных организаций. Так, направленные некоммерческие организации в 2020 году субсидии из средств федерального бюджета, в общем объеме 1548738,3 тыс. рублей, позволили организовать прохождение комплексной и восстановительной реабилитации около 6 тыс. инвалидов, ветеранов, членов их семей и иных категорий

⁷⁹ Самофатова К.А. (аспирант РГСВУ). Специфика организации системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста в российской федерации. Социальная политика и социология. 2019. Т. 18. № 1 (130). С. 68-79. DOI: [10.17922/2071-3665-2019-18-1-68-79](https://doi.org/10.17922/2071-3665-2019-18-1-68-79)

⁸⁰ Утратил силу с 1 января 2022 года. - Постановление Правительства РФ от 30.10.2021 N 1886.

граждан, а также предоставить дополнительные меры социальной поддержки ветеранам, пенсионерам и инвалидам⁸¹.

Правоприменительная практика государственно-частного партнерства уже доказала свою эффективность для обеих сторон. Для негосударственных стационарных организаций социального обслуживания граждан пожилого возраста сотрудничество с органами государственной власти субъектов Российской Федерации приводит к увеличению рентабельности через размещение в них нуждающихся граждан пожилого возраста на бюджетной основе. Для государства это сотрудничество позволяет добиться бюджетной эффективности расходов, т.к. отсутствует необходимость тратить средства бюджета на создание и содержание дополнительных койко-мест.

Использование важнейшего инструментом нового механизма – реестра поставщиков социальных услуг позволяет повысить прозрачность деятельности негосударственных организаций социального обслуживания и повышает уровень обеспеченности учреждениями для их оказания.

В свою очередь для частных организаций включение в реестр означает возможность рассчитывать на компенсации и налоговые льготы при оказании социальных услуг, а в случае, если поставщик социальных услуг, включенный в реестр, не участвует в выполнении государственного задания, то повышается его защищенность, т.к. ему выплачивается компенсация.

Инструментом развития государственно-частного партнерства признается принятый Федеральный закон от 13 июля 2020 г. № 189-ФЗ «О государственном (муниципальном) социальном заказе на оказание государственных (муниципальных) услуг в социальной сфере»⁸² (далее –

⁸¹ Постановление Правительства РФ от 30.10.2021 N 1886 "О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации "Социальная поддержка граждан" и признании утратившими силу некоторых актов и отдельных положений некоторых актов Правительства Российской Федерации". URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=qeSzpIT37xGDzvqT&cacheid=22F586A6D6F325740E5DBE0FF83B20E8&mode=splus&rnd=iLOIAQ&base=LAW&n=400105#UpdIrITWQ5oVsM8u>. (дата обращения 29.09.2022г.).

⁸² URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=6vaMwITsBMukmIxj&cacheid=3F3478F4BDB1272B5109094B8F1CC353&mode=splus&rnd=CFAFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=357066&dst=1000000001#qhqpWITTs3LbspJ9>. (дата обращения 29.09.2022г.).

Закон № 189-ФЗ). Закон регулирует отношения, связанные с формированием и исполнением государственных (муниципальных) социальных заказов на оказание государственных (муниципальных) услуг физическим лицам за счет субсидий, предоставляемых из бюджетов бюджетной системы Российской Федерации в отраслях социальной сферы.

Отметим, что Закон № 189-ФЗ имеет ограничение действия по времени и кругу лиц и носит экспериментальный характер. Он вступил в силу в на территории 34-х субъектов Российской Федерации⁸³ и действует с 1 сентября 2020 года по 1 января 2025 года.

Передача государственной функции по оказанию социального обслуживания негосударственному сектору предполагает осуществление государственного контроля за качеством оказываемых социальных услуг. Основой развития нормативного правового регулирования государственного контроля в сфере социального обслуживания является Федеральный закон от 31 июля 2020 года № 248-ФЗ «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации» (далее – Закон № 248 - ФЗ).

В рамках Законов № 442-ФЗ и 248-ФЗ разработано руководство по соблюдению обязательных требований в сфере социального обслуживания и оказания гражданам государственной социальной помощи в виде предоставления социальных услуг (Приказ Роструда от 20 апреля 2022 г. № 101). Целью Руководства является предотвращение нарушений законодательства в сфере оказания гражданам государственной социальной

⁸³ Распоряжение Правительства РФ от 07.10.2020 N 2579-р «Об утверждении перечня субъектов Российской Федерации, в которых вступает в силу Федеральный закон «О государственном (муниципальном) социальном заказе на оказание государственных (муниципальных) услуг в социальной сфере» (Республика Адыгея Республика Башкортостан Республика Карелия Республика Саха (Якутия) Чувашская Республика Алтайский край Камчатский край Красноярский край Пермский край Приморский край Ставропольский край Хабаровский край Белгородская область Вологодская область Воронежская область Калининградская область Костромская область Курская область Ленинградская область Московская область Новгородская область Новосибирская область Оренбургская область Псковская область Самарская область Саратовская область Сахалинская область Тюменская область Ульяновская область Челябинская область Ярославская область Город Санкт-Петербург Ханты-Мансийский автономный округ – Югра Ямало-Ненецкий автономный округ). URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=qeSzpIT37xGDzvqT&cacheid=9FB6CCC3C9974197A35153BE1E2CAE31&mode=splus&rnd=iLOIAQ&base=LAW&n=413242#ek5JrITcZlnf5w4>. (дата обращения 29.09.2022г.).

помощи в виде предоставления социальных услуг, также оно содержит рекомендации по соблюдению обязательных требований. Однако данное Руководство касается только услуг по предоставлению при наличии медицинских показаний путевки на санаторно-курортное лечение, и бесплатному проезду на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно.

Отсутствие нормативного правового регулирования по многим вопросам развития государственно-частного партнерства в сфере социального обслуживания побуждает к поиску правовых способов и средств его дальнейшего развития для обеспечения высоких качественных характеристик оказания социальных услуг.

Влияние на качество социальных услуг оказывает утверждение индикаторов риска нарушения обязательных требований при осуществлении федерального государственного контроля (надзора) в сфере социального обслуживания. Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 18 ноября 2021 г. № 810н утвержден только один индикатор – снижение более чем на 20% за прошедшие 2 календарных года штатного количества специалистов организации социального обслуживания, непосредственно оказывающих социальные услуги, в расчете на 1 получателя социальных услуг.

Долгосрочный характер работы в сфере социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов соответствует особенностям инфраструктурных проектов государственно-частного партнерства. При очевидном преимуществе применения форм государственно-частного партнерства как для публичной, так и для частной стороны, возникает необходимость определения единых требований к качеству и доступности социальных услуг для граждан в соответствии с Законом № 442-ФЗ.

Наиболее важным направлением в вопросе обеспечения качества и доступности социальных услуг и сохранения инвестиционной привлекательности для частных партнеров, является необходимость

формирования ряда требований: *сформировать стандарты социальных услуг; требования к порядку их оказания*⁸⁴; *правил предоставления социальных услуг бесплатно, за плату или частичную оплату, требование к деятельности поставщика социальных услуг.*

Кроме того, считаем целесообразным разработать *стандарт оказания услуг при заключении соглашений о государственно-частном партнерстве*, в который входили бы следующие элементы: определение объема социальных услуг; сроков их предоставления; определение норматива финансирования социальных услуг и условий их предоставления (например, условий доступности с учетом ограниченных возможностей здоровья); показатели качества и оценки результатов предоставления услуг.

Перечисленные меры позволят субъектам Российской Федерации сформировать механизм привлечения негосударственных инвестиций и поставщиков социальных услуг в сферу социального обслуживания.

Гарантии негосударственным партнерам, установленные Законом № 442-ФЗ в виде компенсационного механизма и налоговых льгот, соответствуют историческому опыту государственно-частного партнерства в России.

Исследователи отмечают, что по сей день актуальным остаются вопросы преодоления ведомственных барьеров, необходимость совершенствования механизмов взаимодействия государственных и некоммерческих структур, нацеленных на оказание помощи и ухода престарелым и инвалидам⁸⁵.

⁸⁴ В настоящее время принят только один Стандарт деятельности по осуществлению полномочия в сфере занятости населения по оказанию государственной услуги по социальной адаптации безработных граждан на рынке труда, утвержденный приказом Минтруда России от 27.04.2022 № 266н. URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=qeSzpIT37xGDzvqT&cacheid=1825F49FFCE9D7E508666CEFE2339EA8&mode=splus&rnd=iLOIAQ&base=LAW&n=418608#P3TJrIT8ctOm0z3I1>. (дата обращения 29.09.2022г.).

⁸⁵ Колосова Г.В. (сотрудник Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга). Региональный аспект организации межведомственного взаимодействия в системе социального обслуживания граждан старшего поколения и инвалидов: опыт САНКТ-ПЕТЕРБУРГА. Социальная работа: теория, методы, практика. 2021. № 3. С. 19-48.

В Санкт-Петербурге реализуется региональный проект «Старшее поколение»⁸⁶. Программа состоит из четырех основных направлений, направленных на увеличение продолжительности жизни, формирования системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста, включая сбалансированное социальное обслуживание и медицинскую помощь. Мероприятия программы распределены между 27 исполнителями. Социальные услуги в стационарной форме предоставляются 8 негосударственными поставщиками социальных услуг общей численностью 1000 койко-мест.

В Санкт-Петербурге функционирует ООО «Управляющая компания «Опека СПб»⁸⁷, с которой заключено концессионное соглашение в отношении объекта социального обслуживания – дома престарелых. Компания осуществляет деятельность по социальному обслуживанию граждан. Независимые отзывы⁸⁸ сети Интернет по-разному оценивают деятельность данной компании. Есть положительные отзывы: хороший уход, хорошее питание, работа психологов. Имеются отрицательные отзывы: текучесть кадров, отказ в уходе за лежачими больными и т.д.

В рамках реализации программы «Старшее поколение» в Санкт-Петербурге ежегодно проводится Международный форум «Старшее поколение». Так на 28.09 – 01.10.2022 г. запланировано проведение XV по счету форума⁸⁹.

Форум проходит при поддержке Министерства труда и социальной защиты РФ и Министерства здравоохранения РФ, Правительства Санкт-Петербурга, «Единой России», а также при участии более 20 негосударственных партнеров.

⁸⁶ URL: <https://zabota.expoforum.ru/ru/>. (дата обращения 29.09.2022г.).

⁸⁷ Колосова Г.В. (сотрудник Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга). Опыт Санкт-Петербурга в рамках реализации мероприятий, направленных на развитие системы долговременного ухода, формирование активного долголетия и рост качества жизни граждан старшего поколения. Социальная работа: теория, методы, практика. 2020. № 2. С. 15-33.

⁸⁸ URL: https://otzovik.com/reviews/socialniy_geriatricheskiy_centra_opeka_russia_sankt-petersburg/. (дата обращения 29.09.2022г.)

⁸⁹ URL: <https://zabota.expoforum.ru/ru/>. (дата обращения 29.09.2022г.).

В форуме принимают участие 145 организаций, 34 региона РФ, 7 зарубежных партнеров. На форуме планируется 21 000 посетителей.

В рамках форума для пожилых людей организован ряд мероприятий⁹⁰:

- турнир «Что? Где? Когда?»;
- конкурс танцев «Танцуй, пока молодой!». Такой конкурс будет проводиться уже в 13-й раз;
- мастер-класс по арт-терапии «Сказка для самых стареньких» или «Сказкотерапия». Во время мастер-класса у пожилых людей появится возможность пообщаться с квалифицированным клиническим психологом, найти пути самореализации после выхода на пенсию;
- показ мод для пожилых людей;
- курсы по компьютерной грамотности.
- программа «Кемфут». Это авторская программа «Поверь в себя», программа для людей пожилого возраста, ведущих активный образ жизни. В нее входят: расслабляющая гимнастика, самомассаж, растяжка и т.д.

Для пожилых людей будет организована музыкальная программа, концерты, торжественное открытие форума.

На форуме будут проведены ряд научных и практических мероприятий, обмен опытом специалистов по социальной работе, рабочее совещание врачей-гериатров.

В Санкт-Петербурге для предоставления комплексной медико-социальной помощи пожилым гражданам используется труд добровольцев (волонтеров). Деятельность волонтеров определена распоряжением Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 26.04.2018 г. № 235-р «Об организации и использовании труда добровольцев (волонтеров) в государственных учреждениях социального обслуживания населения Санкт-Петербурга»⁹¹.

⁹⁰ URL: <https://zabota.expoforum.ru/ru/ru-forum-dolgoletia/>. (дата обращения 29.09.2022г.).

⁹¹ URL: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=SPB&n=199197#v8nXeITm4AsndFPm>. (дата обращения 29.09.2022г.).

Социально ориентированные некоммерческие организации в Санкт-Петербурге активно вовлекают граждан в добровольческую деятельность. Так, Межрегиональная общественная организация инвалидов и пенсионеров «Еврейский Благотворительный Центр «Забота – ХЭСЭД Авраам»⁹² занимается поддержкой, реабилитацией и защитой пожилых граждан. В Центре действует более 26 благотворительных программ:

- центр памяти и здоровья проводит занятия для пожилых людей с проблемами памяти, внимания, мышления;
- уход на дому;
- медицинские программы;
- информационный центр по консультированию и помощи пожилых людей в получении государственных социальных услуг;
- дневной центр, где пожилые люди могут пообщаться в хорошей компании сверстников;
- фонд экстренной помощи, оказывающим помощь в кризисных ситуациях;
- продовольственные программы, нацеленные на помощь малообеспеченным;
- прокат реабилитационного оборудования;
- медико-социальная реабилитация по восстановлению после травм, инсультов и т.д.

В Волгоградской области наряду с государственными поставщиками социальных услуг работают некоммерческие организации. Их насчитывается около 30⁹³, включая индивидуального предпринимателя. Доля социальных услуг, оказываемых негосударственными организациями социального обслуживания, в общей доле составляет 25,2 %⁹⁴.

⁹² URL: <https://www.hesed.spb.ru/>. (дата обращения 29.09.2022г.).

⁹³ Карпушина А.С. (магистрант). Социальное обеспечение граждан в рамках регионального проекта "Разработка и реализация программы системной адресной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения (Волгоградская область)". Реализация и итоги проекта за 2019 год. В сборнике: Актуальные вопросы экономики. Сборник статей IV Международной научно-практической конференции. 2020. С. 159-163.

⁹⁴ URL: <https://sonko.volganet.ru/sonko/>. (дата обращения 29.09.2022г.).

Некоммерческие организации Иркутской области начали внедрять технологии сопровождения проживания пожилых людей раньше, чем этим занялись государственные учреждения. Так, на территории Иркутской области более 10 лет функционирует социальная деревня Заречная⁹⁵. Она создана для проживания людей с особенностями развития, нарушением развития интеллекта. Деревня создана в 1999 году родителями тех, кто в ней проживает. Деревню находится под патронатом Иркутской областной общественной организации инвалидов «Семейная усадьба».

Проживающие в деревне трудятся в меру своих сил. В деревне организована ткацкая и деревообрабатывающая мастерские, курятник, огород.

Помощь проживающим инвалидам оказывают три педагога, психологи.

В Иркутской области существует еще одна такая деревня ООИ «Прибайкальский источник»⁹⁶.

Аналогичная Социальная деревня из двух домов открылась в Республике Бурятия⁹⁷. В двух домах располагается всего 8 квартир, в которых проживают люди с ментальными нарушениями (ДЦП). В деревенском комплексе есть курятник, огород, инвалиды самостоятельно ведут домашнее хозяйство. Построил дома местный предприниматель, который рассматривает перспективу трудоустройства инвалидов на расположенной рядом ферме.

Примером социально ориентированной некоммерческой организацией можно назвать АНО Дальневосточный институт содействия общественному развитию⁹⁸, функционирующий в Хабаровске (далее – Дальневосточный институт). Дальневосточный институт работает с людьми пожилого возраста. Направления работы: социальная адаптация, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве, повышение правовой и компьютерной

⁹⁵ URL: <https://www.ogirk.ru/2015/09/18/59366/>. (дата обращения 29.09.2022г.).

⁹⁶ URL: <https://www.irk.ru/news/articles/20130624/talisman/>. (дата обращения 29.09.2022г.).

⁹⁷ URL: <https://bgtrk.ru/news/society/173744/>. (дата обращения 29.09.2022г.).

⁹⁸ URL: <http://anodvisor-khv.ru/>. (дата обращения 29.09.2022г.).

грамотности, изучение иностранных языков. На базе Дальневосточного института совместно с пожилыми людьми участвует в различных конкурсах. Например, в июле 2022 г. институт стал победителем конкурса «Эффективная филантропия».

Совместно с пожилыми людьми институт проводит общественные работы экологической направленности. Например, в июле 2022 г. проведен эко-десант «Поможем озеру», в ходе которого усиленно был убран мусор вокруг озера и на его поверхности. Учебный центр института реализует целый ряд образовательных программ для детей и взрослых. Например, курсы для сотрудников, работающих с особенными детьми, курс «Организационные основы деятельности подразделений ранней помощи», семинары с учителями начальной школы, курсы для педагогов «Возрождение семьи» и др.

Перечень негосударственных организаций, задействованных в социальной сфере, огромен, каждая из которых реализует свой оригинальный проект/проекты. Можно назвать еще проекты:

- Союз пенсионеров России (функционирует на всей территории России): проводит Спартакиады пенсионеров в России⁹⁹, и другие мероприятия;

- Благотворительный фонд «Старость в радость»¹⁰⁰ (г. Москва) оказывает поддержку домам престарелых, оказывает адресную помощь, проводит различные обучающие онлайн-программы и т.д.;

- Проект «Бабушки онлайн» (г. Санкт-Петербург)¹⁰¹ нацелен на преодоление социальной изоляции постояльцев социальных учреждений. Проект родился в период коронавирусной инфекции для поддержания социальной коммуникативной активности престарелых, находящихся в изоляции в этот период. Суть проекта – общение постояльцев со знаменитыми людьми, артистами;

⁹⁹ URL: <https://www.rospensioner.ru/>. (дата обращения 29.09.2022г.).

¹⁰⁰ URL: <https://starikam.org/news/>. (дата обращения 29.09.2022г.).

¹⁰¹ URL: <https://fond-dolgolet.ru/archives/1770> . (дата обращения 29.09.2022г.).

- социальная гостиная «Поэтакс» (республика Мордовия)¹⁰² создана на базе Мордовского государственного университета им. Н.П.Огарева. В основном проект направлен на повышение знаний и умений пожилых людей, обучение их новым навыкам компьютерной грамотности, оказание правовой помощи.

В исследовательской литературе¹⁰³ высказываются следующие рекомендации для более эффективного функционирования социально ориентированных некоммерческих организаций в сфере оказания социальных услуг:

- снижение излишних административных барьеров для доступа к бюджетным средствам;
- необходимость приведения региональных нормативно-правовых актов в соответствие с федеральным законодательством в части участия некоммерческих организаций в сфере оказания социальных услуг;
- обеспечение соблюдения процедур и регламентов, установленных региональным законодательством, по включению некоммерческих организаций в реестр поставщиков, компенсации затрат на оказание услуг наравне с государственными учреждениями;
- сформировать систему мониторинга деятельности некоммерческих организаций по оказанию социальных услуг;
- исключить социальные услуги, оказываемые некоммерческими организациями, из перечня услуг, реализуемых на условиях государственных закупок и др.

Исследователи отмечают, что по сей день актуальным остаются вопросы преодоления ведомственных барьеров, необходимость совершенствования механизмов взаимодействия государственных и

¹⁰² URL: <https://dobroedelo.org/koaliciya-pravo-pozhilyx/partnery/pietas-saransk/>. (дата обращения 29.09.2022г.).

¹⁰³ Шмельёва М.В. (Ульяновский государственный университет, Индекс Хирша 5). Социально ориентированные некоммерческие организации как потенциально значимый ресурс развития социальной сферы. В сборнике: Актуальные проблемы социальной сферы: теория и практика. Материалы II Всероссийского научно-практического семинара. Ответственные редакторы Н.В. Курилович, А.Ю. Курин. 2019. С. 119-122.

некоммерческих структур, нацеленных на оказание помощи и ухода престарелым и инвалидам¹⁰⁴.

Авторы отмечают¹⁰⁵ положительный эффект от участия социально ориентированных некоммерческих организаций в сфере социального обеспечения. Исследователи видят несомненные преимущества участия некоммерческих организаций в социальной сфере. Отмечается, что некоммерческие организации предоставляют более качественные и разнообразные социальные услуги своим целевым группам. Современное состояние социальной сферы показывает, что государственные социальные службы в одиночку не справляются с растущими потребностями нуждающихся¹⁰⁶. Расширение поставщиков социальных услуг позволяет существенно повысить и качество и расширить перечень оказываемых услуг, стимулирует добросовестную конкуренцию между поставщиками социальных услуг различными форм собственности¹⁰⁷.

Участие некоммерческих организаций в реализации пилотных проектов по формированию системы долгосрочного ухода за пожилыми способствует обеспечению равных возможностей для инвалидов, в частности. При участии социально ориентированных некоммерческих организаций своевременно оказывается помощь беженцам и вынужденным переселенцам. Некоммерческие организации выступают пионерами при внедрении инновационных подходов к решению социальных проблем, оказанию социальных услуг пожилому населению.

¹⁰⁴ Колосова Г.В. (сотрудник Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга). Региональный аспект организации межведомственного взаимодействия в системе социального обслуживания граждан старшего поколения и инвалидов: опыт Санкт-Петербурга. Социальная работа: теория, методы, практика. 2021. № 3. С. 19-48.

¹⁰⁵ Там же.

¹⁰⁶ Шмелёва М.В. (Ульяновский государственный университет, Индекс Хирша 5). Социально ориентированные некоммерческие организации как потенциально значимый ресурс развития социальной сферы. В сборнике: Актуальные проблемы социальной сферы: теория и практика. Материалы II Всероссийского научно-практического семинара. Ответственные редакторы Н.В. Курилович, А.Ю. Курин. 2019. С. 119-122.

¹⁰⁷ Холостова Е.И. (д. ист.н., профессор, советник Министра Правительства Москвы, руководителя Департамента труда и социальной защиты города Москвы). Социально ориентированные некоммерческие организации. М.: Издательство торговая корпорация «Дашков и К°», 2017. 181 с

В настоящее время социально ориентированные некоммерческие организации играют огромную роль в решении социальных проблем общества¹⁰⁸. Отмечают, что некоммерческие организации создают новые образовательные, информационные технологии, методики по социальной работе с различными группами населения, тем самым апробируя и внедряя социальные новации.

Особую роль некоммерческие организации играют в организации досуговой жизни пожилых людей. Исследователи отмечают, что в основном, пожилым людям свойственны две формы социальной активности: семейно-бытовая и досугово-рекреативная¹⁰⁹. Авторы¹¹⁰ отмечают, что сами пожилые люди видят себя также в

- трудовой деятельности (30,8%);
- созданию собственного дела (26,7%);
- самообразованию (7,6%);
- общественной деятельности (28 %);
- семье и досуге (6,9%).

Проведенный исследователями¹¹¹ социологический опрос среди посетителей дневной формы пребывания в социальном учреждении показал, что, в основном, пожилые люди от посещения ожидают дополнительного социально-культурного общения:

- желание вести активный образ жизни (63,8%);
- стремление к получению новых знаний (61,2 %);
- стремление разнообразить жизнь (55,7 %);
- возможность пообщаться (47,6%).

¹⁰⁸ Вишнева К.В. (Тихоокеанский государственный университет). Социально ориентированные некоммерческие организации как ресурс развития социальной сферы. Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2016. Т. 26. № 2. С. 108-114.

¹⁰⁹ Васильева Е. Н. (ФГБОУ ВПО Тюменская государственная академия культуры). Мосина О.А. (Оренбургский филиал ФГБОУ ВПО Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации (Оренбургский филиал РАНХиГС). Ресурсный потенциал «пожилых»: технологии реализации [Электронный ресурс] / Е. Н. Васильева, О.А. Мосина //Современные проблемы науки и образования. – 2014. – №. 1. – С. 458-458. Режим доступа: URL: <https://www.science-education.ru/pdf/2014/1/222.pdf>. (дата обращения 29.09.2022г.)

¹¹⁰ Там же.

¹¹¹ Григорьева С. А. (аспирант). Формирование условий для социальной активности граждан старшего поколения //Социальные и гуманитарные знания. – 2018. Т. 4. №. 3. С. 169.

Исследование показало, что пожилые граждане в своём большинстве достаточно социально активны и готовы к продолжению трудовой и общественной деятельности, испытывают необходимость к самореализации.

Выводы:

Некоммерческие организации выполняют функцию катализатора реализации обратной связи между гражданами и государством, посредством механизмов общественного контроля способствуют повышению эффективности работы государственных и муниципальных служб социальной защиты населения.

Они вносят элемент конкуренции при оказании социальных услуг, что способствует повышению их эффективности.

Каждая некоммерческая организация обладает своим набором социальных услуг. Положительным является то, что некоммерческие организации ориентируют свою работу на определенный круг пожилых людей с учетом их индивидуальных особенностей: национальности, культуры, уровня образования, круга интересов и т.д. Социальные услуги, предоставляемые некоммерческими организациями, не ограничены стандартами, что дает им возможность действовать шире, чем государственные, оперативно реагировать на изменения в обществе и в потребности людей.

Как недостаток можно выделить то, что социально ориентированные некоммерческие организации, в основе своей, выведены из межведомственного взаимодействия в социальной сфере. Только некоторые регионы, муниципальные округа, отдельно взятые социальные учреждения активно включают в межведомственное взаимодействие некоммерческие организации на своей территории.

2. Оценка правовой и социально-экономической эффективности действующего федерального законодательства в области системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами

2.1. Оценка эффективности нормативных правовых актов в сфере регулирования политики долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами с точки зрения удовлетворенности и качества предоставляемых услуг населению

Говоря об эффективности законодательства в социальной сфере, следует анализировать законодательство не только с точки зрения его содержательного наполнения (правовые критерии эффективности), но и с точки зрения того социального эффекта, который должен быть достигнут в результате принятия того или иного законодательного акта. В данном случае мерилom эффективности закона следует считать удовлетворенность потребностей граждан (материальных, духовных и пр.), отраженных в виде цели закона и закрепленных в качестве их прав. В то же время этот показатель вряд ли подлежит каким-либо количественным подсчетам и в определенной степени может быть выявлен только посредством социологических исследований¹¹².

В ряде случаев социальный эффект того или иного нормативного правового акта социальной направленности может быть измерен в целом его выполнением или невыполнением. Например, эффективность нормативного правового акта, предусматривающего социальные выплаты гражданам, не может быть оценена по комплексному критерию наличия бюджетных средств на выплаты и осуществления таких выплат. Это весьма упрощенный, хотя и показательный подход к измерению результативности того или иного

¹¹² Ссылка в книге Эффективность законодательства: вопросы теории и практика: монография / Ю.А. Тихомиров, В.П. Емельянцеv, А.А. Аюрова и др.; отв. ред. Ю.А. Тихомиров, В.П. Емельянцеv. — М.: Институт законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации: ИНФРА-М, 2015. С. 81. Такие исследования достаточно показательны. Так, по данным «Левада-центр», чаще всего в России ущемляется право на медицинскую помощь, социальную защиту, жизненный уровень, а также на бесплатное образование и равный доступ к нему. URL: <http://www.levada.ru>. (дата обращения 29.09.2022г.).

нормативного правового акта. Такой способ выявления правореализационной судьбы нормативного правового акта, по нашему мнению, имеет право на существование в качестве общего измерителя позитивной практики его применения, поскольку позволяет выявить финансовые и институциональные проблемы.

Однако нельзя не учитывать, что социальный эффект нормативного правового акта не может быть сведен только к механическому подсчету соответствия количества граждан, получающих социальные выплаты, количеству произведенных выплат. Этот формальный критерий вряд ли может в полной мере свидетельствовать о достигнутом законом результате, ведь социальные выплаты могут быть минимальными и не способными обеспечить граждан теми благами, которые законом изначально заявлены.

В этом смысле печально известны Указы Президента Российской Федерации от 26 февраля 2013 г. № 175 «О ежемесячных выплатах лицам, осуществляющим уход за детьми-инвалидами и инвалидами с детства I группы»¹¹³; от 26 декабря 2006 г. № 1455 «О компенсационных выплатах лицам, осуществляющим уход за нетрудоспособными гражданами»¹¹⁴.

Согласно данным нормативным правовым актам, неработающий трудоспособный гражданин, ухаживающий за нетрудоспособным лицом, может получить независимо от их совместного проживания одну из ежемесячных выплат в зависимости от категории лица, за которым требуется уход:

1) выплату по уходу за детьми-инвалидами и инвалидами с детства I группы в размере 10 000 руб. родителю (усыновителю) или опекуну (попечителю) либо в размере 1 200 руб. другим лицам;

¹¹³URL:<https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=6vaMwITsBMukmIxj&cacheid=E1EE8860CEB88BFBECAFE84EB0FD7827&mode=splus&rnd=CFAFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=319752&dst=1000000001#SZdWwITAnyWJxW1T1>. (дата обращения 29.09.2022г.).

¹¹⁴

URL:<https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=6vaMwITsBMukmIxj&cacheid=B326E2D5C659B6396BAFFDBAB8447E86&mode=splus&rnd=CFAFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=173399&dst=1000000001#TDrWwITUwi25Gsxn>. (дата обращения 29.09.2022г.).

2) компенсационную выплату в размере 1 200 руб. по уходу за иными нетрудоспособными гражданами, к которым относятся: инвалиды I группы (за исключением инвалидов с детства I группы) и престарелые граждане, нуждающиеся в постоянном постороннем уходе или достигшие возраста 80 лет.

Данная компенсационная выплата не может быть признана эффективной в силу того, что является формальной, не может обеспечить трудоспособному гражданину, выполняющему социально важную функцию – осуществление ухода за гражданином с дефицитом способности к самообслуживанию, даже минимального прожиточного уровня.

Принятие новых базовых федеральных законов в социальной сфере¹¹⁵ повлекло за собой обновление всего корпуса социального законодательства, включающего подзаконный сектор нормативного регулирования на федеральном, региональном и муниципальном уровнях власти.

Рассматривая социальное законодательство в качестве объекта исследования с целью определения его эффективности, необходимо использовать все имеющиеся в правовой науке подходы к пониманию эффективности.

Первый, так называемый «целевой» подход заключается в определении степени достижения тех целей, которые ставились перед принятием нормативных актов. Однако в базовых отраслевых законах социальной сферы наблюдается тенденция отказа от статей, содержащих статьи о принципах, целях и задачах правового регулирования. Эта тенденция характерна для всего законодательства Российской Федерации на протяжении двух последних десятилетий. Отсутствие именно целевых установок в правовом регулировании не может рассматриваться в

¹¹⁵ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»// «Собрание законодательства Российской Федерации», 28.11.2011, № 48, ст. 6724.; Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»// «Собрание законодательства Российской Федерации», 31.12.2012, № 53 (ч. 1), ст. 7598.; Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»//«Собрание законодательства Российской Федерации», 30.12.2013, № 52 (часть I), ст. 7007.

положительном аспекте, так как определить степень реализации нормативных установок возможно только путем соотнесения целей и задач с реально достигнутым правоприменительным результатом.

Продолжая логический ряд рассуждений «целевой» подход неизбежно охватывает всю правоприменительную практику в долгосрочном периоде, включая подзаконный инструментарий, а также различные уровни регулятивного воздействия на сферу (региональный, муниципальный) и локальный уровень. Анализ социального законодательства путем соотнесения целей и достигнутым результатом может осуществляться как на постоянной периодической основе, так и при изменяющихся правовых условиях.

При определении целевых установок социального законодательства целесообразно сосредоточится не только на содержательных элементах акта, но, главным образом, на конечных (итоговых) результатах принятия и исполнения законов.

Определение эффективности нормативного правового акта исходя из его юридически значимых целей является вполне решаемой задачей и предполагает:

1) определение того, насколько полно и последовательно цели и задачи закреплены в самом акте (если поставлена задача определения прав и обязанностей субъектов правоотношений, то эффективным акт будет в том случае, когда выделены все субъекты, они верно классифицированы, определены все права и все обязанности и т.п.);

2) определение того, насколько верно выбран механизм конкретизации предписаний федеральных законодательных актов с учетом иерархии нормативных правовых актов, полномочий органов государственной власти (закон не может быть эффективным, когда регулирование прав и свобод граждан относится к компетенции органов местного самоуправления или предусматривает такую возможность их конкретизации в актах подзаконного

уровня, при которой теряется изначальная сущность законодательно закрепленных прав и т.д.);

3) первичное определение действительности нормы. На основе установления системных связей с иными нормативными правовыми актами надлежит выявить, насколько понятны и конкретны все элементы нормы (гипотеза, диспозиция и санкция);

4) соотнесение целей и задач в законодательном акте с соответствующими предписаниями актов подзаконного характера;

5) анализ судебной практики по поводу конкретных норм законодательного акта, позволяющих выявить погрешности формулирования норм, снижающие их эффективность или делающие их недействующими (например, нечетко сформулированная норма приводит к диаметрально противоположным толкованиям ее в ходе судебного разбирательства).

Для оценки эффективности законодательства существенное значение имеет также качество конкретного нормативного акта. Разграничение сущности и содержания акта дело сложное и тонкое, однако, единство формального момента, характеризующего юридическую природу и материального – характеризующего социальное действие является фундаментальной основой эффективности законодательства.

Таким образом, вторым подходом определения эффективности законодательства является оценивание качества законодательства той или иной отрасли социального законодательства. Условно обозначим его как «качественный» подход. Это может быть оценка влияния конкретного закона, как на отдельную отрасль социального законодательства, так и на всё социальное законодательство, а также на всю систему российского права, оценка внутренней согласованности законодательного акта, отсутствие противоречий с иными актами Российской Федерации.

Оценка качества нормативного правового акта включает в себя характеристику степени внутренней согласованности законодательного акта, отсутствие противоречий с иными актами Российской Федерации.

Социально значимые цели и задачи — наиболее сложная для выявления материя. Во-первых, они редко формулируются в качестве таковых, во-вторых, для их достижения потенциала одного нормативного акта (и тем более одной нормы) явно недостаточно. Для определения социальных последствий закона важно учитывать экономические предпосылки и динамику экономических преобразований после принятия акта, социальную структуру (стратификацию в целом и конкретные характеристики той или иной социальной общности) в момент принятия закона и социальную динамику после принятия закона, политические факторы и т.п. Проблемность в определении социальной эффективности состоит в том, что социально значимые результаты, как правило, значительно отдалены от момента принятия акта, и для их выявления нужны серьезные, объективные социологические исследования.

В имеющихся исследованиях проводится анализ законодательства и социально-экономического развития регионов, но проблемы эффективности отраслей законодательства или отдельных актов в них, как правило, не затрагиваются. Однако в ряде исследований делается вывод о том, что наиболее значительные группы беднейшего населения сконцентрированы в регионах с низким уровнем экономического развития, слабыми возможностями обеспечения за счет собственных ресурсов приемлемого уровня развития социальной сферы. Тем самым единые и общие для всех нормы федерального законодательства в таких регионах дадут меньший социальный эффект, нежели в регионах с высоким уровнем экономического развития.

Считаем, что оценивание эффективности социального законодательства должно быть комплексным и включать оба научных подхода: и «целевой», и «качественный».

Выводы:

Анализ богатого наследия теоретических исследований¹¹⁶ позволяет сформулировать *алгоритм определения эффективности нормативных правовых актов*:

1. При определении эффективности законодательного акта необходимо выявить его цели и задачи.

2. Важнейшей характеристикой эффективности акта является анализ заложенного в нем правореализационного механизма, его правовых средств. Эффективность правовых норм может быть выяснена только при рассмотрении права в действии. От того, насколько согласован правореализационный механизм, в конечном счете зависит эффективность всего законодательства. Так, например, в пояснительной записке к проекту Трудового кодекса РФ было указано, что разработчики законопроекта исходят из того, что в «настоящий момент нельзя объективно оценивать возможность фактического выполнения тех или иных норм права, так как отсутствуют механизмы обеспечения их исполнения — как социальные и политические, так и правовые».

Анализ правовых средств включает в себя:

1) характеристику перечня необходимых подзаконных актов, содержащихся в самом законе (детальный либо трудноопределимый). Разработка подзаконного инструментария, правовым основанием которого являются нормы законодательного акта, относится к позитивным показателям оценки эффективности законодательства. Социально ценным законодательство будет тогда, когда одна цель и один результат последовательно перетекают из акта большей юридической силы в акты подзаконного уровня и не противоречат друг другу;

2) выявление органов, в компетенцию которых входит принятие подзаконного акта. Возможны варианты:

¹¹⁶ См.: Пашков А.С., Явич Л.С. Эффективность действия правовых норм. Ленинград, 1977; Лазарев В.В. Эффективность правоприменительных актов (вопросы теории). Казань, 1975; Эффективность закона (методология и конкретные исследования) /отв. ред. В.М. Сырых, Ю.А. Тихомиров. М., 1997; Тихомиров Ю.А. Эффективность закона и мониторинг: лекция. М., 2010.

а) орган четко определен в законодательном акте (например, Правительство РФ или федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в определенной сфере);

б) четкого определения органа нет, закреплен только уровень государственной власти (например, «принимается федеральным органом исполнительной власти» или «принимается органами субъекта Российской Федерации» и т.д.);

в) формулировка нормы, предполагающая принятие подзаконного акта, расплывчатая, не позволяющая определить ответственный орган.

При отсутствии четкого определения органа государственной власти велика вероятность непринятия регулирующих актов подзаконного уровня, без которых невозможно выполнение законодательных норм. Как следствие — норма закона не действует. Учитывая, что социальное законодательство — особая сфера, часто напрямую связанная с обеспечением основных прав и свобод человека, подобные упущения нередко приводят к невозможности их реализации.

3) определение «цепочки» органов государственной власти, от нормотворческой деятельности которых зависит реализация норм законодательного акта. Проблемы могут возникнуть не только с «недобором» в определении состава ответственных за принятие подзаконного акта субъектов управления, но и с их «перебором». Как показывает практика, наличие двух или более органов создает предпосылки для путаницы, попыток снять с себя ответственность за сбой в правоприменении.

4) определение правильности выбора формы правореализационного акта (например, в законе указано, что должен быть принят закон субъекта Российской Федерации, а принято постановление высшего исполнительного органа субъекта Российской Федерации).

3. Оценка эффективности предполагает анализ внутренней структуры акта на предмет его согласованности и непротиворечивости.

Таким образом, при анализе эффективности нормативного правового регулирования в системе долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, весьма важным является соотнесение концептуальных основ проводимой государством политики и принимаемых в ее развитие нормативных правовых актов.

Государственная политика в отношении старшего поколения отражена в следующих документах стратегического характера:

- Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года¹¹⁷;

- Национальный проект «Демография» федеральный проект «Старшее поколение»¹¹⁸;

- Комплекс мер по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, включающей сбалансированные социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы и сиделок, а также по поддержке семейного ухода¹¹⁹.

Отметим, что сфера социального обслуживания согласно конституционному принципу разграничения полномочий между федеральным и региональным уровнем государственной власти (ст. 72 Конституции Российской Федерации) относится к совместному ведению Российской Федерации и ее субъектов. **Следовательно**, анализ эффективности нормативных правовых актов в сфере регулирования

¹¹⁷ Распоряжение Правительства РФ от 05.02.2016 N 164-р «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» // URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&ts=dOEYnHT0QYhu75Sv&cacheid=567E872D7F80AE035FAB89E7C10FF51B&mode=splus&rnd=gv70mQ&base=LAW&n=193464#XdqaLITkb1zr3fs4>. (дата обращения 29.09.2022г.)

¹¹⁸ "Паспорт национального проекта "Национальный проект "Демография" (утв. Минтрудом России) // URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&ts=dOEYnHT0QYhu75Sv&cacheid=567E872D7F80AE035FAB89E7C10FF51B&mode=splus&rnd=gv70mQ&base=LAW&n=384857&dst=1000000001#zMpdLIT2B9Y3Mnzq2>. (дата обращения 29.09.2022г.)

¹¹⁹ Приказ Минтруда России от 29.12.2021 N 929 "О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2022 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе".

URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=qeSzpIT37xGDzvqT&cacheid=CB59D7CD3C0D153430100AB7C9359B3C&mode=splus&rnd=iLOIAQ&base=LAW&n=407674#RuyLrIT4qxJroPz>. (дата обращения 29.09.2022г.).

политики долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами необходимо проводить как в рамках федерального законодательства, так и законодательства субъектов Российской Федерации.

Новая модель социального обслуживания, введенная Федеральным законом от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»¹²⁰, обеспечивает (в числе прочего) правовую возможность развития договорных отношений в этой сфере, но это не отменяет гарантий реализации прав на социальное обслуживание органами государственной власти.

В то же время приходится констатировать, что законодательно намеченная реформа системы социального обслуживания и связанные с ней оптимистические ожидания¹²¹ пока не нашли своего воплощения. Еще в 2013 г. среди проблем системы социального обслуживания отмечались:

- очередность на получение социальных услуг в стационарной форме обслуживания и в форме обслуживания на дому;
- недостаточное количество действующих стационарных организаций социального обслуживания;
- пассивное развитие негосударственного сектора предоставления социальных услуг;
- доступность социального обслуживания или низкий ее уровень для граждан, проживающих в удаленных районах и сельской местности;
- недостаточное количество технологий и методик предоставления социальных услуг в полустационарной форме обслуживания и в форме обслуживания на дому, в том числе для граждан, страдающих психическими расстройствами;
- низкий уровень оплаты труда социальных работников¹²².

¹²⁰ Собр. законодательства Рос. Федерации. 2013. № 52 (ч. I). Ст. 7007.

¹²¹ План мероприятий («дорожная карта») «Повышение эффективности и качества услуг в сфере социального обслуживания населения (2013–2018 годы), утв. Приказом Министерства труда социальной защиты РФ от 30 апреля 2014 г. № 282 // Бюллетень трудового и социального законодательства РФ. № 6. 2014.

¹²² Там же.

Анализ данных Росстата показал, что среди инвалидов и граждан старше трудоспособного возраста не испытывают никаких ограничений только 0,8%; незначительно ограничены – 5%, испытывают сильные ограничения – 31%; почти или полностью прикованы к постели – 60,2%¹²³. Исходя из этого, нуждающимися в социальных услугах можно признать свыше 34 млн. граждан Российской Федерации.

Основной проблемой социального обслуживания является обеспечение *доступности* социальных услуг для всех нуждающихся.

Как известно, социальные услуги предоставляются в трех основных формах: социальное обслуживание на дому, полустационарное (в определенное время суток) и стационарное обслуживание. Наибольшей популярностью пользуются социальные услуги на дому, поскольку это позволяет лицам с ограниченными возможностями сохранить привычную для них обстановку.

Оценить уровень нуждаемости в социальном обслуживании помогают статистические данные. Так, в Российской Федерации создано 11 412 отделений социального обслуживания на дому¹²⁴; в 2021 году такими услугами пользовались 2 238 650 человек, что составило немногим более пяти процентов от общего количества нуждающихся.

Представленный анализ позволяет утверждать, что в подавляющем большинстве случаев нуждаемость в получении на дому медицинских и санитарно-гигиенических процедур удовлетворялась родными и близкими, а не организациями социального обслуживания. Таким образом, система социального обслуживания не обеспечивает всех нуждающихся в социальных услугах, оказываемых на дому.

Однако еще более недоступны социальные услуги, предоставляемые в организациях стационарного обслуживания.

¹²³ Федеральная служба государственной статистики. Население. URL: <https://www.gks.ru/folder/12781> (дата обращения: 20.09.2022).

¹²⁴ Федеральная служба государственной статистики. Демография: URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/generation/# (дата обращения: 20.09.2022).

В соответствии с примерной номенклатурой¹²⁵ организации, осуществляющие стационарное социальное обслуживание, могут учреждаться в следующих формах: дом-интернат (пансионат) малой вместимости для престарелых и инвалидов, ветеранов войны и труда, милосердия; специальный дом-интернат, в том числе для престарелых; психоневрологический интернат, специальный дом для одиноких престарелых; социально-оздоровительный центр; геронтологический центр; геронтопсихиатрический центр; иные организации, осуществляющие стационарное социальное обслуживание.

В 2021 году насчитывалось 1237 организаций стационарного социального обслуживания, а в 2020 г. их количество достигало 1243¹²⁶. При этом в субъектах Российской Федерации численность таких учреждений существенно различается. Так, наибольшей обеспеченностью отличаются Нижегородская область (54 учреждения), Новосибирская область (40), Воронежская область (37), г. Москва (35). Наименее обеспечены: Ивановская, Пензенская и Костромская области, Удмуртская республика (по 9); Тамбовская область (7); Магаданская область (3); Чукотский автономный округ (1).

Поэтому основной проблемой обеспечения нуждающихся граждан в социальных услугах, предусматривающих квалифицированный уход, следует признать отсутствие мест в таких учреждениях.

Проблема необеспеченности стационарным социальным обслуживанием до внедрения системы долговременного ухода усугублялась отсутствием системы выявления одиноких либо находящихся в тяжелой жизненной ситуации пожилых людей, инвалидов. Такие граждане далеко не

¹²⁵ Приказ Минтруда России от 17.04.2014 № 258н «Об утверждении примерной номенклатуры организаций социального обслуживания» // Рос. газ. 2014. 4 июня.

¹²⁶ Федеральная служба государственной статистики. Стационарные учреждения социального обслуживания для граждан пожилого возраста и инвалидов. URL: https://docs.yandex.ru/docs/view?url=ya-browser%3A%2F%2F4DT1uXEPRrJRJIUFoewruDBV0bpbYFA3k_laUDStcCgZHBWU9fSkJLeVEf8JGnivfAt-BCBJ9yjQ9YyIMFz8DXUugnVq4kIQ7_5_i7Dsm5esR2m4XYKooGpBqb1N9vjuvOf37rmxZXzEGNwqb57OUQ%3D%3D%3Fsign%3Dqu4II1tKinLIK3nT5IYvbzBzZ_F7go8EoxEXh-fRleM%3D&name=soc1.xlsx&nosw=1 (дата обращения: 25.09.2019).

всегда могли обратиться в органы государственной власти субъектов Российской Федерации или же в организацию социального обслуживания в силу возрастных и других ограничений здоровья.

В связи с этим одним из решений данной проблемы, как признано в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года¹²⁷, является сочетание заявительного принципа обращения за социальными услугами с развитием системы выявления лиц, нуждающихся в социальном обслуживании. Даная технология была внедрена в системе долговременного ухода.

Еще один параметр доступности социальных услуг – финансовые возможности лиц пожилого возраста и инвалидов. Поэтому критерий *платности / бесплатности* социального обслуживания можно назвать в ряду важнейших.

Как показал анализ регионального законодательства, бесплатность социального обслуживания определяется или по кругу лиц, или среднедушевому доходу получателя социальных услуг (при этом последний не должен быть выше предельной величины среднедушевого дохода, о чем см. ниже).

Необходимо отметить, что, как правило, преклонный возраст сам по себе не служит причиной оказания государственной поддержки; для этого нужны дополнительные критерии: инвалидность, заслуги перед обществом, выражающиеся в участии в боевых действиях, присвоении почетных званий (Герой Советского Союза, Герой Российской Федерации и полный кавалер ордена Славы, Герой или ветеран Социалистического Труда, Герой Труда Российской Федерации и полный кавалер ордена Трудовой Славы), награждение знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и др.

На основании данных выборочного наблюдения качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального

¹²⁷ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года». URL: <https://docs.cntd.ru/document/902130343>. Дата обращения 29.09.2022.

обслуживания, содействия занятости населения в 2021 г. был проведен анализ по вопросу платности / бесплатности социальных услуг. (табл.3).

Таблица 3.

**Условия предоставления социального обслуживания
платность / бесплатность**

По условиям предоставления социального обслуживания	Лица старше трудоспособного возраста, состоящие на учете и обслуживаемые в органах социальной защиты населения, — всего, в процентах
полностью бесплатно (с включением гарантированного бесплатного перечня услуг)	37,0
на условиях частичной оплаты за счет собственных средств (с включением гарантированного бесплатного и дополнительного платного перечня услуг)	46,2
на условиях полной оплаты за счет собственных средств	14,1
не определено	2,7

Указанные данные демонстрируют преобладание возмездного характера предоставления социальных услуг пожилым гражданам. Это позволяет, с одной стороны, привлекать в сферу социальных услуг негосударственный сектор (юридических лиц и (или) индивидуальных предпринимателей), а с другой – требует государственного регулирования тарифов на социальные услуги, которые осуществляются на региональном уровне.

Анализ регионального законодательства показал, что обязанность по нормотворческому регулированию тарифов на социальные услуги в субъектах Российской Федерации выполнена. Вместе с тем остались вопросы по поводу применения этих тарифов в отношении лиц, чьи доходы крайне низки; иными словами – по поводу справедливости предоставления платных социальных услуг. Как известно, в каждом регионе поквартально устанавливается свой прожиточный минимум; далее на его основе (обычно это полтора прожиточных минимума) исчисляется предельная величина среднедушевого дохода для предоставления бесплатных социальных услуг. При этом разница между исчисленной предельной величиной и размером

дохода (как правило, размером пенсии) пожилого человека часто не превышает даже тысячи рублей. Например, в Ивановской области прожиточный минимум за первый квартал 2022 г. определен в размере 11642 рублей, предельная величина среднедушевого дохода (для бесплатного получения социальных услуг) составляет 12 806 рублей, а средний размер пенсии, выплачиваемый в Ивановской области, – 16 133 рублей. Как видим, разница несущественная, однако она не позволяет получать социальные услуги безвозмездно.

Таким образом, причинами труднодоступности социальных услуг, предоставляемых организациями социального обслуживания, являются:

- 1) отсутствие системы выявления нуждающихся в социальном обслуживании лиц;
- 2) низкий доход пожилых граждан;
- 3) недостаточность инфраструктуры социального обслуживания;
- 4) наличие очередности на получение социальных услуг, особенно стационарных и полустационарных.

Указанные проблемы обусловлены, по мнению авторов, отсутствием принципа доступности в основополагающем акте федерального уровня, регулирующем основы социального обслуживания в Российской Федерации, что снимает с органов государственной власти обязанность гарантировать реализацию этого принципа. Государственные органы должны обеспечить достаточное количество поставщиков социальных услуг, а также приближенность к месту жительства нуждающихся; но в их обязанности не входит обеспечение материальной доступности этих услуг для пожилых граждан и других лиц с ограниченными возможностями (инвалидов).

Следующей важной проблемой социального обслуживания пожилых граждан и инвалидов, особенно в стационарных организациях, являются трудности в предоставлении медицинских услуг в системе социального обслуживания.

Напомним, что согласно Закону об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации основной причиной признания гражданина нуждающимся в оказании социальных услуг является полная или частичная утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности. Таким образом, пожилой гражданин или инвалид нуждается в оказании медицинской помощи, для чего требуются медицинские работники соответствующей квалификации и специализации. Однако действующее законодательство не предусматривает оказание медицинской помощи в организациях социального обслуживания, особенно если речь идет о высококвалифицированных специалистах (например, в области геронтологии и гериатрии).

В приказе Минздрава России от 28.07.1999 № 297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации» признается необходимость «более тесного взаимодействия органов и учреждений здравоохранения и социальной защиты населения, в ряде случаев совместного решения поставленных задач на основе интеграции финансовых и других ресурсов», однако на практике данное направление так и не реализовано. Эта проблема нашла отражение в Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года¹²⁸, но правовой механизм ее реализации пока не разработан.

Из всех видов социальных услуг к медицине относятся только социально-медицинские услуги. В соответствии постановлением Правительства Российской Федерации от 24.11.2014 № 1236 «Об утверждении Примерного перечня социальных услуг по видам социальных

¹²⁸ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 05.02.2016 № 164-р «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2016. № 7. Ст. 1017.

услуг»¹²⁹ социально-медицинские услуги направлены на поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг путем организации ухода, на содействие в проведении оздоровительных мероприятий, на систематическое наблюдение за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья. Как правило, для предоставления указанных услуг необходим медицинский персонал. А это, в свою очередь, требует получения организациями социального обслуживания соответствующей медицинских лицензий.

Данная проблема была решена в отдельных субъектах Российской Федерации с момента вступления в систему долговременного ухода. Однако для остальных субъектов Российской Федерации эта проблема остается актуальной.

Еще одна проблема отмечается в связи с неопределенностью нормативов штатной численности организаций (их структурных подразделений), представляющих социальные услуги в стационарной форме. Указанные нормативы установлены приказом Минтруда России от 24.11.2014 № 940н «Об утверждении Правил организации деятельности организаций социального обслуживания, их структурных подразделений»¹³⁰.

В то же время Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О государственной социальной политике» запланирована и реализуется оптимизация структуры сети и штатной численности организаций социального обслуживания. Так, к 2018 г. «данное сокращение в совокупности за 2014–2017 годы должно составлять не менее 15%. Сокращение работников может обеспечиваться путем перевода маловостребованных социальных услуг на платную основу, ликвидации

¹²⁹URL:

<https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=6vaMwITsBMukmIxx&cacheid=22F0E3EB381432687E353C3AF681DC35&mode=splus&rnd=CFAFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=370993#vT V2xIThXANpzZZ9>. (дата обращения 29.09.2022г.).

¹³⁰ Приказ Минтруда России от 24.11.2014 № 940н «Об утверждении Правил организации деятельности организаций социального обслуживания, их структурных подразделений" // URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=qeSzpIT37xGDzvt&cacheid=8C261C41FB5CAE79FEB537CD93043940&mode=splus&rnd=iLOIAQ&base=LAW&n=355461&dst=1000000001#lkkZrITgfSlgyLAD1>. Дата обращения 29.09.2022.

непрофильных для социального обслуживания населения подразделений, перевода ряда обеспечивающих функций и услуг (в том числе медицинских) на условия аутсорсинга»¹³¹.

Таким образом, наблюдается противоречивая тенденция: с одной стороны, востребованность социально-медицинских услуг растет, с другой – численность квалифицированных кадров, способных их оказать, сокращается.

Оптимизация сети стационарных организаций, предоставляющих социальные услуги, отразилась в Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года. Так, одним из ее приоритетов является выстраивание эффективной системы предоставления социальных услуг в зависимости от индивидуальной нуждаемости граждан, вклада и поддержки семей, обеспечения возможности получения социальных услуг гражданами старшего поколения, страдающими старческой деменцией, *без помещения их в стационарные организации социального обслуживания*¹³².

Данный постулат, по мнению авторов, противоречит Закону Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»¹³³, согласно которому государство гарантирует социально-бытовое устройство престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними.

На основании изложенного необходимо отметить, что исключение принципа доступности из действующего Федерального закона № 442-ФЗ¹³⁴

¹³¹ Более подробно см.: письмо Минтруда России от 07.03.2014 № 12-0/10/П-1077 «Об обеспечении реализации мероприятий, направленных на повышение эффективности бюджетных расходов и качества услуг в социальной сфере, оптимизацию бюджетной сети, а также корректировку планов мероприятий («дорожных карт»), касающихся изменений в отраслях социальной сферы» // URL: <https://mintrud.gov.ru/docs/mintrud/payment/68>. Дата обращения 29.09.2022.

¹³² Распоряжение Правительства Российской Федерации от 05.02.2016 № 164-р «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года». URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=qeSzpIT37xGDzvqT&cacheid=EAFE63A2DBF1549B44E528E3C5D95974&mode=splus&rnd=iLOIAQ&base=LAW&n=193464#s1GarIT0WoBGiBnO1>. Дата обращения 29.09.2022.

¹³³ Ведомости СНД и ВС РФ. 1992. № 33. Ст. 1913.

¹³⁴ Этот принцип ранее был закреплен в Федеральном законе от 10.12.1995 № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» // Собр. законодательства Рос. Федерации. 1995. № 50. Ст. 4872. Документ утратил силу.

фактически нивелировало принцип государственной гарантированности прав пожилых граждан на социальное обслуживание.

Оценку эффективности нормативно-правовых актов в сфере долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами следует провести, в т.ч., по результатам социологического опроса. В рамках настоящего исследования был проведен социологический опрос органов регионального и местного самоуправления, регулирующих полномочия по предоставлению социальных услуг по уходу за пожилыми гражданами и инвалидами.

Методология проведения исследования: Анкета социологического опроса была направлена в 34 субъекта Российской Федерации. Субъекты выбраны веерным порядком. В анкетировании приняли участие представители органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления, наделенными полномочиями в сфере социального обеспечения. Географический охват опроса составил 16 регионов: Кемеровская область (и ее муниципальные образования), Самарская область, Костромская область, Свердловская область (и ее муниципальные образования); Ивановская область, Владимирская область, Калужская область, Ставропольский край (и его муниципальные образования), Московская область, Воронежская область, Курская область, Приморский край, Новосибирская область, Забайкальский край, Липецкая область, Удмуртская республика. Респондентами стали должностные лица указанных органов из 16 субъектов Российской Федерации.

Так, доступность медицинских услуг и медицинской помощи в стационарных организациях социального обслуживания на уровне выше среднего оценили только 41,5 % респондентов. 8% опрошенных отметили низкий уровень оказания медицинских услуг и медицинской помощи. Они указали на сложности в своевременном оказании медицинских услуг и медицинской помощи, включая вопросы ее эффективности по профилю действующих специалистов (как правило, помощь оказывается лицами иного

профиля). Остальные респонденты (50,5%) определили средний уровень оказания данных услуг (рис. 1).

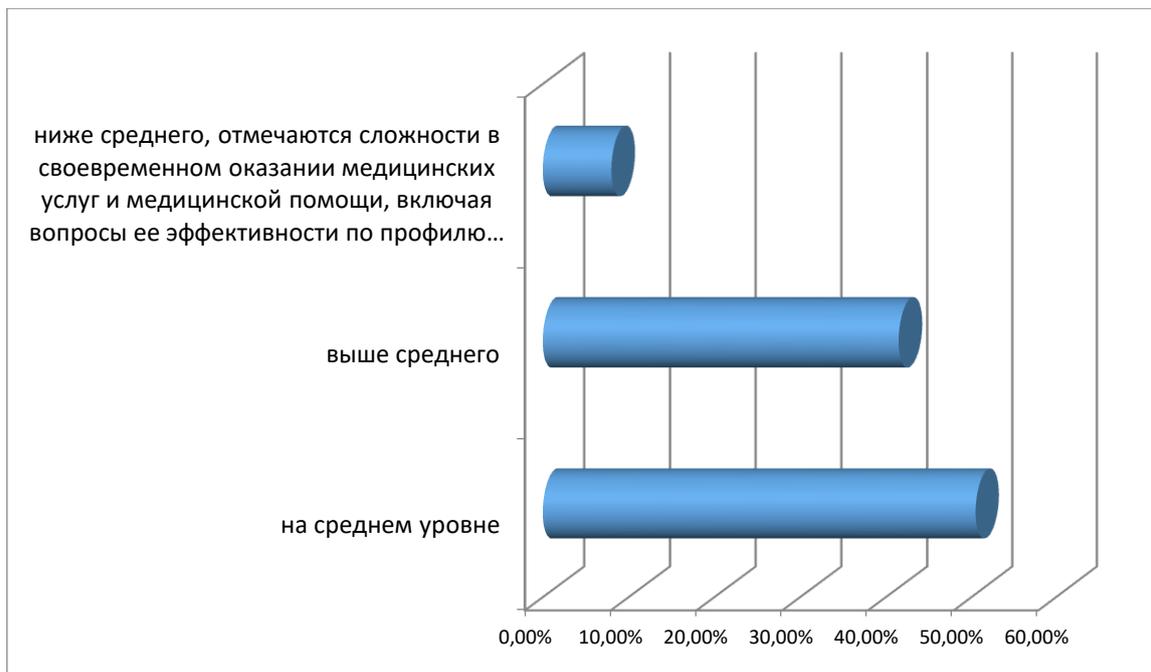


Рисунок 1. Оценка доступности доступность медицинских услуг и медицинской помощи, %

Респонденты отметили, что 87,3 % пожилых людей удовлетворены получаемыми социальными услугами. 12,4 % получающих социальные услуги близки к удовлетворенности, ответив «скорее удовлетворены». Опрошенные должностные лица социальных служб не встречали на практике ни одного неудовлетворенного оказываемыми услугами пожилого человека. Только 0,4 % заявили, что их подопечные с неуверенностью сказали о том, что они не удовлетворены социальным обслуживанием (ответ звучал: скорее не удовлетворен) (рис. 2).

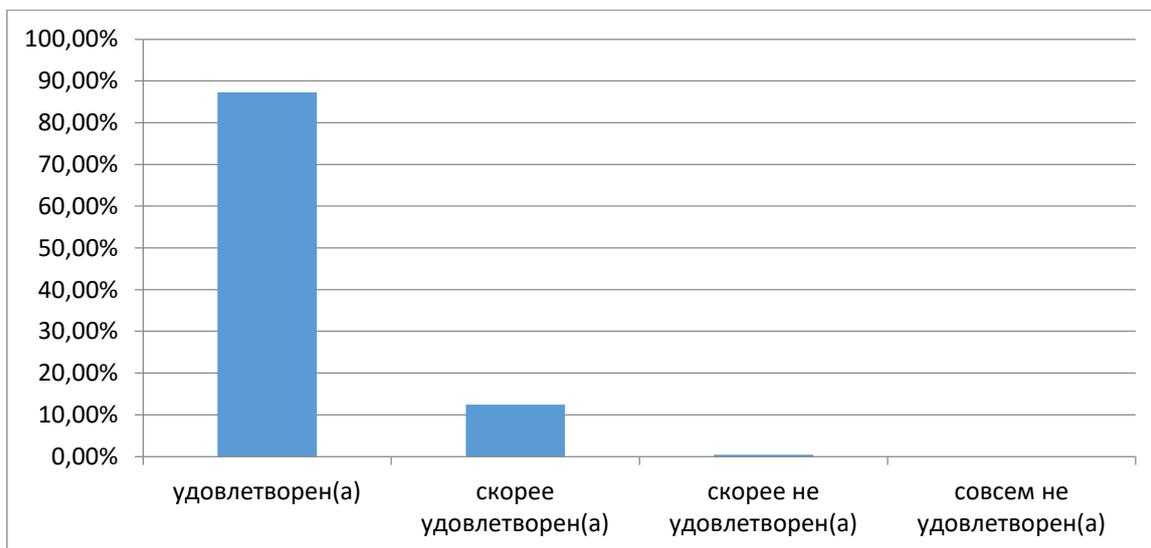


Рисунок 2. Оценка степени удовлетворенности получателей ДУ, %

Опрошенные отметили, что среди положительных сторон (преимуществ) получатели социальных услуг отмечают следующие:

- много положительных отзывов о работе "сиделок".
- введение в штатные расписания учреждений "Сиделок" позволило обеспечить полноценный уход за немобильными ПСУ и помочь родственникам, осуществляющим уход;
- бесплатное социальное обслуживание,
- ежедневное предоставление социальных услуг на дому,
- увеличение спектра т.н. "уходовых" услуг;
- восстановление социально-бытовых навыков и функциональных возможностей организма;
- отказ от стационара в пользу соц. обслуживания на дому, появилась
- комплексное оказание социальных услуг;
- доброжелательность, внимательность персонала, умение найти индивидуальный подход к получателю социальных услуг;
- улучшение качества жизни; профилактика одиночества; расширение кругозора.

- система долговременного ухода помогает пожилым людям получать адекватный своему состоянию уход и продолжать жить в семьях, не прибегая к услугам домов престарелых.

- улучшен уход за маломобильными гражданами и гражданами, находящимися на постельном режиме;

- организована дневная занятость с маломобильными получателями социальных услуг.

Из наиболее приемлемых форм досуга получатели социальных услуг назвали:

- онлайн концерты — 100 % (45 человек);

- праздники — 44,4 % (20 человек);

- онлайн выставки — 33,3% (15 человек);

- занятия спортом — 17,7 % (8 человек);

- библиотеку посещают — 33,3 % (15 человек).

Представители Свердловской области поделились итогами социального опроса:

Из 45 опрошенных респондентов, по результатам анкетирования получатели социальных услуг полностью удовлетворены качеством предоставляемых социальных услуг - 100% в том числе:

- условиями проживания и обслуживания в целом — 100 % (45 человек);

- условиями размещения в комнате, наличием мебели, бытовой техники и коммунальных удобств — 100 % (45 человек);

- качеством бытового обслуживания (парикмахер, прачечная, баня и другое) - 100 % (45 человек);

- качеством питания — 100 % (45 человек);

- качеством медицинского обслуживания и лечения — 100 % (45 человек);

- участие в общественно полезном труде — 100 % (45 человек);

- взаимоотношения с соседями по комнате, с персоналом -100 % (45 человек);

- отношение персонала к ПСУ— 100 % (45 человек).

- охвачены досуговой деятельностью все 100 %.

Около 60 % опрошенных респондентов не отметили каких-либо негативных сторон/претензий со стороны получателей социальных услуг.

Среди претензий/негативных сторон были названы:

- не достаточное количество штатных единиц «сиделок", невозможно охватить всех нуждающихся;

- объем предоставления отдельных социальных услуг недостаточен для полного удовлетворения имеющейся потребности (по мнению отдельных ПСУ 4 часа/день недостаточно);

- желание получать услуги, которые не прописаны в стандартах;

- увеличить время предоставления услуг;

- неполное соблюдение условий доступной среды;

- расширить ассортимент блюд;

- желание увеличить более 2 раз в месяц предоставление услуг предприятиями торговли и связи и другими предприятиями;

- не все социальные услуги, востребованные у получателей социальных услуг, включены в Стандарты социальных услуг. К примеру, нет услуги "Замена штор на окнах";

- не удовлетворенность нормой и рационом питания;

- изъявили желание бесплатно получать социальные услуги на дому.

Выводы.

На основании проведенного исследования и изучив практику правового регулирования системы долговременного ухода, отметим следующее. На территории каждого субъекта Российской Федерации разработана сбалансированная система нормативного правового регулирования системы

долговременного ухода. Вместе с тем обнаружены элементы, ограничивающие эффективность системы долговременного ухода¹³⁵.

Для повышения эффективности нормативно-правового регулирования долговременного ухода требуется разграничить полномочия органов государственной власти в сфере нормативно-правового регулирования системы долговременного ухода.

К полномочиям федеральных органов государственной власти в сфере нормативно-правового регулирования системы долговременного обслуживания следует отнести:

1. утверждение субъектного состава получателей социальных услуг в системе долговременного ухода;
2. утверждение объема и перечня социальных услуг, входящих в социальный пакет долговременного ухода для всех форм социального обслуживания;
3. определение правового статуса лиц, осуществляющих уход;
4. утверждение единых критериев оценки нуждаемости в долговременном уходе;
5. обеспечить гарантии получения социального пакета;
6. разработать модели финансирования социальных услуг в системе долговременного ухода (обязательное социальное страхование долговременного ухода, модель соплатежей населения).

К полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в системе долговременного ухода следует отнести

1. разработать модель сочетания формальной и неформальной помощи получателям социальных услуг в системе долговременного ухода;
2. разработать модели интеграции медицинских и социальных услуг в системе долговременного ухода с учетом уровня нуждаемости;
3. разработать модели межведомственного взаимодействия в системе долговременного ухода;

¹³⁵ Более подробно см.: пункт 1.4 настоящего исследования.

4. обеспечить подготовку специалистов для системы долговременного ухода;

5. разработать систему мониторинга процесса оказания медико-социальных услуг.

Социологический опрос показал, что, в целом, получатели услуг социального ухода удовлетворены оказываемыми услугами.

2.2. Выявление правовых пробелов государственного регулирования в области долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами

В России на федеральном уровне установлены условия признания гражданина нуждающимся в социальном обслуживании, а также предложены общие рекомендации по организации СДУ, однако основная инициатива по разработке соответствующего нормативно-правового регулирования возложена на субъекты Российской Федерации (региональный уровень). В целом процедура оценки нуждаемости, тестируемая в рамках пилотного проекта по созданию СДУ, больше соответствует международным стандартам социального обслуживания и долговременного ухода, чем процедура, закрепленная в Федеральном законе от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ на территории всей страны.

Одной из значимых проблем достижения целей СДУ и реализации комплекса мер по формам социального обслуживания в рамках СДУ является *отсутствие единой методики установления в субъектах РФ индивидуальной потребности в социальных услугах получателей социальных услуг.*

Согласно нормам гл. VI Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, утвержденной приказом Минтруда России от 29.12.2021 № 929¹³⁶,

¹³⁶См.:URL:

<https://dsm.consultant.ru/cgi/online.cgi?req=card&page=splus&splusFind=%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7%20%D0%9C%D0%B8%D0%BD%D1%82%D1%80%D1%83%D0%B4%D0%B0%20%D0%A0%D0%BE%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8%20%D0%BE%D1%82%2029%20%D0%B4%D0%B5%D>

определение индивидуальной потребности гражданина в уходе осуществляется на основании утвержденных приказом Минтруда России от 30 июля 2014 г. № 500н *Общих рекомендаций по определению индивидуальной потребности в социальных услугах получателей социальных услуг*¹³⁷.

Согласно общим рекомендациям определение индивидуальной потребности гражданина в уходе осуществляется с использованием анкеты-опросника по утвержденной форме (Приложение № 1 к Типовой модели), а также на основании и с учетом:

- заключения врачебных комиссий медицинских организаций, содержащие клинико-функциональные данные о гражданине;
- результатов медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения;
- результатов дополнительных обследований гражданина, проведенных в медицинских организациях;
- результатов медико-социальной экспертизы гражданина (при наличии у него инвалидности);
- результатов обследования условий жизнедеятельности гражданина, определения причин, влияющих на ухудшение этих условий, граждан, осуществляющих уход;
- информации, полученной от лиц, которые находятся в постоянном общении с гражданином (членов семьи, родственников, друзей, соседей и других лиц);
- иной информации, полученной в том числе от участников системы долговременного ухода в рамках межведомственного взаимодействия посредством информационного обмена сведениями о гражданине, нуждающемся в уходе.

0%BA%D0%B0%D0%B1%D1%80%D1%8F%202021%20%D0%B3.%20%E2%84%96%20929%20&ts=dmlwaH
TrcVcWvfV5&rnd=K2DRkw. (дата обращения 29.09.2022г.)

¹³⁷ См.: URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_155634/. (дата обращения 29.09.2022г.).

Анкета-опросник в данном случае выступает в качестве документа, на основании которого орган государственной власти субъекта РФ в сфере социального обслуживания граждан или уполномоченная данным органом организация принимают решение о признании гражданина, подавшего заявление о предоставлении социального обслуживания или его законного представителя, или обращение в его интересах лиц, нуждающимся в социальном обслуживании либо об отказе в социальном обслуживании.

Анкета-опросник содержит широкий перечень вопросов о жизнедеятельности нуждающегося в социальном обслуживании гражданина, условиях его проживания, финансовом положении, ближайшем окружении, состоянии здоровья и способностях самостоятельно выполнять наиболее значимые действия повседневной жизни, а также оценочную шкалу индивидуальной потребности в уходе и перечень рекомендуемых социальных услуг, в том числе социальных услуг по уходу.

Результатом определения индивидуальной потребности гражданина в уходе на основании анкеты-опросника является признание гражданина нуждающимся в социальном обслуживании и установление ему уровня нуждаемости в уходе с последующим подбором социальных услуг по уходу, входящих в социальный пакет долговременного ухода, иных социальных услуг и условий их предоставления. Существует три уровня нуждаемости в уходе, исходя из которых гражданам назначается соответствующий уход и устанавливается продолжительность такого ухода:

первый уровень – до 2 раз в день 3 - 7 дней в неделю;

второй уровень – до 3 раз в день 4 - 7 дней в неделю;

третий уровень – до 4 раз в день 5 - 7 дней в неделю.

Анкета-опросник выступает в данном случае в качестве базового информативного основания признания нуждаемости лица в социальном обслуживании и последующего установления ему уровня нуждаемости в социальном обслуживании, что оказывает прямое влияние на выбор видов и форм оказываемых социальных услуг.

Важно подчеркнуть, что ни в Общих рекомендациях по определению индивидуальной потребности в социальных услугах получателей социальных услуг, ни в Законе о социальном обслуживании, ни в рамках положений гл. VI Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, не раскрывается содержание таких понятий как *адресность* и *нуждаемость в социальном обслуживании* для целей определения уровня нуждаемости в уходе и последующего удовлетворения *индивидуальной потребности гражданина в уходе*. Оцениваются только результаты медицинских осмотров, основных или дополнительных медицинских обследований, информация от родственников или иная информация, полученная в рамках межведомственного взаимодействия, а также анкета-опросник.

Отметим, что утвержденные "ГОСТ Р 52495-2005. Национальный стандарт Российской Федерации. Социальное обслуживание населения. Термины и определения"¹³⁸, а также "ГОСТ Р 56831-2015"¹³⁹. Национальный стандарт Российской Федерации. Социальное обслуживание населения. Услуги по профилактике обстоятельств, обуславливающих нуждаемость граждан в социальном обслуживании" (утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 28.10.2015 N 2164-ст) *не дают точного ответа на вопрос о содержании понятия «нуждаемость в социальном обслуживании» и «уровень нуждаемости в социальном обслуживании»*. В одном случае, содержание данного понятия раскрывается через «адресность» - принцип социального обслуживания населения, предусматривающий предоставление социальных услуг конкретным лицам (адресатам), нуждающимся в этих услугах (ГОСТ Р 52495-2005). В другом, - через «наличие обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить жизнедеятельность гражданина и являются основанием для признания его нуждающимся в социальном обслуживании» (ГОСТ Р 56831-2015).

¹³⁸ URL: <https://docs.cntd.ru/document/1200043127>. (дата обращения 29.09.2022г.).

¹³⁹ URL: <https://docs.cntd.ru/document/1200129067>. (дата обращения 29.09.2022г.).

Однако содержательное наполнение данных терминов прямо влияет на признание гражданина нуждающимся в социальном обслуживании и *установление того или иного уровня обеспечения социальными услугами.*

В отдельных субъектах РФ были приняты нормативные правовые акты, в которых был закреплён порядок решения вопроса о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании и определении для такого гражданина формы предоставления социальных услуг на основании его индивидуальной потребности в социальных услугах. Например, в г. Москве в соответствии с приказом ДТСЗН г. Москвы от 20 июля 2022 г. № 726 «О мерах по реализации постановления Правительства Москвы от 6 июля 2022 г. N 1426-ПП»¹⁴⁰ (вместе с «Правилами определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании»), что было принято не во всех субъектах РФ, в том числе среди тех, кто участвует в пилотном проекте по внедрению Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе.

В г. Москве Правила определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании также включают критерии определения формы предоставления социального обслуживания и порядок проведения дополнительных оценочных мероприятий, направленных на определение формы предоставления социального обслуживания. Данная информация размещается на официальном сайте ДТСЗН г. Москвы в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

Для внесения ясности по вопросам дифференциации граждан по уровню нуждаемости в социальном обслуживании и усиления принципа адресности при предоставлении гражданину тех или иных социальных услуг в отдельных субъектах были приняты документы, уточняющие либо разъясняющие содержание критериев, влияющих на установление уровня нуждаемости и видов социальных услуг:

¹⁴⁰ URL: <https://docs.cntd.ru/document/573556066>. (дата обращения 29.09.2022г.).

- Приказ Министерства социально-демографической и семейной политики Самарской области от 23.01.2015 N 22 «Об отдельных вопросах оценки индивидуальной нуждаемости граждан в предоставлении отдельных форм социального обслуживания»¹⁴¹,

- Постановление МТСЗН Рязанской области от 03.09.2020 N 42 «Об утверждении Порядка определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании, в том числе в уходе, с учетом структуры и степени ограничений его жизнедеятельности, состояния здоровья, особенностей поведения, предпочтений, и иных имеющихся ресурсов»¹⁴²,

- приказ Департамента труда и социальной защиты населения г. Севастополя от 22.06.2018 N 242¹⁴³ «Об утверждении Порядка признания гражданина нуждающимся в социальном обслуживании, определения индивидуальной потребности в социальных услугах, составления индивидуальной программы предоставления социальных услуг» (вместе с "Порядком признания граждан нуждающимися в социальном обслуживании на территории города Севастополя, определения индивидуальной потребности в социальных услугах, составления индивидуальной программы предоставления социальных услуг", "Типовым Положением о комиссии по признанию граждан нуждающимися в социальном обслуживании и определению их потребности в социальных услугах") и др.

Согласно положениям гл. VI Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, *определение индивидуальной потребности гражданина в уходе или, в данном случае, уровня нуждаемости в социальных услугах* осуществляется работником организации, уполномоченной органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере

¹⁴¹ Режим доступа: URL: <https://docs.cntd.ru/document/464017041>. (дата обращения 29.09.2022г.).

¹⁴² URL: <https://docs.cntd.ru/document/570915752>. (дата обращения 29.09.2022г.).

¹⁴³ URL: https://sev.gov.ru/files/documents/dept-social/Prikaz_ot_22.06.2018_-242.pdf. (дата обращения 29.09.2022г.).

социального обслуживания граждан, который соответствует требованиям одного из профессиональных стандартов «*Специалист по социальной работе*» или «*Психолог в социальной сфере*», прошедший профессиональное обучение по программам профессиональной подготовки (переподготовки) или повышения квалификации в целях осуществления функций по определению индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании и наделен функцией по взаимодействию с работниками уполномоченных органов и организаций в рамках межведомственного взаимодействия.

Полагаем, в целях единообразия по вопросам дифференциации граждан по уровню нуждаемости в социальном обслуживании и усиления принципа адресности при предоставлении гражданину тех или иных социальных услуг требуется разработка отдельного социального стандарта - Порядок определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании, в том числе в уходе, с учетом структуры и степени ограничений его жизнедеятельности, состояния здоровья, особенностей поведения, предпочтений, и иных имеющихся ресурсов.

Выводы:

Основными проблемами государственного регулирования системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами следует признать:

1. отсутствие единого подхода к определению круга получателей долговременного ухода;
2. отсутствие единого подхода к определению объема и перечня социальных услуг долговременного ухода, входящих в социальный пакет;
3. отсутствие единого подхода к вопросу вариативности получения социальных услуг по долговременному уходу: где получить помощь, вариативность ее получения, выбор поставщика.
4. отсутствие единого подхода к регулированию правового статуса лиц, осуществляющих уход;

5. отсутствие единого подхода к организации мониторинга за качеством оказания услуг в системе долговременного ухода;

6. отсутствуют единые критерии оценки нуждаемости в долговременном уходе;

7. сложность сочетания формальной и неформальной помощи, отсутствие возможности взаимодополняемости формального и неформального ухода;

8. необходимость улучшения механизмов межведомственного взаимодействия;

2.3. Оценка социально-экономической эффективности государственного регулирования в области долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами

Россия – социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное человека. Конституция Российской Федерации гарантирует государственную поддержку инвалидов и пожилых граждан; в стране развивается система социальных служб, устанавливаются государственные пенсии, пособия и иные гарантии социальной защиты.

Этот конституционный постулат в общем виде отражает целевые установки по обеспечению достойных условий жизни для всех членов общества и созданию равных и справедливых возможностей для развития каждой конкретной личности. В достижении данных целей – суть социальной функции государства, реализуемой в рамках его социальной политики на основе нормативного и организационного механизмов.

Рассуждая о целевом назначении права, Г. В. Мальцев отмечал, что законодательство есть не что иное, как выраженная языком юридических норм программа общественного развития. Это связанное и методическое изложение целей какой-либо деятельности в их временной последовательности, с указанием средств достижения промежуточных и

конечных результатов, критериев оценки данных результатов, допустимых способов корректирования целевых действий и самих целей¹⁴⁴.

Таким образом, целью социального обслуживания граждан, закрепленной в федеральном отраслевом законе¹⁴⁵, является предоставление социальных услуг гражданам, которые признаны нуждающимися в социальном обслуживании.

К трудным жизненным обстоятельствам, ухудшающим или способным ухудшить условия жизнедеятельности граждан, могут быть отнесены:

1) полная или частичная утрата способности либо возможности себя обслуживать, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста либо инвалидности;

2) наличие в семье инвалида или инвалидов, в том числе ребенка-инвалида или детей-инвалидов, нуждающихся в постоянном постороннем уходе;

3) наличие ребенка или детей (в том числе находящихся под опекой, попечительством), испытывающих трудности в социальной адаптации;

4) отсутствие возможности обеспечения ухода (в том числе временного) за инвалидом, ребенком, детьми, а также отсутствие попечения над ними;

5) внутрисемейный конфликт, в том числе с алкогольно- и наркозависимыми лицами, с лицами, имеющими пристрастие к азартным играм, лицами, страдающими психическими расстройствами, а также насилие в семье;

6) отсутствие определенного места жительства, в том числе у лица, не достигшего возраста 23 лет, пребывание которого в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, завершено;

7) отсутствие работы и средств к существованию;

¹⁴⁴ Более подробно см.: Мальцев Г. В. Социальные основания права. М.: Норма, 2007. С. 699.

¹⁴⁵ Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2013. № 52 (ч. I). Ст. 7007.

8) иные обстоятельства, которые нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации признают ухудшающими или способными ухудшить условия жизнедеятельности граждан.

Законодательно закреплённая цель системы социального обслуживания несет в себе огромный нравственный потенциал, придающий нормативным целям огромную значимость, предопределяет необходимые критерии оценки целевых регуляторов. Как известно, наибольшей ценностью обладают труднодостижимые цели, в связи с чем они требуют усиленной нормативной поддержки.

Мера ценности, подчеркивает Г. В. Мальцев, распространяется на средства достижения данных целей не в том смысле, что «цель оправдывает любые средства», а в том, что цель требует средств, адекватных ее ценностному значению¹⁴⁶.

Построение «древа целей» сферы социального обслуживания потребует также анализа целевых установок и спрогнозированных социальных эффектов, закреплённых на подзаконном уровне документами стратегического характера. Имеются в виду Указ от 07.05.2018 № 204, Концепция 2020, Основные направления деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2024 года, Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года¹⁴⁷.

Среди наиболее значимых целей и социальных эффектов сферы социального обслуживания отметим:

- увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 78 лет; разработку и реализацию программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения;

¹⁴⁶ Мальцев Г. В. Социальные основания права. С. 703.

¹⁴⁷ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 05.02.2016 № 164-р «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2016. № 7. Ст. 1017.

- оказание социальной помощи населению исходя из принципов справедливости, адресности и нуждаемости;

- реализацию механизма оценки нуждаемости граждан на основе данных единой государственной информационной системы социального обеспечения;

- развитие мер поддержки семей, имеющих детей, в том числе многодетных семей;

- развитие практики оказания социальной помощи на основании социального контракта;

- внедрение технологий, альтернативных предоставлению услуг в стационарной форме социального обслуживания, развитие сети организаций социального обслуживания и создание условий для привлечения негосударственных организаций к оказанию данных услуг;

- формирование системы сопровождения инвалидов и их семей, в том числе ранней помощи, в рамках развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов;

- повышение комфортности предоставления услуги по проведению медико-социальной экспертизы гражданам, в том числе за счет налаживания межведомственного взаимодействия без участия гражданина; обеспечение доступности для инвалидов приоритетных объектов и услуг социальной и транспортной инфраструктуры во всех регионах.

Воплощение нормативных целей в рамках системы социального обслуживания принадлежит следующим субъектам:

- 1) федеральному органу государственной власти, осуществляющему функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социального обслуживания – Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации;

- 2) органам государственной власти субъектов Российской Федерации;

- 3) организациям социального обслуживания, находящимся в ведении Российской Федерации;

4) организациям социального обслуживания, находящимся в ведении субъекта Российской Федерации;

5) негосударственным (коммерческим и некоммерческим) организациям социального обслуживания, в том числе социально ориентированным некоммерческим организациям, предоставляющим социальные услуги;

б) индивидуальным предпринимателям, осуществляющим социальное обслуживание.

Государственное управление сферой социального обслуживания, как и во многих других отраслях социальной сферы, представлено федеральным и региональным уровнем.

Деятельность органов федерального уровня обозначена:

- принятием определенного круга нормативных правовых актов;
- созданием сети организаций социального обслуживания, подчиненных Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации; ведением единой федеральной системы статистического учета и отчетности в сфере социального обслуживания;
- осуществлением федерального государственного контроля (надзора) в сфере социального обслуживания¹⁴⁸;
- созданием условий для независимой оценки качества услуг, оказываемых организациями социального обслуживания.

Оценить социально-экономическую эффективность государственного регулирования в области долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами не просто.

Существенной проблемой функционирования социальной сферы является имманентно присущий ей поиск баланса между надлежащим выполнением государством социальной функции, т.е. удовлетворением

¹⁴⁸ Необходимо отметить, что к отношениям по государственному контролю (надзору) в сфере социального обслуживания, по организации и проведению проверок поставщиков социальных услуг применяются положения Федерального закона от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» (Собр. законодательства Рос. Федерации. 2008. № 52 (ч. 1). Ст. 6249).

социальных потребностей граждан, и сокращением государственных расходов, обусловленных нестабильностью экономических процессов. Любые дестабилизирующие экономические факторы ведут к сокращению расходов на социальные программы, а стабильность экономики и достаточность бюджетных средств обуславливает выравнивание социальной политики, введение новых инструментов, нацеленных на удовлетворение потребностей граждан и полноценную реализацию их социальных прав.

Поиск компромисса публичных интересов государства (сокращение финансовых расходов) и частной заинтересованности граждан (получение качественных услуг в объеме, гарантированном Конституцией) усложняется не только зачастую антагонистической направленностью этих интересов, но и трудностями, связанными с неготовностью общества к кардинальным преобразованиям в данной сфере, недостаточной развитостью институциональных элементов общества, вовлекаемых в модернизационные процессы.

Социальная сфера чувствительна к любым изменениям, поскольку затрагивает насущные интересы каждого гражданина и направлена на удовлетворение его основных потребностей, поэтому предпринимаемые государством шаги в рамках социальной политики требуют особой продуманности не только с точки зрения экономического эффекта, но и с точки зрения будущего социального результата, социального эффекта — удовлетворения на необходимом уровне и в достаточном качестве потребностей граждан. Любое, даже минимальное, снижение качества и уровня удовлетворенности социальных потребностей негативно сказывается на общем настроении в обществе, ведет к появлению социальных конфликтов, протестным акциям, усложняет демографическую ситуацию и в конечном счете может привести к дестабилизации в государстве в целом.

При определении социально-экономического эффекта в социальной сфере должны учитываться фундаментальные особенности отраслей социальной сферы.

Во-первых, следует иметь в виду, что важнейшие результаты образовательной, культурной деятельности, деятельности в сфере здравоохранения выражаются в *отложенном по времени социальном эффекте*. Например, важнейшие результаты культурной деятельности со значительным временным лагом проявятся в увеличении интеллектуального потенциала, изменении ценностных ориентиров и норм поведения индивидуумов, что, в конечном счете, повлечет за собой изменения в основах функционирования общества. В образовании отдаленный социальный эффект проявится спустя 9 (11) — 13 (17) лет в совокупности приобретенных знаний, умений, навыков, ценностных установок, опыта и компетенции. В здравоохранении — в восстановлении (частичном восстановлении) деятельности организма, его отдельных функций, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды.

Соответственно при оценивании эффективности правового воздействия на отношения социальной сферы рассчитывать на быстрое отражение его результатов не приходится.

Во-вторых, необходимо учитывать *низкую степень корреляции между затратами и результатами в социальной сфере: бюджетные расходы в некоторых случаях могут не принести даже отложенного социального эффекта, так как эти затраты диктуются обществу социальными мотивами*. Речь идет о содержании домов престарелых, хосписов для онкологических больных, социальных приютов для лиц без определенного места жительства, приютов для бездомных животных и т.д.

В-третьих, социальное законодательство является сферой совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации. Это означает, что региональное законодательство демонстрирует вариативность подходов регулятивного воздействия при разработке основных параметров системы долговременного ухода за пожилыми людьми и инвалидами. Кроме того, объем социальных услуг, выплат, предоставление иных социальных

благ материального характера обусловлены объективными особенностями социально-экономического развития субъектов Российской Федерации.

Именно этими особенностями и объясняются различия в размере и количестве социальных услуг получателями долговременного ухода, действии его во времени и даже по кругу лиц.

Даная проблема существовала всегда в системе социального обслуживания регионального уровня. Кроме того, многие авторы отмечали, что причиной внутренней миграции является различие в социально-экономическом положении субъектов Российской Федерации.

Опыт пилотного проекта позволил оценить уровень расходов на финансирование социальных услуг (стационарная, полустационарная и домашняя формы обслуживания). Так, согласно открытым данным в 2020 году объем государственных расходов на финансирование составил порядка 228 млрд. рублей.

Данный анализ позволяет предположить, что распространение системы долговременного ухода на всю территорию Российской Федерации расширит бюджетную нагрузку до 265 млрд. рублей в год. Возврат средств в бюджетную систему Российской Федерации в виде налогов и взносов, так называемый бюджетный эффект составит порядка 103 млрд. рублей.

В бюджете¹⁴⁹ на 2022 г. и плановый период 2023 и 2024 гг. запланировано расходов на создание системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами (табл. 4).

Таблица 4.

Плановые расходы на создание СДУ

В млн. руб.	2022	2023	2024
Федеральный бюджет	2 357,057	2 357,057	2 564,767
Общий объем расходов бюджета	23 690 000,0	25 240 000,0	26 350 000,0

¹⁴⁹ Федеральный закон от 06.12.2021 N 390-ФЗ «О федеральном бюджете на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов». URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=VsogZITynire4NZ9&cacheid=3202AB7C3FE17A92BDDFF4A82DF997F9B&mode=splus&rnd=CFAFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=402647&ds t=131808#SCwmZITJ9fsJQPpE>. (дата обращения 29.09.2022г.)

% от расходов бюджета	0,01 %	0,01%	0,01%
-----------------------	--------	-------	-------

В случае дальнейшего распространения системы долговременного ухода на все остальные субъекты Российской Федерации потребует многократного увеличения бюджетного финансирования. Такая финансовая нагрузка бюджетной системы поставит ее под угрозу.

Одним из эффективных решений поддержки развития систему долговременного ухода могло стать внедрение страхового механизма финансирования. Данный механизм уже действует во многих зарубежных странах, имеющих большой опыт организации системы долговременного ухода (например, Германия, Китай, Япония).

Социально-экономическую эффективность системы долговременного ухода можно было бы повысить с помощью следующих инструментов.

1. Расширение программ социализации граждан, нуждающихся в регулярном уходе путем расширения организаций социального обслуживания полустационарной формы (реабилитационных центров, городских дневных центров, мини-центров шаговой доступности)

2. Разработать комплексную программу занятости. Данная программа может быть направлена на организацию свободного времени для людей с отсутствием возможности трудиться или обеспечение работой тех людей, которые могут трудиться, учитывая небольшие физические и (или) ментальные дефициты.

3. Разработать программы в рамках системы долговременного ухода, способствующие широкому вовлечению граждан, нуждающихся в уходе во взаимодействие по различным предметам через Интернет. Это позволит существенно снизить негативные последствия одиночества, а также повысить уровень их социальной активности, что крайне благоприятно отражается на состоянии здоровья, а значит, в результате позволит снизить расходы на здравоохранение.

Выводы:

Повысить социально-экономическую эффективность государственного регулирования в области долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами возможно, при этом *на федеральном уровне* должны быть разработаны:

- модели страхового механизма финансирования системы долговременного ухода;
- модели софинансирования для тех социальных услуг, которые не входят в бесплатный социальный пакет.

На уровне субъектов Российской Федерации целесообразно привлекать на условиях государственно-частного партнерства негосударственные организации социального обслуживания, с помощью которых станет возможным расширение программ социализации граждан, нуждающихся в регулярном уходе путем расширения организаций социального обслуживания полустационарной формы (реабилитационных центров, городских дневных центров, мини-центров шаговой доступности).

Также на уровне субъектов Российской Федерации рекомендуется расширить комплексную программу занятости, вовлекая граждан, которые могут трудиться, учитывая небольшие физические и (или) ментальные дефициты.

Третья мера - повысить взаимодействие граждан, нуждающихся в уходе, в рамках системы долговременного ухода, с помощью *развития цифровых технологий в сети Интернет* также рекомендуем осуществлять на уровне субъектов Российской Федерации.

2.4. Оценка эффективности межведомственного взаимодействия в области регулирования политики долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами

В приказе Минздрава России от 28.07.1999 № 297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации» признается

необходимость «более тесного взаимодействия органов и учреждений здравоохранения и социальной защиты населения, в ряде случаев совместного решения поставленных задач на основе интеграции финансовых и других ресурсов», однако на практике данное направление так и не реализовано. Эта проблема нашла отражение в Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года¹⁵⁰, но правовой механизм ее реализации пока не разработан.

Комплексное социальное сопровождение нуждающихся осуществляется путем привлечения многих ведомств и структур. В связи с этим, в комплексе мер по формированию системы долгосрочного ухода за пожилыми гражданами и инвалидами входит задача по организации межведомственного сотрудничества, которое должно включать в себя синхронизацию информационных систем организаций, вовлеченных в процесс ухода.

Видятся следующие проблемные места, для устранения которых необходимо межведомственное взаимодействие:

- межведомственная разобщенность;
- отсутствие единой системы учета нуждающихся в уходе;
- отсутствует синхронизация учетных данных и пути оперативной передачи учетных данных между ведомственными информационными системами;
- отсутствие проактивности системы выявления нуждающихся в уходе, который должен реализовываться, в т.ч., в стационарных организациях здравоохранения, в поликлиниках, в организациях социальной защиты;
- отсутствие системы типизации;
- отсутствие ухода в медицинских учреждениях;
- отсутствие единых стандартов процесса ухода и контроля за его результатом;

¹⁵⁰Распоряжение Правительства Российской Федерации от 05.02.2016 № 164-р «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2016. № 7. Ст. 1017.

- отсутствие системы поддержки лиц, осуществляющих неформальный уход;

- недостаточная информированность нуждающихся, их родственников и иных лиц, привлекаемых к неформальному уходу, о возможностях системы долговременного ухода, современных подходов и методов.

Законодательно определено, что должно включать в себя межведомственное взаимодействие:

- обмен информацией, необходимой для предоставления социальных услуг и социального сопровождения;

- организация совместных действий организаций здравоохранения и социального обслуживания при реализации индивидуальных программ предоставления социальных услуг;

- совместное планирование деятельности медицинских и социальных служб;

- оказание взаимопомощи при выполнении своих функций каждой из служб;

- обмен опытом по вопросам работы с нуждающимися в уходе гражданами.

В соответствии с требованиями Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ межведомственное взаимодействие на территории субъектов РФ определяется регламентом, утвержденным органами исполнительной власти субъекта. Министерством труда и социальной защиты РФ разработаны Рекомендации¹⁵¹ по организации межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти субъектов РФ при предоставлении социальных услуг, а также при содействии

¹⁵¹ Приказ Минтруда России от 18.11.2014 № 889н «Об утверждении рекомендаций по организации межведомственного взаимодействия исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации при предоставлении социальных услуг, а также при содействии в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальном сопровождении)». URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&rnd=iLOIAQ&base=LAW&n=177202&dst=100009&field=134#5uPzpITrWa1lxN6>. (дата обращения 29.09.2022г.)

в предоставлении медицинской, психологической и иной социальной помощи.

На региональном уровне органами исполнительной власти разрабатываются и утверждаются такие регламенты¹⁵².

Под *межведомственным взаимодействием* в литературе понимается координация деятельности медицинской организации и учреждений социального обслуживания населения в части медико-социального обслуживания и социального сопровождения пожилых граждан и инвалидов, признанных нуждающимися в социальном обслуживании¹⁵³.

Анализ регламентов межведомственного взаимодействия государственных органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере социального обслуживания показал, что, как правило, в число взаимодействующих органов включаются:

- органы исполнительной власти, ведающие вопросами социального развития;
- органы исполнительной власти, ведающие вопросами образования;
- органы исполнительной власти, ведающие вопросами здравоохранения;
- органы исполнительной власти, ведающие вопросами культуры;
- органы исполнительной власти, ведающие вопросами спорта;
- органы исполнительной власти, ведающие вопросами труда и занятости населения.

¹⁵² См., например: Постановление Правительства Московской области от 16 декабря 2014 г. № 1106/49 «Об утверждении Регламента межведомственного взаимодействия органов государственной власти Московской области в связи с реализацией полномочий Московской области в сфере социального обслуживания». URL: <https://docs.cntd.ru/document/537967189>. (дата обращения 29.09.2022г.); Постановление Губернатора Волгоградской области от 11 декабря 2014 г. № 239 «Об утверждении Регламента межведомственного взаимодействия органов государственной власти Волгоградской области в связи с реализацией полномочий Волгоградской области в сфере социального обслуживания». URL: [Постановление об утверждении регламента межведомственного взаимодействия.pdf](#). (дата обращения 29.09.2022г.). *Аналогичные регламенты имеются, как правило, во всех регионах.*

¹⁵³ Опыт организации межведомственного взаимодействия органов социального обслуживания и здравоохранения в рамках внедрения элементов системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами. / сост. Л.И. Мяконькая; под ред. Е.А. Сидоренко. Шарыпово, 2019. 24 с. *Опу_t_organizacii_mezhvedomstvennogo_vzaimodejstviya.pdf. (дата обращения 29.09.2022г.)

Отдельные регионы включают в этот перечень органы юстиции¹⁵⁴, органы ЗАГС¹⁵⁵. В Алтайском крае¹⁵⁶ в участия в межведомственном взаимодействии могут привлекаться иные организации: территориальные органы федеральных органов исполнительной власти, бюро медико-санитарной экспертизы, органы местного самоуправления, общественные и волонтерские организации и иные организации, включая индивидуальных предпринимателей, располагающих какими либо сведениями в отношении нуждающихся в уходе пожилых людей.

Приказом Минтруда и соцразвития и Минздрава Мурманской области от 5 июля 2021. № 424/445/1 утвержден Порядок межведомственного взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и центров социальной поддержки населения в рамках создания и функционирования системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами на территории Мурманской области¹⁵⁷. Данный порядок имеет рамочный характер. Порядок предусматривает, что социальные учреждения должны самостоятельно организовать мероприятия межведомственного взаимодействия. Соответственно, каждое социальное учреждение, реализующее функции ухода да пожилыми людьми, самостоятельно разрабатывает свои механизмы

¹⁵⁴ Постановление Губернатора Волгоградской области от 11 декабря 2014 г. № 239 «Об утверждении Регламента межведомственного взаимодействия органов государственной власти Волгоградской области в связи с реализацией полномочий Волгоградской области в сфере социального обслуживания». URL: Постановление об утверждении регламента межведомственного взаимодействия.pdf. (дата обращения 29.09.2022г.).

¹⁵⁵ Постановление Правительства Московской области от 16 декабря 2014 г. № 1106/49 «Об утверждении Регламента межведомственного взаимодействия органов государственной власти Московской области в связи с реализацией полномочий Московской области в сфере социального обслуживания». URL: <https://docs.cntd.ru/document/537967189>. (дата обращения 29.09.2022г.).

¹⁵⁶ Приказ Минсоцзащиты и Минздрава Алтайского края № 27/Пр/151 от 14.05.2019 г. «Об утверждении Регламента межведомственного взаимодействия Министерства социальной защиты Алтайского края и Министерства здравоохранения Алтайского края по осуществлению доставки лиц старше 65 лет, проживающих в сельской местности, в медицинские организации Алтайского края, в том числе для проведения дополнительных скринингов на выявление отдельных социально значимых неинфекционных заболеваний». URL: prikazot-14052019-№-27pr151.pdf. (дата обращения 29.09.2022г.).

¹⁵⁷ Приказ Минтруда и соцразвития и Минздрава Мурманской области от 5 июля 2021 . № 424/445/1 «Об утверждении Порядка межведомственного взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и центров социальной поддержки населения в рамках создания и функционирования системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами на территории Мурманской области». URL: <https://docs.cntd.ru/document/574808795>. (дата обращения 29.09.2022г.).

такого взаимодействия. Так, Кольским комплексным центром социального обслуживания населения в состав участников межведомственного взаимодействия дополнительно включены региональное отделение Фонда социального страхования РФ, органы Министерства внутренних дел РФ, подразделения Федеральной службы исполнения наказания, территориальные органы Пенсионного фонда РФ, территориальные органы Федеральной миграционной службы¹⁵⁸.

В основном для координации всех структур в регионе формируется единый Координационный центр, который может быть организован как самостоятельно, так и функционировать на базе какого-либо учреждения социального обеспечения.

Отмечается, что в регионах создаются единые коммуникационные центры, цель которых – выявление и поддержка граждан, нуждающихся в уходе, и обеспечение обмена этой информацией. Для комплексной помощи нуждающиеся или их родственники могут обратиться по единому телефонному номеру. Затем в едином центре выстраивается индивидуальный план оказания необходимой помощи социального и медицинского характера¹⁵⁹.

Обратимся к примерам реализации межведомственного взаимодействия в социальной сфере.

Коллеги делятся опытом формирования межведомственных взаимоотношений при формировании системы долговременного ухода. Так, в г. Шарыпово Красноярского края специалисты¹⁶⁰ видят межведомственное взаимодействие шире: предполагают, что в него должны быть включены, кроме учреждений здравоохранения и социальных), другие организации:

¹⁵⁸ Положение о межведомственном взаимодействии исполнительных органов государственной власти с ГОАУСОН «Кольский КЦСОН» для реализации полномочий в сфере оказания социальных услуг, утв. Приказом ГОАУСОН «Кольский КЦСОН» от 11.12.2015 г. № 243. [polozhenie_o_mezhved-vzaimod..pdf](#). (дата обращения 29.09.2022г.).

¹⁵⁹ URL: <http://council.gov.ru/events/news/110933/>. (дата обращения 29.09.2022г.).

¹⁶⁰ Опыт организации межведомственного взаимодействия органов социального обслуживания и здравоохранения в рамках внедрения элементов системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами. / сост. Л.И. Мяконькая; под ред. Е.А. Сидоренко. Шарыпово, 2019. 24 с. URL: *[Опу_t_organizacii_mezhvedomstvennogo_vzaimodejstviya.pdf](#). (дата обращения 29.09.2022г.).

волонтерские движения, благотворительные, социально направленные некоммерческие организации, осуществляющие уход за пожилыми людьми. Межведомственное взаимодействие закреплено совместными нормативными правовыми актами, которые определяют формы, содержание и методы взаимодействия. Это:

- соглашения о сотрудничестве между городской больницей и центром социального обслуживания населения;
- распоряжение органов местного самоуправления о формировании комиссии по межведомственному взаимодействию и координации оказания медико-социальной помощи нуждающимся пожилым гражданам;
- положение о работе такой комиссии.

Комиссия по межведомственному взаимодействию в г. Шарыпово Красноярского края собирается один раз в месяц и решает следующие вопросы:

- своевременное выявление граждан, утративших способность к самообслуживанию и нуждающихся в помощи;
- привлечение к выявлению общественных организаций, действующих в интересах пожилых граждан и инвалидов и иных, равнодушных людей;
- осуществление информирования нуждающихся граждан и лиц, осуществляющих уход на дому за ними, о перечне организаций, привлекаемых к предоставлению помощи;
- осуществление контроля за обращением названных граждан;
- вопросы учета мероприятий по социальному обслуживанию;
- утверждение индивидуальных маршрутов реабилитации;
- осуществление мониторинга эффективности предоставляемых нуждающимся гражданам социальных и медицинских услуг и мероприятий по социальному обслуживанию.

В рамках межведомственного взаимодействия сформирована мультидисциплинарная бригада из числа медицинских и социальных

работников, в состав которой обязательно входит врач-терапевт с врачом-гериатр.

В Волгоградской области по всей территории (в муниципальных округах) созданы рабочие группы по организации системы долговременного ухода с включением в их состав представителей социальных и медицинских организаций, органов местного самоуправления, организаций культуры, образования, территориальных органов Пенсионного фонда РФ, Фонда социального страхования, общественных организаций, волонтеров¹⁶¹. С целью комплексного подхода к оказанию помощи пожилым людям органы, реализующие полномочия по социальному обеспечению, заключили с главами муниципальных образований соглашения о сотрудничестве, которым предусмотрены мероприятия по:

- осуществлению постоянного мониторинга выявления нуждающихся в долговременном уходе граждан;
- своевременного и комплексного оказания им необходимой социально-медицинской помощи с учетом их индивидуальной нуждаемости;
- оперативного обмена информацией и оценки эффективности результатов межведомственного взаимодействия;
- проведение информационно-разъяснительной работы среди нуждающихся в уходе и их родственников или иных лиц, осуществляющих неформальный уход, о формах социального обслуживания, о перечне социальных услуг, порядке их предоставления, о новых технологиях.

Оператором системы межведомственного взаимодействия в Волгоградской области является специально созданный Координационный центр. В Координационном центре с целью оказания справочно-консультационной помощи гражданам по вопросам долговременного ухода организована работа Call-центра с бесплатным номером.

¹⁶¹ Карпушина А.С. Социальное обеспечение граждан в рамках регионального проекта "Разработка и реализация программы системной адресной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения (Волгоградская область)". Реализация и итоги проекта за 2019 год. В сборнике: Актуальные вопросы экономики. Сборник статей IV Международной научно-практической конференции. 2020. С. 159-163.

Межведомственное взаимодействие при организации системы долговременного ухода реализуется не только при выявлении нуждающихся в уходе, их информирования и т.д., но и при реализации отдельно взятых социальных услуг. Коллеги из Санкт-Петербурга¹⁶² делятся опытом межведомственного взаимодействия при реализации проекта модели «Школа ухода». Целью этого проекта является обучение лиц, оказывающих уход, необходимым для этого навыкам и умения: правилам и способам ухода за маломобильными и немобильными гражданами пожилого возраста и инвалидами, восстановления и поддержки их способностей к бытовой деятельности, адаптации к изменившимся условиям жизни и т.д. Для реализации проекта установлена и функционирует межведомственная связь с целым рядом организаций здравоохранения, образования, научно-исследовательскими, службы занятости населения, негосударственными учреждениями социальной направленности.

Коллеги¹⁶³ из Санкт-Петербурга делятся опытом создания и функционирования межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти и государственных учреждений сферы здравоохранения и социального обслуживания при участии социально ориентированных некоммерческих организаций по реализации мероприятий долговременного ухода за гражданами пожилого возраста. Так, создан Комплексный центр социального обслуживания населения Центрального района. В Центре учреждена экспериментальная (инновационная) площадка, на которой совместно работают сотрудники Центра и Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. Коллеги разрабатывают модель отделения социально-медицинского обслуживания на дому граждан пожилого возраста. Результатом реализации новой модели

¹⁶² Колосова М.А., Кондрахин Р.А. Межведомственное взаимодействие - основа проекта модели "школа ухода" на базе СПб ГБСУ СО "Геронтологический центр". Социальная работа: теория, методы, практика. 2021. № 3. С. 161-172.

¹⁶³ Колосова Г.В. (сотрудник Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга). Опыт Санкт-Петербурга в рамках реализации мероприятий, направленных на развитие системы долговременного ухода, формирование активного долголетия и рост качества жизни граждан старшего поколения. Социальная работа: теория, методы, практика. 2020. № 2. С. 15-33.

отмечают увеличение коммуникативной и реабилитационной составляющей социального обслуживания. В штат работающих в отделении включены не только медики и социальные работники, но и психолог, юрист, специалист досугового отделения. На данный момент в Санкт-Петербурге работает около 20 таких центров и отделений. В рамках межведомственного взаимодействия между центрами социальной помощи и медицинскими учреждениями заключаются соглашения, аналогичные соглашения заключены с научными организациями, в рамках которых обобщается опыт по работе с престарелым населением.

В Амурской области с целью межведомственного взаимодействия с участниками программы долговременного ухода за пожилыми людьми внедрена информационная система «Оптима». Информационная система ведет учет поступившей информации о нуждающихся в уходе гражданах. Для выявления граждан, нуждающихся в уходе, предоставления им консультаций по вопросам социального обслуживания организована технология «Социальный участковый». Новая технология реализуется на базе медицинских учреждений по системе «одного окна»¹⁶⁴.

Выводы:

Межведомственное взаимодействие при организации системы долговременного ухода за пожилыми людьми, несмотря на то, что базируется на единых типовых рекомендациях, в каждом регионе организовано по-своему. Можно выделить следующие отличительные черты организации межведомственного взаимодействия:

- регламентируется различными нормативно-правовыми актами: постановлениями правительства региона, приказами ведущих министерств, положениями непосредственных участников процесса взаимодействия;

¹⁶⁴ Полевая Н.М. Система долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе: результаты внедрения в Амурской области. Вестник Амурского государственного университета. Серия: Гуманитарные науки. 2022. № 96. С. 63-66.

- различен круг участников, привлекаемых к межведомственному взаимодействию при оказании услуг долговременного ухода за пожилыми и инвалидами.

Положительными примерами может служить такое межведомственное взаимодействие, которое охватывает широкий круг участников, включая негосударственный сектор: волонтеров, социально направленные некоммерческие организации, органы местного самоуправления и т.д.

2.5. Анализ отечественных федеральных и региональных практик в сфере долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами и выявление лучших из них

География исследования составила:

г. Москва; г. Санкт-Петербург; г. Севастополь, Республика Бурятия; Республика Мордовия; Республика Татарстан; Алтайский край; Забайкальский край; Хабаровский край; Волгоградская область; Калужская область; Кемеровская область – Кузбасс; Новосибирская область; Нижегородская область; Оренбургская область; Самарская область; Свердловская область; Тюменская область Удмуртская Республика, Воронежская обл.

Выбор субъектов обоснован следующим:

Во всех перечисленных субъектах РФ (за исключением Хабаровского края и Оренбургской областей) в соответствии с приказом Минтруда России от 29 декабря 2021 г. № 929 в рамках федерального проекта «Старшее поколение» национального проекта «Демография» в 2021 году был реализован пилотный проект по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе. В частности, была внедрена соответствующая модель системы долговременного ухода, опубликованы отчеты о ходе реализации соответствующих программ долговременного ухода и достижениях целей нацпроекта «Демография».

В соответствии с приказом Минтруда России от 29 декабря 2021 г. № 929 в реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе, был задействован 21 субъект РФ: из них предлагается детально проанализировать опыт 14-ти субъектов РФ (см. выше). Однако, в рамках данного проекта не участвуют такие дотационные регионы, как Хабаровский край и Оренбургская область. Опыт таких субъектов РФ также будет полезен в ходе анализа отечественных федеральных и региональных практик в сфере долговременного ухода, выявления лучших из них.

Согласно данным Федеральной службы государственной статистики (далее - Росстат), на 1 января 2022 г. анализ характеристики населения Российской Федерации по полу и возрасту демонстрирует численное превышение женщин над мужчинами в составе населения с 36 лет и с возрастом увеличивается. Такое неблагоприятное соотношение сложилось из-за сохраняющегося высокого уровня преждевременной смертности мужчин.

Согласно международным критериям, население считается старым, если доля людей в возрастах 65 лет и более во всем населении превышает 7%. В настоящее время каждый седьмой россиянин, т.е. 16,0% (на начало 2021 года – 15,8%) жителей страны, находится в возрасте 65 лет и более.

Процесс демографического старения населения в гораздо большей степени характерен для женщин. В структуре населения вышеуказанного возраста женщины составляют около двух третей (66,5%). В возрастной группе 85 лет и более численность женщин превышает численность мужчин в 3,1 раза.

Средний возраст жителей страны составляет 40,5 лет, мужчин соответственно 37,7 лет, женщин – 42,9 лет. В 34 субъектах Российской Федерации средний возраст населения свыше 41 года, самый высокий он в

регионах Европейской части России: в Тамбовской, Тульской, Пензенской и Рязанской областях – 43,9 – 43,2 лет.

Каждый четвертый житель России (35,0 млн. человек на 1 января 2022 г.) – в пенсионном возрасте. Численность детей и подростков до 16 лет на 7,7 млн. человек, или на 22,0% меньше, чем лиц старше трудоспособного возраста. Превышение численности людей старшего возраста имеет место в 71 субъекте Российской Федерации, наибольшее: в Тамбовской области – в 2,0 раза; в Тульской области – 1,9 раза; Республике Мордовия, Пензенской, Смоленской и Рязанской областях – 1,8 раза; Владимирской, Воронежской, Ивановской, Орловской, Псковской, Тверской и Ульяновской областях и г. Москве – в 1,7 раза.

Численность населения в возрасте 0 – 15 лет за 2021 год сократилась на 70 тыс. человек (0,3%) и составила к началу 2022 года 27,3 млн. человек или 18,8% от общей численности населения.

Самая низкая доля детей в возрасте 0 – 15 лет в Республике Мордовия, Тульской и Тамбовской областях (15,0%); Воронежской, Ивановской, Ленинградской, Орловской, Пензенской, Рязанской, Смоленской областях и г. Москве (16,0%).

Численность населения трудоспособного возраста на начало 2022 года составила 83,2 млн. человек.

По данным Росстата, за последние два года и в ожидаемом прогнозе на 2022 г. доля населения старше трудоспособного составляет по регионам (табл. 5):

Таблица 5.

Доля населения старше трудоспособного по годам и в перспективе, %

Субъекты/года	2020	2021	2022
Республика Бурятия	19,7	20,0	19,0
Республика Мордовия	27,6	28,2	26,9
Республика Татарстан	24,4	24,7	23,5
Алтайский край	18,2	18,4	17,5
Забайкальский край	20,0	20,2	19,1
Хабаровский край	22,3	22,5	21,2
Волгоградская область	27,0	27,2	25,9

Калужская область	27,7	27,8	26,2
Кемеровская область - Кузбасс	25,2	25,4	24,3
Новосибирская область	24,2	24,6	23,4
Нижегородская область	27,4	27,7	26,4
Оренбургская область	24,9	25,3	24,0
Самарская область	26,6	26,9	25,6
Свердловская область	25,2	25,3	24,1
Тюменская область	17,5	18,1	17,2
Удмуртская республика	24,6	25,0	24,0
г. Санкт-Петербург	26,4	26,7	25,5
г. Москва	26,9	27,4	26,4
г. Севастополь	26,1	25,0	23,7
Воронежская область	28,3	28,6	27,2

Показатель демографической нагрузки составляет 749 человек на 1000 человек населения трудоспособного возраста, в т.ч. нагрузка детьми – 328 и людьми пенсионного возраста – 421¹⁶⁵.

Динамика старения населения Российской Федерации достаточно высокая. Принятие мер по внедрению системы долговременного ухода считаем своевременными. Согласно прогнозу Росстата, доля граждан старше трудоспособного возраста к 2025 году составит 40,5 млн. человек. Следовательно, вырастет число тех, кому требуется постоянный присмотр и особый уход. Нуждаемость в услугах сиделки обозначили около четырех миллионов пожилых людей. В посторонней профессиональной помощи нуждаются более 7 млн. инвалидов из 12 млн. человек данной категории.

Ситуация усугубляется тем, что все перечисленные категории граждан – пожилые люди и инвалиды – являются малообеспеченными, не могут позволить себе профессиональный посторонний уход.

С момента внедрения системы долговременного ухода в 2019 г. с шести регионов Российской Федерации, к 2021 году расширилась до 24 регионов, а в 2022 году увеличилась до 34 регионов. Анализ результатов экспресс-опроса показал, что более 9 тыс. родственников людей, кому требуется уход на дому, вернулись на работу. Существенно сократилось

¹⁶⁵ Статистический бюллетень. Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту на 1 января 2022 года. / Федеральная служба государственной статистики / URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Bul_chislen_nasel-pv_01-01-2022.pdf. (дата обращения 05.09.2022).

число обращений пожилых граждан в службу скорой медицинской помощи. В сфере долговременного ухода уже создано 4,7 тысячи рабочих мест.

Из федерального бюджета¹⁶⁶ запланированы следующие субсидии субъектам РФ на создание системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами (табл. 6):

Таблица 6.

Бюджетные субсидии регионам на создание СДУ

В тыс. руб.	2022	2023	2024
Республика Бурятия	76 661,7	76 661,7	83 417,4
Республика Мордовия	83 991,8	83 991,8	91 393,4
Республика Татарстан	68 044,1	68 044,1	74 040,3
Алтайский край	66 644,6	66 644,6	72 517,5
Забайкальский край	56 912,6		61 927,9
Волгоградская область	71 729,2	71 729,2	78 584,6
Воронежская область	72 220,3	72 220,3	78 584,6
Кемеровская область - Кузбасс	145 457,6	145 457,6	158 275,7
Новосибирская область	258 290,2	258 290,2	281 051,4
Нижегородская область	47 259,5	47 259,5	51 424,1
Самарская область	60 422,4	60 422,4	65 747,0
Тюменская область	10 817,2	10 817,2	11 770,4
Удмуртская республика	70 066,4	70 066,4	76 240,8

Проанализируем отдельные региональные практики в сфере долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами.

1) Г. Москва

Город Москва является участником пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами с 2019 года.

¹⁶⁶ Федеральный закон от 06.12.2021 N 390-ФЗ «О федеральном бюджете на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов». URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=VsogZITynire4NZ9&cacheid=3202AB7C3FE17A92BDDFF4A82DF997F9B&mode=splus&rnd=CFAFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=402647&ds t=131808#SCwmZITJ9fsJQPpE>. (дата обращения 29.09.2022г.).

Отметим, что в городе Москве сфера социального обслуживания пожилых граждан и инвалидов до включения ее в пилотный проект отличалась от всех остальных регионов лучшей разработкой нормативных правовых актов. Среди нормативных правовых актов были приняты: Закон города Москвы от 17 января 2001 г. № 3 "Об обеспечении беспрепятственного доступа инвалидов и иных маломобильных граждан к объектам социальной, транспортной и инженерной инфраструктур города Москвы"¹⁶⁷; Закон г. Москвы от 9 июля 2008 г. № 34 «О социальном обслуживании населения и социальной помощи в городе Москве»¹⁶⁸; Постановление Правительства Москвы от 24.03.2009 № 215-ПП "О порядке оказания в городе Москве адресной социальной помощи гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации"¹⁶⁹; Постановление Правительства Москвы от 29.12.2009 № 1500-ПП "О государственных стандартах социального обслуживания населения в городе Москве"¹⁷⁰; Постановление Правительства Москвы от 26 декабря 2014 г. № 829-ПП "О социальном обслуживании граждан в городе Москве"¹⁷¹; Постановление Правительства Москвы от 26 декабря 2014 г. № 827-ПП "Об утверждении дополнительного перечня категорий граждан, имеющих право на бесплатное предоставление социальных услуг в городе Москве по формам социального обслуживания, установленным федеральным законодательством"¹⁷² и др.

¹⁶⁷ Закон города Москвы от 17 января 2001 г. N 3 "Об обеспечении беспрепятственного доступа инвалидов и иных маломобильных граждан к объектам социальной, транспортной и инженерной инфраструктур города Москвы" // URL: <https://docs.cntd.ru/document/3623859> (дата обращения 01.09.2022).

¹⁶⁸ Закон города Москвы от 9 июля 2008 г. № 34 «О социальном обслуживании населения и социальной помощи в городе Москве» Официальный портал Мэра и Правительства Москвы. // URL: <https://dszn.ru/documents/94> (дата обращения 01.09.2022).

¹⁶⁹ Постановление Правительства Москвы от 24.03.2009 N 215-ПП "О порядке оказания в городе Москве адресной социальной помощи гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации"// URL: <https://docs.cntd.ru/document/3709185> (дата обращения 01.09.2022).

¹⁷⁰ Постановление Правительства Москвы от 29.12.2009 N 1500-ПП «О государственных стандартах социального обслуживания населения в городе Москве» // URL: <https://docs.cntd.ru/search?q=Постановление%20Правительства%20Москвы%20от%2029.12.2009%20N%201500-ПП> (дата обращения 01.09.2022).

¹⁷¹ Постановление Правительства Москвы от 26 декабря 2014 г. N 829-ПП "О социальном обслуживании граждан в городе Москве" // URL: <https://docs.cntd.ru/document/537967656> (дата обращения 01.09.2022).

¹⁷² Постановление Правительства Москвы от 26 декабря 2014 г. N 827-ПП "Об утверждении дополнительного перечня категорий граждан, имеющих право на бесплатное предоставление социальных услуг в городе Москве по формам социального обслуживания, установленным федеральным законодательством" // URL: <https://docs.cntd.ru/document/537967278> (дата обращения 01.09.2022).

Современная система социального обслуживания города Москвы начала формироваться в 1990-е годы. В целях поддержки самой социально уязвимой категории граждан – пожилых людей и инвалидов – был создан Комитет социального обеспечения и помощи пенсионерам и инвалидам¹⁷³, основной целью которого была организация социального обслуживания нетрудоспособным гражданам.

Особенность столичного социального обслуживания заключается в использовании программного метода построения работы в сфере социального обслуживания. Так, на основании постановления Правительства Москвы от 28 декабря 1993 г. № 1189 «О программе мер по социальной защите отдельных категории жителей Москвы в 1994 году и выполнении программы за 1993 г.»¹⁷⁴ меры социальной защиты разрабатывались комплексно, сроком на один год, с учетом адресного подхода, реальной нуждаемости тех или иных групп населения в сравнении с прожиточным минимумом.

Несмотря на экономическую нестабильность в 1994 году на реализацию мер социальной защиты малообеспеченных граждан из городского бюджета и внебюджетного Фонда социальной защиты населения направлено более 1,3 триллиона рублей.

В Москве действовало 623 отделения социальной помощи на дому, которые обслуживали 74 721 человека. Для сравнения: в 1990 году такую помощь получали лишь 30 085 человек. Бурный рост центров социального обслуживания в городе отмечался в 1997–1998 годах: открывались новые здания, расширялся спектр услуг и штат специалистов¹⁷⁵.

¹⁷³ Постановление Правительства Москвы от 8 октября 1991 № 145 «О создании Комитета социального обеспечения и помощи пенсионерам и инвалидам» // URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=MLAW&n=63233&dst=100001#UjOUaHTuDB0yw59Z>. (дата обращения 29.09.2022г.).

¹⁷⁴ Постановление Правительства Москвы от 28 декабря 1993 г. № 1189 «О программе мер по социальной защите отдельных категории жителей Москвы в 1994 году и выполнении программы за 1993 г.» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/3602270>. (дата обращения 01.09.2022).

¹⁷⁵ Более подробно см.: История столичной соцсферы: от рабочих домов до центров соцзащиты // [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <https://www.mos.ru/news/item/12140073/> (дата обращения 01.09.2022).

Наиболее болезненно общественность города восприняло в 2005 году замену натуральных льгот денежными компенсациями. С 1 января 2005 года льготная категория граждан имела право на пользование социальным пакетом и право на получение ежемесячных денежных выплат. Стоимость социального пакета устанавливается в размере 450 рублей. В него входили проезд в пригородном транспорте, бесплатное лекарственное обеспечение, санаторно-курортное лечение и проезд к месту санаторно-курортного лечения. Закон предусматривал, что с января 2006 года льготники смогут выбирать между социальным пакетом и получением соответствующей денежной суммы.

Реализация программного метода показала высокий уровень эффективности, поэтому в сфере социального обслуживания продолжалось его использование. Например, была разработана государственная программа «Социальная поддержка жителей города Москвы на 2012–2016 годы», которая позже была продлена до 2018-го. Целью этой программы было сокращение бедности за счёт развития адресных форм социальной защиты граждан, нуждающихся в социальной поддержке, куда наряду с другими субъектами государственной поддержки входили пожилые граждане и инвалиды.

Вслед за расширением форм социальных услуг, введенных Федеральным законом от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»¹⁷⁶ расширялся субъектный состав организаций, оказывающих социальные услуги. Так, в 2014 году услуги гражданам пожилого возраста и инвалидам предоставляли 34 территориальных центра социального обслуживания, три центра социального обслуживания и 32 стационарных учреждения.

Обеспечение конкретности, адресности и рациональности расходования средств для решения проблемы социальной защиты пожилых

¹⁷⁶ Федеральный закон от 28.12.2013 N 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/ (дата обращения 01.09.2022)

людей и инвалидов имеет первостепенное значение. В столице функционируют автоматизированная система ведения общегородского регистра лиц с ограничениями жизнедеятельности и автоматизированная система учёта объектов городской инфраструктуры и контроля за их адаптацией для инвалидов.

С момента вступления в силу Федерального закона № 442-ФЗ (1 января 2015 г.) систему столичной соцзащиты входит 176 организаций. Это Департамент труда и социальной защиты населения; 11 окружных управлений соцзащиты и 164 стационарных и нестационарных учреждения социальной защиты населения, включая центры социального обслуживания; клубные городские пространства «Мой социальный центр»; пансионаты для ветеранов труда, психоневрологические интернаты, реабилитационные центры, центры содействия семейному воспитанию, Кризисный центр помощи женщинам и детям, семейные центры, Центр социальной адаптации имени Е.П. Глинки, Центр занятости населения города Москвы «Моя работа»; специализированный центр занятости «Моя карьера»; Центр профессиональных квалификаций и содействия трудоустройству «Профессионал»; Московский городской центр условий и охраны труда; ГУП «Моссоцгарантия» и другие.

Особое место в среде организаций социального обслуживания занимают социально-ориентированные некоммерческие организации.

Особенностью реализации системы долговременного ухода в городе Москве является отсутствие дорожной карты по ее внедрению. Также к особенностям можно отнести включение мероприятий во все действующие программы: «Социальная поддержка жителей города Москвы»¹⁷⁷, «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)»¹⁷⁸.

¹⁷⁷ Постановление Правительства Москвы от 06.09.2011 N 420-ПП (ред. от 29.03.2022) "Об утверждении Государственной программы города Москвы "Социальная поддержка жителей города Москвы" // URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=MLAW&n=128297&dst=100001#e4JebHT0jPKuyQ> Кв. (дата обращения 29.09.2022г.).

¹⁷⁸ Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 N 461-ПП (ред. от 29.03.2022) "Об утверждении Государственной программы города Москвы "Развитие здравоохранения города Москвы" // URL:

В системе долговременного ухода Москвы планируется использовать современные технологии. Речь идет о трех технологических устройствах в долговременном уходе, которые уже сегодня помогают более качественно заботиться о тяжелобольных родственниках и людях старшего поколения.

Во-первых, это технологии и устройства по персональной безопасности для пожилых, начиная от индивидуальных приборов (в виде мобильных средств или наручных часов), которые можно носить с собой, и заканчивая технологиями «умного» дома с использованием встроенных в поверхности датчиков. Набирает популярность Служба экстренного реагирования «Тревожная кнопка». Этот сервис создан специально для пожилых людей и людей с инвалидностью. Это устройство существует в двух вариантах. Первый — для активных людей: представляет собой телефон с простым меню, на котором есть кнопка SOS. Человек нажимает на нее, и вызов отправляется в центр, где дежурят врачи и психологи. Кроме того, прибор оснащен GPS и умеет определять координаты человека, чтобы направить городские службы на помощь, куда необходимо. Вторым вариантом — для малоподвижных людей. Это браслет с той же кнопкой SOS и встроенным датчиком падения. Если этот датчик срабатывает, сигнал мгновенно направляется в центр. Также есть системы громкой связи, которая позволяет оператору быстро выяснить, что случилось.

Во-вторых, экспресс-тест на выявление деменции. Используется для раннего выявления первых признаков деменции: тест Mini-Cog. Минздрав России рекомендует его для первичного скрининга когнитивных нарушений в поликлиниках и центрах профилактики. Однако экспресс-исследование можно провести самостоятельно в домашних условиях. Проводить тест может любой человек, не обязательно иметь медицинское образование. Тест займет всего 3–5 минут, а с результатами теста можно обратиться к своему терапевту или психиатру. Первичный скрининг Mini-Cog позволяет

распознать заболевание на ранней стадии и назначить соответствующее лечение.

В-третьих, создаются своеобразные центры по обмену опытом – школы по уходу за пожилыми людьми и семейные клубы. Это практические курсы, на которых можно научиться ухаживать за близкими на дому, причем безболезненно как для своего здоровья, так и физического и эмоционального состояния. Как правило, такие школы организуют ассоциации, сообщества, некоммерческие и общественные организации. Занятия проходят на базе гериатрических центров. Еще одно направление — закрытые семейные мероприятия и клубы, где родственники могут собраться вместе и поддержать друг друга эмоционально. Например, в Москве работает клуб «Незабудка», так называемое «Альцгеймер-кафе». Семьи с пожилыми родственниками с деменцией регулярно собираются вместе, общаются, поют и танцуют.

В целях повышения эффективности взаимодействия органов исполнительной власти города Москвы для улучшения качества оказания медицинской помощи и социального обслуживания жителям города Москвы, а также проактивного выявления в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы граждан, нуждающихся в долговременном уходе утвержден Регламент взаимодействия Департамента здравоохранения города Москвы, Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы и подведомственных им учреждений при выявлении в стационарных медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы нуждающихся в социальном обслуживании совершеннолетних граждан в одной из предусмотренных форм¹⁷⁹.

¹⁷⁹ Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы, ДТСЗН г. Москвы от 09.06.2021 N 515/583 "Об утверждении Регламента взаимодействия Департамента здравоохранения города Москвы, Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы и подведомственных им учреждений при выявлении в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы (за исключением психиатрических) потенциально нуждающихся в социальном обслуживании совершеннолетних граждан в одной из предусмотренных форм (О внедрении проактивного подхода)". URL:

Разработка и внедрение межведомственных и междисциплинарных программ для граждан пожилого и старческого возраста, включенных в региональные программы, направленные на поддержание здоровья старшего поколения, включая систему долговременного ухода¹⁸⁰

2) г. Санкт-Петербург

Анализ показывает, что г. Санкт-Петербург сумел создать достаточно дифференцированную и, одновременно, в достаточной степени обеспеченную (законодательно, финансово, организационно) практику развития системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами. Город является участником пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами с 2019 года.

Основным нормативно-правовым актом, устанавливающим основы правового регулирования указанных отношений входящих в компетенцию Города, является Закон Санкт-Петербурга от 24 декабря 2014 г. (с последующими изменениями) «О социальном обслуживании населения в Санкт – Петербурге¹⁸¹, а так же Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 26 февраля 2019 года № 85 «О создании Санкт-Петербургского государственного казенного учреждения "Центр организации социального обслуживания" и о внесении изменений в некоторые постановления Правительства Санкт-Петербурга¹⁸².

Вышеуказанные акты города реализуют положения Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024

<http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=MLAW;n=213913#6Td1cHTuEhajEgel>. (дата обращения 29.09.2022г.).

¹⁸⁰ Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 04.12.2020 N 1358 "О создании Гериатрического центра на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы "Госпиталь для ветеранов войн N 3 Департамента здравоохранения города Москвы" // URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=MLAW&n=208540#vkS8cHT6x7zqRDPI>. (дата обращения 29.09.2022г.).

¹⁸¹ URL: <https://docs.cntd.ru/document/537967144?marker>. (дата обращения 29.09.2022г.).

¹⁸² URL: <https://docs.cntd.ru/document/553800109>. (дата обращения 29.09.2022г.).

года»¹⁸³ (далее – Указ № 204). На основании данного Указа в Санкт-Петербурге реализуется региональный проект «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения» на территории города федерального значения Санкт-Петербург (региональный проект «Старшее поколение»), а также положения Указа Президента РФ от 21.07.2020 № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года».

Реализация большей части предусмотренных указанными нормативными актами мероприятий, направленных на развитие долговременного ухода, формирование активного долголетия и роста качества жизни граждан старшего поколения, осуществляется органами исполнительной власти Санкт-Петербурга, в тесном сотрудничестве с общественными организациями. Аспекты такого сотрудничества урегулированы распоряжением Правительства Санкт-Петербурга от 04.07.2017 № 38-рп «О Плане мероприятий на 2017-2020 годы по реализации в Санкт-Петербурге первого этапа Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года»¹⁸⁴; распоряжение Правительства Санкт-Петербурга от 28.08.2018 № 38-рп «О Плане мероприятий («дорожной карты») по созданию системы комплексной медико-социальной помощи гражданам пожилого возраста в Санкт-Петербурге на 2019-2021 годы»¹⁸⁵.

Указанные нормативные акты предусмотрели создание автоматизированной системы «Электронный социальный регистр населения Санкт-Петербурга», что позволило Правительству Города иметь детальную, обновляющиеся в режиме реального времени информацию о всех гражданах, нуждающихся в социальных услугах. Это достаточно большое количество.

¹⁸³ URL:

<https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=6vaMwITsBMukmIxj&cacheid=F4C90AD8E4D4382FFD0EEF62EBE460F8&mode=splus&rnd=CFAFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=358026&st=1000000001#yOpnwITqET0YIPZp>. (дата обращения 29.09.2022г.).

¹⁸⁴ URL: <https://docs.cntd.ru/document/456075655>. (дата обращения 29.09.2022г.).

¹⁸⁵ URL: <https://docs.cntd.ru/document/550978145>. (дата обращения 29.09.2022г.).

Так, на конец 2020 года в Городе проживало чуть менее 1,4 млн. чел. пенсионного возраста, из них чуть менее 1.2 млн. чел. в возрасте, превышающем 60 лет. Это примерно 22.2% от общей численности населения города, составляющей чуть менее 5.4 млн. чел. Причем количество таких граждан постоянно увеличивается более чем на 10 тыс. человек в год, а удельная доля лиц, чей возраст в указанной группе растет, так же увеличивается. Очевидно, что рост продолжительности жизни таких лиц, объективно свидетельствует об адресности, качестве и эффективности оказываемых гражданам социальных услуг. Так, из числа 1 214,4 тыс. чел. (количество граждан Города, старше 60 лет на конец 2021 года), 232,7 тыс. чел. находится в возрасте старше 80 лет, а 299 человек имеет возраст более 100 лет.

Правительством города объективно фиксируется рост ожидаемой продолжительности жизни, который превышает общероссийский. В 2022 году этот показатель составил 72,95 года (в России – 73,75 года), в том числе у женщин – 74,6 года (в России – 78,45 года), у мужчин 71,3 года (в России – 68,85 года)¹⁸⁶.

Паспорт реализуемого Городом регионального проекта «Старшее поколение» состоит из четырех разделов и включает мероприятия (исполнителями которых являются 27 исполнительных органов государственной власти Санкт-Петербурга), в том числе направленные на увеличение периода активного долголетия и продолжительности здоровой жизни и создание системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами как составной части мероприятий, направленных на развитие и поддержание функциональных способностей граждан старшего поколения и включающих сбалансированное социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому в полустационарной и стационарной формах, а также поддержку семейного ухода. Мероприятия вышеуказанных

¹⁸⁶ URL: <https://visasam.ru/emigration/vybor/srednyaya-prodolzhitelnost-zhizni-v-mire.html>. (дата обращения 29.09.2022г.).

нормативных актов направлены на межведомственное взаимодействие исполнительных органов государственной власти Санкт-Петербурга, дальнейшее развитие сети учреждений здравоохранения, предоставляющих комплексную медико-социальную гериатрическую помощь гражданам пожилого возраста, находящихся в ведении Комитета по здравоохранению и администраций районов Санкт-Петербурга; формирование условий для совершенствования совместной деятельности учреждений социального обслуживания и здравоохранения при оказании комплексной медико-социальной помощи гражданам пожилого возраста, в части информационного обеспечения и подготовки кадров, достижение показателей национального проекта «Демография».

Социальные услуги гражданам города предоставляют 122 организации, каждая из которых включена в Реестр поставщиков социальных услуг в Санкт-Петербурге.

Перечень наиболее востребованных социально-бытовых услуг выглядит следующим образом:

- покупка за счет средств получателя социальных услуг и доставка на дом продуктов питания;
- промышленных товаров первой необходимости;
- средств санитарии и гигиены;
- средств ухода:
- помощь в приготовлении пищи;
- помощь в приеме пищи (кормление);
- помощь в одевании и переодевании лицам, не способным по состоянию здоровья самостоятельно осуществлять за собой уход:
- смена (помощь в смене) постельного белья;
- смена подгузников и абсорбирующего белья лицам, не способным по состоянию здоровья самостоятельно осуществлять за собой уход;
- предоставление гигиенических услуг лицам, не способным по состоянию здоровья самостоятельно осуществлять за собой уход;

- содействие за счет средств получателя социальных услуг в оказании парикмахерских услуг;
- сопровождение в баню (для проживающих в жилых помещениях без горячего водоснабжения);
- вызов врача на дом, в том числе запись на прием к врачу;
- сопровождение к врачу.

Согласно данным реестра 52 организации имеют право предоставлять социальные услуги пожилым горожанам (это 37 государственных и 15 негосударственных организаций). А 15 из включенных в реестр организаций имеют право оказывать социальное обслуживание в стационарной форме (общей вместимостью 7 314 мест, в том числе: три дома-интерната для ветеранов войны и труда на 520 мест).

В числе вышеуказанных организаций Социальнооздоровительный центр путем реорганизации действующего ГБУ «Пансионат «Заря», созданный на основании Постановления Правительства Санкт-Петербурга от 15.06.2010 № 783 «О реорганизации Санкт-Петербургского государственного унитарного предприятия по санаторно-курортному лечению и отдыху ветеранов и инвалидов «Пансионат с лечением «Заря». Учреждение было создано в целях обеспечения доступности и повышения качества социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания при временном пребывании для граждан пожилого возраста.

При этом, по соглашению с Правительства Города с Санкт-Петербургским государственным институтом психологии и социальной работы последним разработана модель отделения социально-медицинского обслуживания на дому граждан пожилого возраста и инвалидов (далее – ОСМУ) как нового вида обслуживания на дому.

Модель предполагает оказание такого нового вида социальной услуги как осуществление социально-медицинского присмотра за гражданами пожилого возраста, имеющими серьезные ограничения в самообслуживании.

При формировании данной модели специалистами на первый план выдвигались повышение эффективности и активизация имеющегося потенциала динамических возможностей клиентов, а также социально-психологический патронаж, улучшение качества адресной реабилитационной и оздоровительной работы с пожилыми людьми. Систематическое наблюдение за состоянием здоровья обслуживаемых лиц и проведение мероприятий, направленных на профилактику обострений имеющихся у них хронических заболеваний, является профилактикой госпитализации и способствует сокращению повторных обращений пожилых граждан в стационарные учреждения здравоохранения, поскольку создаются условия, позволяющие сохранить возможность проживания пожилых людей и инвалидов в привычной домашней среде и способствующие повышению качества их жизни.

Отделение организовано для предоставления ежедневного ухода на дому и обеспечивает всестороннее удовлетворение потребностей получателя социальных услуг. Отличительной чертой проекта нового отделения является увеличение коммуникативной и реабилитационной составляющей социального обслуживания.

Анализ показывает, что среди получателей услуг инновационного отделения значительная доля граждан желает получать на дому услуги специалистов реабилитационного отделения. Также интерес граждан был проявлен к освоению информационно-коммуникационных технологий и к занятиям с психологом на дому. За месяц ОСМУ предоставляет в среднем 4 тыс. услуг. За время работы сложилась положительная динамика получателей социальных услуг в части физической, эмоциональной и коммуникативной активности.

Так же правительством Города реализуется проект «Социальный участковый Санкт-Петербурга», который в 2019 году стал победителем финала премии «Лучшие региональные практики», учрежденной АНО

«Экспертный институт социальных исследований». церемония награждения которого состоялась в декабре 2019 года в Москве.

В 2019 году заключены договоры о совместной деятельности (сотрудничестве) между СПб ГБУЗ «Городской гериатрический центр» и 18 комплексными центрами социального обслуживания населения, находящимися в ведении администраций районов Санкт-Петербурга, в целях реализации дорожной карты и достижения современного уровня медико-социальной помощи людям пожилого и старческого возраста, в том числе ветеранам, совершенствования системы оказания медицинской помощи лицам старших возрастных групп во взаимодействии с организациями социального обслуживания.

Городская гериатрическая служба осуществляет свою деятельность в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.01.2016 № 38н¹⁸⁷. Структура гериатрической службы Санкт-Петербурга представлена кабинетами врачей-гериатров и гериатрическими отделениями в амбулаторно-поликлинических учреждениях, а также геронтологическими койками в стационарных медицинских организациях. Первичная медико-санитарная помощь по профилю «гериатрия» оказывается в 32 медицинских организациях Санкт-Петербурга врачами гериатрами и другими специалистами, в том числе в дневных стационарах с койками гериатрического профиля.

В Санкт-Петербурге медицинскую помощь по профилю «гериатрия» в амбулаторных условиях оказывают 50 врачей-гериатров, в том числе в дневном стационаре – 6 врачей-гериатров. В стационарах медицинскую помощь по профилю «гериатрия» оказывают 12 врачей-гериатров, в том числе 7 врачей-гериатров – в условиях амбулаторно-консультативных

¹⁸⁷ URL:

<https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=6vaMwITsBMukmIjx&cacheid=9E40E740A2977FEDE6D50AFFBD5DA3BE&mode=splus&rnd=CFAFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=358687#Vo4pwITUnvugVPyX1>. (дата обращения 29.09.2022г.).

отделений стационаров. С сентября 1996 года осуществляет свою деятельность и является специализированным учреждением гериатрической службы, оказывающим комплексную помощь пожилому населению Санкт-Петербурга, СПб ГБУЗ «Городской гериатрический медико-социальный центр» (далее – Центр). На базе Центра созданы и работают специализированные центры по наиболее востребованным направлениям: «Центр боли», «Центр недержания мочи», «Центр памяти», а также школы здоровья («Школа сахарного диабета», «Школа остеопороза», «Школа для больных артериальной гипертензией», «Школа для пациентов с проблемами мочеиспускания», «Школа по уходу за тяжелобольными людьми»). В 2019 году осуществлены мероприятия по дальнейшему развитию гериатрической службы Санкт-Петербурга, доступности специализированной медицинской помощи по профилю «гериатрия» на этапах оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в условиях стационара, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста: – увеличилось число коек геронтологического профиля с 59 до 100 в СПб ГБУЗ «Городской гериатрический медико-социальный центр»; – дополнительно открыто 3 кабинета врача-гериатра в поликлинических отделениях СПб ГБУЗ «Городская поликлиника Красногвардейского района № 17»; – дополнительно открыто районное гериатрическое отделение с дневным стационаром на 30 коек при СПб ГБУЗ «Городская поликлиника Невского района № 100». Комплексная лечебно-диагностическая, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь пациентам пожилого и старческого возраста оказывается в СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» (далее – Госпиталь). В настоящее время Госпиталь является многопрофильным специализированным лечебно-профилактическим учреждением для лечения инвалидов и участников Великой Отечественной войны, жителей блокадного Ленинграда и лиц, приравненных к ним по льготам. Лечение пациентов осуществляется по всем

профилям медицинской помощи, внедрены и широко применяются миниинвазивные, эндовидеохирургические вмешательства, высокотехнологичные операции по травматологии, сердечно-сосудистой хирургии, эндокринологии. Последние годы Госпиталь активно участвует в реализации городских программ по оказанию помощи пациентам с ОКС, ОНМК, сахарным диабетом и диабетической стопой. На базе Госпиталя созданы и работают специализированные центры по таким направлениям, как «Диабетическая стопа», «Остеопороз», функционируют школы здоровья: «Школа сахарного диабета», «Школа инсульта», «Школа остеохондроза», «Школа пациента с хронической сердечной недостаточностью».

3) г. Севастополь

Основным нормативным актом в части комплекса мер по организации системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в г. Севастополь является Распоряжение Департамента труда и социальной защиты г. Севастополь от 20 ноября 2020 года n 128-р «Об утверждении комплекса мер по организации системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в городе Севастополе на 2020 - 2021 годы¹⁸⁸». Регион в 2019 году приступил к реализации программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения (город федерального значения Севастополь), одной из ключевых целей программы является увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 67 лет.

С учетом планируемого повышения пенсионного возраста особое значение приобретает работа с гражданами предпенсионного возраста, направленная на поддержку их занятости прежде всего в части обеспечения их конкурентоспособности на рынке труда. В 2019 году было запланировано обучить более ста севастопольцев предпенсионного возраста. Однако, в виду востребованности данной услуги по различным направлениям в течение года

¹⁸⁸ URL: <https://docs.cntd.ru/document/571049462> . (дата обращения 29.09.2022г.).

было обучено 300 предпенсионеров, из которых 57 — неработающих и 243, состоящих в трудовых отношениях. Повышение квалификации было организовано по направлениям: «Ландшафтная архитектура и садово-парковое строительство»; «Государственное и муниципальное управление»; «Базовые компьютерные технологии пользователя. Компьютерная грамотность»; «Основы WEB-дизайна» и «Информационные технологии в офисной работе».

В рамках программы базе ГКУ «Севастопольский городской комплексный центр социального обслуживания» регулярно проходят мероприятия для граждан пожилого возраста, которые позволяют представителям старшего поколения открыть новую страницу в своей жизни, обретая новые увлечения, объединиться в группы по интересам, в частности на базе центра регулярно проводятся обучающие тренинги ««Эстрадный вокал», «Психология и коммуникация», «Скандинавская ходьба», «Финансовая грамотность».

С ростом количества жителей в Севастополе, достигших пенсионного возраста, основными задачами, требующими внимания, являются повышение качества и доступности медицинских и социальных услуг, создание комфортных условий для трудовой занятости людей старшего поколения. Активное вовлечение людей пожилого возраста в современную жизнь общества и обеспечение достойного качества жизни является основой реализации регионального проекта. В рамках регионального проекта «Старшее поколение» в Севастополе реализуется проект «Серебряное волонтерство» - привлечение добровольцев «серебряного возраста» для оказания помощи получателям социальных услуг в рамках заключенного соглашения о сотрудничестве. В июне 2021 года был открыт региональный центр «серебряного» волонтерства «Молоды душой». Волонтеры «серебряного» возраста — это люди от 55 лет и старше. «Молоды душой» — программа, которая позволяет вовлечь их в волонтерскую деятельность и реализуется по инициативе Ассоциации волонтерских центров совместно с

благотворительным фондом «Память Поколений». Севастопольский Центр «серебряного» волонтерства стал одним из 40 региональных центров в нашей стране, в которых задействованы уже более 20 тысяч волонтеров. С начала 2022 года участниками проекта оказана помощь 336 гражданам старшего поколения, среди услуг можно выделить организацию и проведение досуга и различных тематически кружков, скандинавскую ходьбу, всевозможные мастер-классы по изготовлению открыток, поделок, росписи готовых изделий, написанию картин и многие другие. В 2022 году Регионального Центра «серебряного» волонтерства для пожилых граждан Севастополя стартовал проект «Помощь для ума – это просто». Проект поможет пожилым гражданам замедлить старение и сохранить уровень когнитивных способностей.

Одной из задач регионального проекта «Старшее поколение» в г. Севастополь является внедрение новых технологий при предоставлении социальных услуг, в том числе стационарозамещающих. Постановлением Правительства Севастополя от 27.09.2018 №645-ПП¹⁸⁹ утверждено Положение об организации приемной семьи для граждан пожилого возраста и инвалидов в городе Севастополе. Проект постановления устанавливает алгоритм организации технологии «Приемная семья для граждан пожилого возраста и инвалидов» и порядок предоставления ежемесячного вознаграждения приемной семье за осуществление ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами. В рамках проекта приемная семья в 2021 году было организовано 25 приемных семей для граждан пожилого возраста и инвалидов.

В настоящее время в регионе развивается медицинская помощь по профилю «гериатрия», с учетом количества населения старше трудоспособного возраста (60 лет и старше – 98900 человек, 70 лет и старше –

¹⁸⁹URL:

<http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/9200201810030022#:~:text=Постановление%20Правительства%20Севастополя%20от%2027.09.2018,городе%20Севастополе%22.%20Дата%20опубликования%3A%2003.10.2018.> (дата обращения 29.09.2022г.).

44351 человек), могут быть рассчитаны следующие целевые показатели: количество врачей-гериатров, необходимых для создания гериатрической службы в городе Севастополе – 6 человек (из них 5 амбулаторных и 1 врач гериатрического отделения стационара), не менее 22 функционирующих коек стационара по профилю оказания медицинской помощи «гериатрия» (из учета 1 койка на 2000 пациентов старше трудоспособного возраста) и 563 пролеченных в стационарных условиях пациента, 5 гериатрических кабинетов в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Планируется к открытию не менее пяти гериатрических кабинетов в медучреждениях города, они появятся в городских больницах №1, 4, 9 и в поликлиниках с наибольшим количеством прикрепленных граждан старше 70-летнего возраста.

Также будет функционировать система долговременного ухода за гражданами пожилого возраста, обеспечено сбалансированное социальное и медицинское обслуживание в полустационарной и стационарной форме, а также предоставление социальных услуг на дому и медицинской помощи, с привлечением сиделок. На сегодняшний день на таком социальном обслуживании находятся 40 человек, с момента создания службы сиделок дополнительные социальные услуги уже получили около ста пожилых севастопольцев. Большая часть из них люди старше 80-ти лет, ветераны Великой Отечественной войны и инвалиды.

В рамках проекта при Севастопольском городском комплексном центре социального обслуживания создана «школа ухода» для пожилых и инвалидов. Целью создания такой школы является повышение эффективности оказания соцуслуг гражданам пожилого возраста и инвалидам, социальная адаптация в привычной для них домашней обстановке, снижение потребности в услугах лечебно-профилактических учреждений, а также поддержание родственного ухода. Программа занятий «школы ухода» включает практические освоения навыков общего ухода, профилактики осложнений, методов самообслуживания, правил

гигиенического ухода, питания и кормления, приемов первой доврачебной помощи. В рамках обучения родственников или других лиц, осуществляющих уход за пожилыми, а также социальных работников знакомят с основами геронтологии и специфическими проблемами здоровья граждан пожилого возраста и инвалидов.

Также в Севастополе работают над созданием условий для активного долголетия. В 2019 году с целью развития общественно-государственного партнерства по повышению качества жизни и увеличению продолжительности жизни населения путем внедрения эффективных инновационных социальных технологий, в том числе путем проведения спортивно-оздоровительной работы и пропаганды здорового образа жизни на территории г. Севастополя была зарегистрирована Автономная некоммерческая организация «Центр социальных инноваций «ТАВРИКА-ПРО». АНО Таврика Про Центр Социальных инноваций планирует создание ресурсного центра «Активное долголетие. Севастополь», также на базе центра планируется к открытию клуба зарядка для ума «Академия памяти». создания клуба северной ходьбы «Бодрый шаг». На сегодняшний день АНО Таврика Про Центр Социальных инноваций успешно реализован проект «Бодрый шаг». Проект реализуется при поддержке Фонда президентских грантов и Правительства Севастополя в рамках реализации федеральных проектов «Спорт — норма жизни» и «Старшее поколение» национального проекта «Демография».

4) Республика Бурятия

Анализ законодательства Республики Бурятия показал сбалансированную систему нормативных правовых актов в сфере социального обслуживания

Отметим, что в указанной сфере было принято несколько законодательных актов, среди которых: Закон Республики Бурятия от 7

октября 2014 № 665-V «О реализации полномочий по социальному обслуживанию граждан на территории Республики Бурятия»¹⁹⁰; Закон Республики Бурятия от 16 марта 2009 г. № 778-IV «О порядке, условиях предоставления жилых помещений в специализированном жилом доме системы государственного социального обслуживания граждан для инвалидов-колясочников в Республике Бурятия»¹⁹¹; Закон Республики Бурятия от 10 ноября 2010 г. № 1734-IV «О социальной поддержке инвалидов в Республике Бурятия»¹⁹². Кроме того, создана целая система подзаконного регулирования.

Однако разработанные нормативные правовые акты не обеспечивали проведение эффективной государственной политики в сфере социального обслуживания на территории Республики. В числе наиболее острых проблем отмечались хроническое недофинансирование указанной сферы, нехватка организаций социального обслуживания всех форм; те учреждения, которые были не приспособлены для нужд маломобильных граждан, нуждающихся в социальном обслуживании; нехватка квалифицированного персонала, способного осуществлять уход, отсутствие межведомственного взаимодействия, обеспечивавшего и проч.

Существенным образом ситуация изменилась с момента вступления Республики Бурятия в пилотный проект системы долговременного ухода в России в рамках национального проекта «Демография». Бурятия включилась в него на самом начальном этапе, когда участников проекта было всего шесть, т.е. с 2019 года.

Первым этапом проекта – разработка соответствующей нормативной правовой базы. Как уже отмечалось, нормативное регулирование данной сферы в Республике уже было проведено, поэтому была проделана большая работа по внесению необходимых изменений и дополнений в действующее региональное законодательство.

¹⁹⁰ URL: <https://docs.cntd.ru/document/422454671> (дата обращения 22.08.2022)

¹⁹¹ URL: <https://docs.cntd.ru/document/895202262> (дата обращения 22.08.2022).

¹⁹² URL: <https://docs.cntd.ru/document/895278449> (дата обращения 22.08.2022).

Был разработан План мероприятий («дорожной карты») по созданию системы долговременного ухода за пожилыми гражданами и инвалидами в Республике Бурятия на 2019–2021 годы»¹⁹³. В реализацию плана были включены уже действовавшие организации социального обслуживания.

Следующим этапом была работа по внедрению модели долговременного ухода: расширялся штат организаций социального обслуживания; проводилось обучение сиделок, социальных работников, а также лиц из числа родственников, желающих осуществлять уход самостоятельно; осуществлялась закупка технических средств реабилитации и проч.

Штатная численность работников учреждений была дополнена сотрудниками для осуществления стационарного, полустационарного и домашнего социального обслуживания. Начата работа по открытию центров дневного пребывания и школ ухода.

Важным направлением внедрения системы является центр подготовки специалистов системы долговременного ухода. Особое внимание при подготовке уделяется теории и практике общего ухода лиц, осуществляющих социальное обслуживание, изучаются основы реабилитации при функциональных нарушениях, особая роль в подготовке отводится изучению основ психологии и работы с гражданами с легкими психическими расстройствами.

Развитие системы долговременного ухода в Республики Бурятия, как и во всей России осложнялась карантинными ограничениями, связанные с угрозой распространения коронавирусной инфекции.

С конца 2020 года в Бурятии к реализации системы долговременного ухода привлекаются организации негосударственного сектора социального обслуживания, частные медицинские организации, организованы пункты

¹⁹³ Распоряжение Правительства Республики Бурятия от 26.06.2019 года № 370-р «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») по созданию системы долговременного ухода за пожилыми гражданами и инвалидами в Республике Бурятия на 2019–2021 годы» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/553381740> (дата обращения 22.08.2022).

обучения родственников, желающих самостоятельно ухаживать за своими близкими, потерявшими способность к самообслуживанию.

В рамках проведенного исследования в Республике Бурятия выявлены следующие *трудности реализации системы долговременного ухода*.

Во-первых, существует острая необходимость разработки механизмов межведомственного взаимодействия. В первую очередь речь идет о взаимодействии органов социальной защиты населения и органов здравоохранения с помощью информационных технологий с внедренной системой информационной безопасности.

Во-вторых, общая проблема информационной поддержки федерального проекта. Суть проблемы заключается в используемых каналах связи, например, социальные сети, интернет-каналы СМИ, которые для целевой аудитории (пожилые люди, инвалиды и их родственники) не всегда доступны.

На наш взгляд, целесообразно для распространения информации о действующей системе долговременного ухода через систему медицинских (больницы, поликлиники) и аптечных учреждений.

В-третьих, проблема кадрового обеспечения и необходимость комплексного обучения сотрудников навыкам общего, специального ухода по новым требованиям, нормам профессиональной этики, деонтологии, гериатрии.

В-четвертых, необходимость модернизации материально-технической базы учреждений социального обслуживания в соответствии с требованиями системы долговременного ухода.

Отметим, что данные проблемы находятся в категории «решаемых» на уровне региона.

В ходе проведения исследования был получен положительный отзыв от родственников пожилых граждан и инвалидов, прошедших стажировку по программам обучения родственного ухода. Большинство из них отмечает

эффективность такого обучения и востребованность полученных знаний и умений. Однако и помощь в уходе со стороны социальных работников также остается актуальной для заинтересованных категорий граждан¹⁹⁴.

Таким образом, можно отметить, что Республика Бурятия активно включилась в процесс внедрения и развития системы долговременного ухода. Региональной особенностью реализации данного федерального проекта является привлечение в него структур негосударственного сектора – поставщиков социальных услуг, а также частных медицинских организаций – для оказания медицинских услуг гражданам старше 65 лет.

5) Республика Мордовия

Одной из особенностей демографической ситуации в Республике Мордовия в настоящее время является высокая численность лиц пожилого возраста и инвалидов. На 1 января 2022 г. доля лиц старше трудоспособного возраста составляла 219 269 человека - 28,2% от общей численности постоянного населения Республики Мордовия (778 965 чел.)¹⁹⁵.

В целях развития системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, в Республике Мордовия в 2020 году был утвержден План мероприятий («дорожная карта») по реализации пилотного проекта, направленного на внедрение в Республике Мордовия системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, признанными нуждающимися в социальном обслуживании, на 2021 год¹⁹⁶. Годом раньше в рамках подготовки к реализации данного проекта были определены три муниципальных района - Ардатовский, Краснослободский и Ромодановский и городской округ Саранск, а также 12 медицинских

¹⁹⁴ Мартынов Д.А. Оценка долговременного ухода на базе школы родственного ухода // Молодой ученый. 2021. № 9 (351). С. 84–85.

¹⁹⁵ Статистический бюллетень. Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту на 1 января 2022 года / Федеральная служба государственной статистики / URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Bul_chislen_nasel-pv_01-01-2021.pdf. (дата обращения: 28.09.2022).

¹⁹⁶ Постановление Правительства Республики Мордовия от 14 декабря 2020 г. № 670 «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») по реализации пилотного проекта, направленного на внедрение в Республике Мордовия системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, признанными нуждающимися в социальном обслуживании, на 2021 год» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/571036460>. (дата обращения: 28.09.2022).

организаций, 7 организаций социального обслуживания, 3 автономных некоммерческих организации социального обслуживания граждан¹⁹⁷. В 2020 году для реализации пилотного проекта были определены 8 муниципальных районов - Ардатовский, Краснослободский, Ромодановский, Рузаевский, Старошайговский, Атяшевский, Зубово-Полянский, Кочкуровский и городской округ Саранск. С 01.01.2021 для реализации пилотного определены 7 муниципальных районов - Атюрьевский, Кадошкинский, Инсарский, Ковылкинский, Темниковский, Теньгушевский, Торбеевский (с 01.09.2021 к ним добавились - Большеигнатовский, Большеберезниковский, Дубенский, Ельниковский, Ичалковский, Лямбирский и Чамзинский районы.

В Республике Мордовия также:

- была определена категория граждан, в отношении которых предоставляются услуги долговременного ухода¹⁹⁸;

- принят Порядок межведомственного взаимодействия медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Мордовия, организаций социального обслуживания населения, подведомственных Министерству социальной защиты, труда и занятости населения Республики Мордовия, при оказании медико-социальной помощи гражданам пожилого возраста и инвалидам в Республике Мордовия¹⁹⁹;

¹⁹⁷ Совместный приказ Министерства социальной защиты, труда и занятости населения Республики Мордовия и Министерства здравоохранения Республики Мордовия от 19 апреля 2019 г. № ОД-146/398 «О реализации пилотного проекта, направленного на внедрение в Республике Мордовия системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами». URL: <http://www.consultant.ru/law/review/reg/rlaw/rlaw3142022-07-09.html/> (дата обращения: 28.09.2022).

¹⁹⁸ К таким гражданам отнесены граждане пожилого возраста и инвалиды, в том числе граждане с психическими расстройствами, признанные в установленном порядке нуждающимися в социальном обслуживании по причине полной или частичной утраты способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности/

¹⁹⁹ Постановление Правительства Республики Мордовия от 8 февраля 2019 г. № 60 «О внесении изменений в постановление Правительства Республики Мордовия от 8 декабря 2014 г. № 595» // «Известия Мордовии», № 16-6, 14.02.2019.

- утверждены стационарозамещающие технологии: «Сопровождаемое проживание», «Служба сиделок», «Социальная передышка», «Крепость долголетия», «Активное долголетие»²⁰⁰;

- создана межведомственная рабочая группа по вопросам реализации пилотного проекта, направленного на внедрение в Республике Мордовия системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами²⁰¹;

- определены должностные лица организаций социального обслуживания и медицинских организаций, ответственные за взаимодействие с медицинскими организациями и организациями социального обслуживания²⁰²;

- организована актуализация стандартов предоставления социальных услуг²⁰³;

- проведен ряд других мероприятий.

Необходимо отметить, что в Республике Мордовия функционирует и развивается сеть учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, которая включает:

- 23 стационарные организации социального обслуживания для престарелых и инвалидов городского (5 психоневрологических интернатов на 1 192 места, в том числе детское отделение на 40 мест, 17 домов-интернатов для престарелых и инвалидов на 1 086 мест, 1 детский дом-интернат для детей с физическими недостатками на 40 мест);

²⁰⁰ Приказы Министерства социальной защиты, труда и занятости населения Республики от 14 января 2019 г. № ОД-6, от 15 января 2019 г. № ОД-8, от 17 января 2019 г. № ОД-12, от 8 ноября 2019 г. № ОД-409, от 22 ноября 2019 г. № ОД-430 // URL: <https://docs.cntd.ru/document/550348468>. (дата обращения: 28.09.2022).

²⁰¹ Постановление Правительства Республики Мордовия от 15 апреля 2019 г. № 182 «О межведомственной рабочей группе по вопросам реализации пилотного проекта, направленного на внедрение в Республике Мордовия системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами» // URL: <http://www.pravo.gov.ru>. (дата обращения: 28.09.2022).

²⁰² Совместные приказы Министерства социальной защиты, труда и занятости населения Республики Мордовия и Министерства здравоохранения Республики Мордовия: от 8 апреля 2019 г. № ОД-133/344а, от 19 апреля 2019 г. № ОД-146/398, от 7 февраля 2020 г. № ОД-41/123, от 18 января 2021 г. № ОД-12/38 // URL: <https://docs.cntd.ru/document/571036460> (дата обращения: 28.09.2022).

²⁰³ Постановление Правительства Республики Мордовия от 21 октября 2019 г. № 410 «О внесении изменений в постановление Правительства Республики Мордовия от 24 ноября 2014 г. № 563» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/561579733>. (дата обращения: 28.09.2022).

- 20 государственных учреждений по социальной защите населения Республики Мордовия и Государственное бюджетное учреждение «Комплексный центр социального обслуживания по г.о. Саранск», в структуре которых имеются отделения социальной помощи на дому, срочной социальной помощи, дневного пребывания для граждан пожилого возраста и инвалидов.

На территории 22 муниципальных районов и городского округа Саранск функционируют 55 мобильных бригад, в деятельности которых участвуют представители медицинских и общественных организаций.

С 2016 года в Республике Мордовия поэтапно внедрялся пилотный проект по организации социального обслуживания населения в форме социального обслуживания на дому некоммерческими организациями, не являющимися государственными учреждениями. В настоящее время в Республике Мордовия социальные услуги в форме социального обслуживания на дому предоставляются Государственным бюджетным учреждением Республики Мордовия «Комплексный центр социального обслуживания по г.о. Саранск» и 18 автономными некоммерческими организациями социального обслуживания граждан. Таким образом, предоставление социальных услуг осуществляется как государственными, так и негосударственными поставщиками социальных услуг²⁰⁴.

Численность получателей социальных услуг, охваченных системой долговременного ухода по состоянию на 1 ноября 2021 года составляла 1219 человек, из которых:

- 480 человек в форме на дому (в том числе 13 человек в смешанной форме),
- 214 человек – в полустационарной форме,
- 525 человек – в стационарах.

²⁰⁴ Доля негосударственных поставщиков социальных услуг в общей численности поставщиков составляет 35,6%.

Всего численность обслуженных составила 18 303 человек (6,7% от численности граждан, обслуженных на дому, в полустационаре, стационаре и инвалидов 1 группы, проживающих на территории республики).

В рамках формирования системы межведомственного взаимодействия организаций социального обслуживания и медицинских организаций в Республике Мордовия: принят соответствующий порядок взаимодействия при оказании медико-социальной помощи гражданам пожилого возраста и инвалидам, утверждена форма информированного добровольного согласия гражданина на обработку персональных данных, а также утверждена форма информации о гражданах пожилого возраста и инвалидах, нуждающихся в медико-социальной помощи²⁰⁵.

Выявление граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в оказании медико-социальной помощи, осуществляется медицинскими и социальными работниками при выполнении своих должностных обязанностей, а также при поступлении в медицинские организации, организации социального обслуживания населения, соответствующей информации от физических и юридических лиц.

В Республике Мордовия наблюдается увеличение числа аптечных пунктов по отпуску обезболивающих льготных лекарственных препаратов: 28 в 2018 году, 39 в 2019 году, 40 – в 2020 году, 40 в 2021 году.

б) Республика Татарстан

Система долговременного ухода в Республике Татарстан внедрялась поэтапно, начиная с 2019 года. На основании постановления Кабинета министров Республики Татарстан от 23 мая 2019 г. № 432 «О создании в Республике Татарстан системы долговременного ухода за гражданами

²⁰⁵ Постановление Правительства Республики Мордовия от 8 февраля 2019 г. № 60 «О внесении изменений в постановление Правительства Республики Мордовия от 8 декабря 2014 г. № 595 «О межведомственном взаимодействии органов государственной власти Республики Мордовия в сфере социального обслуживания» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/553109231/> (дата обращения: 28.09.2022).

пожилого возраста и инвалидами»²⁰⁶ системой долговременного ухода было охвачено 8 муниципальных районов, включая город Набережные Челны. В 2020 ее распространение достигло 13-ти муниципальных района, в 2021 году – вся территория Республики. Основным программным документом Республики является «Региональный комплексный план (программа) системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения в Республике Татарстан на 2021 - 2025 годы»²⁰⁷

Работа системы долговременного ухода началась с главного этапа – внедрение проактивных способов выявления граждан, нуждающихся в постороннем уходе. Был разработан Порядок межведомственного взаимодействия для выявления граждан, нуждающихся в постороннем уходе²⁰⁸. Налаживание системы межведомственного взаимодействия проходило на протяжении 2019 – 2020 годов. Отметим, что в Республике Татарстан к процессу выявления граждан, нуждающихся в долговременном уходе, подключилась «Служба 112».

На основании Соглашения о межведомственном взаимодействии со «Службой 112» все сигналы, поступающие в Службу с участием одиноких пожилых и инвалидов, передаются в соответствующие организации, входящие в систему долговременного ухода.

Цифровизация в системе долговременного ухода Татарстана реализована посредством создания Государственной информационной

²⁰⁶ Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан «О внесении изменений в постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 23.05.2019 № 432 «О создании в Республике Татарстан системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами». Документ утратил силу в связи с изданием Постановления КМ РТ от 31.03.2021 N 198, вступившего в силу со дня официального опубликования (опубликован на Официальном портале правовой информации Республики Татарстан <http://pravo.tatarstan.ru> - 05.04.2021) // URL: https://tatarstan.ru/regulation/expertise/list/mtsz.htm?page=1&corrupt_id=223585// (дата обращения: 28.09.2022).

²⁰⁷ Распоряжение КМ РТ от 26.08.2019 N 2071-р (ред. от 12.01.2022) «Об утверждении Регионального комплексного плана (программы) системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения в Республике Татарстан на 2021 - 2025 годы» // URL: <http://www.consultant.ru/regbase/cgi/online.cgi?req=doc&base=RLAW363&n=142801/>. (дата обращения: 28.09.2022).

²⁰⁸ Постановление КМ РТ от 17.11.2021 N 1098 "Об утверждении Регламента межведомственного взаимодействия участников системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе" // URL: <http://www.consultant.ru/regbase/cgi/online.cgi?req=doc&base=RLAW363&n=160776>. (дата обращения: 28.09.2022).

системы «Социальный регистр населения в Республике Татарстан», которая служит электронной площадкой межведомственного взаимодействия. Для этого в информационной системе был создан специальный модуль «Система долговременного ухода», который позволяет не только обмениваться данными о пожилых (инвалидах), нуждающихся в долговременном уходе, но также аккумулировать данные о получателях социальных и медицинских услуг в рамках долговременного ухода.

Результатом межведомственного взаимодействия по выявлению нуждающихся в долговременном уходе граждан явились 2346 человек, которым была оказана помощь.

Внедрение системы долговременного ухода повлекло расширение перечня социальных услуг, гражданам нуждающимся в постороннем уходе расширен перечень социальных услуг по уходу, утвержденный Законом Республики Татарстан от 18 декабря 2014 г. № 126-ЗРТ «О регулировании отдельных вопросов в сфере социального обслуживания граждан в Республике Татарстан».

В отношении инвалидов принято постановление Кабинета министров Республики Татарстан от 31 марта 2021 г. № 198 «О системе долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Республике Татарстан»²⁰⁹. Обновлен перечень социальных услуг для этих категорий граждан в зависимости от уровня нуждаемости в постороннем уходе.

Внедрена в соответствии с федеральной Типовой моделью процедура типизации, на основании которой устанавливается уровень нуждаемости в постороннем уходе, потребности гражданина в постороннем уходе, структуры и степени ограничений его жизнедеятельности, состояния

²⁰⁹ Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 31.03.2021 № 198 «О создании в Республике Татарстан системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами» // URL: https://mtsz.tatarstan.ru/sistema-dolgovremennogo-uhoda-za-grazhdanami-3663937.htm?pub_id=2838281#:~:text=Постановление%20Кабинета%20Министров%20Республики%20Татарстан,гражданами%20пожилого%20возраста%20и%20инвалидами. (дата обращения: 28.09.2022).

здоровья, особенностей поведения, реабилитационного потенциала и иных имеющихся ресурсов.

По данным Росстата в республике Татарстан по состоянию на 1 сентября 2021 г. на социальном обслуживании в отделениях домашнего социального обслуживания, Комплексных центров социального обслуживания населения, стационарных учреждениях социального обслуживания (домах-интернатах, психоневрологических интернатах для престарелых и инвалидов) состоит на обслуживании 17 558 граждан пожилого возраста и инвалидов, из них: 1 уровень – 4 407 человека (25%); 2 уровень – 2 139 человек (12%); 3 уровень – 771 человек (4,4%).

С 15 июня 2021 г. в Республике Татарстан получателям социальных услуг на дому, в стационарной форме в домах-интернатах и полустационарной форме в отделениях дневного пребывания предоставляется бесплатный социальный пакет, в который входят услуги по уходу. Набор услуг по уходу, их количество и периодичность предоставления установлены в зависимости от уровня нуждаемости в постороннем уходе, к которому отнесен гражданин по результатам типизации²¹⁰.

7) Алтайский край

В 2019 году Алтайский край приступил к реализации национального проекта «Демография». В этот проект входит региональная составляющая - «Старшее поколение», одним из направлений которой является создание системы долговременного ухода за инвалидами и пожилыми людьми, которые не могут самостоятельно за собой ухаживать.

²¹⁰ Закон Республики Татарстан от 18.12.2014 № 126-ЗРТ «О регулировании отдельных вопросов в сфере социального обслуживания граждан в Республике Татарстан». // URL: <http://www.consultant.ru/regbase/cgi/online.cgi?req=doc;base=RLAW363;n=91275>. (дата обращения: 28.09.2022); Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 31 марта 2021 г. № 198 «О системе долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Республике Татарстан»// URL: https://mtsz.tatarstan.ru/sistema-dolgovremennogo-uhoda-za-grazhdanami-3663937.htm?pub_id=2838281#:~:text=Постановление%20Кабинета%20Министров%20Республики%20Татарстан,гражданами%20пожилого%20возраста%20и%20инвалидами. (дата обращения: 28.09.2022).

Пилотный проект по внедрению системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, признанными нуждающимися в социальном обслуживании, реализуется в Алтайском крае с 2020 года.

План мероприятий («дорожная карта») по реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, в Алтайском крае на 2022 - 2023 годы был утвержден распоряжением Правительства Алтайского края от 05.12.2019 2019 № 437-р²¹¹.

В Алтайском крае также были утверждены:

- Регламент межведомственного взаимодействия Министерства социальной защиты Алтайского края и Министерства здравоохранения Алтайского края по осуществлению доставки лиц старше 65 лет, проживающих в сельской местности, в медицинские организации Алтайского края, в том числе для проведения дополнительных скринингов на выявление отдельных социально значимых неинфекционных заболеваний²¹²;

- Порядок доставки лиц старше 65 лет, проживающих в сельской местности, в краевые медицинские организации, в том числе для проведения дополнительных скринингов на выявление отдельных социально значимых неинфекционных заболеваний²¹³;

- Порядок межведомственного взаимодействия организаций социального обслуживания, подведомственных Министерству социальной защиты

²¹¹ Распоряжение Правительства Алтайского края от 05.12.2019 2019 № 437-р «Об утверждении плана мероприятий ("дорожную карту") по реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, в Алтайском крае на 2022 – 2023 годы» // URL: http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?doc_itself=&empire=1&nd=168116731&page=1&rdk=1&link_id=0&ysclid=l8lhtztqoz702578696#Ю (дата обращения: 28.09.2022).

²¹² Приказ Министерства труда и социальной защиты Алтайского края и Министерства здравоохранения Алтайского края «Об утверждении Регламента межведомственного взаимодействия Министерства социальной защиты Алтайского края и Министерства здравоохранения Алтайского края по осуществлению доставки лиц старше 65 лет, проживающих в сельской местности, в медицинские организации Алтайского края, в том числе для проведения дополнительных скринингов на выявление отдельных социально значимых неинфекционных заболеваний» от 14.05.2019 № 27/Пр/151/ 21/Пр/123 // URL: <https://docs.cntd.ru/document/446606479>. (дата обращения: 28.09.2022).

²¹³ Приказ Министерства социальной защиты Алтайского края и Министерства здравоохранения Алтайского края «Об утверждении Порядка доставки лиц старше 65 лет, проживающих в сельской местности, в краевые медицинские организации, в том числе для проведения дополнительных скринингов на выявление отдельных социально значимых неинфекционных заболеваний» от 20.09.2019 № 327/245 // URL: <https://docs.cntd.ru/document/561594182>. (дата обращения: 28.09.2022).

Алтайского края, медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Алтайского края, при оказании медико-социальной помощи гражданам пожилого возраста и инвалидам в Алтайском крае²¹⁴;

- Типовое положение об отделении милосердия для граждан пожилого возраста и инвалидов по созданию системы долговременного ухода в пилотных стационарных учреждениях социального обслуживания Алтайского края²¹⁵.

Министерством социальной защиты Алтайского края был издан приказ «О реализации мероприятий по созданию служб помощников по уходу (сиделок) в организациях социального обслуживания, участвующих в реализации пилотного проекта по внедрению системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Алтайском крае на 2020 – 2022 годы»²¹⁶;

- ряд других нормативно-правовых актов.

В Алтайском крае пилотный проект по внедрению системы долговременного ухода реализуется в нескольких муниципальных образованиях.

В 2019 году первыми приступили к реализации Барнаульский и Центральный дома-интернаты для престарелых и инвалидов, Первомайский и Тальменский психоневрологические интернаты,

²¹⁴ Приказ Министерства социальной защиты Алтайского края и Министерства здравоохранения Алтайского края «Об утверждении Порядка межведомственного взаимодействия организаций социального обслуживания, подведомственных Министерству социальной защиты Алтайского края, медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Алтайского края, при оказании медико-социальной помощи гражданам пожилого возраста и инвалидам в Алтайском крае» от 11.12.2019 № 430/365 // URL: <https://docs.cntd.ru/document/424033399>. (дата обращения: 28.09.2022).

²¹⁵ Приказ Министерства социальной защиты Алтайского края «Об утверждении типового положения об отделении милосердия для граждан пожилого возраста и инвалидов по созданию системы долговременного ухода в пилотных стационарных учреждениях социального обслуживания Алтайского края» от 11.12.2019 № 27/Пр/431 // URL: https://www.aksp.ru/nac_proekt/3_proekt/sistema-dolgovremennogo-ukhoda/. (дата обращения: 28.09.2022).

²¹⁶ Приказ Министерства социальной защиты Алтайского края «О реализации мероприятий по созданию служб помощников по уходу (сиделок) в организациях социального обслуживания, участвующих в реализации пилотного проекта по внедрению системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Алтайском крае на 2020 – 2022 годы» от 24.03.2020 № 27/Пр/90 // URL: <https://docs.cntd.ru/document/561772713>. (дата обращения: 28.09.2022).

комплексные центры социального обслуживания населения городов Новоалтайска, Заринска и Немецкого национального района.

В 2020 году в комплексных центрах социального обслуживания населения городов Заринска и Новоалтайска, Немецкого национального района были открыты пункты проката технических средств реабилитации и «Школа ухода». За счет средств, в том числе и федеральных, было приобретено более 200 технических средств реабилитации и иного оборудования для ухода. Услугами пункта проката технических средств реабилитации воспользовались 58 нуждающихся человек.

Специалисты «Школы ухода» обучают правилам использования технических средств реабилитации на дому и дистанционно.

Комплексный центр социального обслуживания населения города Новоалтайска реализует пилотный проект по внедрению системы долговременного ухода как в самом Новоалтайске, так и в Первомайском районе.

8) Забайкальский край

В целях реализации в Забайкальском крае в рамках регионального проекта «Старшее поколение» национального проекта «Демография» пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе, в Забайкальском крае был утвержден Порядок межведомственного взаимодействия в рамках системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе, на территории Забайкальского края²¹⁷.

Участниками системы долговременного ухода в межведомственном взаимодействии являются: Министерство труда и социальной защиты населения Забайкальского края, Министерство здравоохранения

²¹⁷ Приказ Министерства труда и социальной защиты населения Забайкальского края «24» июня 2021г. № 995, приказ Министерства здравоохранения Забайкальского края «24» июня 2021г. № 243/ОД // URL: <https://docs.cntd.ru/document/574634059>. (дата обращения: 28.09.2022).

Забайкальского края; организации социального обслуживания, подведомственные Министерству труда и социальной защиты населения Забайкальского края, предоставляющие социальные услуги, обеспечивающие межведомственное информационное взаимодействие на территории муниципальных; координационный центр, созданный на базе Государственного учреждения социального обслуживания «Ингодинский комплексный центр социального обслуживания населения «Милосердие», являющийся координатором межведомственного взаимодействия системы долговременного ухода; медицинские организации, подведомственные Министерству здравоохранения Забайкальского края.

В рамках пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в посторонней помощи, в Забайкальском крае были утверждены:

- Порядок деятельности «школы ухода», регулирующей осуществление мероприятий, направленных на информирование, консультирование, психологическую поддержку и обучение граждан, осуществляющих уход за людьми с выраженным снижением способности к самообслуживанию, необходимым навыкам качественного ухода в соответствии с потребностями нуждающегося в помощи человека²¹⁸;

- Порядок деятельности отделения «Координационный центр системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами» в ГУСО «Ингодинский комплексный центр социального обслуживания населения «Милосердие» Забайкальского края в рамках пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в посторонней помощи²¹⁹;

- Порядок деятельности пунктов проката технических средств реабилитации в рамках пилотного проекта по созданию системы

²¹⁸ Приказ Министерства труда и социальной защиты населения Забайкальского края от 31 марта 2021 г. № 524 // URL: <https://docs.cntd.ru/document/574687424>. (дата обращения: 28.09.2022).

²¹⁹ Приказ Министерства труда и социальной защиты населения Забайкальского края от 31 марта 2021 года № 525 // URL: <https://docs.cntd.ru/document/574687440>. (дата обращения: 28.09.2022).

долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в посторонней помощи²²⁰;

- Порядок деятельности отделения дневного пребывания для граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в постороннем уходе, в государственных учреждениях социального обслуживания Забайкальского края, осуществляющих социальное обслуживание в полустационарной форме, участвующих в реализации пилотного проекта по созданию и внедрению на территории Забайкальского края системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами²²¹;

- Регламент взаимодействия отделения «Координационный центр системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами» ГУСО «Ингодинский комплексный центр социального обслуживания населения «Милосердие» Забайкальского края с поставщиками социальных услуг²²².

Таким образом, хотя на территории Забайкальского края система долговременного ухода и взяла старт в 2019 году²²³, значительно активнее стала внедряться, начиная с 2021 года. В 2021 году для участия в проекте были определены семь социальных учреждений из трех районов края. Системой долговременного ухода была рассчитана на оказание социальной поддержки более двух тысяч граждан пожилого возраста и инвалидов²²⁴. Перечень мероприятий по созданию и внедрению системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Забайкальском крае

²²⁰ Приказ Министерства труда и социальной защиты населения Забайкальского края от 31 марта 2021 года № 532 // URL: <https://docs.cntd.ru/document/574687476>. (дата обращения: 28.09.2022).

²²¹ Приказ Министерства труда и социальной защиты населения Забайкальского края от 31 марта 2021 года № 533 // URL: <https://docs.cntd.ru/document/574687430>. (дата обращения: 28.09.2022).

²²² Приказ Министерства труда и социальной защиты населения Забайкальского края от 29 июля 2020 года № 857 // URL: <https://docs.cntd.ru/document/570787146>. (дата обращения: 28.09.2022).

²²³ Забайкалье вошло в федеральный пилотный проект по внедрению системы долговременного ухода / Министерство труда и социальной защиты населения Забайкальского края // URL: <https://minsoc.75.ru/novosti/159800>. (дата обращения: 28.09.2022).

²²⁴ Нацпроект «Демография»: в крае реализуется система долговременного ухода для пожилых забайкальцев. Министерство труда и социальной защиты населения Забайкальского края // URL: <https://minsoc.75.ru/novosti/218865?ysclid=181quqmc33160810811> (дата обращения: 28.09.2022).

на 2021-2023 годы («дорожная карта») был утвержден распоряжением Правительства Забайкальского края от 21 декабря 2020 года²²⁵.

9) Хабаровский край

План мероприятий («дорожная карта») по созданию на территории Хабаровского края системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами на 2021-2023 годы был утвержден распоряжением Правительства Хабаровского края от 2 марта 2021 года № 105-рп²²⁶.

Перечень мероприятий по созданию на территории Хабаровского края системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами на 2021-2023 годы определен приложением № 1 к «дорожной карте». Целью «дорожной карты» является увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 67 лет к 2024 году.

Как следует из «дорожной карты» необходимость ее разработки и утверждения в Хабаровском крае была обусловлена демографическими тенденциями ростом продолжительности жизни, увеличением доли граждан пожилого (от 55 до 75 лет) и старческого возраста (от 75 до 90 лет) и долгожителей (старше 90 лет) в общей структуре населения, которые в значительной степени нуждаются в постоянном постороннем уходе.

За период с 2018 по 2020 год численность пожилых граждан в регионе увеличилась на 13,3 тыс. человек (4,4 %). Численность граждан старческого возраста - 64,2 тыс. человек, что составляет 5,0 процентов в общей численности населения. Наблюдается рост средней продолжительности жизни. С 2010 года показатель значительно вырос на 4,5 года и по состоянию на 1 января 2020 г. составил 70,05 года.

²²⁵ Распоряжение Правительства Забайкальского края от 21 декабря 2020 года «Об утверждении Перечня мероприятий по созданию и внедрению системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Забайкальском крае на 2021-2023 годы («дорожная карта») // URL: (дата обращения: 28.09.2022).

²²⁶ Распоряжение Правительства Хабаровского края от 2 марта 2021 года № 105-рп «Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») по созданию на территории Хабаровского края системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами на 2021-2023 годы // URL: (дата обращения: 28.09.2022).

Наиболее востребованными в настоящее время у граждан пожилого возраста и инвалидов Хабаровского края являются услуги, оказываемые в форме социального обслуживания на дому и стационарной форме социального обслуживания.

В реестре поставщиков социальных услуг в Хабаровском крае состоит 72 организации социального обслуживания населения, из них 45 государственных учреждений, в том числе 16 комплексных центров социального обслуживания, 2 специальных дома ветеранов, 6 психоневрологических интернатов, 9 домов-интернатов для престарелых и инвалидов, 1 детский психоневрологический интернат, 6 реабилитационных центров для детей, 3 центра социальной помощи семье и детям, 1 центр социальной реабилитации инвалидов, 1 центр социальной адаптации и 27 негосударственных поставщиков социальных услуг.

В соответствии с Законом Хабаровского края от 10 декабря 2014 г. № 21 «О реализации отдельных полномочий Хабаровского края в сфере социального обслуживания граждан» организациями социального обслуживания населения края (поставщиками социальных услуг) оказывается более 50 социально-бытовых, социально-медицинских, социально-педагогических, социально-психологических, социально-трудовых, социально-правовых, срочных социальных услуг, а также услуг по повышению коммуникативного потенциала граждан, имеющих ограничения жизнедеятельности.

Из числа признанных нуждающимися в социальном обслуживании 1 519 человек, или 2,69 % воспользовались услугами негосударственных поставщиков социальных услуг.

Наиболее востребованной формой социального обслуживания является оказание социальных услуг на дому, которое предоставляется во всех городских округах и муниципальных районах края. Численность охвата надомным социальным обслуживанием ежегодно составляет более 9,3 тыс.

граждан пожилого возраста и инвалидов, из них более 26,0 процентов проживают в сельской местности.

Социальное обслуживание на дому осуществляется 16 комплексными центрами социального обслуживания населения.

В целях обеспечения доступности социальных услуг и оказания оперативной помощи, в первую очередь гражданам, проживающим в сельской местности, создана сеть отделений срочного социального обслуживания и консультативных отделений, которые действуют в 14 муниципальных районах края при комплексных центрах социального обслуживания населения.

Потребность одиноко проживающих граждан пожилого возраста в постоянном уходе на дому вызвала необходимость развития такой формы социального обслуживания, как предоставление социальных услуг «сиделки». Введены услуги «сиделки» в городских округах «Город Хабаровск», город Комсомольск-на-Амуре, Амурском, Бикинском, Верхнебуреинском, Вяземском, Николаевском, Советско-Гаванском, Солнечном, Ульчском муниципальных районах Хабаровского края. В штате 10 комплексных центров социального обслуживания населения 47 единиц социальных работников оказывают гражданам услуги «сиделки».

Открыты отделения социальной реабилитации инвалидов на дому в городских округах «Город Хабаровск», город Комсомольск-на-Амуре, Амурском, Бикинском, Ванинском, Верхнебуреинском, Николаевском, Советско-Гаванском, Солнечном и Хабаровском муниципальных районах Хабаровского края.

Реабилитация граждан пожилого возраста и инвалидов на дому дает возможность обеспечить непрерывность, преемственность реабилитационных мероприятий непосредственно по месту проживания граждан, утративших мобильность, не имеющих возможности посещения медицинских и социальных учреждений. Неоспоримым плюсом является возможность оказания психологической помощи родственникам, совместно

проживающим с больными гражданами пожилого возраста или инвалидами, и их обучение основам ухода за больными людьми.

Для обеспечения доступности социального обслуживания населения и реализации права на меры социальной поддержки граждан старшего поколения, проживающих в отдаленных сельских поселениях, при учреждениях социального обслуживания населения сформировано 13 мобильных бригад для оказания консультационных, социально-бытовых, социально-психологических, социально-правовых, социально-экономических, срочных социальных услуг.

Для оказания социальных услуг гражданам пожилого возраста, инвалидам, проживающим в отдаленных населенных пунктах Хабаровского края, в каждом муниципальном районе, имеющем отдаленные рабочие поселки, организована деятельность 27 выездных мобильных бригад.

В рамках национального проекта «Демография» 12 комплексных центров социального обслуживания оснащены автомобилями, приобретенными в 2019 году за счет федерального бюджета, для обеспечения перевозки граждан старше 65 лет, проживающих в сельской местности, в медицинские организации для прохождения медицинских осмотров и диспансеризации. Дополнительно сформировано 12 мобильных бригад, на функционирование которых в 2020 году выделено 15,56 млн. рублей из средств краевого бюджета.

В городских округах «Город Хабаровск», город Комсомольск-на-Амуре, Амурском, Ванинском, имени Лазо, Нанайском, Николаевском, Хабаровском муниципальных районах Хабаровского края функционирует служба «Социальное такси». Автомобильный парк оснащен 13 автомобилями, из них восемь специализированных микроавтобусов с подъемниками. Автомобили службы «Социальное такси» оборудованы гусеничными подъемниками для подъема и спуска получателей услуг по лестничным маршам жилых домов, а также переносными пандусами.

Стационарное социальное обслуживание в крае осуществляется 16 домами-интернатами, в которых для граждан пожилого возраста и инвалидов организовано оказание полного спектра социальных услуг, проводятся реабилитационные мероприятия, организован досуг.

Социальными услугами в стационарной форме социального обслуживания ежегодно охвачен 3 621 человек, из них более 52,0 процентов страдают хроническими психическими заболеваниями, более 82,0 процентов являются инвалидами.

Для граждан, нуждающихся в постоянном постороннем уходе, в домах-интернатах организованы отделения «Милосердие», услугами которых охвачено 1 046 получателей услуг, полностью утративших способность к самообслуживанию.

В краевых государственных бюджетных учреждениях «Хабаровский дом-интернат для престарелых и инвалидов» и «Солнечный дом-интернат для престарелых и инвалидов» действуют геронтологические отделения вместимостью на 55 койко-мест. Основными целями отделений являются продление активного долголетия и повышение качества жизни пожилых людей, проживающих в данных домах-интернатах.

Благодаря безопасным и комфортным условиям проживания в указанных домах-интернатах, оказанию сбалансированных социальных услуг на долговременной основе средняя продолжительность жизни получателей социальных услуг, проживающих в домах-интернатах, составляет 74 года 6 месяцев, что на четыре года больше показателя по краю (70,05 лет); почти 7,5 процента из них являются долгожителями старше 90 лет, в целом по краю их менее 1,0 процента населения.

В крае функционирует 2 специальных дома ветеранов, жилищный фонд которых составляет 525 квартир. За 20 лет их действия улучшили жилищные условия более 4 тыс. человек. В специальных домах ветеранов проживают 585 ветеранов войны и труда. Средний возраст проживающих составляет 74 года. Все ветераны получают организованное социальное обслуживание, для

них открыты продуктовые магазины, библиотеки, парикмахерские, прачечные залы, актовые залы для проведения праздничных мероприятий, встреч, действует более 23 клубов по интересам, что помогает сохранить ветеранам свои привычки и уклад жизни, обеспечивает помощь в общении людей одного поколения и возраста.

Перспективным направлением развития организаций социального обслуживания населения края является расширение сети частных и ведомственных пансионатов. В крае функционируют негосударственные поставщики социальных услуг, предоставляющие социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания: общество с ограниченной ответственностью «Благо», индивидуальный предприниматель Котлова А.В., индивидуальный предприниматель Кулик О.А., автономная некоммерческая организация «Открытое сердце» на 191 койко-место, предоставляющие проживание 98 получателям социальных услуг.

Потребность в получении социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания в Хабаровском крае высока, в связи с чем разработаны стационарозамещающие технологии.

Так, в 15 учреждениях социального обслуживания населения было внедрено социальное партнерство «Соседская помощь». С 2016 года применяется стационарозамещающая технология «Родственный уход» по подготовке членов семей к осуществлению домашнего ухода за родственниками, утратившими способность к самообслуживанию, с предоставлением возможности временного размещения больных граждан в домах-интернатах на период отпуска родственников, осуществляющих уход. Ежегодно охват стационарозамещающими технологиями составляет более 1,5 тысячи семей и одиноко проживающих граждан.

В целях оказания помощи семьям, имеющим тяжелобольных родственников или опекаемых, нуждающихся в постоянном постороннем уходе, профилактики кризисных отношений в семье применяется стационарозамещающая технология «Передышка». В стационарных

учреждениях социального обслуживания заквотировано 25 койко-мест для временного размещения инвалидов и престарелых граждан на возмездной основе на период отпуска родственников, осуществляющих уход.

В краевых государственных бюджетных учреждениях «Амурский комплексный центр социального обслуживания населения», «Богородский комплексный центр социального обслуживания населения», «Ванинский комплексный центр социального обслуживания населения», «Николаевский-на-Амуре комплексный центр социального обслуживания населения», «Советско-Гаванский комплексный центр социального обслуживания населения», «Троицкий комплексный центр социального обслуживания населения», «Чегдомынский комплексный центр социального обслуживания населения» действуют «Школы ухода».

В 2020 году Министерством социальной защиты населения Хабаровского края разработан План мероприятий («дорожная карта») по развитию в Хабаровском крае стационарозамещающих технологий социального обслуживания граждан, страдающих психическими расстройствами, до 2024 года²²⁷.

В каждом комплексном центре социального обслуживания населения и специальных домах ветеранов действуют пункты проката технических средств реабилитации. Ежегодно услугами таких пунктов пользуются свыше 300 граждан.

В целях сокращения сроков ожидания закупки технических средств реабилитации, продления периода самообслуживания граждан, частично утративших способность к самообслуживанию, расширена сеть пунктов проката технических средств реабилитации. Утвержден перечень 22 видов технических средств реабилитации и ухода, обеспечение которыми осуществляется бесплатно. Ежегодно более 2 тысяч инвалидов и граждан

²²⁷ Распоряжение Правительства Хабаровского края от 9 сентября 2020 г. № 945-рп «Об утверждении Плана мероприятий («дорожная карта») по развитию в Хабаровском крае стационарозамещающих технологий социального обслуживания граждан, страдающих психическими расстройствами, до 2024 года» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/465355083>. (дата обращения: 28.09.2022).

пожилого возраста без группы инвалидности бесплатно обеспечиваются техническими средствами реабилитации, расходы краевого бюджета на данные цели составляют до 18,5 млн. рублей в год.

В краевом государственном бюджетном учреждении «Амурский комплексный центр социального обслуживания населения» внедрен инновационный проект «Стационар на дому», который реализуется социальными работниками и медицинскими сестрами, состоящими в штате указанного учреждения. Гражданам, утратившим полностью или частично способность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнью, инвалидностью, ежедневно предоставляются социально-медицинские услуги на дому.

Уходом в домашних условиях обеспечены 1 926 недееспособных граждан, в том числе в отношении 270 подопечных заключены договоры с 255 малоимущими опекунами об исполнении обязанностей на возмездных условиях.

Важным ресурсом повышения эффективности внедрения системы долговременного ухода в отношении граждан с инвалидностью является использование технологии сопровождаемого проживания.

В рамках реализации подпрограммы «Формирование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов» государственной программы Хабаровского края «Доступная среда»²²⁸, в 2019, 2020 годах обеспечено создание учебно-тренировочных квартир в краевых государственных бюджетных учреждениях «Николаевский-на-Амуре психоневрологический интернат», «Хабаровский дом-интернат для престарелых и инвалидов № 1», «Эльбанский психоневрологический интернат».

²²⁸ Постановление Правительства Хабаровского края от 30 декабря 2015 г. № 491-пр «Об утверждении государственной программы Хабаровского края «Доступная среда» и признании утратившими силу отдельных постановлений Правительства Хабаровского края» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/465329590>. (дата обращения: 28.09.2022).

В целях организации работы по сопровождаемому проживанию в Хабаровском крае внедрена стационарозамещающая технология сопровождаемого проживания инвалидов²²⁹, организована рабочая группа по методическому сопровождению учреждений социального обслуживания населения при реализации инновационных, в том числе стационарозамещающих, технологий социального обслуживания.

Во всех 45 краевых государственных бюджетных (казенных) учреждениях социального обслуживания населения края ведется работа по привлечению волонтеров к оказанию социальных услуг.

С 1 февраля 2020 г. на базе организационно-методического отделения краевого государственного бюджетного учреждения «Хабаровский комплексный центр социального обслуживания населения» создан краевой ресурсный центр по поддержке и развитию «серебряного волонтерства».

В крае действует 92 организации здравоохранения.

В соответствии с распоряжением Министерства здравоохранения Хабаровского края 15 октября 2016 г. № 1329-р²³⁰ в крае организована работа по совершенствованию оказания паллиативной помощи. Лицензию на осуществление медицинской деятельности при оказании паллиативной медицинской помощи имеют 46 организаций здравоохранения из 92 действующих в крае. Паллиативная медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается в кабинетах паллиативной медицинской помощи, а также выездными патронажными службами, созданными в медицинских организациях. Открыто 49 кабинетов паллиативной помощи в амбулаторных условиях, организована работа выездных патронажных бригад, оказывающих медицинскую помощь в отдаленных районах Хабаровского края. В 11 организациях здравоохранения края организована работа 11 отделений

²²⁹ Приказ Министерства социальной защиты населения Хабаровского края от 30 декабря 2019 г. № 293-П «О внедрении в Хабаровском крае стационарозамещающей технологии сопровождаемого проживания инвалидов» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/465329685>. (дата обращения: 28.09.2022).

²³⁰ Распоряжение Министерства здравоохранения Хабаровского края 15 октября 2016 г. № 1329-р «О совершенствовании организации паллиативной медицинской помощи населению Хабаровского края» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/465371645>. (дата обращения: 28.09.2022).

паллиативной помощи, развернуто 333 койки для оказания паллиативной медицинской помощи различного профиля: терапевтического, неврологического, психиатрического, инфекционного, онкологического и других.

В стационарных организациях здравоохранения края организовано 16 гериатрических кабинетов.

Организация медицинской помощи гражданам пожилого возраста на дому осуществляется в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов²³¹.

Для реализации «дорожной карты» в крае необходимо оснащение медицинских организаций и организаций социального обслуживания высокотехнологичным реабилитационным оборудованием, современными средствами ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, формирование безбарьерной среды жизнедеятельности.

В Хабаровском крае существует необходимость разработки и внедрения технологии эффективной работы с гражданами пожилого возраста, ввода в штатные расписания организаций здравоохранения и организаций социального обслуживания специалистов гериатров, реабилитологов, специалистов по адаптивной физической культуре, по трудотерапии, организаторов досуговой деятельности, которые позволят обеспечить качество и доступность социальных и медицинских услуг, а также поддержать социальную активность получателей услуг, их психологический и физический статус.

Для реализации «дорожной карты» необходимо определение механизмов совершенствования порядка выявления граждан пожилого возраста и

²³¹ Постановление Правительства Хабаровского края от 30 декабря 2020 г. № 587-пр «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/465377185>. (дата обращения: 28.09.2022).

инвалидов, нуждающихся в предоставлении социальных и медицинских услуг. Требуется также совершенствовать критерии оценки обстоятельств, ухудшающих условия жизнедеятельности граждан.

10) Волгоградская область

Волгоградская область вошла в число пилотных регионов РФ, в которой осуществляется внедрение системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, в 2019 году.

В области реализуется также региональный проект «Старшее поколение» национального проекта «Демография», утвержденный Советом при Губернаторе Волгоградской области по реализации национальных проектов и приоритетных проектов Волгоградской области²³², непосредственно связанный с государственной программой Волгоградской области «Социальная поддержка и защита населения Волгоградской области»²³³, государственной программой Волгоградской области «Развитие рынка труда и обеспечение занятости в Волгоградской области»²³⁴; государственной программой Волгоградской области «Развитие здравоохранения в Волгоградской области»²³⁵.

Одним из первых стационарных учреждений, в котором на территории Волгоградской области была внедрена система долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, является Царевский психоневрологический интернат. По подпрограмме «Повышение качества жизни пожилых людей» государственной программы Волгоградской области

²³² Протокол заседания Совета при Губернаторе Волгоградской области по реализации национальных проектов и приоритетных проектов Волгоградской области / Комитет социальной защиты населения Волгоградской области // URL: <https://uszn.volgograd.ru/Docs/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%B5%D0%BA%D1%82%20%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%80%D1%88%D0%B5%D0%B5%20%D0%BF%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5.pdf>. (дата обращения: 29.09.2022).

²³³ Постановление Администрации Волгоградской области от 25.09.2017 № 504-п // URL: <https://docs.cntd.ru/document/450347736>. (дата обращения: 28.09.2022).

²³⁴ Постановление Администрации Волгоградской области от 25.09.2017 № 503-п // URL: <https://docs.cntd.ru/document/450356607> (дата обращения: 28.09.2022).

²³⁵ Постановлением Администрации Волгоградской области от 25.11.2013 № 666-п // URL: <https://docs.cntd.ru/document/460226085>. (дата обращения: 28.09.2022).

«Социальная поддержка и защита населения Волгоградской области», действующей в Волгоградской области.

В 2019 году в Волгоградской области был утвержден План мероприятий («дорожной карты») по созданию на территории Волгоградской области системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, признанными нуждающимися в социальном обслуживании²³⁶.

Данный план включает:

- организационные мероприятия по созданию на территории Волгоградской области системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, признанными нуждающимися в социальном обслуживании;

- диагностику ситуации в сфере социального обслуживания населения и охраны здоровья граждан в Волгоградской области;

- проведение мониторинга механизмов выявления граждан, утративших способность к самообслуживанию, нуждающихся в предоставлении социальных услуг и медицинской помощи, путем анализа результатов следующих мероприятий: организация опроса в ходе подворовых обходов одиноких и одиноко проживающих граждан на пилотных территориях; с привлечением социальных, медицинских работников, представителей местных администраций муниципальных образований Волгоградской области, территориального общественного самоуправления, товариществ собственников жилья, общественных организаций, волонтеров (добровольцев); использование ресурса мобильных бригад специалистов, действующих при организациях социального обслуживания, выездных гериатрических бригад и выездных бригад оказания паллиативной медицинской помощи; использование результатов медицинского осмотра с согласия гражданина; проведение диспансеризации лиц старше трудоспособного возраста;

²³⁶ Постановлением Губернатора Волгоградской области от 18 января 2019 г. № 26 «Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») по созданию на территории Волгоградской области системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, признанными нуждающимися в социальном обслуживании, в рамках федерального проекта «Старшее поколение» национального проекта «Демография» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/561642426>. (дата обращения: 29.09.2022).

- организация работы по применению наиболее эффективных механизмов выявления граждан, нуждающихся в долговременном уходе;

- совершенствование критериев оценки обстоятельств, ухудшающих условия жизнедеятельности граждан, в целях создания условий для наиболее полного и своевременного удовлетворения потребностей этих граждан в социальных и медицинских услугах;

- ряд других мероприятий.

В 2019 году на заседании областной рабочей группы во главе с заместителем Губернатора по созданию системы долговременного ухода на территории Волгоградской области были определены 19 пилотных территорий Волгоградской области, участвующих в поэтапном внедрении системы долговременного ухода в 2019 году. На пилотных территориях проведены организационные мероприятия, направленные на повышение эффективности межведомственного взаимодействия с целью выявления граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в долговременном уходе и оказания им медицинской и социальной помощи (созданы рабочие группы, разработан алгоритм взаимодействия сторон и пр.). На базе ГБУ СО «Центральный центр социального обслуживания» создан Координационный центр системы долговременного ухода, осуществляющий мониторинг выявления граждан, нуждающихся в долговременном уходе, процессы сбора, хранения и передачи информации о данных гражданах с целью планирования, координации оказания им социальных и иных услуг, медицинской помощи, организацию родственного ухода, проведение необходимых мероприятий на долговременной основе. На территории Волгоградской области осуществляется поэтапное внедрение системы долговременного ухода

В 2020 году в пилотный проект были включены 23 новых территории региона, нарастающим итогом. На пилотных территориях проведены организационные мероприятия, направленные на повышение эффективности межведомственного взаимодействия с целью выявления граждан пожилого

возраста и инвалидов, нуждающихся в долговременном уходе и оказания им медицинской и социальной помощи. Процессы сбора, хранения и передачи информации о данных гражданах, нуждающихся в долговременном уходе, с целью планирования, координации оказания им социальных и иных услуг, медицинской помощи, организацию родственного ухода, проведение необходимых мероприятий на долговременной основе на всех пилотных территориях региона осуществляет Координационный центр. В соответствии с утвержденным Планом мероприятий («дорожной картой») по созданию на территории Волгоградской области системы долговременного ухода в 2020 году работа по созданию системы долговременного ухода осуществляется на всей территории Волгоградской области. В реализации пилотного проекта задействованы порядка 130 медицинских организаций и организаций системы социальной защиты, включая социально ориентированные некоммерческие организации.

В 2021 году План мероприятий по созданию системы долговременного ухода на 2021г. Был актуализирован. Соотношение количества лиц старше трудоспособного возраста, признанных нуждающимися в социальном обслуживании и охваченных системой долговременного ухода на территории Волгоградской области составило 16 %.

На основе типовой межведомственной «дорожной карты» в Волгоградской области был разработан межведомственный План мероприятий по созданию системы долговременного ухода на территории Волгоградской области на 2022-2024 годы, с учетом требований, утвержденных Минтрудом России и Минздравом России²³⁷.

²³⁷ Постановление Губернатора Волгоградской области от 16.12.2021 № 886 «Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») по созданию на территории Волгоградской области системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, признанными нуждающимися в социальном обслуживании, в рамках федерального проекта «Старшее поколение» национального проекта «Демография» на 2022 - 2024 годы» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/570714098>. (дата обращения: 29.09.2022).

Таким образом, в реализации «дорожной карты» по созданию на территории Волгоградской области системы долговременного ухода в период с 2019 по 2022 годы наблюдается устойчивая положительная динамика.

11) Калужская область

Калужская область вошла в пилотный проект по реализации системы долговременного ухода в 2022 году. Он реализуется на территории города Калуги, Боровского и Ферзиковского районов. Необходимо заметить, что ряд подготовительных мероприятий, в том числе формирование межведомственной рабочей группы по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами на территории Калужской области началось еще в 2019 году²³⁸.

План мероприятий («дорожная карта») по реализации пилотного проекта по созданию системы своевременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Калужской области на 2022 год утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты Калужской области от «24» декабря 2021 года № 2384-П²³⁹.

Данный План включает мероприятия:

- актуализация состава межведомственной рабочей группы по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами на территории Калужской области;
- разработка и принятие нормативных правовых актов в целях реализации пилотного проекта и отработке механизмов и элементов типовой модели по созданию системы долговременного ухода в организациях социального обслуживания, участвующих в пилотном проекте;

²³⁸ Распоряжение Губернатора Калужской области от 16 октября 2019 года N 164-р

«О создании межведомственной рабочей группы по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами на территории Калужской области» / URL: <https://docs.cntd.ru/document/561571989>. (дата обращения: 29.09.2022).

²³⁹ Приказ Министерства труда и социальной защиты Калужской области от «24» декабря 2021 года № 2384-П «Об утверждении План мероприятий («дорожная карта») по реализации пилотного проекта по созданию системы своевременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Калужской области на 2022 год // URL: <https://docs.cntd.ru/document/574737044>. (дата обращения: 29.09.2022).

- определение перечня организаций социального обслуживания, участвующих в создании системы долговременного ухода.

- доработка информационной системы «ПК Катарсис: Соцзащита» с целью реализации и совершенствования межведомственного электронного взаимодействия между медицинскими организациями и организациями социального обслуживания для обмена информацией о гражданах, нуждающихся в социальном обслуживании и медицинской помощи в рамках системы долговременного ухода;

- организация межведомственного взаимодействия, в том числе информационного, между организациями социального обслуживания, участвующими в реализации пилотного проекта, и медицинскими организациями в целях выявления, включения и нахождения в системе долговременного ухода граждан, нуждающихся в уходе;

- организация работы по учету, анализу, получению, хранению, передаче и обмену данными о гражданах, нуждающихся в уходе, в том числе в электронном виде посредством единой системы межведомственного электронного взаимодействия (СМЭВ);

- организация работы пунктов проката технических средств реабилитации (ТСР) на базе организаций социального обслуживания;

- организация работы на базе организаций социального обслуживания «Школ ухода» для граждан, осуществляющих родственный уход;

- обучение работников организаций социального обслуживания, осуществляющих функции: по определению индивидуальной потребности граждан в социальном обслуживании и установлению им уровня нуждаемости в уходе с использованием анкеты-опросника по определению индивидуальной потребности граждан в социальном обслуживании; по предоставлению гражданам, нуждающимся в уходе, социальных услуг, входящих в социальный пакет долговременного ухода, в форме социального обслуживания на дому; по управлению процессами в системе долговременного ухода, их координацию, в том числе в рамках

межведомственного взаимодействия;

- обучение управленческих кадров организаций социального обслуживания и медицинских организаций по вопросам создания системы долговременного ухода осуществляется посредством организации и проведения региональных конференций, обучающих семинаров, тематических мастер-классов, мероприятий по обмену опытом, ознакомления с лучшими международными практиками;

- обеспечение средствами ухода персонала, задействованного в предоставлении социальных услуг на дому получателям долговременного ухода, в организациях социального обслуживания;

- проведение мониторинга качества предоставления социальных услуг по уходу, входящих в социальный пакет долговременного ухода;

- и ряд других мероприятий.

На реализацию данных мероприятий было выделено 81 956,9 тыс. руб. Реализация мероприятий происходит поэтапно.

В рамках проводимых мероприятий в Калужской области был утвержден перечень организаций социального обслуживания, участвующих в создании системы долговременного ухода. Система долговременного ухода создана в 2 организациях социального обслуживания: государственном бюджетном учреждении Калужской области «Калужский комплексный центр социального обслуживания населения «Забота»; государственном бюджетном учреждении Калужской области «Боровский центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов».

Доработана информационная система «ПК Катарсис: Соцзащита» и организовано межведомственное электронное взаимодействие между медицинскими организациями и организациями социального обслуживания.

В регионе работает координационное отделение государственного бюджетного учреждения Калужской области «Калужский комплексный центр социального обслуживания населения «Забота» с функциями:

- определения индивидуальной потребности гражданина в постороннем

уходе, подборка гражданину социального пакета долговременного ухода и оптимальных условий его предоставления;

- оператора программного комплекса о гражданах, нуждающихся в уходе;

- получения информации о гражданах, нуждающихся в постороннем уходе, из медицинских организаций, территориальных органов Пенсионного фонда Российской Федерации, Фонда социального страхования Российской Федерации, федеральных учреждений медико-социальной экспертизы, анализа, обмена и передачи информации;

- координации мероприятий по предоставлению социальных и медицинских услуг;

- организации взаимодействия между поставщиками социальных услуг с медицинскими организациями;

- проведения оценки качества оказания услуг организациями социального обслуживания (внутренний аудит);

- оказания методологической помощи при внедрении системы долговременного ухода.

На 2022 год запланировано доукомплектование пунктов проката ТСР на базе: ГБУ КО «Центр Забота», ГБУ КО «Боровский ЦСО». Охват граждан, воспользовавшихся услугами пунктов проката технических средств реабилитации в 2022 году - 160 человек. Также запланировано открытие «Школы ухода» в ГБУ КО «Центр Забота» и функционирование «Школы ухода» в ГБУ КО «Боровский ЦСО». Количество граждан, прошедших обучение в «Школах ухода» в 2022 году - 140 человек.

12) Кемеровская область – Кузбасс

Кемеровская область вошла в число 12 субъектов Российской Федерации, осуществляющих реализацию пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, в 2019 году.

Для реализации пилотного проекта в 2019 году определены:

- пилотные муниципальные образования - город Кемерово, Анжеро-Судженский и Прокопьевский городские округа;

- организации социального обслуживания - ГБУ Кемеровской области «Анжеро-Судженский дом-интернат для престарелых и инвалидов», ГБУ Кемеровской области «Анжеро-Судженский психоневрологический интернат», МБУ Анжеро-Судженского городского округа «Анжеро-Судженский Комплексный центр социального обслуживания населения», ГБУ Кемеровской области «Кедровский психоневрологический интернат», ГАУ Кемеровской области «Кемеровский дом-интернат для престарелых и инвалидов», МАУ «Комплексный центр социального обслуживания населения Кировского района города Кемерово», МБУ «Центр социального обслуживания населения», г. Прокопьевск;

- медицинские организации - ГАУЗ Кемеровской области «Анжеро-Судженская городская больница», ГАУЗ Кемеровской области «Кемеровская городская клиническая больница № 4», ГАУЗ Кемеровской области «Кемеровская городская клиническая больница № 11», ГБУЗ Кемеровской области «Прокопьевская городская больница № 1», ГБУЗ Кемеровской области «Прокопьевская городская больница № 3», ГБУЗ Кемеровской области «Прокопьевская городская больница № 4», ГБУЗ Кемеровской области «Прокопьевская городская поликлиника».

К 01 июня 2019 в рамках создания системы долговременного ухода:

- были разработаны нормативные правовые акты, обеспечивающие создание системы долговременного ухода;

- создана межведомственная рабочая группа по реализации пилотного проекта;

- в организациях социального обслуживания определены лица, ответственные за организацию ухода за получателями социальных услуг на дому;

- в пилотных муниципальных образованиях организовано проведение типизации граждан, получающих социальные услуги, а также граждан, информация о нуждаемости (потенциальной нуждаемости) в предоставлении социальных услуг которых передана медицинскими организациями в организации социального обслуживания посредством межведомственного взаимодействия (типизацию прошли 3318 человек (55,8%). Проводится корректировка индивидуальной программы предоставления социальных услуг и составление индивидуального плана ухода с учетом медицинских рекомендаций по уходу за гражданами, нуждающимися (потенциально нуждающимися) в предоставлении социальных услуг (далее - медицинские рекомендации по уходу), полученных от медицинских организаций, для граждан, в отношении которых проведена процедура типизации;

- для организации работы в штатное расписание организаций социального обслуживания введено 28 ставок сиделок (помощников по уходу);

- в пилотных муниципальных образованиях организованы школы ухода с тремя форматами работы (групповые и индивидуальные занятия, а также выход работников школы ухода на дом к проживающему) для обучения граждан, осуществляющих неформальный уход;

- в пилотных муниципальных образованиях сформированы группы граждан с когнитивными нарушениями, ограничениями мобильности для получения социальных услуг в отделениях дневного пребывания;

- в пилотных муниципальных образованиях организована работа пунктов проката технических средств реабилитации (ТСР);

- организована работа волонтеров с гражданами, получающими социальные услуги на дому и в стационарных организациях социального обслуживания, в рамках пилотного проекта (заключены 7 соглашений с волонтерскими организациями, привлечено 217 волонтеров к работе с гражданами, получающими социальные услуги);

- разработаны и утверждены критерии определения граждан, нуждающихся (потенциально нуждающихся) в предоставлении социальных услуг, для использования в медицинских организациях в целях выявления граждан, нуждающихся (потенциально нуждающихся) в предоставлении социальных услуг, и передачи информации об указанных гражданах в организации социального обслуживания;

- обучено более 100 сотрудников организаций социального обслуживания.

Медицинская помощь гражданам пожилого возраста оказывается в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, утвержденной Законом Кемеровской области от 26.12.2018 № 126-ОЗ «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов», по всем видам: первичная медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная, скорая, в том числе скорая специализированная, реабилитационная.

В Кемеровской области был утвержден региональный проект «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения» («Старшее поколение»)²⁴⁰, который было включено программное мероприятие: «Создание в Кемеровской области системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами» на 2019 - 2021 годы.

Для реализации поставленной задачи постановлением администрации города Кемерово от 19.08.2019 № 2140 на базе МАУ «Комплексный центр социального обслуживания населения Кировского района города Кемерово»

²⁴⁰ Распоряжение коллегии Администрации Кемеровской области от 11.12.2018 № 602-р «Об утверждении паспорта регионального проекта «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения» («Старшее поколение»)» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/550287927>. (дата обращения: 29.09.2022).

создан Единый координационный центр по приему и обработке информации об инвалидах и гражданах, достигших возраста 60 лет и старше. В функции Единого координационного центра входит: осуществление информационного обмена в отношении граждан, получающих социальные услуги в организациях социального обслуживания и медицинскую помощь в медицинских организациях, контроль за выполненными мероприятиями по уходу.

С 2019 года начали подготовительную работу по созданию системы долговременного ухода учреждения социального обслуживания населения. Были созданы рабочие группы по организации перехода на систему долговременного ухода; проведен пересмотр нормативно-правовых документов учреждений; проведено обучение сотрудников процессам осуществления типизации граждан и порядку социального сопровождения; проведен пересмотр индивидуальной потребности в социальных услугах получателями социальных услуг по результатам типизации.

В 2020 году 7 центров социального обслуживания населения включены в пилотный проект по созданию системы долговременного ухода. Для организации межведомственного взаимодействия государственных медицинских организаций и муниципальных организаций социального обслуживания в интересах граждан старшего поколения и инвалидов, в рамках реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами постановлением администрации города Кемерово от 03.02.2020 № 211 создана межведомственная рабочая группа.

В рамках системы долговременного ухода создана «Городская школа ухода» на базе МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения Центрального района города Кемерово».

Необходимым условием эффективного функционирования системы долговременного ухода является наличие системы подготовки и переподготовки квалифицированных кадров. Современный подход к уходу

предполагает также разветвленную систему обучения специалистов. Для реализации индивидуального подхода и обучения родственников правильному уходу, организовано обучение специалистов по реабилитации и абилитации граждан пожилого возраста и инвалидов, имеющих дефицит самообслуживания и не полностью справляющихся с самостоятельным уходом на базе Кемеровского областного медицинского колледжа, в городской школе ухода, тренером, прошедшим обучение в городе Москва. Вместе с тем, чтобы родственный уход успешно развивался, помимо обучения необходимы также технические средства реабилитации. В городе Кемерово развитая сеть пунктов проката технических средств реабилитации на базе муниципальных учреждений социального обслуживания населения. Ежегодно более 500 чел. пользуются услугами проката технических средств реабилитации (кресло-коляска, опора - ходунки, трость опорная, костыли, стул с санитарным оснащением, сидение для ванны, столик прикроватный, опора для спины и другие).

Открыта школа сопровождения лиц с ментальными нарушениями на базе МАУ «Комплексный центр социального обслуживания населения Кировского района Кемерово». Внедряют новые направления работы в интеграционных мастерских в МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения жилого района Кедровка города Кемерово», в кабинете по работе с пожилыми гражданами с когнитивными нарушениями на базе МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения Заводского района города Кемерово». План мероприятий («дорожная карта») «Создание в Кемеровской области системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами» на 2019-2022 годы был утвержден в 2019 году²⁴¹.

Необходимо отметить, что в Кемеровской области функционирует 24 государственные стационарные организации социального обслуживания

²⁴¹ Распоряжение Коллегии Администрации Кемеровской области от 18 января 2019 г. № 14-р // URL: <http://kodeks.karelia.ru/api/show/550327299>. (дата обращения: 29.09.2022).

(5784 койки), в том числе:

- 13 психоневрологических интернатов,
- 6 домов-интернатов для престарелых и инвалидов,
- 1 дом милосердия,
- 1 специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов,
- 3 детских дома-интерната для умственно отсталых детей.

В реестре поставщиков социальных услуг находятся 5 негосударственных организаций социального обслуживания, предоставляющих социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания.

В систему организаций социального обслуживания, предоставляющих социальные услуги в полустационарной форме социального обслуживания гражданам пожилого возраста, инвалидам и лицам без определенного места жительства, входит:

- 46 центров социального обслуживания,
- 3 учреждения для лиц без определенного места жительства.

В реестре поставщиков социальных услуг - 5 негосударственных организаций (НГО), предоставляющих услуги лицам без определенного места жительства, гражданам пожилого возраста и инвалидам в полустационарной форме и на дому.

В структуре центров социального обслуживания действуют следующие подразделения:

- 49 отделений срочного социального обслуживания;
- 26 отделений дневного пребывания;
- 11 отделений социальной реабилитации;
- 274 отделения социального обслуживания на дому.

Предоставление социальных услуг осуществляется согласно утвержденным тарифам на социальные услуги. Тарифы на социальные услуги утверждаются региональной энергетической комиссией Кемеровской области по социальным услугам, включенным в перечень социальных услуг,

предоставляемых поставщиками социальных услуг²⁴². Тарифы на социальные услуги утверждены постановлениями региональной энергетической комиссии Кемеровской области²⁴³.

Мероприятия по поэтапному обеспечению доступа социально ориентированных некоммерческих организаций, осуществляющих деятельность в сфере социальной защиты и социального обслуживания, к бюджетным средствам, выделяемым на предоставление услуг в социальной сфере, включены в государственную программу Кемеровской области - Кузбасса «Социальная поддержка населения Кузбасса» на 2014 - 2024 годы²⁴⁴.

Рынок социальных услуг включен в перечень товарных рынков по развитию конкуренции в Кемеровской области – Кузбассе²⁴⁵.

Стандарт развития конкуренции в Кемеровской области включает мероприятия по содействию развитию конкуренции на рынке социальных услуг²⁴⁶.

Проект «Активное долголетие» реализуется в рамках национального проекта «Демография», регионального проекта «Старшее поколение» совместно с РО ООО «Союз Пенсионеров России» по Кемеровской области. Информационно-образовательный проект способствует улучшению качества

²⁴² Закон Кемеровской области от 18.12.2014 № 121-ОЗ «Об утверждении перечня социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг». URL: <https://docs.cntd.ru/document/423958343>; Постановлением Коллегии Администрации Кемеровской области от 16.09.2014 № 362 «Об установлении Порядка утверждения тарифов на социальные услуги на основании подушевых нормативов финансирования социальных услуг» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/423958343>. (дата обращения: 29.09.2022).

²⁴³ Постановления региональной энергетической комиссии Кемеровской области от 18.03.2016 № 21 «Об установлении тарифов на социальные услуги на основании подушевых нормативов финансирования социальных услуг, предоставляемые поставщиками социальных услуг на дому и в полустационарной форме социального обслуживания в Кемеровской области», от 08.12.2015 № 782 «Об установлении тарифов на социальные услуги на основании подушевых нормативов финансирования социальных услуг, предоставляемые поставщиками социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания в Кемеровской области» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/438890593>. (дата обращения: 29.09.2022).

²⁴⁴ Постановление Коллегии Администрации Кемеровской области от 25.10.2013 № 468 // URL: <https://docs.cntd.ru/document/412808193>. (дата обращения: 29.09.2022).

²⁴⁵ Распоряжение Губернатора Кемеровской области - Кузбасса от 12.07.2019 № 73-рг // URL: <https://docs.cntd.ru/document/561432948>. (дата обращения: 29.09.2022).

²⁴⁶ Распоряжение Губернатора Кемеровской области от 23.11.2016 № 98-рг «О внедрении Стандарта развития конкуренции в Кемеровской области» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/446552874>. (дата обращения: 29.09.2022).

и продолжительности жизни пожилых людей, сохранению их активного жизненного потенциала, восполнению дефицита общения.

В рамках проекта проводится «Школа активного долголетия», включающая в себя следующие занятия:

- «Безопасность жизнедеятельности пожилого человека»,
- «Двигательная активность для людей пожилого возраста»,
- «Профилактика развития когнитивных расстройств»,
- «Питание лиц пожилого возраста»,
- «Психологическое здоровье в пожилом возрасте».

Во время обучения, слушатели получают теоретические знания, осваивают практические навыки по составлению правильного рациона питания, подбора продуктов, определения оптимальной физической нагрузки, упражнениям для тренировки памяти, аутогенной тренировке и др. Среди обучающихся - активисты Советов Ветеранов и социальные работники центров социального обслуживания населения городов и муниципальных районов Кемеровской области.

В 2021 году в медицинских организациях на постоянной основе были проведены Школы здоровья для пациентов с артериальной гипертензией, бронхиальной астмой, сахарным диабетом, остеопорозом, перенесших ОНМК, с избыточной массой тела, отказа от курения, обучено 46347 человек. Также проведены интерактивные Школы здоровья для пациентов с артериальной гипертензией (обучено 2949 чел.), для больных с ИБС обучено 554 чел., для лиц с ожирением (обучено 1082 чел.), школа отказа от курения (обучено 853 чел.), школа молодых родителей (обучено 2719 человек), школа активного долголетия (обучено 1700 чел.).

В рамках реализации региональной программы «Активное долголетие» на территории Кемеровской области в целях вовлечения граждан старшего возраста в систематические занятия физической культурой и спортом в рамках межведомственной программы «Активное долголетие» на 2020-

2024гг. ГБУЗ «КЦОЗиМП» и МО Кузбасса за прошедший период 2021 года были реализованы следующие мероприятия:

1. Проведен мониторинг уровня распространенности и приверженности лиц старшего трудоспособного возраста к физической культуре и спорту (проведено анкетирование 300 чел.), скорректирован план профилактических мероприятий.

2. Инициировано 17 тематических передач на ТВ каналах. Опубликовано 21 статья в печатных изданиях области; 88 публикаций в соцсетях Instagram, ОК, ВК, Telegram. На YouTube канале размещено 10 видеороликов; на сайтах медицинских организаций размещено информационных материалов/статей в количестве.

3. Разработаны, тиражированы и предоставлены в подведомственные учреждения Министерства здравоохранения, социальной защиты населения, физической культуры и спорта Кузбасса информационные материалы по пропаганде здорового образа жизни и физической активности среди лиц старшего возраста (буклеты, брошюры, листовки, подборки информационно-методических материалов), общий тираж 70000экз.

4. Проведены обучающие занятия (Школа активного долголетия) среди лиц старшего возраста - активистов Советов Ветеранов и социальных работников центров социального обслуживания населения городов и муниципальных районов Кузбасса. Основные темы занятий – «Безопасность жизнедеятельности пожилого человека», «Двигательная активность для людей пожилого возраста», «Профилактика развития когнитивных расстройств», «Питание лиц пожилого возраста», «Психологическое здоровье в пожилом возрасте». В 2021 году всего было проведено 120 занятий на 17 территориях Кемеровской области (Кемеровском ГО, Мариинском МР, Киселевском ГО, Краснобродском ГО, Ленинск-Кузнецком ГО, Юргинском ГО, Прокопьевском МР, Таштагольском МР, Ижморском МР, Яшкинском МР, Кемеровском МР, Беловском МР, Чебулинском МР,

Ленинск-Кузнецком МР, Крапивинском МР, Топкинском ГО, Тайгинском ГО), обучено 1400 человек.

5. Проведено 12 обучающих семинаров и вебинаров для медицинских работников, работников образования и социальной сферы по пропаганде здорового образа жизни, профилактике факторов риска ХНИЗ, в частности профилактике гиподинамии среди лиц старшего возраста, обучено 231 чел.

6. Проведено 165 физкультурных мероприятий для граждан старше трудоспособного возраста по различным видам спорта с охватом 8103 чел.

7. Проведение массовых акций к памятным датам – 8 акций/2620 мероприятий /охват 110973 чел²⁴⁷.

В 2022 году система долговременного ухода внедряется на территории всей Кемеровской области, в пилотном проекте участвуют 66 организаций социального обслуживания и 46 медицинских учреждений. В рамках проекта в регионе проводится комплексная работа по реализации индивидуального подхода к организации ухода за пожилыми людьми и инвалидами, созданию новых социальных сервисов, повышению профессионального уровня специалистов, развитию стационарозамещающих технологий²⁴⁸.

13) Новосибирская область

В 2019 году в Новосибирской области был утвержден План мероприятий («дорожной карты») по реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода на территории Новосибирской области за гражданами пожилого возраста и инвалидами в рамках федерального проекта «Старшее поколение» национального проекта «Демография» на 2020-2022.

²⁴⁷ Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения Кемеровской области – Кузбасса по итогам деятельности за 2021 год — Кемерово, 2022 год, 272 стр. // URL: https://kuzdrav.ru/regulatory/docs-images/%D0%94%D0%BE%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D0%B4_%D0%BE_%D1%81%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%8F%D0%BD%D0%B8%D0%B8_%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%D1%8C%D1%8F_%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F_%D0%B2_%D0%9A%D0%B5%D0%BC%D0%B5%D1%80%D0%BE%D0%B2%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B9_%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B8_%D0%B7%D0%B0_2021_%D0%B3%D0%BE%D0%B4_29.03.2022.pdf?ysclid=I92j0o9i8x224301003. (дата обращения: 29.09.2022)

²⁴⁸ Министерство социальной защиты населения Кузбасса // URL: <http://www.dsznko.ru/social-service/dolgovremennyi-uhod.php?ysclid=I92i0orr3s486463557> (дата обращения: 10.10.2022)

Модель системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, на территории Новосибирской области в 2022 году была утверждена приказом Министерства труда и социального развития Новосибирской области от 04.05.2022 № 469²⁴⁹.

Пилотный проект по созданию системы долговременного ухода на территории Новосибирской области за гражданами пожилого возраста и инвалидами, рассчитанный на 2020-2022 годы, финансируется в объеме 1,2 миллиарда рублей и реализуется во всех районах области.

На первом этапе были созданы территориальные координационные центры, которые и занялись выстраиванием работы и выявлением людей, нуждающихся в особой помощи на дому, не способных жить самостоятельно. Из 76,5 тысяч граждан, состояние которых было изучено, 32 тысячи признаны нуждающимися в социальном обслуживании.

На территории Новосибирской области была организована 41 школа неформального родственного ухода, в которую были приняты на обучение родственники правильному уходу за маломобильными гражданами. В 2021 году в таких школах обучили 2 600 человек²⁵⁰.

По данным отделения Пенсионного фонда Российской Федерации (государственное учреждение) по Новосибирской области на 1 июля 2019 года количество инвалидов, проживающих в Новосибирской области, - 192627 человек, из них:

- 1 группа - 21379 человек,
- 2 группа - 75067 человек,
- 3 группа - 86444 человека,
- детей-инвалидов - 9737 человек.

²⁴⁹ Приказ Министерства труда и социального развития Новосибирской области от 04.05.2022 № 469 // URL: <https://docs.cntd.ru/document/5499812>. (дата обращения: 29.09.2022).

²⁵⁰ URL: https://nsk.tsargrad.tv/news/v-novosibirskoj-oblasti-v-ramkah-nacproekta-razvivajut-shkoly-rodstvennogo-uhoda_422857. (дата обращения: 29.09.2022).

В Новосибирской области наблюдается ежегодное увеличение числа граждан старше трудоспособного возраста, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь за счет федеральных квот, регионального бюджета и средств обязательного медицинского страхования²⁵¹.

В целях решения вопросов сохранения и улучшения здоровья граждан пожилого возраста, повышения продолжительности жизни и ее качества медицинская помощь указанной категории лиц на территории Новосибирской области реализуется с учетом плана мероприятий по организации медицинской помощи по профилю «гериатрия»²⁵².

В Новосибирской области действует двухуровневая модель управления системой социальной защиты населения, опеки и попечительства.

Государственный уровень, на котором полномочия осуществляют:

- министерство;
- 44 государственных казенных учреждения Новосибирской области - центры социальной поддержки населения;
- 33 государственных казенных учреждения Новосибирской области - центры занятости населения;
- 16 государственных учреждений Новосибирской области, подведомственных министерству и оказывающих услуги гражданам пожилого возраста, в том числе:
 - 1 комплексный центр социальной адаптации граждан;
 - 1 специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов;
 - 2 дома-интерната общего типа;
 - 1 учреждение ассистированного проживания;
 - 1 Дом милосердия;

²⁵¹ В 2017 году - 4 443 случая, 2016 году - 3 902 случая.

²⁵² Приказ Минздрава России от 29.01.2016 № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия»; приказ Министерства здравоохранения Новосибирской области от 31.08.2016 № 2324 «Об утверждении плана мероприятий по организации медицинской помощи по профилю «гериатрия» на территории Новосибирской области» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/420339190>. (дата обращения: 29.09.2022).

- 1 Геронтологический центр;
- 6 психоневрологических интернатов;
- 2 центра реабилитации инвалидов; 1 социально-оздоровительный центр.

Муниципальный уровень включает:

- 42 отдела организации социального обслуживания населения администраций муниципальных районов и городских округов Новосибирской области, города Новосибирска;
- 42 отдела опеки и попечительства администраций муниципальных районов и городских округов Новосибирской области, города Новосибирска;
- 45 муниципальных учреждений социального обслуживания населения, оказывающих услуги гражданам пожилого возраста²⁵³.

Социальные услуги в форме социального обслуживания на дому предоставляются гражданам пожилого возраста и инвалидам на базе 41-го комплексного центра социального обслуживания населения, в составе которых действуют 118 отделений социального обслуживания на дому и 19 специализированных отделений социального обслуживания на дому, в которых предоставляются социально-медицинские услуги при участии среднего медицинского персонала (медицинских сестер).

В стационарных условиях социальные услуги осуществляют 15 государственных учреждений социального обслуживания, 24 комплексных центра социального обслуживания населения (в которых имеется 27 стационарных отделений милосердия для граждан пожилого возраста и инвалидов), 3 муниципальных учреждения социального обслуживания с круглосуточным пребыванием, включая учреждения социально-оздоровительной направленности. Общая мощность вышеуказанных учреждений 5 560 мест.

²⁵³ В них входят: 41 комплексный центр социального обслуживания населения, включающий 137 отделений социального обслуживания на дому, включая специализированные отделения на дому, 41 отделение реабилитации инвалидов, 27 отделений милосердия для граждан пожилого возраста и инвалидов в составе 24 комплексных центров социального обслуживания населения в Новосибирской области; 2 учреждения ассистированного проживания; 1 Дом милосердия; 2 социально-оздоровительных центра.

В 2021 году свыше 16 тысяч жителей области находились на надомном обслуживании. Более четырех тысяч получали помощь в стационарных условиях – в 12 подведомственных Министерству труда и социального развития Новосибирской области учреждениях и 28 отделениях милосердия.

Для оказания помощи маломобильным людям, гражданам пожилого возраста и инвалидам, утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся в постоянном постороннем уходе в регионе, были созданы службы сиделок.

Для каждого муниципального района области были закуплены автомобили, оборудованные для нужд маломобильных граждан - для доставки граждан в отделения дневного пребывания (альтернатива пребывания в стационарной организации) и для доставки граждан в учреждения здравоохранения в случае необходимости». Услуги сиделок и пунктов проката средств реабилитации востребованы жителями Новосибирской области. Услуги для граждан на дому вошли в стандарт, гарантированный каждому получателю социальных услуг.

На территории Новосибирской области действует 40 отделений дневного пребывания²⁵⁴.

По данным Российского Красного Креста в 2021 году на территории Новосибирской области 6000 человек получили психологическую помощь в стационаре, находясь на лечении от COVID-19, 6500 человек старшего возраста прошли обучающий курс «мобильная грамотность» 4000 пенсионеров получили помощь в виде продуктов питания и предметов первой необходимости. В 2021 году был открыт кабинет здоровья «Восстановления после COVID-19», было проведено 208 лекций и мастер-классов для людей старшего возраста

В 2022 году было открыто 4 кабинета здоровья, проведено 624 мероприятия для людей старшего возраста (лекции, мастер-классы).²⁵⁵

²⁵⁴ Законодательное собрание Новосибирской области // URL: <https://zsnsso.ru/news/15776?ysclid=192ik73yvi982057943> (дата обращения: 10.10.2022)

В 2022 году Министерством труда и социального развития региона было направлено на выплаты пожилым людям 10,2 млн рублей, на мероприятия по поддержке людей старшего возраста в текущем году бюджетом предусмотрено 664,4 млн рублей.

В рамках нацпроекта «Демография» в регионе продолжает реализовываться федеральный проект «Старшее поколение», направленный на создание условий для активного долголетия, качественной жизни граждан пожилого возраста, мотивации к ведению здорового образа жизни. Граждане в возрасте 50 лет и старше, люди предпенсионного возраста могут пройти получить новые профессиональные компетенции, обучаясь на курсах федерального проекта «Содействие занятости».

Национальные проекты реализуются в соответствии с Указом Президента РФ Владимира Путина от 7 мая 2018 года №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»²⁵⁶.

14) Нижегородская область

Основным нормативным актом, регулирующим общественные отношения в сфере социального обеспечения инвалидов и долговременного ухода за пожилыми гражданами, является Закон Нижегородской области от 5 ноября 2014 года №146-З «О социальном обслуживании граждан в Нижегородской области»²⁵⁷.

Статья 7 указанного Закона определяет Министерство социальной политики Нижегородской области как уполномоченный в данной сфере орган исполнительной власти субъекта, а также определяет перечень видов социальных услуг, которые должны предоставляться гражданам

²⁵⁵ Активное долголетие. Российский Красный Крест. Новосибирская область // URL: <https://dobro.ru/project/10058916?ysclid=192jf2ms8m452667180> (дата обращения: 10.10.2022)

²⁵⁶ 1700 мероприятий для старшего поколения: программа Декады пожилых людей в Новосибирской области - МК Новосибирск (mk.ru) // <https://novos.mk.ru/social/2022/09/27/1700-meropriyatiy-dlya-starshego-pokoleniya-programma-dekady-pozhilykh-lyudev-v-novosibirskoy-oblasti.html?ysclid=192jncsahd968236366> (дата обращения: 10.10.2022)

²⁵⁷ URL: <https://docs.cntd.ru/document/465515315>. (дата обращения: 29.09.2022).

Нижегородской области. Так, к числу социально-бытовых услуг, оказываемых в полустационарной и стационарной формах, относятся:

- предоставление площади жилых помещений согласно утвержденным нормативам, а также помещений для предоставления видов социальных услуг;
- обеспечение питанием согласно утвержденным нормативам;
- обеспечение мягким инвентарем (одеждой, обувью, нательным бельем и постельными принадлежностями) согласно утвержденным нормативам;
- организацию досуга и отдыха, обеспечение книгами, журналами, газетами, настольными играми;
- предоставление постельных принадлежностей, спального места в специальном помещении.

В форме социального обслуживания на дому оказываются такие услуги, как:

- покупку за счет средств получателя социальных услуг и доставку на дом продуктов питания, горячих обедов, промышленных товаров первой необходимости, средств санитарии и гигиены, средств ухода и реабилитации, книг, газет, журналов;
- содействие в доставке, установке, ремонте бытовой техники и санитарно-гигиенического оборудования организациями торговли и сервисными службами за счет заказчика;
- помощь в приготовлении пищи, мытье посуды; г) оплату за счет средств получателя социальных услуг жилищно-коммунальных услуг, взноса за капитальный ремонт, уплачиваемого собственниками помещений в многоквартирном доме, и услуг связи;
- сдачу за счет средств получателя социальных услуг вещей в стирку, химчистку, ремонт, обратную их доставку;
- покупку за счет средств получателя социальных услуг топлива (в жилых помещениях без центрального отопления и (или) водоснабжения),

топку печей, обеспечение водой;

- содействие в организации проведения ремонта жилых помещений организациями, осуществляющими ремонт жилых помещений, за счет средств заказчика;

- обеспечение кратковременного присмотра за детьми и другими нетрудоспособными или тяжело и длительно болеющими членами семьи;

- сопровождение к врачу;

- помощь в передвижении по дому;

- содействие в покупке, доставке на дом за счет средств получателя социальных услуг продуктов питания, горячих обедов, промышленных товаров первой необходимости, средств санитарии и гигиены, средств ухода и реабилитации, книг, газет, журналов;

- социальный патронаж

- предоставление гигиенических услуг лицам, неспособным по состоянию здоровья самостоятельно осуществлять за собой уход;

- помощь в приеме пищи (кормление);

- уборка жилых помещений;

- оказание парикмахерских услуг;

- стирку, сушку (развешивание, снятие), глажку, ремонт нательного белья, одежды, постельных принадлежностей;

- организацию прогулки (сопровождение на прогулку); ж) отправку за счет средств получателя социальных услуг почтовой корреспонденции;

- содействие в получении транспортных услуг за счет средств получателя социальных услуг,

- содействие в организации ритуальных услуг (при отсутствии у умершего родственников или их отказе заняться погребением); м) содействие развитию у несовершеннолетних навыков самообслуживания и бытовых навыков.

Законом предусмотрено оказание социально-медицинских услуг в полустационарной и стационарной форме, к которым относятся:

- организация первичного медицинского осмотра и первичной санитарной обработки;
- проведение оздоровительных мероприятий, в том числе организацию оздоровления и отдыха несовершеннолетних;
- оказание первой доврачебной помощи;
- содействие в проведении или проведение реабилитационных мероприятий социально-медицинского характера;
- выполнение процедур, связанных с сохранением здоровья получателей социальных услуг;
- проведение занятий, обучающих здоровому образу жизни;
- систематическое наблюдение за получателями социальных услуг в целях выявления отклонений в состоянии их здоровья;
- проведение занятий по адаптивной физической культуре;
- консультирование по социально-медицинским вопросам (поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг);
- содействие в выписке рецепта (льготного рецепта) у врача.

На приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания для получателей социальных услуг.

Указанным законом предусмотрены так же значительные перечни социально-педагогических, социально-трудовых, социально-правовых услуг, услуг в целях повышения коммуникативного потенциала получателей услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, а так же обширный перечень срочных социальных услуг. Анализ перечней услуг показывает достаточную степень их дифференцируемости и адресной ориентированности.

Так же Постановлением Правительства Нижегородской области от 15 апреля 2016 года N 217²⁵⁸ был утвержден «Порядок предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в форме социального обслуживания на дому», которым определены правила и условия

²⁵⁸ URL: <https://docs.cntd.ru/document/465522085>. (дата обращения: 29.09.2022).

предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в форме социального обслуживания на дому получателям социальных услуг на территории Нижегородской области.

Документом определены стандарты социальных услуг, нормативы их финансирования, категории граждан, имеющие право их получить и др. Однако, существующая система социальных услуг, как таковая, не ориентирована именно на обеспечение долговременного ухода за гражданами пожилого возраста.

Поэтому 22 декабря 2021 года Правительством Нижегородской области было принято Постановление от 22 декабря 2021 года № 1206 «Об утверждении перечня мероприятий ("дорожной карты") по созданию и внедрению в Нижегородской области системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, признанными нуждающимися в социальном обслуживании, обеспечивающих достижение целей, показателей и результатов федерального проекта "Старшее поколение" национального проекта "Демография" в 2022 году. Указанный документ направлен на реализацию предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджету Нижегородской области в целях софинансирования расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при создании системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами.

Документом предусмотрена целая система мер, направленных на формирование именно системы долговременного ухода за пожилыми гражданами. В частности, предусмотрено:

- организация межведомственного взаимодействия, в том числе информационного, между органами исполнительной власти Нижегородской области и организациями Нижегородской области в целях включения граждан, нуждающихся в посторонней помощи, в реализацию мероприятий по созданию системы долговременного ухода;

- отработка механизмов межведомственного взаимодействия между

государственными организациями социального обслуживания и медицинскими организациями в части;

- информационного взаимодействия в целях выявления, включения и нахождения в системе долговременного ухода граждан, нуждающихся в уходе;

- учета, анализа, получения, хранения, передачи и обмена данными о гражданах, нуждающихся в уходе, в том числе в электронном виде посредством единой системы межведомственного электронного взаимодействия (СМЭВ);

- контроля качества предоставления социальных услуг по уходу, входящих в социальный пакет долговременного ухода;

- отработка механизма определения индивидуальной потребности граждан в социальном обслуживании и установления им уровня нуждаемости в уходе с использованием анкеты-опросника по определению индивидуальной потребности граждан в социальном обслуживании;

- отработка механизма предоставления гражданам, нуждающимся в уходе, социальных услуг по уходу, входящих в социальный пакет долговременного ухода, сиделками (помощниками по уходу), при создании системы долговременного ухода;

- отработка подходов к деятельности отделений (центров) дневного пребывания, обеспечивающих предоставление гражданину, нуждающемуся в уходе, социальных услуг по уходу, входящих в социальный пакет долговременного ухода в полустационарной форме социального обслуживания и мн. др.

Формулировка мероприятий программы, большая часть которых носит чрезмерно общий, подготовительный характер, свидетельствует о том, что формирование системы долговременного обслуживания граждан в Нижегородской области только началась.

На текущий момент (сентябрь 2022 года), в рамках реализации вышеуказанной программы в области начал работу Центр «Долголетие по-

нижегородски», который призван помочь нижегородцам старшего возраста вести активный образ жизни. Цель работы центра – организация доступного и качественного досуга для людей старшего поколения, оказание содействия в их творческой самореализации и самовыражении, вовлечение в активную социальную и волонтерскую деятельность, мотивация к физической активности и сохранению психологического здоровья. Занятия направлены на укрепление здоровья, получение новых знаний и навыков, расширение круга общения и организацию досуга нижегородцев старше 55 лет. Работу Центра координирует Министерство социальной политики Нижегородской области. Численность граждан предпенсионного возраста, прошедших профессиональное обучение и дополнительное профессиональное образование в рамках реализации программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения (Старшее поколение) в Нижегородской области в 2021 году составило 3519 человек, в 2022 году планируется обучить более 4692 человек. 7 сентября 2022 года начал свою работу центр «Долголетие по-нижегородски», в котором проводятся различные программы для людей старшего поколения, оказание содействия в их творческой самореализации и самовыражении, вовлечение в активную социальную и волонтерскую деятельность, мотивация к физической активности и сохранению психологического здоровья, в том числе такие как практическое занятие «Нейробика – гимнастика для ума», мастер-классы по изучению основ оздоровительной практики Цигун, дыхательная гимнастика, практические занятия « Консультации цифрового куратора»: как пользоваться смартфоном, планшетом, компьютером, как «подружиться» с интернетом и многие другие.

В рамках социального проекта «Университет старшего поколения», который курирует Благотворительный Фонд «Информационно-аналитический центр «Стратегия Нижний» проводятся обучающие мероприятия по следующим направлениям – «Компьютерная грамотность», «Уроки здоровья», «Правовая и экономическая грамотность», «Психология»,

«Культура и искусство». За время существования социального проекта на курсах обучилось более 6000 человек.

В рамках оказания услуг старшему поколению в районах Нижегородской области внедрена инновационная форма работы с пожилыми гражданами – мобильная бригада по оказанию неотложной социальной помощи пожилым гражданам. В настоящее время действуют 55 Мобильных бригад. Мобильные бригады создаются на базе государственных бюджетных учреждений Нижегородской области «Комплексный центр социального обслуживания населения» и «Центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов». Деятельность Мобильной бригады регулируется положением о Мобильной бригаде, утвержденным приказом министерства социальной политики Нижегородской области от 03.02.2012 года № 99²⁵⁹.

В 2018 г. на базе НРБОО «Забота» создан региональный Центр «серебряного» волонтерства Нижегородской области. в Нижегородской области на базе проекта «Серебряное волонтерство» - привлечение добровольцев «серебряного возраста» для оказания помощи получателям социальных услуг в рамках заключенного соглашения о сотрудничестве.

В рамках реализации мероприятий, направленных на укрепление здоровья, увеличение периода активного долголетия и продолжительности здоровой жизни граждан Нижегородской области, а также на развитие региональной гериатрической службы планируется к 2024 году создание гериатрической службы, обеспечивающей оказание медицинской помощи по профилю «гериатрия» пациентам пожилого и старческого возраста при наличии старческой астении с целью сохранения или восстановления их способности к самообслуживанию, физической и функциональной активности, независимости от посторонней помощи в повседневной жизни. На сегодняшний день в Нижегородской области функционирует Областной гериатрический центр на базе ГБУЗ НО «Городская клиническая больница

²⁵⁹ URL: <https://docs.cntd.ru/document/465519991> (дата обращения 29.09.2022г.).

№3», специализированная медицинская помощь по профилю «гериатрия» в стационарных условиях оказывается на 80 гериатрических койках, к 2024 году в медицинских организациях области будет функционировать не менее 167 гериатрических коек. Для обеспечения медицинских организаций квалифицированными кадрами, будет осуществлена подготовка специалистов по дополнительным профессиональным программам по вопросам гериатрии (к 2024 году будет осуществлена профессиональная переподготовка 52 врачей специалистов по специальности «Гериатрия», пройдут повышение квалификации 131 медицинские сестры по программе «Сестринское дело в гериатрии»).

Реализация программы "Активное долголетие в Нижегородской области" направлена на увеличение ожидаемой продолжительности жизни граждан старше трудоспособного возраста в Нижегородской области к 2024 году до 76,88 лет. В целях достижения данного показателя, региональным проектом "Старшее поколение" предусмотрены следующие мероприятия:

- проведение профилактических осмотров и диспансеризации лиц старше трудоспособного возраста (2019 год - 25,1%, 2020 год - 30,1%, 2021 год - 36,1%, 2022 год - 55,7%, 2023 год - 65,3%, 2024 год - 70,0%);

- увеличение доли лиц старше трудоспособного возраста, у которых выявлены заболевания и патологические состояния, находятся н под диспансерным наблюдением (2019 год - 62,5%, 2020 год - 65,5%, 2021 год - 68,7%, 2022 год - 69,1%, 2023 год - 80,0%, 2024 год - 90,0%);

- оказание специализированной медицинской помощи гражданам старше трудоспособного возраста в областном гериатрическом центре и геронтологических отделениях (2019 год - 1,0 тыс. человек, 2020 год - 3,2 тыс. человек, 2021 год - 3,8 тыс. человек, 2022 год - 4,28 тыс. человек, 2023 год - 4,28 тыс. человек, 2024 год - 4,28 тыс. человек);

- проведение вакцинации против пневмококковой инфекции лиц старше трудоспособного возраста из групп риска, проживающих в организациях социального обслуживания (2019 год - 95,0%, 2020 год - 95,0%,

2021 год - 95,0%, 2022 год - 95,0%, 2023 год - 95,0%, 2024 год - 95,0%);

- проведение дополнительных скринингов лицам старше 65 лет, проживающих в сельской местности, на выявление отдельных социально-значимых неинфекционных заболеваний (90,0% к концу 2024 году);

- увеличение удельного веса негосударственных организаций социального обслуживания (2019 год - 11,2%, 2020 год - 12,4%, 2021 год - 13,6%, 2022 год - 15,4%, 2023 год - 17,2%, 2024 год - 19,1%).

Проводимые мероприятия позволят сформировать современную модель долговременной медико-социальной помощи гражданам пожилого и старческого возраста на принципах преемственности ведения пациента при оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, и межведомственного взаимодействия служб здравоохранения и социальной защиты с целью создания социальных условий, обеспечивающих укрепление здоровья и устойчивое увеличение продолжительность жизни, повышение творческой, социальной и трудовой активности, мотивацию к ведению гражданами здорового образа жизни.

15) Оренбургская область

Основным нормативным актом, который регулирует отношения, возникающие в связи с оказанием долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, является Закон Оренбургской области от 03 октября 2014 г. N 2560/729-V-ОЗ «О разграничении полномочий органов государственной власти Оренбургской области в сфере социального обслуживания граждан в Оренбургской области, внесении изменений и признании утратившими силу отдельных законодательных актов Оренбургской области»²⁶⁰. К организациям социального обслуживания в Оренбургской области относятся: дома-интернаты для престарелых и инвалидов; специальные дома-интернаты для престарелых и инвалидов; психоневрологические интернаты; детские дома-интернаты для умственно

²⁶⁰ URL: <https://docs.cntd.ru/document/422454941>. (дата обращения 29.09.2022г.).

отсталых детей; геронтологические центры; центры социальной адаптации лиц без определенного места жительства и занятий; реабилитационные центры для инвалидов; реабилитационно-оздоровительные центры; социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних; социальные приюты для детей и подростков; комплексные центры социального обслуживания населения; реабилитационно-технические центры; центры социальной помощи семье и детям.

Вышеуказанный закон не устанавливает перечня социальных услуг в регионе и отсылает к перечню социальных услуг, утверждаемого в соответствии с пунктом 3 части 1 статьи 7 Федерального закона "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации". Таким образом законодательный орган субъекта не воспользовался своим правом определять виды социальных услуг сообразно особенностям социально-демографической и экономической ситуации в регионе.

Постановлением Правительства Оренбургской области от 25 декабря 2018 года N 870-пп была утверждена Государственная программа Оренбургской области "Социальная поддержка граждан в Оренбургской области"²⁶¹ в рамках которой был утвержден паспорт регионального проекта «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения», Подпрограмма «Старшее поколение».

В рамках указанной подпрограммы предусматривается проведение реализации ряда мероприятий²⁶².

Формирование гериатрической службы, обеспечивающей оказание медицинской помощи по профилю "гериатрия" пациентам пожилого и старческого возраста при наличии старческой астении с целью сохранения

²⁶¹ Постановление Правительства Оренбургской области от 25 декабря 2018 г. № 870-пп. «[Об утверждении государственной программы Оренбургской области "Социальная поддержка граждан в Оренбургской области"](https://docs.cntd.ru/document/553110527)». URL: <https://docs.cntd.ru/document/553110527> (дата обращения 29.09.2022г.).

²⁶² См. паспорт Регионального проекта «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения (Оренбургская область)». URL: https://msr.orb.ru/upload/uf/031/Pasport_Starshhee_pokolenie.pdf. (дата обращения 29.09.2022г.).

или восстановления их способности к самообслуживанию, физической и функциональной активности, независимости от посторонней помощи в повседневной жизни.

В настоящее время в ГБУЗ «ООКПГВВ» функционирует многопрофильный областной гериатрический центр, имеющий хорошую материально-техническую базу, а также областные центры: центр экстрапирамидных нарушений для пациентов с болезнью Паркинсона, центр диагностики и лечения эпилепсии. На базе госпиталя работают 6 кафедр Оренбургского государственного медицинского Университета, которые в своей работе используют базовые наработки госпиталя в вопросах специфики оказания медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста. В настоящее время в госпитале ветеранов войн работают 9 специалистов с сертификатами по гериатрии. Специалисты госпиталя осуществляет выезды в территории области для оказания практической и организационной помощи медицинским организациям государственной системы здравоохранения, проводят совещания с общественными Советами ветеранов. Проводимые мероприятия позволяют сформировать современную модель долговременной медицинско-социальной помощи гражданам пожилого и старческого возраста на принципах преемственности ведения пациента при оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, и межведомственного взаимодействия служб здравоохранения и социальной защиты с целью сохранения или восстановления способности граждан к самообслуживанию, физической и функциональной активности, независимости от посторонней помощи в повседневной жизни.

Организация мероприятий по профессиональному обучению и дополнительному профессиональному образованию лиц предпенсионного возраста направлена на поддержку их занятости, в том числе в части обеспечения их конкурентоспособности на рынке труда. Для этих целей проектом предусмотрено обучение граждан предпенсионного возраста

востребованным в экономике навыкам и компетенциям. В результате реализации указанных мероприятий 29 начиная с 01.01.2019г. будет обучено к концу 31.12.2024г. 4788 человек.

В Оренбургской области в рамках регионального проекта «Старшее поколение» нацпроекта «Демография» активно развивается стационарозамещающая услуга «социальная сиделка». Она направлена на оказание комплексной помощи на дому людям, полностью утратившим способность к самообслуживанию. В отличие от обычного надомного обслуживания стационарозамещающая технология предполагает больший спектр услуг. Это повседневное наблюдение за самочувствием и состоянием здоровья, организация приема пищи и проведение кормления, оказание услуг общего ухода и поддержания санитарных норм жизнедеятельности. Периодичность предоставления помощи составляет от 3 до 5 дней в неделю, в зависимости от нуждаемости пожилого человека. В настоящее время услуги получают 409 жителей региона. Лидирующие позиции занимают несколько территорий: Орск (92 чел.), Южный округ Оренбурга (37 чел.), Новоорский район (30 чел.) и Новотроицк (26 чел.).

В Оренбургской области ведется поэтапное внедрение системы долговременного ухода для оренбуржцев старшего возраста, признанных нуждающимися в социальном обслуживании. С 2022 года на базе комплексных центров социального обслуживания будет открыто 11 отделений дневного пребывания, где проводятся занятия по ЛФК и реабилитации, социально-психологическое консультирование, организуют досуг — праздники, экскурсии. Это одно из направлений системы долговременного ухода, предусматривающей комплексную поддержку этих категорий населения, включая социальное обслуживание. В отличие от обслуживания на дому, отделения дневного пребывания оказывают социальные услуги в полустационарной форме. Пожилых людей и людей с ограниченными возможностями здоровья ждут отделения дневного пребывания на базе комплексных центров в Северном округе Оренбурга,

Бузулуке и Бузулукском районе, Гае, Орске, Соль-Илецке, Беляевском и Первомайском районах, а также в геронтологическом центре «Долголетие» в Оренбурге, домах-интернатах для престарелых и инвалидов в Бузулуке и Орске и реабилитационном центре «Бодрость» в Медногорске. Одним из первых открылось отделение дневного пребывания в комплексном центре социального обслуживания населения в Северном округе Оренбурга. Стационарозамещающую технологию в пилотном режиме запустили в 2021 году. Теперь работа ведется на постоянной основе. Здесь получают услуги 2-3 раза в неделю до 4 часов в день две группы по пять человек. Занятия проводятся в группах или индивидуально с использованием современных методических материалов. Их цель – раскрыть и укрепить имеющиеся способности и умения получателей социальных услуг. В повестке дня также спортивные занятия и арт-терапия, консультации психолога, групповые психологические тренинги. Так же предусмотрено открытие в отделениях дневного пребывания пунктов проката технических средств реабилитации, на оснащение которых предусмотрено 15,08 млн рублей.

На базе Оренбургского областного центра общественного здоровья и медицинской профилактики открыта Школа активного долголетия, в рамках которой регулярно проводятся психологические тренинги, интерактивные беседы о заболеваниях сердца и сосудов, обучение правилам оказания доврачебной помощи, различные комплексы физических упражнений для поддержания физической активности

С октября 2021 году на базе ГБУСО «Новотроицкий ПНИ» в рамках реализации мероприятий по созданию системы долговременного ухода за совершеннолетними тяжелобольными получателями социальных услуг, имеющими ограничения жизнедеятельности, нуждающимися в постороннем уходе и проживающими на территории Оренбургской области была действует «Школа по уходу», где обучают навыкам ухода за тяжелобольными. Аналогичные школы планируется открыть в Октябрьском и Саракташском районах. Поэтапное введение системы долговременного

ухода для лиц старше трудоспособного возраста, признанных нуждающимися в социальном обслуживании, продолжается.

С целью создания условий для активного долголетия и социализации в современном обществе поколения «55+» направление в Оренбургской области активно развивается «серебряное волонтерство». На сегодняшний день 1481 житель «серебряного» возраста Оренбургской области состоит в волонтерских отрядах. Показательным примером интереса активных людей пожилого возраста к данному направлению в Оренбургской области стало создание 13 «серебряных» добровольческих отрядов.

16) Самарская область

Постановлением Правительства Самарской области от 22 декабря 2021 г № 1049 был утвержден План мероприятий ("дорожной карты") по реализации регионального пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами на территории Самарской области на 2022 год²⁶³.

Ответственным за реализацию пилотного проекта выступает Министерство социально-демографической и семейной политики Самарской области. Приложением к приказу Министерства социально-демографической и семейной политики Самарской области от 31.01.2022 № 28 утвержден Перечень организаций социального обслуживания²⁶⁴, осуществляющих деятельность на территории Самарской области, участвующих в 2022 году в реализации Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе: Автономная некоммерческая организация «Центр социального обслуживания населения Юго-Западного округа» (по согласованию), отделение в г.о. Чапаевск; Государственное бюджетное учреждение Самарской области «Чапаевский пансионат для ветеранов труда

²⁶³ URL: <https://docs.cntd.ru/document/578061952>. (дата обращения 29.09.2022г.).

²⁶⁴ URL: https://www.samadm.ru/upload/iblock/e05/Prikaz-o-sdu-_40.pdf. (дата обращения 29.09.2022г.).

(дом-интернат для престарелых и инвалидов)», отделение в г.о. Чапаевск; Государственное казенное учреждение Самарской области «Комплексный центр социального обслуживания населения Юго-Западного округа», отделение в г.о. Чапаевск; Автономная некоммерческая организация «Центр социального обслуживания населения Восточного округа» (по согласованию), отделение в г.о. Отрадный; Государственное бюджетное учреждение Самарской области «Отраденский пансионат для ветеранов труда (дом-интернат для престарелых и инвалидов)», отделение в г.о. Отрадный; Государственное казенное учреждение Самарской области «Комплексный центр социального обслуживания населения Восточного округа», отделение в г.о. Отрадный.

Проектом предусмотрен социальный пакет долговременного ухода который включает в себя социальные услуги, входящие в социальный пакет долговременного ухода в форме социального обслуживания на дому, а именно социально-бытовые услуги (37 различных видов услуг); социально-медицинские услуги (7 видов услуг); услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов (7 видов услуг) и социальные услуги, входящие в социальный пакет долговременного ухода в полустационарной форме социального обслуживания (3 вида услуг).

В рамках реализации Проекта предусмотрен ряд мероприятий:

- Проведение комплексной гериатрической оценки (далее - КГО) состояния здоровья граждан старше 75 лет, являющихся получателями социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания;
- Проведение диспансеризации получателей социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания;
- Контроль за выполнением рекомендаций врача по результатам диспансеризации;
- Обеспечение организации досуга, занятости получателей социальных услуг в организациях стационарного социального обслуживания, в том числе

актуализация программы культурно-досуговой деятельности для получателей социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания;

- Организация оказания паллиативной первичной медицинской помощи;

- Актуализация программ профилактики падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста (при необходимости);

- Актуализация программ профилактики и раннего выявления когнитивных нарушений у лиц пожилого и старческого возраста (при необходимости);

- Актуализация программ профилактики развития пролежней, грибковых заболеваний кожи (микозов), образования контрактур для граждан пожилого возраста и инвалидов (при необходимости);

- Организация обучения навыкам ухода родственников и иных лиц, осуществляющих уход за гражданами пожилого возраста и инвалидами, в школах реабилитации и ухода на базе государственных казенных учреждений Самарской области, являющихся комплексными центрами социального обслуживания населения;

- Организация деятельности пунктов проката технических средств реабилитации для граждан пожилого возраста и инвалидов на базе государственных казенных учреждений Самарской области, являющихся комплексными центрами социального обслуживания населения;

- Организация обучения социальных работников пилотных организаций, предоставляющих социальные услуги на дому, основам ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, имеющими значительные ограничения здоровья;

- Организация обучения специалистов комплексных центров социального обслуживания населения, предоставляющих социальные услуги в полустационарной форме, основам ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, имеющими значительные ограничения здоровья;

- Организация обучения персонала, осуществляющего уход в организациях стационарного социального обслуживания, навыкам ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, имеющими значительные ограничения здоровья.

В Самарском региональном гериатрическом центре и геронтологическом отделении помощь получили в 2019 году не менее 3 500 граждан старше трудоспособного возраста, в 2020 году не менее 3 970 граждан старше трудоспособного возраста, в 2021 не менее 4150 граждан старше трудоспособного возраста. В целях осуществления доставки лиц старше 65 лет, проживающих в сельской местности, в медицинские организации в 2019 году приобретен автотранспорт (31 единица), организована деятельность междисциплинарных бригад (не менее 130 бригад ежегодно). Организованы дневные оздоровительные заезды «Активное долголетие» в комплексных центрах социального обслуживания населения для пожилых граждан, в рамках которых охвачено пожилых людей: 9 2019 – 15 505 чел., 2020 – 15 659 чел., 2021 – 15 811 чел. планируется охватить: в 2022– 15 955 чел., в 2023 – 16 105 чел., в 2024 – 16 255 человек.

На основании соглашения между министерством труда, занятости и миграционной политики Самарской области с Рострудом о предоставлении иного межбюджетного трансферта, имеющего целевое назначение, будут реализованы мероприятия по профессиональному обучению и дополнительному профессиональному образованию лиц предпенсионного возраста. В 2019 году прошли профессиональное обучение и дополнительное профессиональное образование не менее 1 076 граждан предпенсионного возраста, к 2024 году профессиональное обучение пройдут не менее 6456 граждан предпенсионного возраста.

С 2014 года в Самарской области активно развивается движение волонтеров «серебряного» возраста. Кураторство «серебряных» волонтеров осуществляет член Ассоциации волонтерских центров – региональный центр «серебряного» волонтерства «Молоды Душой» на базе СРМОО «Центр

социальных проектов». В 2018 году СРМОО «Центр социальных проектов» получила статус Регионального центра «серебряного» волонтерства Самарской области и объединила 73 отряда «серебряного» добровольчества из 35 муниципальных образований. На сегодняшний день движение продолжает набирать обороты – актив серебряных волонтеров в регионе составляет более 3000 человек. В рамках работы регионального центра для людей старшего возраста в 2022 были проведены цикл мероприятий «Тепло наших рук» - мастер-классы по рукоделию, творчеству, Арт-терапии (01.02.2022-09.10.2022), региональный форум представителей старшего поколения «Время наших возможностей» (01.03.2022-31.05.2022), областной конкурс мини-грантов социальных проектов отрядов «серебряного» волонтерства (01.03.2022-31.03.2022), региональный конкурс фотографий «Серебряное волонтерство» (01.04.2022, 25.06.2022).

В 2019 году в Самарской области на базе комплексных центров социального обслуживания населения был открыт новый социальный сервис — Дневной пансион для пожилых и инвалидов, имеющих когнитивные нарушения. На сегодняшний день в Самарской области работают девять центров дневного пребывания: пять — в Самаре, по одному — в Гольяпти, Новокуйбышевске, Отрадном и Чапаевске. Такие центры создаются благодаря реализации системы долговременного ухода (СДУ) за инвалидами и гражданами старшего поколения, которая является большой частью национального проекта «Демография». В центрах организуют занятия для максимально долгого сохранения основных когнитивных функций и способности к самообслуживанию у пожилых жителей.

В процессе реализации стационарозамещающей технологии в рамках программы «Старшее поколение» нацпроекта «Демография» в настоящее время в Самарской области насчитывается 179 семей для одиноких пожилых граждан и инвалидов. Центры активного долголетия созданы для жителей Самарской области, достигших возраста 60 лет и старше, либо являющихся получателями досрочной страховой пенсии по старости или

пенсии по выслуге лет независимо от их возраста. Все программы адаптированы для пожилых людей с учетом возрастных изменений организма и физических возможностей. Каждый участник может посещать неограниченное количество направлений и занятий. В Самарской области реализуются следующие программы в рамках Активного долголетия: социальный Проект «Школа безопасности», направлен на обеспечение полноценного безопасного существования, реализацию способностей и запросов пожилого человека в повседневной жизни; проект "Шаг навстречу" направлен на преодоление одиночества, развитие семейных ценностей - в рамках проекта организуются различные тематические встречи по интересам, направленные на знакомство граждан пожилого возраста; «Добавь жизни в годы» - в рамках инновационного подхода к организации заездов активного долголетия реализуются целенаправленные мероприятия по социальной реабилитации граждан пожилого возраста, способствующие развитию процесса здорового старения, предотвращения случаев социальной запущенности, повышения социальной активности пожилых людей; Проект «Приходящий друг» призван создать условия для увеличения периода активного долголетия граждан пожилого возраста через организацию волонтерской деятельности по оказанию помощи маломобильным пожилым гражданам и инвалидам; проект «Всемирная паутина» нацелен на формирование у слушателей навыков использования современных цифровых технологий, применения их в повседневной жизни, использования персональных компьютеров при работе по поиску информации, общении в сети Интернет, отправке электронных сообщений, а также на выработку навыков использования мультимедийных возможностей сети и сервисов получения государственных и муниципальных услуг; проект «Самарский краевед» предусматривает комплекс взаимосвязанных мероприятий по популяризации исторического, культурного и природного наследия Самарского края; проект «Социальный туризм» для пожилых - новая форма обслуживания, направленная на сохранение здоровья, организации

правильного и полезного отдыха, расширение круга общения по интересам, повышения работоспособности организма; проект «Самарский театрал» - удивительное сообщество, в котором каждый человек трансформируется в лучшее «Я», на мероприятиях Проекта представители третьего возраста погружаются в театральную среду, занимаются разбором художественных произведений, построением мизансцен; проект «Творческая мастерская» — форма взаимодействия, которая создает условия для получения пожилым человеком нового знания и нового опыта путем самостоятельного или коллективного творчества; в рамках программы «Здоровье и спорт» в Самарской области реализуются гимнастика «Тай чи» — возможность для пожилых людей обрести долгожданный душевный покой, продлить здоровье, а так же наполниться положительной энергией и «Клуб Скандинавской ходьбы» — место для общения единомышленников пожилого возраста.

17) Свердловская область

В Свердловской области проживает свыше 1,3 миллиона пенсионеров. Около 300 тысяч из них продолжают трудиться, многие ведут активную общественную жизнь.

Регион является одним из первых, где обратили внимание на проблематику создания качественных условий для повышения качества жизни граждан пожилого возраста. Еще в 2011 году был систематизирован комплекс мероприятий для улучшения качества жизни граждан старшего поколения. Основным нормативным актом, регулирующим отношения, возникающие в связи с оказанием долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами является Постановлением Правительства Свердловской области от 5 июля 2017 года N 480-ПП «Об утверждении государственной программы Свердловской области "Социальная поддержка и социальное обслуживание населения Свердловской области до 2027

года"²⁶⁵. Одним из разделов программы является раздел «Активное старшее поколение», ответственным за ее реализацию выступает Министерство социальной политики Свердловской области.

В рамках реализации раздела «Активное старшее поколение» в 60 организациях социального обслуживания населения действует Школа пожилого возраста и насчитывает 15 направлений, среди которых курсы по активному долголетию, компьютерной грамотности, правовой и экономической культуре, садоводству и огородничеству; с 2015 года внедрена реабилитационная программа школы пожилого возраста «Финансовая грамотность». Реализация проекта "Электронный гражданин" направлена на увеличение количества граждан пожилого возраста, владеющих навыками пользования персональным компьютером и ресурсами сети Интернет.

На период действия комплексной программы для повышения качества оказываемых социальных услуг гражданам старшего поколения проведено укрепление материально-технической базы в 74 организациях социального обслуживания Свердловской области, приобретено 26 единиц автотранспорта. Приобретается компьютерная техника для организации процесса социального обслуживания граждан пожилого возраста, проводится монтаж техники, подключение к сети Интернет, создаются защищенные каналы связи (защищенная сеть передачи данных). За период действия комплексной программы указанные работы проведены в 27 организациях социального обслуживания.

Для оказания социальных услуг населению, в том числе гражданам старшего поколения, в системе организаций социального обслуживания функционируют 22 стационарные организации социального обслуживания, 57 комплексных центров социального обслуживания. Организации предоставляют социальные услуги всех видов социального обслуживания, предусмотренных законодательством Российской Федерации. Наиболее

²⁶⁵ URL: <https://docs.cntd.ru/document/446461442>. (дата обращения 29.09.2022г.).

востребованными являются социально-бытовые услуги, предоставляемые на дому, социальные услуги, предоставляемые стационарными организациями социального обслуживания. Согласно данным федеральной статистической отчетности за 2017 год социальные услуги в форме социального обслуживания на дому получили 40307 человек, из них 37398 - граждане пожилого возраста, социальные услуги в стационарных организациях социального обслуживания получил 6471 человек, из них 2823 человека - граждане пожилого возраста.

В структуре комплексных центров социального обслуживания населения Свердловской области функционируют отделения участкового социального обслуживания. Деятельность участковой социальной службы направлена на раннее выявление и профилактику социального неблагополучия, своевременное оказание гражданам необходимой помощи, привлечение специалистов различных ведомств для успешного преодоления трудной жизненной ситуации, повышения доступности и качества социальной помощи, организации процесса социальной реабилитации.

В Свердловской области применяется стационарозамещающая технология "Стационар на дому" для обеспечения пожилым гражданам максимально возможной продолжительности жизни в привычных условиях. Данная технология является альтернативой стационарному социальному обслуживанию и предусматривает замену по желанию гражданина, утратившего способность к самообслуживанию, стационарного социального обслуживания комплексом социальных, медицинских, психологических и иных услуг, предоставляемых на дому. Обслуживание социальным работником на дому осуществляется не менее 5 раз в неделю с проведением постоянного мониторинга состояния здоровья обслуживаемого гражданина и его потребностей. При необходимости осуществляются выезды мобильной бригады с привлечением специалистов по социальной работе комплексных центров, а также в рамках межведомственного взаимодействия - специалистов учреждений здравоохранения, работников

многофункциональных центров. Участковые специалисты по социальной работе организуют социальный патронаж и привлекают волонтеров к оказанию социальной помощи. В комплексных центрах социального обслуживания населения Свердловской области функционируют 223 бригады для оказания социально-бытовых и социально-медицинских услуг.

Комплексная программа предусматривает ряд важных мероприятий в сфере здравоохранения. Проведено укрепление материально-технической базы государственного бюджетного учреждения здравоохранения Свердловской области "Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн" (далее - госпиталь), в том числе приобретено оборудование, проведены капитальный и текущие ремонты.

Программа для активного и здорового долголетия свердловчан в рамках нацпроекта «Демография» в Свердловской области была начата в 2020 году.

В рамках реализации национального проекта «Демография» в регионе был дан старт программе для людей пожилого возраста, желающих вести активный образ жизни – «Серебряные стрелы», пенсионеры начали посещать занятия по арбалетной стрельбе. Проект был реализован Комплексным центром социального обслуживания Березовского на базе старопышминского спортивно-технического центра «Стрельбище».

«Проект направлен на обеспечение условий для активного и здорового долголетия уральцев старшего поколения, их успешной интеграции в общественную жизнь. Забота о старшем поколении также является одним из приоритетов реализуемой в регионе программы «Пятилетка развития Свердловской области»²⁶⁶.

Согласно Отчетам о ходе реализации регионального проекта «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения

²⁶⁶ На Урале стартовала новая программа для активного и здорового долголетия свердловчан в рамках нацпроекта «Демография» // URL: <https://midural.ru/news/list/document171443/> (дата обращения: 10.10.2022)

качества жизни граждан пожилого возраста «Старшее поколение» Свердловской области» по состоянию на 31.12.2020 в связи эпидемиологической ситуацией из 137 гериатрических коек, развернутых в условиях круглосуточных стационаров

на базе государственных и муниципальных учреждений здравоохранения Свердловской области, функционировало 20 гериатрических коек.

По итогам 2020 года доля граждан старшего возраста, занимающихся физической культурой и спортом, от общей численности граждан старшего возраста составила 16,2%; в мероприятиях, проводимых на базе Школ пожилого возраста (дистанционные формы обучения и проведения мероприятий; осуществляется информирование граждан о мероприятиях Школ пожилого возраста посредством информационных технологий), приняли участие 37,2 тыс. человек. За период январь-декабрь 2021 года количество пожилых граждан, охваченных мероприятиями Школ пожилого возраста, составило 36 816 человек.

По состоянию на 31.01.2022 с 3 организациями социального обслуживания заключено 6 соглашений о предоставлении субсидии на осуществление мероприятий, направленных на поддержку старшего поколения в Свердловской области в целях укрепления материально-технической базы для повышения качества оказываемых социальных услуг; организована работа 5 гериатрических отделений на 137 коек.

По состоянию на 31.08.2022 77 соглашений о предоставлении субсидии на осуществление мероприятий, направленных на поддержку старшего поколения в Свердловской области в целях укрепления материально-технической базы для повышения качества оказываемых социальных услуг были заключены с 55 организациями социального обслуживания, работы в полном объеме проведены в 47 организациях социального обслуживания, что составляет 33% от общего количества организации социального обслуживания (142 организации). По состоянию на

31.08.2022 в регионе организована работа 5 гериатрических отделений на 137 коек. В эфир вышло 8 радиопрограмм и 3 телепрограммы для граждан старшего возраста по вопросам сохранения здоровья. Количество пожилых граждан, охваченных мероприятиями Школ пожилого возраста, за период январь-август 2022 года составило 11 385 человек²⁶⁷.

В 2022 году АНО «Национальные приоритеты» при поддержке Минтруда был проведен конкурс лучших практик активного долголетия регионов. Из 689 заявок в финал вышли 112 практик из 42 регионов России.

В число лучших практик активного долголетия вошли три проекта, реализуемых в Свердловской области: «Финансовая грамотность старшего поколения», «Волонтеры «серебряного возраста» и «С активным долголетием отпразднуем столетие!».

Особенное место занял проект «Финансовая грамотность старшего поколения», реализуемый Организационно-методический центр социальной помощи. Этот проект в Свердловской области стартовал в 2015 году. До 2021 года обучение прошли свыше 13 тысяч человек. В рамках инициативы цикл просветительских онлайн-лекций проводят специалисты ГУ МВД России, психологи, финансисты, эксперты из банковской сферы.

Проект «Волонтеры «серебряного возраста» реализован Комплексным центром социального обслуживания «Золотая осень» Нижнего Тагила. Практика направлена на привлечение пожилых людей к активной общественной деятельности.

Проект «С активным долголетием отпразднуем столетие!» реализован Комплексным центром социального обслуживания Артемовского района. Проект ориентирован на укрепление здоровья и повышение качества жизни людей старшего возраста²⁶⁸.

²⁶⁷ Отчеты о ходе реализации проекта «Старшее поколение» // URL: <https://msp.midural.ru/deyatelnost/proektnyy-ofis-ministerstva-socialnoy-politiki-sverdlovskoy-oblasti/nacionalnyy-proekt-demografiya04/regionalnye-proekty/otchety-o-hode-realizacii-regionalnogo-proekta-starshee-pokolenie.html> (дата обращения: 10.10.2022)

²⁶⁸ Свердловские проекты вошли в число лучших практик активного долголетия // URL: <https://www.oblgazeta.ru/society/135829/?ysclid=I92uhltbyb250256310> (дата обращения: 10.10.2022)

19) Удмуртская Республика

Основным нормативно-правовым актом, который регулирует отношения, возникающие в связи с оказанием долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами является Распоряжение Правительства Удмуртской Республики от 21 июня 2019 года № 722-р²⁶⁹ «Об утверждении региональной программы «Программа системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «старшее поколение» в Удмуртской Республике на 2019 - 2024 годы».

В региональной программе не сформированы какие-либо индивидуальные критерии и мероприятия по реализации системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения, все мероприятия идентичны мероприятиям федерального проекта «Старшее поколение».

В рамках повышения доступности и качества оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам пожилого и старческого возраста предусмотрена разработка программ по охвату граждан старше трудоспособного возраста профилактическими осмотрами, включая диспансеризацию; разработка программ, направленных на увеличение доли лиц старше трудоспособного возраста, у которых выявлены заболевания и патологические состояния, и находящихся под диспансерным наблюдением; проведение гражданам старше трудоспособного возраста из групп риска, проживающих в учреждениях социального типа, вакцинации против пневмококковой инфекции; организация дополнительных скринингов для граждан 65 лет и старше из отдаленных сельских районов с акцентом на возраст- ассоциированные заболевания и состояния.

В рамках создания инфраструктуры гериатрической службы планируется увеличение числа гериатрических коек в бюджетном учреждении здравоохранения Удмуртской Республики «Республиканский

²⁶⁹ URL: <https://docs.cntd.ru/document/553377340>. (дата обращения 02.09.2022).

госпиталь для ветеранов войн Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» до 30 коек, в бюджетном учреждении здравоохранения Удмуртской Республики «Городская клиническая больница N 8 Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» до 15 коек и анализ работы коек гериатрического профиля; открытие 15 кабинетов врачей гериатров на территории Удмуртской Республики в течение 2019 года, открытие 10 кабинетов в 2020 году; развитие системы проведения комплексной гериатрической оценки; выезды в кабинеты гериатрического профиля в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь по профилю «гериатрия»; выезды в кабинеты гериатрического профиля в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь по профилю «гериатрия»; организована работа республиканской школы врачей-гериатров совместно с федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации»; реализация проекта «Школа здоровья для пожилых людей» направленного на информационное обеспечение здорового образа жизни пожилых людей при оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи; организация взаимодействия с волонтерскими организациями студентов-медиков; разработка методических рекомендаций по питанию для пожилых граждан.

В рамках актуализации образовательных программ подготовки по основам оказания гериатрической медико-социальной помощи гражданам старшего поколения для врачей различных специальностей, фельдшеров, медицинских сестер, работников системы социальной защиты населения, специалистов по уходу предусмотрена подготовка врачей-гериатров, повышение квалификации по гериатрии для врачей первичного звена здравоохранения, врачей специалистов, вовлеченных в оказание медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста; подготовка среднего медицинского персонала, вовлеченного в оказание

медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста. Реализация образовательных программ в подготовке среднего медицинского персонала: «Основы долговременного ухода: мультидисциплинарный подход» (72 часа); «Актуальные вопросы паллиативной помощи в деятельности медицинских работников со средним образованием» (16 часов); «Актуальные вопросы оказания медико-социальной помощи в гериатрии» (16 часов); разработка и реализация образовательной программы «Оказание доврачебной медицинской помощи и медицинского ухода пациентам при различных заболеваниях и состояниях по профилю «гериатрия»; подготовка кадров для системы долговременного ухода, включая специалистов по социальной работе, социальных работников и специалистов по уходу. Реализация образовательных программ: «Младшая медицинская сестра по уходу за больными» (144 часа); «Основы долговременного ухода: мультидисциплинарный подход» (72 часа); «Сиделка - помощник по уходу» (72 часа).

В рамках создания системы долговременного ухода за гражданами пожилого и старческого возраста на основе межведомственного взаимодействия, с введением типизации для определения объема социальных услуг, определением механизмов финансирования системы долговременного ухода предусмотрено внедрение системы долговременного ухода на основании, разработанной Министерством здравоохранения Российской Федерации программы на основе типизации процессов.

Проводимые мероприятия позволят сформировать современную модель долговременной медико-социальной помощи гражданам пожилого и старческого возраста на принципах преемственности ведения пациента при оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи и межведомственного взаимодействия служб здравоохранения и социальной защиты с целью сохранения или восстановления способности граждан к самообслуживанию, физической и функциональной активности, независимости от посторонней помощи в повседневной жизни.

20) Воронежская область.

Создание системы долговременного ухода – часть нацпроекта «Демография». Воронежская область вошла в число пилотных регионов, внедряющих ее с 2020 года. Однако еще в 2019 году губернатором Воронежской области А.В. Гусевым был подписан договор о партнерстве с фондом «Старость в радость». Фактически с этого времени в регионе начали создавать систему долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами.

Региональная программа «Активное долголетие» в Воронежской области утверждена Постановлением Правительства Воронежской области от 28 мая 2020 года № 461²⁷⁰. Программа направлена на вовлечение граждан старшего возраста в систематические занятия физической культурой и спортом, на 2020 - 2024 годы.

В 2019 году Воронежская область, еще не являясь пилотным регионом по линии Минтруда, за счет средств бюджета региона начала внедрять систему долговременного ухода в Советском и Бобровском районах Воронежа. Системой подразумевалось сбалансированное социальное и медицинское обслуживание, организацию помощи на дому, в полустационарной и стационарной форме.

В Воронежской области в рамках нацпроекта «Демография» действуют два региональных проекта – «Финансовая поддержка семей при рождении детей» и «Старшее поколение». Цель проекта «Старшее поколение» – увеличение ожидаемой продолжительности активного периода жизни до 67 лет к 2030 году. Проект реализуется в регионе с апреля 2019 года. В задачи входят оказание медико-социальной помощи пенсионерам, развитие гериатрической службы, внедрение системы долговременного ухода за людьми пожилого возраста²⁷¹.

²⁷⁰ URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/3600202005290014>. (дата обращения: 10.10.2022)

²⁷¹ Татьяна Черкашенко: «Для долголетия важна социальная активность» // URL:

С начала функционирования региона как пилотной площадки для реализации проекта в Воронежской области было создано 145 гериатрических коек, открыто 15 гериатрических кабинетов в поликлиниках города и области: БУЗ ВО «ВГП № 18», ВО «ВГП № 3», ВО «ВГП № 4», ВО «ВГП № 7», ВО «ВГП № 11», ВО «ВГП № 16», БУЗ ВО «Павловская РБ», БУЗ ВО «Бобровская РБ», БУЗ ВО «Семилукская РБ им. А.В. Гончарова», БУЗ ВО «Лискинская РБ», БУЗ ВО «Россошанская РБ», БУЗ ВО «Борисоглебская РБ», БУЗ ВО «ВГКП № 4», ЧУЗ КБ РЖД «Медицина».

В Воронежской области обучено 38 врачей-гериатров, создано 145 коек в 8 стационарах: БУЗ ВО «ВГБ № 4», БУЗ ВО «Павловский госпиталь для ветеранов войн», БУЗ ВО «ВОКЦСВМП», БУЗ ВО «Бобровская РБ», БУЗ ВО «Лискинская РБ», БУЗ ВО «Борисоглебская РБ», БУЗ ВО «Россошанская РБ», БУЗ ВО «Семилукская РБ им. А.В. Гончарова».

Первой к реализации федерального проекта «Старшее поколение» приступила поликлиника № 7 г. Воронежа. В частности, здесь оказывается помощь в записи пожилых людей на приём через терминал, проводится тестирование пациентов старше 65 лет на наличие старческой астении или хрупкость, предоставляется консультация гериатра. Информацию о пациенте из поликлиники получает соцзащита, которая занимается социализацией пожилого человека и оказывает ему помощь в быту.

Особое внимание в рамках реализации проекта в поликлинике № 7 уделяется восстановлению пожилого человека после полученных травм. В кабинете лечебной физкультуры по индивидуальной программе проходят реабилитацию около 3 000 человек в год. Здесь они восстанавливаются после переломов, инсультов и операций²⁷².

<https://vrntimes.ru/articles/iz-pervyh-ruk/tatyana-cherkashenko-dlya-dolgoletiya-vazhna-socialnaya-aktivnost?ysclid=I92kkrwnmr511730367> (дата обращения: 10.10.2022)

Активность и долголетие: как в Воронежской области реализуется федеральный проект «Старшее поколение» // URL: <https://moe-online.ru/news/byd-v-kurse/1074382?ysclid=I92k0d89mi35481849> (дата обращения: 10.10.2022).

Социальное обслуживание на дому в регионе осуществляют 39 учреждений социальной защиты и 5 негосударственных организаций, обслуживанием охвачены более 21 тысячи человек. Работает мобильная социальная служба, предоставляющая услуги жителям отдаленных населенных пунктов. Такой формой обслуживания было охвачено 100% населенных пунктов области.

В Воронежской области работает 33 организации стационарного социального обслуживания, в том числе 17 домов-интернатов (милосердия) для престарелых и инвалидов, областной геронтологический центр и 15 психоневрологических интернатов. Там получают социальные услуги около 5000 граждан пожилого возраста и инвалидов²⁷³.

Проект «Активное долголетие. Время активных и мудрых» реализуется в Воронежской области ВРОО РИ «Комфорт города» при поддержке Фонда президентских грантов. Проект направлен на создание дополнительных условий для улучшения качества жизни пенсионеров, повышение их социальной активности и продление долголетия людей пожилого возраста в Воронежской области.

В рамках проекта «Активное долголетие» реализуются ряд мероприятий для пенсионеров. В частности, это объединение людей «серебряного» возраста в клубы по интересам, встречи клубов, культурно-досуговые события, мероприятия, направленные на оздоровление пенсионеров, вовлечение людей пожилого возраста в волонтерскую деятельность, создание социальных проектов активистами-волонтерами.

В 2021 году АНО «Сердцем не стареть» с целью повышения качества жизни пожилых людей, инвалидов и ветеранов Великой Отечественной войны был реализован проект «Радуйся, живя!». На реализацию мероприятий проекта «Живи, создавай, радуйся!» АНО «Сердцем не

²⁷³ Около пяти тысяч воронежцев старшего поколения вовлечены в программы активного долголетия
// URL: <https://voronej.bezformata.com/listnews/tisyach-voronezhtcev-starshego-pokoleniya/71273570/?ysclid=I92k3gr6yb841096706> (дата обращения: 10.10.2022)

стареть» получила грант департамента социальной защиты населения Воронежской области.

В рамках данного проекта были проведены культурно-просветительские мероприятия, творческие занятия, обучающие мастер-классы в онлайн-формате, профилактическая и общеукрепляющая зарядка онлайн.

В проект заложена бытовая услуга «Год чистоты»: волонтеры оказывали помощь в уборке квартир и придомовых территорий частных домов, где проживают одинокие пожилые люди, был предусмотрен начальный курс обучения работе на компьютере для людей старшего поколения и инвалидов, а также курсы «В первый класс за компьютерной грамотностью». Одним из направлений работы организации «Сердцем не стареть» в 2021 и 2022 годах является социализация людей пожилого возраста, проводятся встречи «Давай познакомимся» и ряд других культурных мероприятий.

В рамках настоящего исследования был проведен социологический опрос органов регионального и местного самоуправления, реализующих полномочия по социальному обслуживанию, по вопросам совершенствования деятельности по долговременному уходу за пожилыми гражданами. В социологическом опросе приняли участие должностные лица названных органов из 16 субъектов Российской Федерации. Методология социального опроса описана выше.

На вопросы, касательно организации долговременного ухода за пожилыми людьми респонденты ответили следующим образом.

93,8 % опрошенных сообщили, что в их регионе система долговременного ухода за пожилыми людьми организована на основе Типовой модели, утвержденной приказом Минтруда России от 29.13.2021 № 929 (рис. 3).

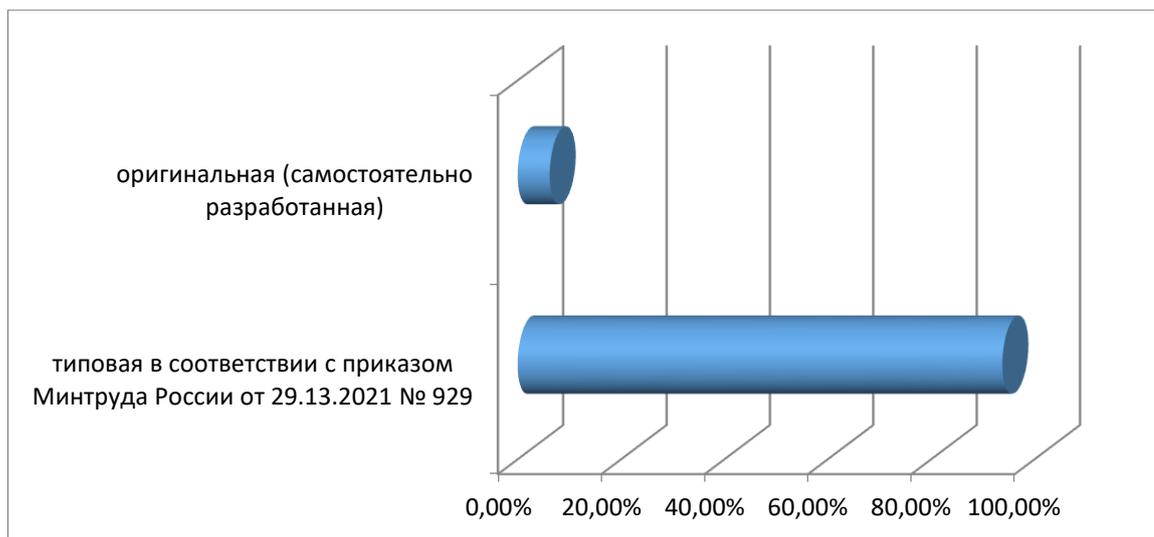


Рисунок 3. Распределение типов моделей ДУ, %

83,1 % респондентов ответили, что в их регионе имеются нормативно-правовые акты, которыми закреплена модель системы долговременного ухода за лицами, нуждающимися в социальном обслуживании, который разработан в соответствии с приказом Минтруда России от 29.12.2021 № 929²⁷⁴, т.е. модель системы долговременного ухода построена на основе Типовой модели. 8,9 % респондентов ответили, что таких нормативно-правовых актов в их регионе (муниципалитете) не имеется. 8,1 % опрошенных сообщил, что в их регионе действует нормативно-правовой акт, регламентирующий оказание социальных услуг только для инвалидов, детей-инвалидов, лиц пенсионного возраста (рис. 4).

²⁷⁴ Приказ Минтруда России от 29.12.2021 N 929 «О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2022 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе». URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=13uQnITKUXYa2Z821&cacheid=3875B4C7CF599633CD175DD346009A40&mode=splus&rnd=CFAFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=407674#LauQnITs53VGM1Zd3>. (дата обращения 29.09.2022г.).

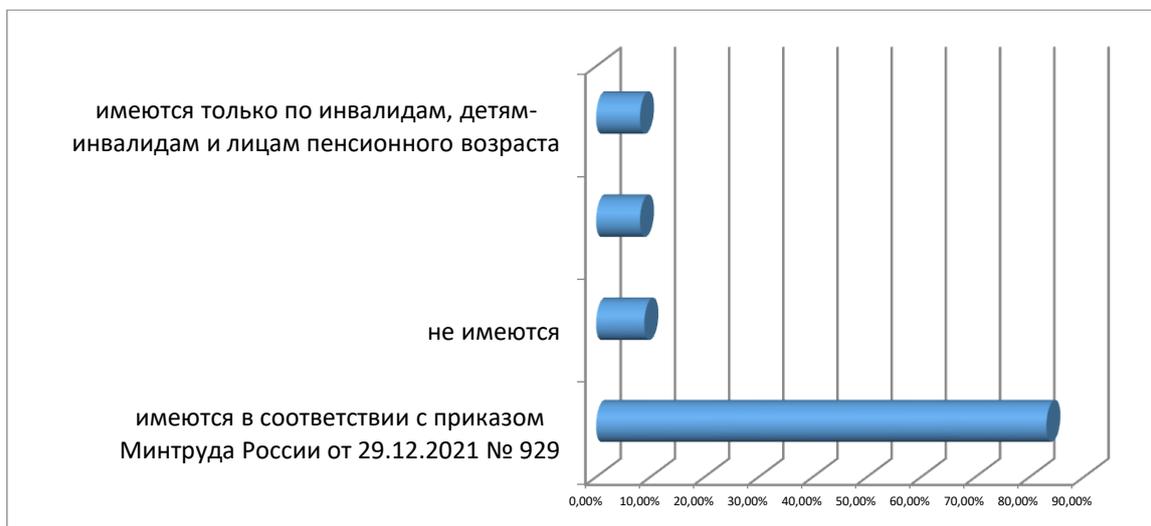


Рисунок 4. Наличие НПА, регулирующих СДУ, %

89,1 % респондентов сообщили, что в их регионе создано и функционирует более десяти организаций социального обслуживания, предоставляющих все формы обслуживания – стационарную, полустационарную и на дому. На вопрос о точном количестве таких социальных учреждений цифры варьировались до 250 (рис. 5).

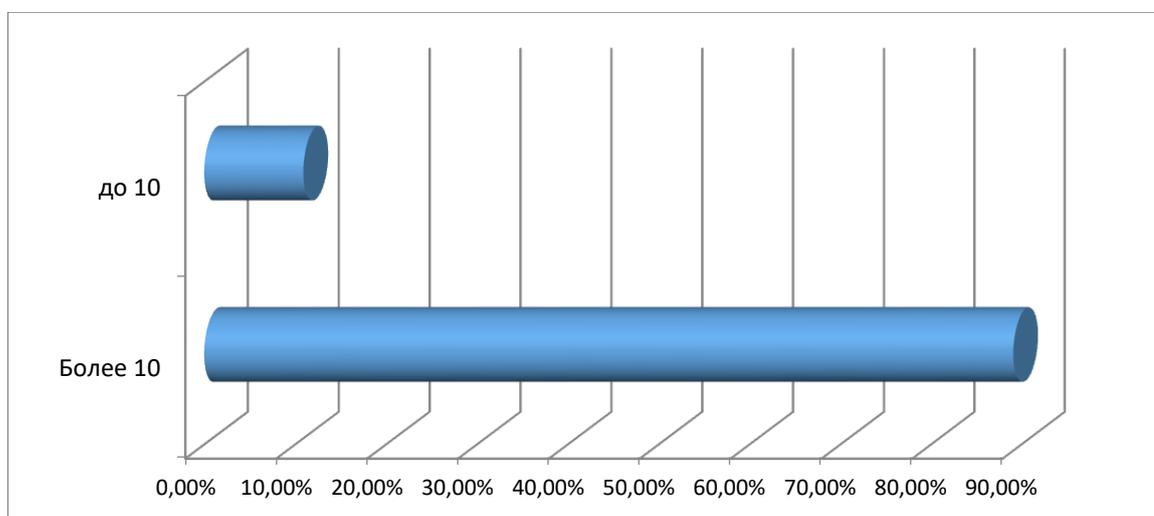


Рисунок 5. Количество организаций социального обслуживания в субъекте РФ по отношению к 10, %

В отдельных муниципальных образованиях отсутствует стационарная форма социального обслуживания. Цифры количества граждан, обеспечиваемых социальными услугами в стационарной форме, варьируются в ответах респондентов от 10 до 7800 человек.

10 % респондентов сообщили, что в их местности (муниципальных образованиях) отсутствуют учреждения, оказывающие полустационарный уход за пожилыми гражданами. Цифры количества граждан, обеспечивающихся социальными услугами в полустационарной форме, варьируются в ответах опрошенных от 10 до 319000 человек.

Около 5 % респондентов ответили, что в их местности (муниципальном образовании) не предоставляется социальная услуга на дому или затруднились ответить.

Цифры количества граждан, обеспечивающихся социальными услугами на дому, варьируются в ответах от 10 до 45000 человек.

По-разному сложились ответы на вопрос о том, на какую категорию граждан преимущественно направлены действующие программы долговременного ухода в их регионе (муниципальном образовании).

25,6 % респондентов указали, что программы долговременного ухода, преимущественно, направлены на пенсионеров после 80 лет.

24,2 % опрошенных сообщили, что программы охватывают преимущественно инвалидов, в т.ч. инвалидов с детства.

23,2 % респондентов отметили, что в их регионе программы ухода преимущественно охватывают неработающих пенсионеров до 80 лет.

18,8 % опрошенных назвали как преимущественных получателей социальных услуг граждан с психическими расстройствами.

6,7 % респондентов заявили, что программы ухода преимущественно реализуются в отношении детей-инвалидов.

1,4 % опрошенных отметили, что программы ухода охватывают преимущественно работающих пенсионеров и лиц предпенсионного возраста (рис. 6).

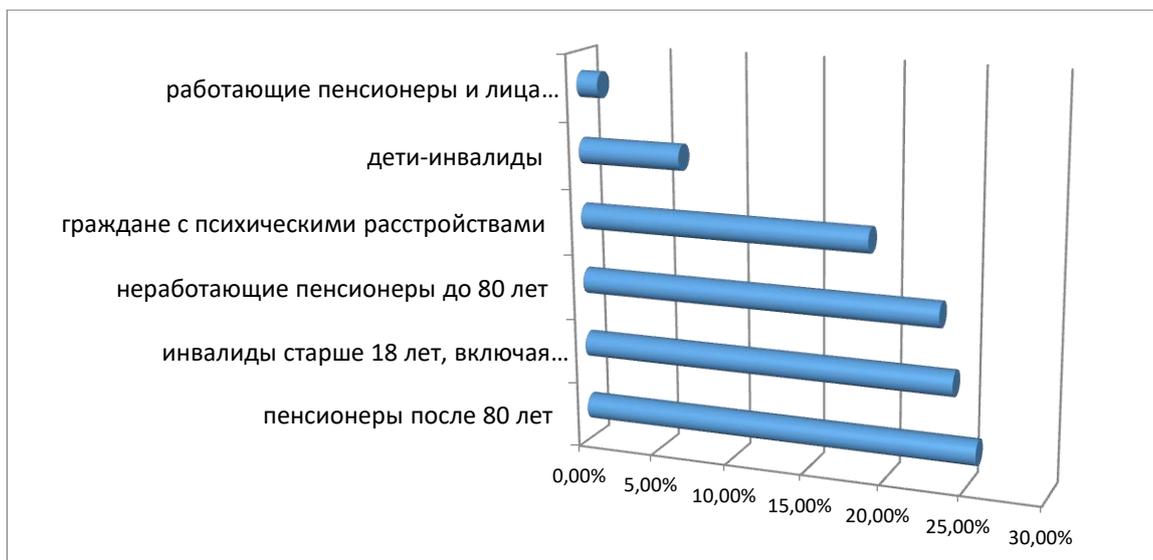


Рисунок 6. Распределение категорий получателей СДУ по возрасту, %

6,2 % респондентов сообщили, что в их местности функционирует оригинальная модель долговременного ухода за пожилыми гражданами и инвалидами. Среди особенностей действующей модели организации системы долговременного ухода респонденты отметили следующие:

- широкий спектр предоставляемых услуг, своевременность и качество;
- отделение временного пребывания граждан, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, инвалидов, лиц без определенного места жительства с последующим жизнеустройством в дома-интернаты;
- ежедневное социальное обслуживание на дому граждан старшего нетрудоспособного возраста, нуждающихся в посторонней помощи;
- действовать в интересах получателей социальных услуг своевременно, доступно;
- приоритет интересов, мнения и потребностей гражданина, нуждающегося в уходе;
- индивидуальный подход, своевременное оказание помощи;
- обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов старше 18 лет с использованием технологии "Стационар на дому" - предоставление социальных услуг в форме на дому до 5 дней в неделю;

- гибкость индивидуальной программы социального обслуживания -
корректировка с учетом физического состояния получателя социальных
услуг;

- разработаны стандарты социальных услуг;

- предоставление социальных услуг;

- проведение мероприятий по социальному сопровождению
предоставление социальных услуг;

- проведение мероприятий по социальному сопровождению;

- предоставление иных услуг, предусмотренных иными нормативными
документами;

- индивидуальность;

- сочетание в учреждении стационарной и полустационарной (дневной
стационар) форм социального обслуживания;

- качество выполнения услуг, доступность услуг;

- работа психолога с лицами с когнитивными расстройствами;

- модель долговременного ухода реализуется в тесном взаимодействии
с медицинской организацией на основе соглашения о межведомственном
взаимодействии;

- модель долговременного ухода реализуется в тесном взаимодействии
с медицинской организацией на основе соглашения о межведомственном
взаимодействии;

- в процессе реализации модели долговременного ухода внедрена и
успешно реализуется система неформального ухода (привлечение
родственного ухода, соседской помощи и т.д.).

Выводы:

Отметим, что какой-либо единой лучшей практики организации
предоставления услуг по долговременному уходу в отдельно взятом регионе
выявить крайне сложно, и, скорее, невозможно. Долговременный уход
состоит из многих составляющих частей, как было отмечено ранее, и все они
реализуются в рассмотренных регионах. Оценку региональных практик

лучше проводить по составляющим частям долговременного ухода за пожилыми людьми.

На наш взгляд, необходимо выделить лучшие практики по отдельным направлениям организации и реализации системы долговременного ухода за пожилыми гражданами.

Лучшие практики развития социальных услуг.

Как уже ранее говорилось, основные виды социальных услуг определены Федеральным законом № 442-ФЗ. Это:

- социально-бытовые, направленные на поддержание нуждающихся пожилых людей и инвалидов в быту;
- социально-медицинские, направленные на поддержание здоровья пожилых людей, которые включают в себя: уход, оздоровительные мероприятия, систематическое наблюдение за состоянием с целью выявления отклонений их здоровья;
- социально-психологические, направленные на адаптацию в социальной среде, оказание психологической помощи;
- социально-педагогические, направленные на профилактику отклонений в развитии и поведении получателей социальных услуг, формированию у них новых позитивных интересов, организация досуга и т.д.;
- социально-трудовые, направленные на оказание помощи в трудоустройстве, трудовая адаптация;
- социально-правовые: оказание юридической помощи, защита прав и интересов пожилых людей;
- коммуникативные услуги;
- срочные социальные услуги.

Постановлением Правительства РФ от 24.11.2014 г. № 1236 виды социальных услуг детализированы, но очень обобщенно²⁷⁵.

Законодательство определяет лишь вид социальных услуг, не конкретизируя, какие именно действия в эти услуги входят. Непосредственный состав оказываемых услуг определяется на региональном уровне, оформляются Стандартами²⁷⁶. И он отличается в связи с тем, что регионы имеют различный финансово-экономический уровень.

Так, например, социальный пакет системы долговременного ухода в Республике Татарстан²⁷⁷ включает в себя в общей сложности 15 различных услуг, которые разбиты на три социальных пакета (1, 2 и 3, в зависимости от уровня нуждаемости). В Самарской области²⁷⁸ социальный пакет насчитывает 43 услуги, которые по социальным пакетам не распределены, но содержание услуги различается в зависимости уровня нуждаемости.

В Ульяновской области²⁷⁹ социальный пакет содержит 39 услуг, которые также не разделены по пакетам, но разнятся по объему в зависимости от нуждаемости.

Все три проанализированных региона в составе социального пакета реализуют такие услуги, как:

- помощь в приготовлении пищи; приготовление пищи; помощь в приеме пищи (кормление);

²⁷⁵ URL:

<https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=6vaMwITsBMukmIxj&cacheid=22F0E3EB381432687E353C3AF681DC35&mode=splus&rnd=CFAFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=370993#vT V2xIThXANpzZZ9>. (дата обращения 29.09.2022г.).

²⁷⁶ См.: например: Приказ Минсоцразвития Новосибирской области от 23 декабря 2014 г. № 1446 «Об утверждении стандартов социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг». URL: file:///C:/Users/setit/Downloads/P_SY_1446.pdf. (дата обращения 29.09.2022г.).

²⁷⁷ Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 31.03.2021 № 198 «О системе долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Республике Татарстан». URL: <https://sobes.tatarstan.ru/postanovlenie-198-ot-31032021g-o-sisteme.htm>. (дата обращения 29.09.2022г.).

²⁷⁸ Приказ Министерства социально-демографической и семейной политики Самарской от 29.03.2021 № 146 «Об отдельных вопросах утверждения социального пакета долговременного ухода». URL: <https://docs.cntd.ru/document/574682138>. (дата обращения 29.09.2022г.).

²⁷⁹ Приказ Министерства семейной, демографической политики и социального благополучия Ульяновской области от 25.03.2021 № 19-п «Об утверждении уровней нуждаемости от посторонней помощи в соответствии с группой типизации и перечня социальных услуг, входящих в социальный пакет долговременного ухода, оказываемых гражданам, нуждающимся в постороннем уходе бесплатно, в форме социального обслуживания на дому». URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/7301202103260001>. (дата обращения 29.09.2022г.).

- стрижка ногтей на руках; стрижка ногтей на ногах;
- содействие в купании; полное купание в постели; полное купание в душе или ванной комнате;
- помощь в пользовании туалетом;
- позиционирование в кровати;
- сопровождение на прогулку;
- систематическое наблюдение за получателями социальных услуг в целях выявления отклонений в состоянии их здоровья;
- проведение социально-реабилитационных мероприятий.

Различия в предоставлении социальных услуг в анализируемых регионах заключается лишь в том, что в Республике Татарстан отдельные услуги рассматриваются в комплексе. Например, комплексная услуга «оказание санитарно-гигиенических процедур» предусматривает несколько отдельных услуг: расчёсывание, помощь в умывании, умывание рук, лица, шеи, ушей и т.д., помощь в уходе за зубами или челюстью, чистку ротовой полости, бритье. А в Ульяновской и Самарской областях каждая процедура рассматривается как отдельная: ежедневный уход за волосами; уход за ротовой полостью; помощь при бритье; бритье, умывание²⁸⁰.

Перечень предоставляемых услуг, в целом, по всем регионам соответствует Перечню гарантированных государством социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания, утвержденному постановлением Правительства РФ от 25 ноября 1995 г. № 1151, несмотря на то, что данный документ утратил силу²⁸¹, а так же перечню услуг, входящих в социальный пакет²⁸².

²⁸⁰ Мутигулина Д.Д. Анализ состава социальных пакетов долговременного ухода субъектов Российской Федерации, участвующих в реализации системы долговременного ухода (на примере Республики Татарстан, Ульяновской И Самарской областей). В сборнике: ВСЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ФОРУМ СТУДЕНТОВ И УЧАЩИХСЯ. сборник статей III Всероссийской научно-практической конференции. Петрозаводск, 2021. С. 26-34.

²⁸¹ Постановление Правительства РФ от 25.11.1995 N 1151 «О Федеральном перечне гарантированных государством социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания». Утратил силу. URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=82VeuITikOXPAIv&cacheid=FD016AF9EF85862F9A5>

Социологический опрос, проведенный в рамках настоящего исследования показал, что в большинстве регионов (93,8%) применяется Типовая модель организации системы долговременного ухода за пожилыми гражданами.

6,2 % опрошенных респондентов указали, что применяется оригинальная (не типовая) модель организации ухода за нуждающимися в этом.

59,3 % опрошенных респондентов сообщили, что в их регионе (муниципалитете) реализуются все социальные услуги и гарантии, предусмотренные Типовой моделью.

36,4 % опрошенных указали, что в их регионе реализуются социальные услуги, обеспечивающие гражданину, нуждающемуся в постороннем уходе, бесплатное предоставление ухода во всех формах социального обслуживания (стационарной; полустационарной и на дому).

4,4 % респондентов сообщили, что в их регионе осуществляют содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальное сопровождение) (рис. 7).

DDE5B0D657B0A&mode=splus&rnd=nXxMKw&base=LAW&n=12701#HxgSvITeUN3DSgtj. (дата обращения 29.09.2022г.).

²⁸² Приказ Минтруда России от 29.12.2021 N 929 «О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2022 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе». URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=82VeuITikOXPAIv&cacheid=531DDE0433AF039F6314FC7470CB4D44&mode=splus&rnd=nXxMKw&base=LAW&n=407674&dst=101712#oGLfuITPpKSUvFmB>. (дата обращения 29.09.2022г.).

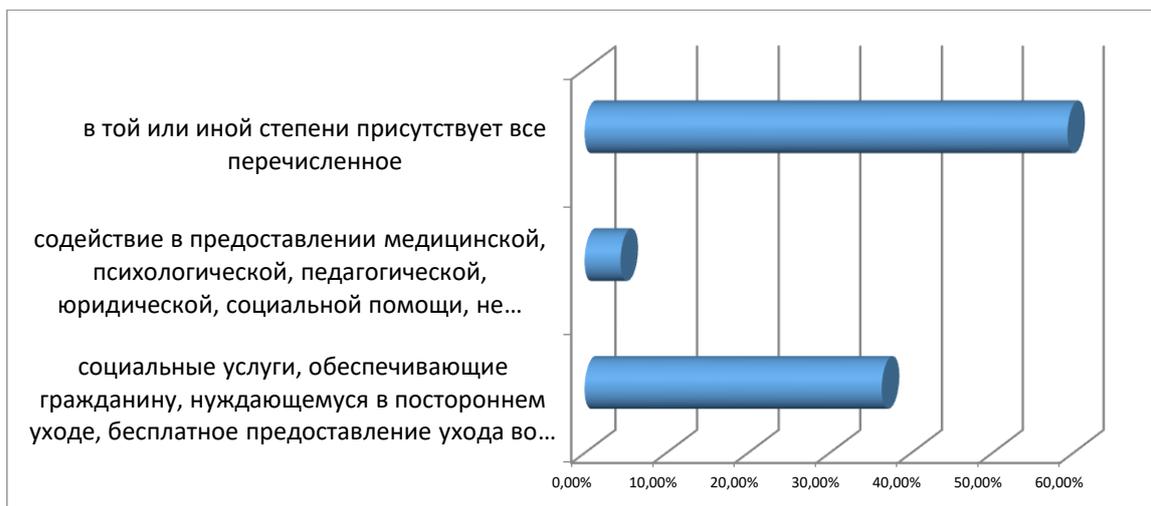


Рисунок 3. Распределение гарантии, включенные в пакет СДУ, %

Традиционные формы социального обслуживания предполагают предоставление нуждающимся гражданам сервисные социальные услуги или социально-бытовые: покупка и доставка продуктов питания, уборка и т.д. Новая система долговременного ухода за пожилыми предполагает предоставление более широкого спектра услуг: уходových, медицинских (помощь в кормлении, позиционирование, помощь в пользовании туалетом и т.д.)

Реализующие оригинальную (не типовую модель) регионы отметили следующие особенности функционирования своей системы долговременного ухода в своем регионе:

- широкий спектр предоставляемых услуг, своевременность и качество;
- отделение временного пребывания граждан, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, инвалидов, лиц без определенного места жительства с последующим жизнеустройством в дома -интернаты;
- ежедневное социальное обслуживание на дому граждан старшего нетрудоспособного возраста, нуждающихся в посторонней помощи;
- действовать в интересах получателей социальных услуг своевременность, доступность;
- приоритет интересов, мнения и потребностей гражданина, нуждающегося в уходе;
- индивидуальный подход, своевременное оказание помощи;

- обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов старше 18 лет с использованием технологии "Стационар на дому" - предоставление социальных услуг в форме на дому до 5 дней в неделю;

- гибкость индивидуальной программы социального обслуживания - корректировка с учетом физического состояния получателя социальных услуг;

- разработаны стандарты социальных услуг;

- предоставление социальных услуг;

- проведение мероприятий по социальному сопровождению предоставление социальных услуг;

- проведение мероприятий по социальному сопровождению;

- предоставление иных услуг, предусмотренных иными нормативными документами;

- индивидуальность;

- сочетание в учреждении стационарной и полустационарной (дневной стационар) форм социального обслуживания;

- качество выполнения услуг, доступность услуг;

- работа психолога с получателями социальных услуг с когнитивными расстройствами;

- модель долговременного ухода реализуется в тесном взаимодействии с медицинской организацией на основе соглашения о межведомственном взаимодействии;

- модель долговременного ухода реализуется в тесном взаимодействии с медицинской организацией на основе соглашения о межведомственном взаимодействии;

- в процессе реализации модели долговременного ухода внедрена и успешно реализуется система неформального ухода (привлечение родственного ухода, соседской помощи и т.д.).

Несмотря на типовой подход к перечню предоставляемых услуг, регионы имеют свои особенности. Например, различаются социальные

услуги в трех проанализированных регионах: Республика Татарстан, Самарская и Ульяновская области. Например, в Самарской области²⁸³ реализуются оригинальные услуги:

- содействие общению граждан, нуждающихся в постороннем уходе, с их родными и близкими;
- обучение альтернативной и дополнительной коммуникации (посредством электронной почты, социальных сетей, мессенджеров, видеочатов).

Социологический опрос, проведенный в рамках настоящего исследования, показал, что в большинстве своем (87,3 %) пожилые люди удовлетворены предлагаемыми им социальными услугами.

Среди положительных сторон получатели социальных услуг выделяют такие:

- много положительных отзывов о работе "сиделок".
- введение в штатные расписания учреждений "Сиделок" позволило обеспечить полноценный уход за немобильными ПСУ и помочь родственникам, осуществляющим уход;
- бесплатное социальное обслуживание;
- ежедневное предоставление социальных услуг на дому;
- увеличение спектра т.н. "уходовых" услуг;
- восстановление социально-бытовых навыков и функциональных возможностей организма;
- отказ от стационара в пользу социального обслуживания на дому, появилась;
- комплексное оказание социальных услуг;
- доброжелательность, внимательность персонала, умение найти индивидуальный подход к получателю социальных услуг;

²⁸³ Мутигуллина Д.Д. Анализ состава социальных пакетов долговременного ухода субъектов Российской Федерации, участвующих в реализации системы долговременного ухода (на примере Республики Татарстан, Ульяновской И Самарской областей). В сборнике: ВСЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ФОРУМ СТУДЕНТОВ И УЧАЩИХСЯ. сборник статей III Всероссийской научно-практической конференции. Петрозаводск, 2021. С. 26-34.

- улучшение качества жизни;
- профилактика одиночества;
- расширение кругозора;
- система долговременного ухода помогает пожилым людям получать адекватный своему состоянию уход и продолжать жить в семьях, не прибегая к услугам домов престарелых;
- улучшен уход за маломобильными гражданами и гражданами, находящимися на постельном режиме;
- организована дневная занятость с маломобильными получателями социальных услуг.

Среди негативных сторон/претензий получатели услуг отмечают:

- недостаточное количество штатных единиц «сиделок», невозможность охватить всех нуждающихся;
- объем предоставления отдельных социальных услуг недостаточен для полного удовлетворения имеющейся потребности (по мнению отдельных получателей социальных услуг 4 часа/день недостаточно);
- желание получать услуги, которые не прописаны в стандартах;
- увеличить время предоставления услуг;
- неполное соблюдение условий доступной среды;
- расширить ассортимент блюд;
- желание увеличить более 2 раз в месяц предоставление услуг предприятиями торговли и связи и другими предприятиями;
- не все социальные услуги, востребованные у получателей социальных услуг, включены в Стандарты социальных услуг. К примеру, нет услуги "Замена штор на окнах";
- не удовлетворенность нормой и рационом питания;
- изъявили желание бесплатно получать социальные услуги на дому.

В рамках настоящего социологического исследования представители Свердловской области поделились итогами проведенного в регионе социального опроса:

По результатам анкетирования получатели социальных услуг полностью удовлетворены качеством предоставляемых социальных услуг - 100% в том числе:

- условиями проживания и обслуживания в целом — 100 %;
- условиями размещения в комнате, наличием мебели, бытовой техники и коммунальных удобств — 100 %;
- качеством бытового обслуживания (парикмахер, прачечная, баня и другое) - 100 %;
- качеством питания — 100 %;
- качеством медицинского обслуживания и лечения — 100 %;
- участие в общественно полезном труде — 100 %;
- взаимоотношения с соседями по комнате, с персоналом -100 %;
- отношение персонала к ПСУ— 100 %;
- охвачены досуговой деятельностью все 100 %.

Безусловно, в передовых регионах по объему и составу социальных услуг стоят г. Москва, Московская область, г. Санкт-Петербург. В г. Москве реализуется программа «Московское долголетие»²⁸⁴, в Московской области реализуется аналогичная программа «Активное долголетие»²⁸⁵, в г. Санкт-Петербурге реализуется проект «Старшее поколение»²⁸⁶. Практика этих регионов широко освещается в прессе. Нуждающиеся пожилые люди информируются о перечне услуг посредством сайтов²⁸⁷.

Коллеги из Волгоградской области делятся опытом применения своих методик оказания социальных услуг²⁸⁸. В их регионе с 2019 года реализуется стационарнозамещающие технологии: «Персональный помощник»,

²⁸⁴ URL: <https://dszn.ru/dolgoletie>. (дата обращения 29.09.2022г.).

²⁸⁵ URL: <https://dolgoletie.mosreg.ru/>. (дата обращения 29.09.2022г.).

²⁸⁶ URL: <https://практики.национальныепроекты.рф/demografiya/aktivnoe-dolgoletie/aktivnost-i-uchastie-v-zhizni-obshchestva/aktivnoe-dolgoletie-3>. (дата обращения 29.09.2022г.).

²⁸⁷ URL: <https://dolgoletie.mosreg.ru/activities>. (дата обращения 29.09.2022г.).

²⁸⁸ Карпушина А.С. Социальное обеспечение граждан в рамках регионального проекта "Разработка и реализация программы системной адресной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения (Волгоградская область)". Реализация и итоги проекта за 2019 год. В сборнике: Актуальные вопросы экономики. Сборник статей IV Международной научно-практической конференции. 2020. С. 159-163.

социальные семьи, сопровождение проживания и т.д. Программа «Персональный помощник» регламентируется приказом Комитета социальной защиты населения Волгоградской области от 28 мая 2018 г. № 816²⁸⁹. Технология «Персональный помощник» реализуется в отношении одиноких граждан, полностью или частично утративших способность к самообслуживанию, передвижению, обеспечению основных жизненных потребностей, и которые не могут рассчитывать на помощь своих родственников. Технология предполагает предоставление социальных услуг на дому в ежедневном режиме (с понедельника по воскресенье). При этом, для оказания социальных услуг на дом к нуждающемуся приходит не один, а несколько человек (бригадный метод), которые занимаются приготовлением пищи, уборкой, оплатой счетов, походом в магазин и т.д.

Коллеги Республики Бурятия²⁹⁰ делятся своим опытом оказания социальных услуг. В регионе внедрены новые технологии, такие как служба «Социального такси», приемная семья для пожилых граждан, социальное обслуживание по договорам пожизненного содержания с иждивением.

Услуга социального такси предоставляется в целях обеспечения доступности для нуждающихся пожилых людей и инвалидов объектов социальной инфраструктуры.

Служба «Социальное такси» оснащена специально оборудованным транспортом для перевозки лежачих инвалидов и/или колясочников. В оснащении службы имеются такие а/м, как автобус «Форд-транзит» с подъемником; микроавтобус «Нисан-Ванетт» с подъемником; легковой автомобиль «Мазда-Демио» с подъемником; микроавтобус «Истана».

²⁸⁹ Приказ Комитета социальной защиты населения Волгоградской области от 28 мая 2018 г. № 816 «Об утверждении Положения о технологии «Персональный помощник». URL: <https://docs.cntd.ru/document/550118938>. (дата обращения 29.09.2022г.).

²⁹⁰Быкова Т.А. О ходе реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Республике Бурятия. В сборнике: Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. Материалы IX Международной научно-практической конференции, посвященной 75-летию Победы в Великой Отечественной войне. Отв. редактор Ю.Ю. Шурыгина. Улан-Удэ, 2020. С. 3-5.

Большое внимание в литературе уделяется социальным услугам досугового, общественного и трудового характера. Примеров оказания такого рода услуг огромное количество²⁹¹. Специалисты отмечают, что потенциал активности людей пожилого возраста при традиционных формах социального обслуживания задействован не в полном объеме, предложения социальных служб ограничены²⁹². Причем, при привлечении к таким видам деятельности необходимо учитывать специфические, индивидуальные особенности каждого пожилого человека. Пожилые граждане представляют самые разные социальные слои общества, которые различаются уровнем образования, квалификацией, сферой интересов. Действующие программы социальной поддержки не учитывают таких особенностей. Полагаем, что имеется необходимость дополнить учетные данные нуждающихся в долговременном уходе пожилых граждан их персональными данными, квалификацией, уровнем образования.

Проведенный социологический опрос в рамках настоящего исследования показал, что наиболее приемлемыми формами досуга получатели социальных услуг называют:

- онлайн концерты - 100 %;
- праздники - 44,4 %;
- онлайн выставки - 33,3%;
- занятия спортом — 17,7 %;
- посещение библиотек — 33,3 %.

В разделе 1.5. настоящего исследования рассмотрены практики оказания социальных услуг социально направленными некоммерческими организациями. Спектр этих услуг разнообразен, он гораздо шире, чем предоставляемые услуги в государственном секторе. Это объясняется тем, что, во-первых, услуги оказываются на платной основе не за счет бюджетных

²⁹¹ Хорошо описаны лучшие практики в книге «Энциклопедия социальных практик поддержки пожилых людей в Российской Федерации» / Под ред. проф. Е. И. Холостовой, проф. Г. И. Климантовой. — М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°». 2015. — 552 с.

²⁹² Могутов А.Е. Совершенствование социального обслуживания граждан пожилого возраста: анализ и перспективы развития. URL: *m_th_a.e.mogutova_2020.pdf. (дата обращения 29.09.2022г.).

средств, во-вторых, оказываемые услуги учитывают индивидуальность нуждающихся в их получении, включая уровень образования, различия интересов, религиозные и культурные особенности отдельных групп.

В заключении следует отметить, что российское социальное обеспечение, предоставление конкретных услуг богато и разнообразно. В каждом регионе можно назвать какую-то особенную социальную услугу, отличную от иных регионов, эксклюзивную только для этого региона. Изучение таких региональных особенностей предоставления социальных услуг с последующей трансляцией положительного опыта может стать следующим исследованием.

Следует отметить лучшие региональные практики по подготовке специалистов по работе с пожилыми людьми.

Коллеги делятся опытом проведения обучающих семинаров по специализированному уходу за гражданами пожилого возраста, разрабатывают методические и информационные материалы для родственников, осуществляющих уход²⁹³.

Коллеги Волгоградской области²⁹⁴ делятся опытом осуществления неформального (семейного) ухода за гражданами пожилого возраста. В области создана база данных лиц, осуществляющих такой уход. Для них организована работа по обучению навыкам ухода за престарелыми на базе медицинских организаций и организаций социального обслуживания. Ежегодно в них обучается около 4000 человек. Обучение навыкам ухода за пожилыми людьми осуществляется, в т.ч. с выездом специалистов на дом, а также в дистанционном формате. В области обучены по программе

²⁹³ Колосова Г.В. (сотрудник Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга). Опыт Санкт-Петербурга в рамках реализации мероприятий, направленных на развитие системы долговременного ухода, формирование активного долголетия и рост качества жизни граждан старшего поколения. Социальная работа: теория, методы, практика. 2020. № 2. С. 15-33.

²⁹⁴ Карпушина А.С. (магистрант). Социальное обеспечение граждан в рамках регионального проекта "Разработка и реализация программы системной адресной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения (Волгоградская область)". Реализация и итоги проекта за 2019 год. В сборнике: Актуальные вопросы экономики. Сборник статей IV Международной научно-практической конференции. 2020. С. 159-163.

«Преподаватель школы ухода» команды тренеров по специальным программам с отработкой полученных навыков и знаний на практике по неформальному уходу за пожилыми. Аналогичные центры обучения функционируют в Иркутской области²⁹⁵. Профессиональную подготовку сиделок реализуют в Республике Бурятия²⁹⁶.

Подготовка тренеров по уходу, типизаторов, преподавателей школ ухода организована в Ставропольском крае²⁹⁷. Программа повышения квалификации основана на практико-ориентированном подходе. 70% учебного времени направлено на отработку практических навыков ухода в специально оборудованных учебно-тренировочных комплексах. Слушателей обучают на практике обеспечивать физиологические потребности нуждающихся в уходе, осуществлять их транспортировку, перемещение, позиционирование с помощью специальных технических средств реабилитации. 30 % времени отведено на изучение нормативно-правовых, организационно-методических, психиатрических, медицинских, психологических, культурно-досуговых особенностей ухода за пожилыми людьми и инвалидами.

Коллеги Иркутской области делятся опытом²⁹⁸ подготовки специалистов по социальной работе к работе по внедрению новых

²⁹⁵ Галазий О.В., Клецкина С.А., Макаров А.С. Сотрудники Учебно-методический центр развития социального обслуживания Министерства социального развития, опеки и попечительства Иркутской области. Опыт Иркутской области по реализации стационарозамещающих технологий в системе долговременного ухода на современном этапе. В сборнике: ФОРМЫ И МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В РАЗЛИЧНЫХ СФЕРАХ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ. Материалы VIII Международной научно-практической конференции. Ответственный редактор Ю.Ю. Шурыгина. 2019. С. 296-298.

²⁹⁶ Быкова Т.А. (сотрудник Министерства социальной защиты населения Республики Бурятия). О ходе реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Республике Бурятия. В сборнике: Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. Материалы IX Международной научно-практической конференции, посвященной 75-летию Победы в Великой Отечественной войне. Отв. редактор Ю.Ю. Шурыгина. Улан-Удэ, 2020. С. 3-5.

²⁹⁷ Багмет К.В., Самофатова К.А. (сотрудники Центра повышения квалификации и профессиональной переподготовки работников социальной сферы. Практико-ориентированный подход к подготовке кадров, задействованных в реализации системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Ставропольском крае. В сборнике: Транспорт. Экономика. Социальная сфера (Актуальные проблемы и их решения). Сборник статей IX Международной научно-практической конференции. Пенза, 2022. С. 25-28.

²⁹⁸ Галазий О.В., Клецкина С.А., Макаров А.С. Сотрудники Учебно-методический центр развития социального обслуживания Министерства социального развития, опеки и попечительства Иркутской области. Опыт Иркутской области по реализации стационарозамещающих технологий в системе

технологий в практику работы комплексных центров по уходу за пожилыми и инвалидами. В области на базе Учебно-методического центра реализована программа переподготовки «Специалист по реабилитационной работе». По окончании обучения слушатели в подавляющем большинстве (95%) сообщили о том, что испытывают чувство уверенности в себе после обучения, не сомневаются в успешной реализации полученных знаний и навыков, прошло чувство неопределенности, растерянности, раздражения, страха, которые они испытывали, столкнувшись с новой системой долгосрочного ухода. Аналогичное обучение организовано в Забайкальском крае²⁹⁹.

В разделе 2.4. настоящего исследования проанализирован лучший опыт межведомственного взаимодействия в области регулирования политики долговременного ухода за пожилыми людьми и инвалидами. В разделе 1.5. настоящего исследования обозначены лучшие практики функционирования социально ориентированных некоммерческих организаций.

Рекомендации по трансляции позитивного опыта развития долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами.

Реализация пилотного проекта в 34 субъектах Российской Федерации с высоким уровнем очевидности подтверждает, что система долговременного ухода во всех субъектах Российской Федерации значительно улучшила уровень оказания социальных услуг пожилым гражданам и инвалидам. Нет ни одного субъекта Российской Федерации или муниципалитета, вступившего в пилотный проект, который бы не привнес позитивный опыт оказания социальных услуг.

долговременного ухода на современном этапе. В сборнике: Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. Материалы VIII Международной научно-практической конференции. Ответственный редактор Ю.Ю. Шурыгина. 2019. С. 296-298.

²⁹⁹ Абашеева Е.Б. (ГУСО ИКЦСОН «Милосердие», г. Чита, Россия). Координационный центр системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами. В сборнике: Развитие системы комплексной реабилитации лиц с ограниченными возможностями. Материалы Международной научно-практической конференции. Отв. редактор С.Т. Кохан. Чита, 2021. С. 15-25.

Кроме того, на фоне проходящего пилотного проекта, значительных успехов достигли субъекты Российской Федерации, не участвующие в пилотном проекте, но включившиеся в систему долговременного ухода и добившиеся значительных успехов, как например, Хабаровский край.

Таким образом, любой субъект Российской Федерации, участвующий, или не участвующий в пилотном проекте, может продемонстрировать свой собственный позитивный опыт.

Вместе с тем, нельзя не выделить субъекты Российской Федерации, описанные в предыдущем параграфе.

Самым успешным опытом может поделиться город федерального значения – столица г. Москва. Отметим, что в городе Москве сфера социального обслуживания пожилых граждан и инвалидов до включения ее в пилотный проект отличалась от всех остальных регионов лучшей практикой оказания социального обслуживания населения.

Особенность столичного социального обслуживания заключается в использовании программного метода построения работы в сфере социального обслуживания. И разрабатываться он начал давно, до вступления Москвы в пилотный проект. Так, на основании постановления Правительства Москвы от 28 декабря 1993 г. № 1189 «О программе мер по социальной защите отдельных категории жителей Москвы в 1994 году и выполнении программы за 1993 г.»³⁰⁰ меры социальной защиты разрабатывались комплексно, сроком на один год, с учетом адресного подхода, реальной нуждаемости тех или иных групп населения в сравнении с прожиточным минимумом.

Позитивной практикой столичной системы долговременного ухода является способ обеспечения конкретности, адресности и рациональности расходования средств для решения проблемы социальной защиты пожилых людей и инвалидов. Так, в Москве функционируют автоматизированная

³⁰⁰ Постановление Правительства Москвы от 28 декабря 1993 г. № 1189 «О программе мер по социальной защите отдельных категории жителей Москвы в 1994 году и выполнении программы за 1993 г.» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/3602270>. (дата обращения 01.09.2022).

система ведения общегородского регистра лиц с ограничениями жизнедеятельности и автоматизированная система учёта объектов городской инфраструктуры и контроля за их адаптацией для инвалидов.

Данное направление признается проблемным во многих субъектах Российской Федерации, например, в Республике Бурятия.

Самой позитивной практикой города Москвы являются применение технологий и устройств по персональной безопасности для пожилых, начиная от индивидуальных приборов (в виде мобильных средств или наручных часов), которые можно носить с собой, и заканчивая технологиями «умного» дома с использованием встроенных в поверхности датчиков. Набирает популярность Служба экстренного реагирования «Тревожная кнопка». Этот сервис создан специально для пожилых людей и людей с инвалидностью. Это устройство существует в двух вариантах. Первый — для активных людей: представляет собой телефон с простым меню, на котором есть кнопка SOS. Человек нажимает на нее, и вызов отправляется в центр, где дежурят врачи и психологи. Кроме того, прибор оснащен GPS и умеет определять координаты человека, чтобы направить городские службы на помощь, куда необходимо. Второй вариант — для малоподвижных людей. Это браслет с той же кнопкой SOS и встроенным датчиком падения. Если этот датчик срабатывает, сигнал мгновенно направляется в центр. Также есть системы громкой связи, которая позволяет оператору быстро выяснить, что случилось.

Во-вторых, экспресс-тест на выявление деменции. Используется для раннего выявления первых признаков деменции: тест Mini-Cog. Минздрав России рекомендует его для первичного скрининга когнитивных нарушений в поликлиниках и центрах профилактики. Однако экспресс-исследование можно провести самостоятельно в домашних условиях. Проводить тест может любой человек, не обязательно иметь медицинское образование. Тест займет всего 3–5 минут, а с результатами теста можно обратиться к своему терапевту или психиатру. Первичный скрининг Mini-Cog позволяет

распознать заболевание на ранней стадии и назначить соответствующее лечение.

В-третьих, создаются своеобразные центры по обмену опытом – школы по уходу за пожилыми людьми и семейные клубы. Это практические курсы, на которых можно научиться ухаживать за близкими на дому, причем безболезненно как для своего здоровья, так и физического и эмоционального состояния. Как правило, такие школы организуют ассоциации, сообщества, некоммерческие и общественные организации. Занятия проходят на базе гериатрических центров. Еще одно направление — закрытые семейные мероприятия и клубы, где родственники могут собраться вместе и поддержать друг друга эмоционально. Например, в Москве работает клуб «Незабудка», так называемое «Альцгеймер-кафе». Семьи с пожилыми родственниками с деменцией регулярно собираются вместе, общаются, поют и танцуют.

Еще одним субъектом Российской Федерации, имеющим позитивный опыт, является Хабаровский край. Отметим, что этот субъект Российской Федерации не является участником пилотного проекта, однако, активно включился в работу по внедрению системы долговременного ухода и может поделиться позитивной практикой развития стационарозамещающих технологий с активным привлечением в рамках государственно-частного партнерства негосударственных организаций социального обслуживания.

В 2020 году Министерством социальной защиты населения Хабаровского края разработан План мероприятий («дорожная карта») по развитию в Хабаровском крае стационарозамещающих технологий социального обслуживания граждан, страдающих психическими расстройствами, до 2024 года³⁰¹.

³⁰¹ Распоряжение Правительства Хабаровского края от 9 сентября 2020 г. № 945-рп «Об утверждении Плана мероприятий («дорожная карта») по развитию в Хабаровском крае стационарозамещающих технологий социального обслуживания граждан, страдающих психическими расстройствами, до 2024 года» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/465369881>. (дата обращения: 28.09.2022).

Важным ресурсом повышения эффективности внедрения системы долговременного ухода в отношении граждан с инвалидностью является использование технологии сопровождаемого проживания.

В рамках реализации подпрограммы «Формирование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов» государственной программы Хабаровского края «Доступная среда»³⁰², в 2019, 2020 годах обеспечено создание учебно-тренировочных квартир в краевых государственных бюджетных учреждениях «Николаевский-на-Амуре психоневрологический интернат», «Хабаровский дом-интернат для престарелых и инвалидов № 1», «Эльбанский психоневрологический интернат».

В целях организации работы по сопровождаемому проживанию в Хабаровском крае внедрена стационарозамещающая технология сопровождаемого проживания инвалидов³⁰³, организована рабочая группа по методическому сопровождению учреждений социального обслуживания населения при реализации инновационных, в том числе стационарозамещающих, технологий социального обслуживания.

Во всех 45 краевых государственных бюджетных (казенных) учреждениях социального обслуживания населения края ведется работа по привлечению волонтеров к оказанию социальных услуг.

С 1 февраля 2020 г. на базе организационно-методического отделения краевого государственного бюджетного учреждения «Хабаровский комплексный центр социального обслуживания населения» создан краевой ресурсный центр по поддержке и развитию «серебряного волонтерства».

В крае действует 92 организации здравоохранения.

³⁰² Постановление Правительства Хабаровского края от 30 декабря 2015 г. № 491-пр «Об утверждении государственной программы Хабаровского края «Доступная среда» и признании утратившими силу отдельных постановлений Правительства Хабаровского края» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/465329590>. (дата обращения: 28.09.2022).

³⁰³ Приказ Министерства социальной защиты населения Хабаровского края от 30 декабря 2019 г. № 293-П «О внедрении в Хабаровском крае стационарозамещающей технологии сопровождаемого проживания инвалидов» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/465329685>. (дата обращения: 28.09.2022).

В соответствии с распоряжением Министерства здравоохранения Хабаровского края 15 октября 2016 г. № 1329-р³⁰⁴ в крае организована работа по совершенствованию оказания паллиативной помощи. Лицензию на осуществление медицинской деятельности при оказании паллиативной медицинской помощи имеют 46 организаций здравоохранения из 92 действующих в крае. Паллиативная медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается в кабинетах паллиативной медицинской помощи, а также выездными патронажными службами, созданными в медицинских организациях. Открыто 49 кабинетов паллиативной помощи в амбулаторных условиях, организована работа выездных патронажных бригад, оказывающих медицинскую помощь в отдаленных районах Хабаровского края. В 11 организациях здравоохранения края организована работа 11 отделений паллиативной помощи, развернуто 333 койки для оказания паллиативной медицинской помощи различного профиля: терапевтического, неврологического, психиатрического, инфекционного, онкологического и других.

В стационарных организациях здравоохранения края организовано 16 гериатрических кабинетов.

В качестве распространения позитивного опыта отметим опыт Санкт-Петербурга, в котором с участием Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы, разработана модель отделения социально-медицинского обслуживания на дому граждан пожилого возраста и инвалидов (далее – ОСМУ) как нового вида обслуживания на дому.

Модель предполагает оказание такого нового вида социальной услуги как осуществление социально-медицинского присмотра за гражданами пожилого возраста, имеющими серьезные ограничения в самообслуживании.

При формировании данной модели специалистами на первый план выдвигались повышение эффективности и активизация имеющегося

³⁰⁴ Распоряжение Министерства здравоохранения Хабаровского края 15 октября 2016 г. № 1329-р «О совершенствовании организации паллиативной медицинской помощи населению Хабаровского края» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/465371645>. (дата обращения: 28.09.2022).

потенциала динамических возможностей клиентов, а также социальнопсихологический патронаж, улучшение качества адресной реабилитационной и оздоровительной работы с пожилыми людьми. Систематическое наблюдение за состоянием здоровья обслуживаемых лиц и проведение мероприятий, направленных на профилактику обострений имеющихся у них хронических заболеваний, является профилактикой госпитализации и способствует сокращению повторных обращений пожилых граждан в стационарные учреждения здравоохранения, поскольку создаются условия, позволяющие сохранить возможность проживания пожилых людей и инвалидов в привычной домашней среде и способствующие повышению качества их жизни.

Отделение организовано для предоставления ежедневного ухода на дому и обеспечивает всестороннее удовлетворение потребностей получателя социальных услуг. Отличительной чертой проекта нового отделения является увеличение коммуникативной и реабилитационной составляющей социального обслуживания.

Анализ показывает, что среди получателей услуг инновационного отделения значительная доля граждан желает получать на дому услуги специалистов реабилитационного отделения. Также интерес граждан был проявлен к освоению информационно-коммуникационных технологий и к занятиям с психологом на дому. За месяц ОСМУ предоставляет в среднем 4 тыс. услуг. За время работы сложилась положительная динамика получателей социальных услуг в части физической, эмоциональной и коммуникативной активности.

Так же правительством Города реализуется проект «Социальный участковый Санкт-Петербурга», который в 2019 году стал победителем финала премии «Лучшие региональные практики», учрежденной АНО «Экспертный институт социальных исследований». церемония награждения которого состоялась в декабре 2019 года в Москве.

В 2019 году заключены договоры о совместной деятельности (сотрудничестве) между СПб ГБУЗ «Городской гериатрический центр» и 18 комплексными центрами социального обслуживания населения, находящимися в ведении администраций районов Санкт-Петербурга, в целях реализации дорожной карты и достижения современного уровня медико-социальной помощи людям пожилого и старческого возраста, в том числе ветеранам, совершенствования системы оказания медицинской помощи лицам старших возрастных групп во взаимодействии с организациями социального обслуживания.

Городская гериатрическая служба осуществляет свою деятельность в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.01.2016 № 38н. Структура гериатрической службы Санкт-Петербурга представлена кабинетами врачей-гериатров и гериатрическими отделениями в амбулаторно-поликлинических учреждениях, а также геронтологическими койками в стационарных медицинских организациях. Первичная медико-санитарная помощь по профилю «гериатрия» оказывается в 32 медицинских организациях Санкт-Петербурга врачами гериатрами и другими специалистами, в том числе в дневных стационарах с койками гериатрического профиля.

В Санкт-Петербурге медицинскую помощь по профилю «гериатрия» в амбулаторных условиях оказывают 50 врачей-гериатров, в том числе в дневном стационаре – 6 врачей-гериатров. В стационарах медицинскую помощь по профилю «гериатрия» оказывают 12 врачей-гериатров, в том числе 7 врачей-гериатров – в условиях амбулаторно-консультативных отделений стационаров. С сентября 1996 года осуществляет свою деятельность и является специализированным учреждением гериатрической службы, оказывающим комплексную помощь пожилому населению Санкт-Петербурга, СПб ГБУЗ «Городской гериатрический медико-социальный центр» (далее – Центр). На базе Центра созданы и работают

специализированные центры по наиболее востребованным направлениям: «Центр боли», «Центр недержания мочи», «Центр памяти», а также школы здоровья («Школа сахарного диабета», «Школа остеопороза», «Школа для больных артериальной гипертензией», «Школа для пациентов с проблемами мочеиспускания», «Школа по уходу за тяжелобольными людьми»). В 2019 году осуществлены мероприятия по дальнейшему развитию гериатрической службы Санкт-Петербурга, доступности специализированной медицинской помощи по профилю «гериатрия» на этапах оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в условиях стационара, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста: – увеличилось число коек геронтологического профиля с 59 до 100 в СПб ГБУЗ «Городской гериатрический медико-социальный центр»; – дополнительно открыто 3 кабинета врача-гериатра в поликлинических отделениях СПб ГБУЗ «Городская поликлиника Красногвардейского района № 17»; – дополнительно открыто районное гериатрическое отделение с дневным стационаром на 30 коек при СПб ГБУЗ «Городская поликлиника Невского района № 100». Комплексная лечебно-диагностическая, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь пациентам пожилого и старческого возраста оказывается в СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» (далее – Госпиталь). В настоящее время Госпиталь является многопрофильным специализированным лечебно-профилактическим учреждением для лечения инвалидов и участников Великой Отечественной войны, жителей блокадного Ленинграда и лиц, приравненных к ним по льготам. Лечение пациентов осуществляется по всем профилям медицинской помощи, внедрены и широко применяются миниинвазивные, эндовидеохирургические вмешательства, высокотехнологичные операции по травматологии, сердечно-сосудистой хирургии, эндокринологии. Последние годы Госпиталь активно участвует в реализации городских программ по оказанию помощи пациентам с ОКС,

ОНМК, сахарным диабетом и диабетической стопой. На базе Госпиталя созданы и работают специализированные центры по таким направлениям, как «Диабетическая стопа», «Остеопороз», функционируют школы здоровья: «Школа сахарного диабета», «Школа инсульта», «Школа остеохондроза», «Школа пациента с хронической сердечной недостаточностью».

Выводы

Подводя итог, отметим, что в данном параграфе собраны редкие в своем виде практики организации системы долговременного ухода, имеющие уникальное значение, не повторяющиеся и на практике доказавшие свою социальную эффективность.

Вместе с тем, подчеркнем еще раз, что система долговременного ухода, реализованная в каждом субъекте Российской Федерации, участвующем или не участвующем в пилотном проекте, но внедрившем эту систему в социальное обслуживание региона, доказала на практике высокую социальную эффективность в отношении пожилых граждан, инвалидов, молодых инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья, а также лиц, осуществляющих уход.

Повторимся, что какой-либо единой лучшей практики организации предоставления услуг по долговременному уходу в отдельно взятом регионе выявить крайне сложно, и, скорее, невозможно. Долговременный уход состоит из многих составляющих частей, как было отмечено ранее, и все они реализуются в рассмотренных регионах. Оценку региональных практик лучше проводить по составляющим частям долговременного ухода за пожилыми людьми.

К сожалению, и в качестве рекомендации предлагается, публиковать статистическую отчетность регионам о реализации рядом в субъекте РФ программы Старшее поколение. На сайтах региональных Министерств паспорта проектов стоят с общими данными из Федерального проекта. Отсутствует информация по «серебряному» волонтерству в конкретных цифрах и мероприятиях, по адекватной реализации организации

геронтологических служб, по организации стационарозамещающих социальных услуг, в том числе данных по приемным семьям за осуществление ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в регионах, информация о профпереподготовке и программах обучения для лиц предпенсионного возраста и т.д.

3. Анализ зарубежного опыта в области государственного регулирования и практики долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами

3.1. Анализ зарубежного опыта правового регулирования системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами

География исследования составила:

Белоруссия; Казахстан; Германия; Китай; Япония; Швейцария.

Обоснование выбора Китая и Японии:

Китай и Япония традиционно возглавляют мировые рейтинги по средней продолжительности жизни.

По данным ООН и данным официальной статистики с разбивкой по странам мира в 2020-2021 гг. лидером среди стран и регионов мира является Гонконг, где средняя продолжительность жизни составила 85.29 года, затем идет Япония 84.03 года, а также специальный регион Китая (Макао) 84.68 года³⁰⁵. Являясь одними из «самых стареющих» стран мира по числу лиц пенсионного и предпенсионного возраста, Япония и Китай показывают достаточно высокий уровень развития систем долговременного ухода, а также лучшие практики в данной области общественных отношений.

Анализ зарубежного опыта правового регулирования системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Японии и Китае.

В Японии с 2000 года успешно функционирует модель медико-социальной поддержки граждан 65 лет и старше, которая базируется на двух страховых системах: система обязательного страхования

³⁰⁵ См.: Чему равна средняя продолжительность жизни в мире, URL: <https://union-z.ru/articles/chemu-ravna-srednyaya-prodolzhitelnost-zhizni-v-mire.html>; Средняя продолжительность жизни по странам мира 2020-2021 гг.: мужчины, женщины и оба пола список, таблица. URL: <http://www.statdata.ru/prodolzhitelnost-zhizni-v-stranah-mira>. (дата обращения 29.09.2022.)

долговременного ухода (Long-term Care Insurance или LTCI³⁰⁶) и система всеобщего медицинского страхования.

Система всеобщего медицинского страхования была введена еще в 1961-1963 гг. и признана образцовой для ряда стран Азии, включая Китай³⁰⁷. Страхование долговременного ухода, осуществляемое с 2000 года, вводилось в качестве сдерживающего механизма в ответ на стремительное снижение активности большей части пожилого населения, многие из которых являются детьми послевоенных лет, пережившие трагедии Хиросимы и Нагасаки и связанные с этим заболевания, влияющие на качество жизни и трудовую активность. Такие лица все чаще испытывали нужду в социальной госпитализации в стационаре, особенно в случаях, когда за ними некому было ухаживать на дому. Стремительный рост доли пожилых японцев – поколений послевоенных лет, включая годы послевоенного бэби-бума, до 20% населения в сравнении с численностью молодых трудоспособных граждан, а также тех, кто осуществляет и способен осуществлять долговременный уход, объективно увеличило нагрузку на систему медицинского страхования и пенсионных выплат.

Отметим, что введенный в 1986 году институт базовой пенсии (пенсии благосостояния) – *кисо нэнкин*³⁰⁸, не справлялся с возложенными на него задачами: социальные статьи расходов, главным образом, на медицинское страхование, потребляли до 90 % бюджета всей системы социального обеспечения Японии³⁰⁹. В результате **Законом № 123 о страховании на случай длительного ухода (介護保険法かいごほけんほう) 1997 года,**

³⁰⁶ URL: <https://japanhpn.org/en/longtermcare/>. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁰⁷ См.: Деловой журнал о здравоохранении «VADEMECUM», URL: https://vademec.ru/article/yaponiya_schitaetsya_superstareyushchey_derzhavoy-cto_i_kak_zabotitsya_o_dolgozhitelnykh_v_strane_v/. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁰⁸ Государство гарантировало каждому гражданину право на получение базовой пенсии по достижении 65 лет (при условии, что период страхования составит не менее 10 лет). Все жители страны старше 20 лет впредь должны были вносить ежемесячные взносы в систему *кокумин нэнкин* (одинаковые для всех граждан), размеры которых определяет государство (см.: Комамура Кохэй. Нихон-но нэнкин: [Пенсионная система Японии]. Токио, 2014. С. 82–85).

³⁰⁹ См.: Лебедева И.П. Система социального обеспечения Японии: достижения и проблемы // Японские исследования. 2016. №4. С. 23-34, URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sistema-sotsialnogo-obespecheniya-yaponii-dostizheniya-i-problemy/viewer>. (дата обращения 29.09.2022.)

вступившим в силу 1 апреля 2000 г.³¹⁰, была внедрена *страховая система долговременного ухода* для людей старше 65 лет, а также людей, младше этого возраста (от 40 до 64 лет), имеющих болезни пожилых и нуждающихся в паллиативном уходе³¹¹. Такая система была создана по образцу немецкой системы страхования на случай длительного ухода. До принятия Закона о страховании на случай долговременного ухода в Японии действовал Закон о социальном обеспечении пожилых людей – *老人福祉法* (англ. Act on Social Welfare for the Elderly), которым были установлены гарантии пожилых по сохранению их физического и психического здоровья, как правило, по линии медицинской помощи и медицинского страхования³¹².

Такая система была внедрена по принципу «одного окна» при смешанном финансировании (налоги, социальные отчисления и софинансирование): 50 % – налоги (центральные и местные) и еще 50 % – страховые взносы, собираемые префектурами-муниципалитетами (для лиц старше 65 лет – первой категории застрахованных) или компаниями медицинского страхования (для лиц от 40 до 64 лет – второй категории застрахованных)³¹³. Страховые отчисления граждан в рамках такой системы были установлены в объеме 1,8% от налогооблагаемого дохода. Это значительно ниже, чем 10% (или 20-30% для лиц с доходом выше определенного уровня) в рамках системы всеобщего медицинского страхования. На страхование долговременного ухода отчисления поступают от граждан, которые достигли возраста 40 лет³¹⁴. *В отличие от системы*

³¹⁰ См.: Система страхования на случай длительного ухода (介護保険制度), URL.: <https://kotobank.jp/word/介護保険制度-182651>. (дата обращения 29.09.2022.) ; Закон о страховании долговременного ухода (介護保険法かいごほけんほう), URL.: <https://kotobank.jp/word/介護保険法-224690>. (дата обращения 29.09.2022.)

³¹¹ См.: Аникин В.А. Долговременный уход как возможность раскрытия потенциала пенсионеров: анализ опыта современной Японии и уроки для России в рамках научного семинара - 28 февраля 2020 г., URL.: https://isp.hse.ru/data/2020/02/26/1562226332/02%20Anikin_LTC_Case%20Japan_HSE_25-02-2020.pdf. (дата обращения 29.09.2022.)

³¹² См.: Закон о социальном обеспечении пожилых людей в Японии 1961-1963 гг. (老人福祉法), URL.: <https://ja.wikipedia.org/wiki/老人福祉法>. (дата обращения 29.09.2022.)

³¹³ См.: Система страхования на случай длительного ухода (介護保険制度), URL.: <https://kotobank.jp/word/介護保険制度-182651>. (дата обращения 29.09.2022.)

³¹⁴ См.: Система страхования на случай длительного ухода (介護保険制度), URL.: <https://kotobank.jp/word/介護保険制度-182651>. (дата обращения 29.09.2022.); Закон о страховании долговременного ухода (介護保険法かいごほけんほう), URL.: <https://kotobank.jp/word/介護保険法-224690>. (дата обращения 29.09.2022.).

*долговременного ухода, действующей в России, в Японии не принято содержать вместе пожилых людей и инвалидов: это две разные системы, инвалиды не страхуются в рамках системы долговременного ухода. Для них предусмотрены отдельные гарантии в рамках системы медицинского страхования*³¹⁵. При этом медицинское страхование состоит из трех звеньев:

– *страхование по месту работы или виду профессии: работников компаний с числом занятых более 5 человек – через Общественную систему страхования здоровья; работников предприятий малого бизнеса – через Японскую ассоциацию страхования здоровья; госслужащих, преподавателей и работников частных школ и университетов, моряков – через соответствующие общенациональные ассоциации (общее число по всем перечисленным категориям застрахованных более 74 млн чел);*

– *страхование через муниципалитеты в Национальной системе страхования здоровья таких граждан, как самозанятые, фермеры, рыбаки и работники лесного хозяйства, безработные, пенсионеры, граждане моложе 75 лет, не включенные в другие схемы страхования (общее число по всем перечисленным категориям застрахованных более 30 млн чел);*

– *страхование здоровья лиц в возрасте старше 75 лет в системе медицинского обслуживания граждан преклонного возраста (общее число по всем перечисленным категориям застрахованных более 15 млн чел)*³¹⁶.

В связи с высокой продолжительностью жизни в Японии, особенно среди женщин (женщины – 87 лет, мужчины – 81 год, что по прогнозам к 2050 году составит – 90 и 84 соответственно), основная нагрузка на *систему долговременного ухода*, которая в данном случае является *самостоятельным звеном, дополняющим систему всеобщего медицинского страхования пожилых*, продолжает расти, в основном со стороны лиц старше 75 лет.

³¹⁵ См.: Закон о медицинском страховании (от 22 апреля 1922 года № 70 – статус действующий) - 健康保険法 (けんこうほけんほう、大正11年4月22日法律第70号). URL.: <https://ja.wikipedia.org/wiki/健康保険法>. (дата обращения 29.09.2022.)

³¹⁶ См.: Annual Health, Labour and Welfare Report 2013/2014. URL: <http://www.mhlw.go.jp/english/>. (дата обращения 29.09.2022.)

Люди от 65 до 75 лет³¹⁷ или «пожилые младшего возраста», как правило, не нуждаются в уходе и медицинских услугах и в основном стремятся вести активную трудовую и общественно-полезную деятельность. Это находит отражение в данных статистики, где доля «пожилых» японцев старше 65 лет – потенциальных потребителей услуг долговременного ухода, в 2020-2021 гг. составила 18% или 6,3 млн чел³¹⁸. Их большая часть – $\frac{3}{4}$ пользуется услугами на дому.

Для получения услуг долговременного ухода в системе долговременного ухода необходимо подать в органы местного самоуправления (муниципалитет) по месту жительства заявку, на основании которой к нуждающемуся в долговременном уходе будет направлен специалист с целью заполнения специальной анкеты-опросника для установления нуждаемости в долговременном уходе³¹⁹. Общие данные оцениваются с помощью компьютерной программы, в рамках которой заявителю присваивается определенное количество баллов. Помимо этого от заявителя требуется заключение лечащего врача о состоянии здоровья. Перечисленные документы рассматриваются специальной комиссией, которая решает, какую группу в зависимости от тяжести состояния здоровья присвоить заявителю. Изначально таких групп было пять основных, которые классифицировались по уровням нуждаемости или «потребности в услугах по долговременному уходу – льготы по страхованию на случай долговременного ухода» (Long-term care needs)³²⁰, а сравнительно недавно появились группы «потребность в помощи – профилактические льготы»

³¹⁷ В Японии такой возраст признается «средним возрастом активного долголетия».

³¹⁸ См.: Деловой журнал о здравоохранении «VADEMECUM», URL: https://vademecc.ru/article/yaponiya_schitaetsya_superstareyushchey_derzhavoy-kto_i_kak_zabotitsya_o_dolgozhitelyakh_v_strane_v/. (дата обращения 29.09.2022.)

³¹⁹ См.: Система страхования на случай длительного ухода (介護保険制度), URL.: <https://kotobank.jp/word/介護保険制度-182651>. (дата обращения 29.09.2022.); Закон о страховании долговременного ухода (介護保険法かいごほけんほう). URL.: <https://kotobank.jp/word/介護保険法-224690>. (дата обращения 29.09.2022.)

³²⁰ См.: Лебедева И.П. Система социального обеспечения Японии: достижения и проблемы // Японские исследования. 2016. №4. С. 32, URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sistema-sotsialnogo-obespecheniya-yaponii-dostizheniya-i-problemy/viewer>. (дата обращения 29.09.2022.).

(Support needs): «Профилактика», «Помощь 1» (тоже профилактика, но более глубокая) и «Помощь 2» (реабилитация)³²¹.

Для лиц, нуждающихся в долговременном уходе (также реципиентов), был внедрен специальный *скрининг для профилактики долговременного ухода (на бесплатной основе)*, который позволяет выявить точный возраст нуждаемости в долговременном уходе, что в целом призвано сократить бюджетные расходы, связанные с неоправданно ранним оказанием услуг по уходу. Скрининг представляет собой разработанные Минздравом Японии анкеты-опросники, с помощью которых выявляют потенциальное попадание в группу риска. Таким людям предлагается начать посещать групповые и индивидуальные профилактические занятия, которые оплачиваются из страховых отчислений. При этом посещение таких занятий не является обязательным.

В государственные учреждения долговременного ухода, как правило, принимают человека с группами ухода от третьей до пятой, а также с группой «Помощь 2» – в дневные реабилитационные центры. Однако сам нуждающийся в долговременном уходе или его родственники могут принять решение на основе оценки его состояния здоровья и функционала о том, есть ли необходимость получать помощь в стационаре или лучше осуществлять уход за таким лицом на дому³²². В случае выбора помощи на дому для таких нуждающихся и их семей становится доступной такая функция, как *менеджер по уходу, который помогает нуждающемуся составить Care plan (план ухода), выбрать опции, доступные в его группе ухода и пр.*

В системе долговременного ухода Японии важную часть занимает медицинская помощь, но, как было отмечено выше, только для лиц без высокой степени инвалидности. Если нуждающемуся в уходе

³²¹ См.: Деловой журнал о здравоохранении «VADEMECUM», URL: https://vademec.ru/article/yaponiya_schitaetsya_superstareyushchey_derzhavoy-_kto_i_kak_zabotitsya_o_dolgozhitelyakh_v_strane_v/. (дата обращения 29.09.2022.)

³²² См.: Система страхования на случай длительного ухода (介護保険制度), URL.: <https://kotobank.jp/word/介護保険制度-182651>. (дата обращения 29.09.2022.); Закон о страховании долговременного ухода (介護保険法かいごほけんほう). URL.: <https://kotobank.jp/word/介護保険法-224690>. (дата обращения 29.09.2022.)

устанавливается пятая группа ухода и ему требуется постоянное высококвалифицированное медицинское наблюдение (например, в случае парентерального питания), то вероятнее всего его направят в государственное медицинское учреждение. *Помимо государственных, также имеются частные дома престарелых, где может оказываться высококвалифицированная медицинская помощь, они, как правило, учреждаются при частных медицинских клиниках.* Такой подход продиктован экономией страховых средств системы долговременного ухода, поскольку врачи, работающие в таких частных клиниках, могут регулярно осматривать нуждающихся в долговременном уходе, проводить диагностику, что оплачивается государством, как по линии медицинской страховки, так и по линии страхования долговременного ухода. Таким образом, в зависимости от типологии учреждений в системе долговременного ухода можно выделить учреждения по уходу за престарелыми, учреждения по уходу за больными, частные клиники по уходу за больными, медицинские учреждения сестринского ухода (последние предлагается упразднить в конце 2024 года в связи с открытием в 2018 году больниц длительного ухода (Heisei 30)).³²³.

Кроме того, в Японии врач – одна из самых привилегированных профессий, поэтому для гериатрических учреждений недоступен большой штат врачей и медицинских специалистов широкого профиля. При этом *социальный стандарт*, в соответствии с которым любое гериатрическое учреждение (государственное или частное) должно быть укомплектованы врачами и другими медицинскими специалистами, *требует наличия всего одного работника с медицинским образованием.*

Отметим, что в Японии активно развивается государственно-частное партнерство по линии долговременного ухода, что находит отражение в равном соотношении государственных и частных гериатрических центров. Государственные гериатрические центры начали учреждаться еще в середине 1960-х годов, в то время, как частные после 2000 года – с момента внедрения

³²³ См. Там же.

системы страхования долговременного ухода (LTCI). При этом частный сектор социального обслуживания в системе долговременного ухода в Японии развивается быстрее государственного – за последние 15 лет количество частных гериатрических учреждений возросло практически вдвое³²⁴.

Нуждающийся в уходе человек, отнесенный к той или иной группе, может обратиться в частный центр, что так же будет оплачиваться из его страховых отчислений в размере социального стандарта. Это может быть обусловлено отсутствием в его области/регионе государственных центров. При этом полное содержание такого нуждающегося за пределами стандарта страхования долговременного ухода будет оплачиваться им самостоятельно. Деятельность частных пансионатов – частных гериатрических центров находится под контролем государства. Прежде чем учредить частный гериатрический центр, инициатор должен согласовать этот вопрос с местными властями (муниципалитетом или префектурой, которые являются страховщиками в системе социального страхования долговременного ухода и выдают свидетельства гражданам о степени нуждаемости в уходе)³²⁵ и предоставить им все документы о соответствии социальным стандартам и стандартам деятельности такого учреждения. Только после данной процедуры такое учреждение допускается в систему долговременного ухода и может предоставлять перечень необходимых услуг по группам нуждающихся³²⁶.

На состояние и развитие системы долговременного ухода в Японии также влияют национальные традиции, что выражается в длительном сохранении пожилыми японцами активности. Большая часть граждан

³²⁴ См.: Деловой журнал о здравоохранении «VADEMECUM», URL: https://vademec.ru/article/yaponiya_schitaetsya_superstareyushchey_derzhavoy-kto_i_kak_zabotitsya_o_dolgozhitelyakh_v_strane_v/. (дата обращения 29.09.2022.)

³²⁵ См.: Система страхования на случай длительного ухода (介護保険制度), URL.: <https://kotobank.jp/word/介護保険制度-182651>. (дата обращения 29.09.2022.); Закон о страховании долговременного ухода (介護保険法かいごほけんほう). URL.: <https://kotobank.jp/word/介護保険法-224690>. (дата обращения 29.09.2022.)

³²⁶ См.: Деловой журнал о здравоохранении «VADEMECUM», URL: https://vademec.ru/article/yaponiya_schitaetsya_superstareyushchey_derzhavoy-kto_i_kak_zabotitsya_o_dolgozhitelyakh_v_strane_v/. (дата обращения 29.09.2022.)

осуществляет трудовую деятельность с целью поддержания активного долголетия, борьбы с деменцией и другими «болезнями старости». В 2020-2021 гг. 71% японцев в возрасте 60–64 лет продолжали трудовую активность, в 65–69 лет – около 50%, в 70–74 – 32,5%. После 75 лет доля работающих объективно снижается до 10%³²⁷.

В случае осуществления долговременного ухода в гериатрическом учреждении срок пребывания в нем пожилого человека зависит от типа учреждения. По статистике разрыв между возрастом активного долголетия 75 лет и продолжительностью жизни в Японии составляет примерно 12–14 лет. Это срок, в течение которого людям требуется долговременный уход. Весь период либо часть такого периода, нуждающийся гражданин может провести в гериатрическом учреждении. В случае улучшения состояния здоровья, такого пациента могут забрать на дом для осуществления ухода за ним членами семьи. В то же время, в случае сильного ухудшения состояния, нуждающегося в долговременном уходе, его могут перевести в учреждение с медицинским уклоном или госпитализировать в клинику. По итогам лечения такой гражданин может быть переведен обратно в гериатрическое учреждение через реабилитационный центр-пансионат, где ему будет оказана помощь в восстановлении функций организма³²⁸. В Японии также имеются учреждения кратковременного пребывания для тех нуждающихся в уходе пожилых, за кем уход осуществляется близкими родственниками (в Японии 40% стариков живут с детьми), которые планируют отпуск либо продолжительный отъезд. Если нуждающийся в уходе пожилой не захочет в стационар временного пребывания, он может воспользоваться услугами помощника по уходу на дому.

Среди частых причин выписки из стационара 70% случаев – это смерть пожилого. Причинами смерти, как правило, являются

³²⁷ См. Там же.

³²⁸ См.: Система страхования на случай длительного ухода (介護保険制度). URL.: <https://kotobank.jp/word/介護保険制度-182651>. (дата обращения 29.09.2022.) ; Закон о страховании долговременного ухода (介護保険法かいごほけんほう.), URL.: <https://kotobank.jp/word/介護保険法-224690>. (дата обращения 29.09.2022.)

злокачественные новообразования (27%), сердечно-сосудистые заболевания (15%), естественная старость (10%), болезни сосудов головного мозга (7%), пневмония (6%) и некоторые другие (35%)³²⁹. Смертность от злокачественных новообразований в Японии постоянно растет. При этом естественная старость становится основной причиной смерти после 85 лет, а с 65 до 80 лет – это часто рак или сердечно-сосудистые заболевания. Пожилой гражданин также может отказаться от инвазивного продления жизни (парентерального питания и др.), подписав отказ от продления жизни. Это будет квалифицировано в качестве смерти от старости. Примером этому выступает случай главного врача одной из лучших клиник Японии (больницы Святого Луки в Токио), который умер в 105 лет³³⁰.

Итак, на основании изложенного можно говорить о высоком уровне развития системы долговременного ухода в Японии и высокой степени доверия граждан к системе (LTCI).

1. Это обусловлено предельно низким возрастным цензом вступления в такую систему – по достижении 40 лет, а также возможностью получения услуг по долговременному уходу вне зависимости от уровня доходов, нуждаемости и доступности неформальной помощи, оказываемой семьей. Число реципиентов LTCI в Японии ежегодно растет пропорционально уровню взросления населения: если в 2010 году, спустя 10 лет после внедрения страхования долговременного ухода, численность старших поколений-участников LTCI составляла 13%, то в 2015 году она составила 17%, а в 2020-2022 гг. уже более 23%.

2. Уровни поддержки (учреждения и формы поддержки) в рамках LTCI делятся на пять категорий, в том числе по уровням нуждаемости в уходе и потребности в определенных услугах в зависимости от типа и формы нетрудоспособности:

³²⁹ См.: Деловой журнал о здравоохранении «VADEMECUM», URL: https://vademec.ru/article/yaponiya_schitaetsya_superstareyushchey_derzhavoy-kto_i_kak_zabotitsya_o_dolgozhitelyakh_v_strane_v/. (дата обращения 29.09.2022.)

³³⁰ См. Там же.

- на дому (через визиты социальных работников – сестринский уход по мере необходимости; маломасштабный многофункциональный уход; уход на дому в ночное время; амбулаторный уход);
- дневные стационары;
- стационары краткосрочного пребывания;
- муниципальные центры всесторонней поддержки (для людей с деменцией);
- центры длительного пребывания, финансируемые за счет государства, обеспечивающие долговременную помощь пожилым людям.

3. Большее значение отведено такой составляющей LTCI, как система превентивных мер, призванных предотвратить возникновение болезней, вызывающих потребность в услугах по долговременному уходу. В их числе меры общего характера (продление активности здоровых представителей старшего поколения) и узконаправленные меры профилактики для лиц, находящихся в зоне риска по итогам анализа скрининг анкеты-опросника³³¹.

Меры общего характера для здоровых представителей старшего поколения с 2004 года реализуются в рамках межпоколенческой программы REPRINTS (Research on Productivity through Intergenerational Sympathy) – система является аналогом американской The Experience Corps, реализуемой с 1996 г. REPRINTS предполагает вовлечение старшего поколения в процесс чтения книг с картинками детям в детских садах и начальной школе. В результате наблюдаются положительные результаты в виде передачи младшему поколению культурного и человеческого капитала, ценностей японской культуры, а также в виде повышения уровня взаимного доверия между детьми и поколением их родителей путем вовлечения старшего поколения в волонтерские практики с участием детей.

³³¹ См.: Аникин В.А. Долговременный уход как возможность раскрытия потенциала пенсионеров: анализ опыта современной Японии и уроки для России в рамках научного семинара - 28 февраля 2020 г., URL: https://isp.hse.ru/data/2020/02/26/1562226332/02%20Anikin_LTC_Case%20Japan_HSE_25-02-2020.pdf. (дата обращения 29.09.2022.)

Узконаправленные меры предполагают непрерывный мониторинг старшего населения на предмет выявления тревожных симптомов: снижение аппетита и норм питания; затворничество; снижение когнитивных способности; различных депрессивных состояний.

4. Вторая не менее значимая составляющая LTCI с 2016 года – *комплексные центры общей поддержки*. В их рамках оказываются комплексные услуги по поддержке и консультированию на уровне муниципалитета – префектуры³³². Оказание таких услуг базируется на скоординированном взаимодействии таких специалистов, как сиделки государственной системы здравоохранения (15%), сертифицированные работники по уходу, «главные менеджеры по уходу». К квалификации перечисленных работников установлены высокие требования, сервисы услуг LTC подлежат обязательной аккредитации и аудиту со стороны префектур.

5. К «главным менеджерам по уходу» (персональный уход) LTC установлены требования:

– сдача государственного экзамена, которому предшествует 2 года 1650 часов / 1190 часов в средней школе / 3 года специфического опыта;

– непрерывное обучение и повышение квалификации: минимум 130 часов повышения квалификации (например, в США только 2 недели).

Ключевой фактор высокого качества оказываемых услуг – это возможность выбрать персонального менеджера по уходу LTC и сервис LTC.

Менеджеры LTC несут ответственность за разработку планов по уходу, координацию с другими сервисами, мониторинг условий соответствия ухода, анализ и оценку направления и окончания ухода. Для провайдеров сервисов LTC предусмотрено финансовое вознаграждение за успешную реабилитацию

³³² Прослеживается аналог с медицинским страхованием через муниципалитеты в Национальной системе страхования здоровья самозанятых, фермеров, безработных, пенсионеров, граждан моложе 75 лет и не включенных в другие схемы страхования, и некоторых других лиц (см.: Закон о страховании долговременного ухода (介護保険法かいごほけんほう), URL.: <https://kotobank.jp/word/介護保険法-224690>). (дата обращения 29.09.2022.)

нуждающихся в уходе – реципиентов LTC, перевод их с институционального на домашний уход, значимые улучшения врачебного функционала³³³.

Позитивные стороны японской модели долговременного ухода LTCI заключаются: 1) в развитии активной интеграции старшего и молодого поколений на всех этапах жизненного цикла – через детские сады, медицинские учреждения, школы, университеты и корпорации, что повышает циркуляцию человеческого капитала и доверие между поколениями; 2) в повышение роли муниципалитетов–префектур за счет создания институтов контроля качества специалистов и сервисов, а также внедрения дополнительных площадок и мероприятий, способствующих формированию горизонтальных связей на локальном уровне; 3) сбалансированность источников финансовой устойчивости системы: 50 % – налоги (центральные и местные) и еще 50 % – страховые взносы, собираемые префектурами-муниципалитетами (для лиц старше 65 лет) или компаниями медицинского страхования (для лиц от 40 до 64 лет); 4) укрепление государственно-частного партнерства в сфере долговременного ухода посредством создания льготных условий доступа частных гериатрических клиник-центров в систему LTCI при высоком уровне их конкуренции, обеспечиваемой возможностью выбора реципиентами персонального менеджера по уходу LTC и сервиса LTC.

К негативным сторонам системы LTCI можно отнести: 1) высокий уровень стоимости услуг по долговременному уходу в стационарах и гериатрических центрах, что влияет на уровень доступности системы LTCI; 2) невозможность привлечения в систему долговременного ухода (в гериатрические службы и структуры, частные центры долговременного ухода) иностранных специалистов, что обусловлено, с одной стороны, закрытостью японского общества относительно традиционных представлений о комфорте и последовательности процедур по уходу, с

³³³ См.: Закон о страховании долговременного ухода (介護保険法かいごほけんほう), URL.: <https://kotobank.jp/word/介護保険法-224690>. (дата обращения 29.09.2022.)

другой, – высоким уровнем требований к «главным менеджерам по уходу» LTC³³⁴.

В Китае проблема стремительного повышения числа граждан, нуждающихся в долгосрочном уходе, стоит не менее остро, чем в Японии. Средний возраст граждан в Китае составляет 38,8 лет на фоне значительного роста лиц старше 60 лет. Так, на территории материкового Китая проживают 264 млн чел старше 60 лет (18,7%), в том числе в возрасте старше 65 лет – 190 млн чел (13,5%). Эти показатели усугубляются гендерным дисбалансом в сторону женского населения, например, в 2020-2021 гг. на 51,24% мужчин в среднем приходилось 48,76% женщин (на 100 женщин около 105 мужчин)³³⁵.

Перечисленные проблемы являются следствием внедрения в Китае во второй половине 1970 гг. политики «одна семья – один ребенок» или модели семьи «4-2-1», в рамках которой семьям в городах было разрешено иметь одного ребенка, а в деревнях – двух, если первый ребенок – девочка. В 2013 году власти пошли на ослабление ограничений, чтобы решить возникшие проблемы. Второго ребенка разрешили иметь парам, где хотя бы один из супругов – единственный ребенок в своей семье, а позже было разрешено всем парам («4-2-2»).

Китай вслед за Японией пилотирует модели долгосрочного финансирования социального страхования и, одновременно, программы интеграции услуг здравоохранения и долгосрочного ухода в отдельных учреждениях по всей стране. Однако эффективность и устойчивость последних пока не поддается прогнозированию в связи со сравнительно недавним их внедрением (с 2016 года), а также медленным развитием услуг

³³⁴ См. на примере внедрения в систему LTCI иностранных работников (Республика Индонезия и Республика Филиппины): Колдман С.Д. (2020) Пример мультикультурности гериатрического ухода в учреждениях длительного содержания в Японии. Медицинская антропология и биоэтика, 1(19), DOI: <http://doi.org/10.33876/2224-9680/2020-1-19/06>, URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=45640975>. (дата обращения 29.09.2022.)

³³⁵ См.: Мельников Валерий. В Пекине ввели новые меры по стимулированию рождаемости // «РИА Новости» (обн. 2020-2021 гг.), URL: <https://ria.ru/20211126/rozhdaemost-1760934993.html>. (дата обращения 29.09.2022.)

на дому, нехваткой рабочей силы в системе долгосрочного ухода и слабым контролем качества предоставляемых услуг³³⁶.

Государственное финансирование системы долгосрочного ухода в Китае минимально и в основном ограничивается поддержкой получателей социальных пособий (беднейших слоев населения) и субсидированием строительства коек для стационарного ухода, некоторых эксплуатационных расходов в рамках таких учреждений³³⁷.

Несмотря на то, что Китай является лидером и основным двигателем на рынках стран Азии по линии страховых услуг рисков жизни и здоровья (спрос на такие услуги в последние годы вырос на 21%), повсеместного страхования долговременного ухода в Китае не предусмотрено.

В системе социальной защиты населения Китая существует пять видов обязательного страхования: 1) базовое пенсионное страхование; 2) базовое медицинское страхование; 3) страхование от производственных травм; 4) страхование от безработицы; 5) страхование на рождение ребенка. При этом в ряде провинций были внедрены свои пилотные проекты страхования долговременного ухода, что именуется «шестым риском жизни».

Пилотная программа страхования на случай длительного ухода начала внедряться с 1 января 2016 года и на 2022 г. (спустя 6 лет по данным статистики) она уже охватила 145 миллионов человек в 49 городах³³⁸.

Например, в провинции Наньтун такая модель реализуется в отношении 7,2 млн жителей и предусматривает систему мер, главным образом, по профилактике инвалидности (в зависимости от стадии старости –

³³⁶ См.: Long-term care system for older adults in China: policy landscape, challenges, and future prospects, URL: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32136-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32136-X/fulltext). (дата обращения 29.09.2022.).

³³⁷ См., например: Официальный сайт народного правительства провинции Цзянсу – система долговременного ухода в провинции Цзянсу и Наньтун (南通市长期照护保险制度覆盖全市720万名参保人员), URL: https://www.jiangsu.gov.cn/art/2021/11/2/art_46502_10102910.html. (дата обращения 29.09.2022.).

³³⁸ См.: Пилотная программа страхования на случай длительного ухода в Китае (什么是长护险), URL: https://www.toutiao.com/article/7133134725262082593/?channel=&source=search_tab. (дата обращения 29.09.2022.).

три стадии старости, также провоцирующие инвалидность)³³⁹, что включает институциональный уход за пожилыми, различные услуги на дому, субсидии на приобретение вспомогательных устройств, лекарственных препаратов и прочее³⁴⁰. Нечто похожее внедрено в провинции Чэнду. На помощь в рамках данной системы могут рассчитывать лица, которые имеют серьезные ограничения (инвалидность) по старости, болезни, как в случае, когда есть вероятность восстановления способности к самообслуживанию, так и в ряде других случаев утраты трудоспособности (более чем на шесть месяцев)³⁴¹.

В первые годы внедрения пилотной программы в нее было вовлечено в основном городское население из участников медицинского страхования и сотрудников системы медицинского страхования. В 2021-2022 гг. программа охватывает и городских, и сельских жителей, однако многое зависит от возможностей бюджетов провинций, как с точки зрения вовлечения в пилотную программу, так и с точки зрения доступности услуг социального обслуживания по видам, формам и качеству оказания социальных услуг³⁴². Доступность тех или иных услуг в провинциях пока еще определяется финансовыми возможностями семьи, которая является основным источником средств осуществления ухода и содержания нуждающегося лица. Даже при использовании некоторых государственных услуг в системе долгосрочного ухода пользователи, как правило, оплачивают всю или большую часть стоимости таких услуг самостоятельно. Государство обеспечивает только

³³⁹ См.: *Первая стадия старости* (стадия сильных и устойчивых, пока еще не утраченных способностей. Требуемых в основном мер профилактики и начальной реабилитации); *вторая стадия старости* (стадия упадка основных способностей, что требует серьезной профилактики и лечения различных хронических заболеваний, а также профилактических мер недопущения «инструментальной инвалидности» - социальной зависимости от ухода); *третья стадия старости* (стадия тяжелой инвалидности, требующая паллиативной (хосписной) помощи), *подробнее см.*: Тан Цзюнь. Глобальный консенсус и концептуальная основа для долгосрочного ухода (长期照护的全球共识和概念框架 - 唐钧-社科院), URL.: <https://www.cn-healthcare.com/articlewm/20220223/content-1318150.html>. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁴⁰ См., например: Официальный сайт народного правительства провинции Цзянсу – система долгосрочного ухода в провинции Цзянсу и Наньтун (南通市长期照护保险制度覆盖全市720万名参保人员), URL.: https://www.jiangsu.gov.cn/art/2021/11/2/art_46502_10102910.html. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁴¹ См.: Новый полис страхования на случай длительного ухода в Чэнду (成都市长期照护保险最新政策), URL.: <https://www.66law.cn/laws/382223.aspx>. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁴² См.: Пилотная программа страхования на случай длительного ухода в Китае (什么是长护险), URL.: https://www.toutiao.com/article/7133134725262082593/?channel=&source=search_tab. (дата обращения 29.09.2022.)

самых бедных посредством системы субсидий или бесплатных товаров и услуг в случае, если такие лица попадают в одну из категорий, нуждающихся:

- пожилые нуждающиеся в уходе, проживающие в городах без опекунов или родственников, которые могли бы оказать помощь, если такие лица не способны работать и не имеют достаточного дохода;

- пожилые нуждающиеся в уходе, проживающие в сельской местности, за счет предоставления им продовольствия, одежды, жилья, медобслуживания и погребения.

В 2014 году перечисленные группы были объединены в одну и стали именоваться – «крайне бедное население»³⁴³. Важно отметить, что основная часть государственных бюджетных фондов, из которых осуществляется финансирование системы субсидий или бесплатного ухода, наполняется за счет лотереи (до 55%).

Потребность пожилых лиц в долговременном уходе определяется таким факторами, как:

- факторы объективной потребности (инвалидность, когнитивные нарушения, стремление к использованию ухода до начала реального проявления заболеваний с целью не допустить их раннего возникновения либо развития в более тяжелой форме);

- факторы, влияющие на желание реципиентов получить уход в более раннем возрасте (новые технологии в системе ухода, трудные условия проживания (в зависимости от семейного положения), особенности социального статуса (образование, профессия и доход), этнической принадлежности, региона проживания);

- факторы, базирующиеся на специфике китайского общества (это семейная структура «4–2–1», которая исходит из состава семьи, где из

³⁴³ См.: Long-term care system for older adults in China: policy landscape, challenges, and future prospects, URL: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32136-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32136-X/fulltext). (дата обращения 29.09.2022.)

четырёх пожилых людей (бабушки и дедушки по отцовской линии и матери) и двух родителей, только один ребенок до 40 лет)³⁴⁴, дополняемая ростом миграции и общего уровня заболеваний по старости).

Оценка потребности в долговременном уходе в случае возникновения перечисленных факторов осуществляется на основе показателей двух типов нуждаемости, выявляемых по итогам оценки состояния здоровья и функциональных возможностей обследуемого: 1) степень легкости выполнения ежедневных функций (ADLs); 2) степень легкости выполнения набора социальных и когнитивных функций (IADLs).

Установление конкретного типа нуждаемости в уходе осуществляется на основе анкеты-опросника, которая заполняется лицами старше 45 лет. Например, в рамках программы CHARLS (обследование домохозяйств)³⁴⁵ было установлено, что хроническим заболеваниям, в том числе вызывающим раннюю инвалидность, в последние годы подвергаются лица в более молодом возрасте – начиная с 45 лет.

Поэтом одной из важнейших задач совершенствования пилотной модели долговременного ухода в 2022 году была определена задача выработки единых типов нуждаемости в долговременном уходе, определения степени инвалидности. Например, в июле 2022 года в города Ругао и Наньтун (провинция Цзянсу) перешли от местных стандартов оценки степени инвалидности к внедрению национальной версии «Стандарта оценки степени инвалидности при длительном уходе» (в ее испытательной версии)³⁴⁶.

Оценивая формы долговременного ухода в Китае, можно констатировать, что в основе системы долговременного ухода лежит модель

³⁴⁴ См.: Quanbao Jiang 1, Jesús J Sánchez-Barricarte. The 4-2-1 family structure in China: a survival analysis based on life tables // Eur J Ageing. 2011 May 20;8(2):119. doi: 10.1007/s10433-011-0189-1. eCollection 2011 Jun, URL: https://translated.turbopages.org/proxy_u/en-ru.ru.179b97a8-6331a511-fe36ce48-74722d776562/https/pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28798645/. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁴⁵ См. подробнее: Емцов Р.Г. Система долговременного ухода в Китае, Всемирный банк, 2020-2021 гг., URL.: https://www.hse.ru/data/2020/03/19/1567816478/01%20Yemtsov_Case%20China_HSE_25-02-2010.pdf. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁴⁶ См.: См.: Пилотная программа страхования на случай длительного ухода в Китае (什么是长护险), URL: https://www.toutiao.com/article/7133134725262082593/?channel=&source=search_tab. (дата обращения 29.09.2022.)

«90-7-3», в рамках которой Правительством Китая поддерживается следующее соотношение: 1) 90% всех пожилых нуждающихся получают помощь на дому; 2) 7% – через общинные центры; 3) 3% – через дома престарелых³⁴⁷. Это обусловлено низкой степенью доступности социальных услуг по причине их крайне высокой стоимости и необеспеченности государственными субсидиями и единой моделью страхования (как, например, в Японии), что стало следствием расширения спектра частных поставщиков услуг, не контролируемых государством в плане качества и стратегии ценообразования. Роль государства в данных вопросах крайне мала.

Отметим, что государственные инвестиции в систему долговременного ухода начали поступать с 2010 года. К этому времени можно отнести само возникновение системы в том виде, в каком она существует поныне. Количество учреждений, обслуживающих пожилых престарелых, значительно возросло уже к 2016-2017 гг. – в пять раз по сравнению с 2011 годом (с 40,868 до 155,000), число койко-мест в стационарах на 1000 престарелых за тот же период возросло с 19 до 40 ед. Постепенно в систему стали внедряться частные дома престарелых: государство сделало данный сектор объектом инвестиций. В то же время, несмотря на быстрый рост числа коек, средняя заполняемость койко-места в тот период пошла на снижение (с 73,7 % до 46,3 %). Причины падения заполняемости были связаны с ростом стоимости оказываемых услуг и их низким качеством, особенно в сельской местности и в ряде государственных учреждений³⁴⁸. В то же время сама модель инвестиций в сектор долговременного ухода основывалась на направлении средств на строительство новых учреждений, расширение сети

³⁴⁷ См.: Емцов Р.Г. Система долговременного ухода в Китае, Всемирный банк, 2020-2021 гг., URL.: https://www.hse.ru/data/2020/03/19/1567816478/01%20Yemtsov_Case%20China_HSE_25-02-2010.pdf. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁴⁸ См.: Long-term care system for older adults in China: policy landscape, challenges, and future prospects, URL: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32136-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32136-X/fulltext). (дата обращения 29.09.2022.)

клиник, которые затем эксплуатировались как частные или государственные предприятия, работающие за счет собственных бюджетов.

Таким образом, опыт Китая по внедрению системы долговременного ухода позволяет говорить о широком использовании в ее основе рыночных принципов финансирования и функционирования механизмов взаимодействия между субъектами – *«private provision for private pay»*, что позволяет привлекать больше иностранных инвесторов и расширять число частных клиник, гериатрических центров и домов престарелых. В то же время опыт Китая показывает, что взаимодействие государственно-частного партнерства недостаточно сбалансировано с точки зрения доступности услуг для населения и контроля их качества со стороны государственного регулятора.

Как государственное, так и частное страхование долговременного ухода в Китае находятся в стадии зарождения. Пожилые граждане предпочитают домашний уход по причине высокой разрозненности пилотных страховых систем долговременного ухода как по видам и качеству предлагаемых услуг, так и по их стоимости, особенно в сельской местности. При этом государственное субсидирование спроса позволяет предоставить услуги лишь наиболее бедным – крайне нуждающимся лицам.

Позитивные стороны китайской модели долговременного ухода заключаются в следующем: 1) открытость рынка услуг для иностранных инвесторов, что позволяет создать необходимый уровень конкуренции и значительно расширить перечень оказываемых услуг, а также повысить их качество; 2) низкая стоимость такой модели для государства в связи с поддержкой только наиболее нуждающихся в социальных услугах граждан; 3) пилотирование различных проектов государственно-частного инвестирования, что позволяет выбрать наиболее приемлемый и эффективный, в том числе на основе обязательного страхования «шестого риска жизни»; 4) широкая степень децентрализации и привлечения

муниципальных форм поддержки нуждающихся граждан, что обеспечивает возможность оказания помощи в отдаленных регионах.

К негативным сторонам системы можно отнести: 1) низкий охват государственными субсидиями всех нуждающихся граждан: субсидии ориентированы только на крайне нуждающиеся категории лиц; 2) ориентация на частные клиники и дома престарелых на фоне низкой поддержки домашнего ухода; 3) отсутствие механизмов определения нуждаемости с точки зрения платежеспособности пожилого лица, что провоцирует высокую степень неравенства в доступе к базовому набору социальных услуг; 4) отсутствие подлинной альтернативы семейным формам ухода; 5) отсутствие интеграции финансирования ухода в систему обязательного и всеобщего страхования.

Обоснование выбора Германии и Швейцарии:

Германия и Швейцария являются наиболее **развитыми странами Центральной Европы**³⁴⁹, где проблема старения населения стоит не менее остро, чем в Японии или Китае. Это осложняется достаточно высоким уровнем безработицы, когда внедрение эффективных способов поддержания активного долголетия не компенсирует опасных социальных последствий.

Кроме того, по данным ООН и официальной статистики с разбивкой по странам мира в 2020-2021 гг. Швейцария по средней продолжительности жизни занимает одно из ведущих мест в общем рейтинге лидеров – 83.4 года³⁵⁰, а также лидирует по общим расходам на финансирование долговременного ухода (1,8% ВВП – на институциональный уход (в среднем

³⁴⁹ См.: 4-й семинар цикла ИСП НИУ ВШЭ. «Система социального страхования Швейцарии», 23/05/2019, URL:

https://isp.hse.ru/data/2020/01/02/1511907146/%D0%A1%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D0%BC%D0%BC%D0%B0_%D0%A1%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D1%80%D0%90%D0%94%D0%B8%D0%9F%D0%A0_%D0%A1%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0%20%D1%81%D0%BE%D1%86%D0%B8..%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%85%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%D0%A8%D0%B2%D0%B5%D0%B9%D1%86%D0%B0%D1%80%D0%B8%D0%B8_23-05-2019.pdf. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁵⁰ См.: Чему равна средняя продолжительность жизни в мире, URL: <https://union-z.ru/articles/chemu-ravna-srednyaya-prodolzhitelnost-zhizni-v-mire.html>. (дата обращения 29.09.2022.); Средняя продолжительность жизни по странам мира 2020-2021 гг.: мужчины, женщины и оба пола список, таблица, URL: <http://www.statdata.ru/prodolzhitelnost-zhizni-v-stranah-mira>. (дата обращения 29.09.2022.)

по ОЭСР около 0,9%) и 0,2% ВВП – на услуги по уходу на дому (в среднем по ОЭСР 0,3%))³⁵¹.

В свою очередь, Германия, не отставая в рейтинге средней продолжительности жизни и финансирования системы страхования долговременного ухода, является основателем данной системы, заимствованной многими странами мира, включая Японию и Швейцарию³⁵².

Анализ зарубежного опыта правового регулирования системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Швейцарии и Германии.

Система преодоления социальных рисков (система социального обеспечения) практически во всех странах Европейского Союза (далее – ЕС) функционирует на основе сочетания страховых и нестраховых механизмов. Как правило, практикуется обязательное страхование социального риска и оказание социальной помощи лицам, находящимся за чертой бедности. Данные составляющие общей системы развиваются по-разному, нередко дополняя друг друга и усиливая взаимное положительное влияние.³⁵³ На этом основании страны ЕС можно разделить на четыре базовые группы:

– страны, в которых система социального обеспечения основывается только на страховых принципах, а размеры пособий и других социальных выплат обусловлены объемами индивидуальных страховых взносов;

– страны с менее выраженными страховыми принципами в рамках единой системы социального обеспечения, которая позволяет гражданам получать пособия и другие социальные выплаты сообразно индивидуальным потребностям, а финансирование таких выплат производить из налоговых фондов;

³⁵¹ См.: Система долговременного ухода Швейцарии (Switzerland Long-term Care), URL.: <https://www.oecd.org/switzerland/47878092.pdf>. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁵² См.: Система страхования на случай длительного ухода в Японии (介護保険制度), URL.: <https://kotobank.jp/word/介護保険制度-182651>. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁵³ См.: Корнюшина Р.В. Зарубежный опыт социальной работы: учебное пособие. - Издательство Дальневосточного университета. – Владивосток, 2004. 85 с. – С. 30, URL: <https://knigogid.ru/books/1844086-zarubezhnyy-opyt-socialnoy-raboty-uchebnoe-posobie/toread>. (дата обращения 29.09.2022.)

– страны, использующие сочетание как страховых, так и не страховых принципов построения системы социального обеспечения;

– страны, в которых в целом отсутствует система социальной защиты населения либо только начинает формироваться.

В **Швейцарии** как одной из самых развитых стран региона применяется сочетание страховых и не страховых принципов социальной защиты. При этом страхования долговременного ухода в Швейцарии не предусмотрено, однако успешно функционирует система дополнительных пособий, которые назначаются к страховым пенсиям первого и второго уровней, образующих одну из самых перспективных в ЕС и ОЭСР моделей пенсионного страхования.

Система обязательного пенсионного страхования Швейцарии не различается в кантонах и базируется исключительно на федеральном законодательстве. Этот опыт был заимствован у Германии и внедрен с 1848 года, с того момента, как образовалась Конфедерация – государство в современном виде³⁵⁴. Слабая централизация, разобщенность кантонов по вопросам социального обеспечения, а также отсутствие у Конфедерации до 1848 года полномочий для принятия нормативных-правовых актов в сфере социального обеспечения препятствовали принятию законов о социальном страховании и развитию системы страхования. После 1848 года Федеральным Советом Швейцарии были установлены периоды поэтапного внедрения видов социального обеспечения, начиная с обеспечения в связи с несчастными случаями на производстве и нетрудоспособностью, которые в дальнейшем дополнялись обеспечением по старости и инвалидности. Первым внедренным видом страхования в Швейцарии было страхование военных в 1902 году³⁵⁵.

Эксперты отмечают, что швейцарская модель социального обеспечения в целом и социального страхования в частности развивалась медленнее ряда

³⁵⁴ См. подробнее: Стародубцева В.В. Пенсионная система Швейцарии (правовой аспект). – М.: Эдитус, 2015. 200 с. – С. 8, URL.: <https://new-disser.ru/avtoreferats/01007564240.pdf>. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁵⁵ См. Там же.

других европейских стран, являющихся ведущими по вопросам социальной защиты³⁵⁶. Ныне существующая система социального обеспечения Швейцарии предусматривает достаточно широкую систему мер по социальной поддержке пожилых граждан. Однако сложилась такая система только во второй половине XX века, что было обусловлено рядом особенностей законотворческой деятельности в Конфедерации:

– большими интервалами между разработкой поправок, внесением их в Конституцию страны и принятием соответствующего федерального закона (например, дополнение Конституции Швейцарии (Федеральная конституция Швейцарской Конфедерации – *Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft*)³⁵⁷ в 1890 году статьей 34^{bis}, в соответствии с которой должен быть принят закон об обеспечении по болезни и при несчастных случаях на производстве, было реализовано только в 1914 году; закрепленные в Конституции в 1925 году полномочия Швейцарской Конфедерации по принятию законов в сфере пенсионного обеспечения по старости и потере кормильца, а также по инвалидности (статья 34^{quarter}), смогли быть реализованы федеральным центром лишь в 1946 году по линии Федерального закона «О страховании по старости и на случай потери кормильца» (*Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung*)³⁵⁸, и в 1959 году по линии Федерального закона «О страховании по инвалидности» (*Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, auch IV-Gesetz)*)³⁵⁹. Для сравнения такие законы о пенсионном обеспечении в ряде иных развитых европейских стран были приняты сравнительно раньше – в 1891 г. (Дания)³⁶⁰, в 1900 г. (Бельгия)³⁶¹, в 1919 г. (Испания)³⁶²;

³⁵⁶ См. подробнее: Стародубцева В.В. Пенсионная система Швейцарии (правовой аспект). – М.: Эдитус, 2015. 200 с. – С. 9, URL.: <https://new-disser.ru/avtoreferats/01007564240.pdf>. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁵⁷ См.: https://de.wikipedia.org/wiki/Bundesverfassung_der_Schweizerischen_Eidgenossenschaft. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁵⁸ См.: https://www.gesetze.ch/sr/831.10/831.10_003.htm. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁵⁹ См.: https://de.wikipedia.org/wiki/Bundesgesetz_%C3%BCber_die_Invalidenversicherung. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁶⁰ См., например: Закон о помощи пожилым людям в Дании 1891 год, URL.: <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-social-policy/article/abs/danish-1891-act-on-old-age-relief-a-response-to-agrarian-demand-and-pressure/2D4A56046289702EBA46B1018A3D2C6A>. (дата обращения 29.09.2022.)

– особой системой одобрения законопроектов на референдумах, по результатам проведения которых многие законы были отклонены либо отправлены на доработку;

– изначально невысоким процентом финансирования мероприятий по социальному обеспечению и социальному страхованию, что удалось стабилизировать и довести до уровня других развитых стран Европы лишь к концу XX века.

Помимо перечисленных причин зарубежные эксперты отмечают, что в Швейцарии, при наличии схожих с другими странами социальных и экономических характеристик, был установлен особый темп развития законодательства о социальном обеспечении. Практически все законодательство в данной области было принято после Второй мировой войны. Многие нормы после их принятия были отклонены, другие вступали в силу в течение длительного срока. Однако на сегодняшний день систему Швейцарии можно назвать одной из самых развитых и образцовых³⁶³.

Пенсионный возраст или «возраст старости» в Швейцарии составляет 65 лет. Пенсионная система включает два уровня: первый – это пенсии по старости (Federal Law on Invalidity insurance (LAI)) для самого застрахованного и пенсии по потере кормильца для его иждивенцев (супруги с детьми) (Federal Law on Old Age and Survivors Insurance (LAVS))³⁶⁴, где супруга будет обеспечиваться пенсией по потере кормильца до достижения ей возраста 64 лет с последующим переходом на пенсию по старости, дети будут обеспечиваться пенсией по потере кормильца до достижения ими возраста 18 лет или 25 лет (если продолжают обучение в вузах). Первый уровень пенсионного обеспечения, базирующийся на нормах Конвенции

³⁶¹ См., например: Первые законы о пенсиях в Бельгии по старости (1900 г.) и по инвалидности (1944 г.), URL.: <https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2018-2019/europe/belgium.html>. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁶² См., например: Пенсии и пенсионное законодательство в Испании, URL.: https://wiki2.org/en/Pensions_in_Spain. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁶³ См.: Dubey Bernard. Cours de droit public. Universite de Fribourg. URL: www.unifr.ch. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁶⁴ См.: Система долговременного ухода Швейцарии (Switzerland Long-term Car), URL.: <https://www.oecd.org/switzerland/47878092.pdf>. (дата обращения 29.09.2022.)

МОТ № 102 «О минимальных нормах социального обеспечения» 1952 г.³⁶⁵, при достаточно высоком уровне коэффициента замещения пенсией (более 40%) утраченного заработка (размер пенсии супругам составляет примерно от 1000 до 2000 евро, пенсии детям по потери кормильца – от 400 до 800 евро на ребенка до достижения возраста 18 или 25 лет), дополняется сбалансированной накопительной пенсией для лиц, заработок которых превышает 22 000 евро в год (пенсией второго уровня). Таким образом, накопительная пенсия, образуя основную сумму выплат по старости или по потери кормильца для лиц с высокими доходами, в совокупности с базовой пенсией первого уровня – пенсией для всех – позволяет обеспечить пенсионера достаточной финансовой состоятельностью в случае возникновения рисков долговременного ухода³⁶⁶.

Система долговременного ухода Швейцарии основывается на выплате дополнительных пособий на уход и его организацию (**So-called supplementary benefits to AVS-AI pensions - universal in-kind benefits**)³⁶⁷, то есть она по факту дополняет пенсии первого уровня – пенсии для всех, при этом не исключает получения накопительной пенсии – пенсии второго уровня. Такие пособия выплачиваются в кантонах – из бюджета кантона с целью обеспечения медицинского ухода за престарелыми и тяжелобольными гражданами. Дополнительные пособия призваны компенсировать недостаточное финансирование страховой пенсии, в случае, если этой суммы будет недостаточно на покрытие медицинского ухода. Размер денежного пособия варьируется в зависимости от степени инвалидности и от того, проживают ли нуждающиеся в уходе дома или в учреждении. Таким образом, размер пособия составляет от 1 256 швейцарских франков (998 евро) для лиц с легким инвалидности до 20 318 швейцарских франков (16 140 евро) для лиц с тяжелыми формами инвалидности. Нет никаких ограничений на услуги,

³⁶⁵ См.: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_347616/. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁶⁶ См.: Система долговременного ухода Швейцарии (Switzerland Long-term Car), URL.: <https://www.oecd.org/switzerland/47878092.pdf>. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁶⁷ См.: Система долговременного ухода Швейцарии (Switzerland Long-term Car), URL.: <https://www.oecd.org/switzerland/47878092.pdf>. (дата обращения 29.09.2022.)

которые могут быть приобретены или профинансированы с помощью этого пособия³⁶⁸.

Важно подчеркнуть, что в Швейцарии нет понятия «малоимущий (малообеспеченный)» и «прожиточный минимум пенсионера (пожилого лица)». Система обязательного пенсионного страхования покрывает практически все риски, в том числе те, которые могут возникнуть на основе нуждаемости гражданина в долговременном уходе и медицинской помощи. Однако с точки зрения состояния системы долговременного ухода, следует отметить, что методика выявления степени нуждаемости в уходе в Швейцарии на сегодняшний день развита слабо: паллиативная помощь только получает развитие по причине доступности и широкого распространения среди людей со сложными заболеваниями и инвалидностью такой процедуры, как эвтаназия³⁶⁹.

В Германии в основе системы социального обеспечения также лежат страховые принципы по видам социальных рисков, главным образом, в сфере обязательного пенсионного страхования. Правительство Германии в числе первых предпринимает важные шаги в направлении поиска средств и возможностей для организации раннего выхода на пенсию без продолжения осуществления трудовой деятельности, чтобы освободить рабочие места для более молодых и работоспособных категорий населения.

Программы раннего выхода на пенсию в Германии стали внедряться в середине 80-х гг. прошлого века и были восприняты практически всеми странами Союза. В частности, можно было выбрать за основу одну из моделей такой системы, не исключая их сочетания: 1) модель ранней пенсии с правом продолжения трудовой деятельности; 2) модель ранней пенсии без

³⁶⁸ См. Там же.

³⁶⁹ См.: Ассистированное самоубийство и эвтаназия в Швейцарии: о роли немедицинских работников (Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians BMJ 2003; 326, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7383.271> (Published 01 February 2003), URL.: https://translated.turbopages.org/proxy_u/en-ru.ru.3b377460-633432e9-6e7ec8ab-74722d776562/https/www.bmj.com/content/326/7383/271/rapid-responses_ (дата обращения 29.09.2022.)

права продолжения трудовой деятельности. В наибольшей степени такие модели были задействованы в Бельгии, Франции и Германии³⁷⁰.

В Германии изначально выход на пенсию поощрялся по желанию работника, который достиг промежуточного возраста от 60 до 65 лет (соответственно минимальный и максимальный возраст выхода на пенсию). Позднее минимальный возраст был снижен до 57 лет для тех лиц предпенсионного возраста, кто желал скорейшего выхода на заслуженный отдых и располагали достаточными для этого средствами. Основные финансовые источники таких пенсий – это средства работодателей (коммерческий сектор), которые покрывают до 65% среднего заработка. Если работодатели поддерживают ранний выход на пенсию для своих работников без продолжения осуществления ими трудовой деятельности и привлекают на их места безработных граждан, такие работодатели могут получить грант от службы занятости. Данные положения изначально оговаривались в *Законе о раннем выходе на пенсию 1984 года (Vorruhestandsgesetz vom 13. April 1984 (BGBl. I S. 601)*³⁷¹, который в дальнейшем был заменен обновленной версией, сочетающей в себе как страховые, так и нестраховые механизмы защиты лиц пенсионного и предпенсионного возраста.

В настоящее время в Германии действует одна из наиболее совершенных систем обязательного пенсионного страхования, которая, как и в Швейцарии, покрывает практически все риски, в том числе риски, возникающие на основе нуждаемости гражданина в долговременном уходе и медицинской помощи.

Такая система, в отличие от Швейцарской модели, дополняется *страхованием долговременного ухода Pflegegrade*³⁷², целью которого

³⁷⁰ См., например: Первые законы о пенсиях в Бельгии по старости (1900 г.) и по инвалидности (1944 г.), URL.: <https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2018-2019/europe/belgium.html>. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁷¹ См.: Закон о досрочной пенсии от 13 апреля 1984 г. (БГБл. I п. 601), в который в последний раз внесены изменения ст. 2 п. 5 закона от 22 декабря 2005 г. (БГБл. I п. 3686), URL.: <https://www.conventions.ru/books/2581>. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁷² См.: Система долговременного ухода: определение потребности и объема социально-бытовой помощи и ухода для граждан 65 лет и старше с дефицитом самообслуживания, URL.: https://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Uhod_2018.pdf#:~:text=%D0%92%20%D0%93%D0%B5%D1%80%D0%B

является обеспечением ухода всем нуждающимся с учетом их индивидуальных потребностей. Система страхования долгосрочного ухода в Германии (Soziale Pflegeversicherung (SPV))³⁷³ была учреждена в 1996 году (Elfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI – Одиннадцатая книга Социального кодекса)³⁷⁴ и функционирует наравне с системой обязательного медицинского страхования, предусматривая четыре степени потребности в уходе, связанные с нарушением автономности нуждающегося лица:

степень 1 – небольшие нарушения;

степень 2 – серьезные нарушения;

степень 3 – тяжелые нарушения;

степень 4 – тяжелейшие нарушения.

Амбулаторный уход в рамках такой системы включает в себя услуги по питанию (помощи при принятии пищи и др.), гигиене (мытью в ванне или под душем, бритью, уходу за ртом и зубами и др.), подвижности (помощь при выходе из дома и возвращении домой, упражнения по сиденью, стоянию и ходьбе для лежачих пациентов и др.), домоводству (совершение покупок, уборка квартиры и др.)³⁷⁵.

[C%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B8%20%D1%81%D1%83%D1%89%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D1%83%D0%B5%D1%82%20%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0%20%D0%B4%D0%BE%D0%BB%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D1%80%D0%B5%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE.%D0%A4%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%20%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%5B6%2C%2011%5D.](https://de.wikipedia.org/wiki/Pflegeversicherung_(Deutschland))

(дата обращения 29.09.2022.)

³⁷³ См.: Pflegeversicherung (Deutschland), URL.: [https://de.wikipedia.org/wiki/Pflegeversicherung_\(Deutschland\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Pflegeversicherung_(Deutschland)).

(дата обращения 29.09.2022.)

³⁷⁴ См.: Elfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI), URL.: https://de.wikipedia.org/wiki/Elftes_Buch_Sozialgesetzbuch.

(дата обращения 29.09.2022.)

³⁷⁵ См.: Система долгосрочного ухода: определение потребности и объема социально-бытовой помощи и ухода для граждан 65 лет и старше с дефицитом самообслуживания, URL.: https://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Uhod_2018.pdf#:~:text=%D0%92%20%D0%93%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B8%20%D1%81%D1%83%D1%89%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D1%83%D0%B5%D1%82%20%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0%20%D0%B4%D0%BE%D0%BB%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D1%80%D0%B5%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE.%D0%A4%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%20%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%5B6%2C%2011%5D.

(дата обращения 29.09.2022.)

Помимо натуральных услуг по уходу нуждающимся лицам могут быть предоставлены денежные пособия для оплаты ухода на дому, и в частности для компенсации выпадающих доходов членов семьи или для компенсации расходов на сиделку³⁷⁶. Система долговременного ухода за пожилыми в Германии, помимо амбулаторного ухода и ухода на дому, также предусматривает медико-социальный уход в частной клинике, что позволяет сделать систему доступнее по примеру Японии.

В целом система страхования долговременного ухода включает государственное страхование на случай потребности в уходе как социальное страхование и дополнительное страхование на случай потребности в уходе³⁷⁷. При этом застрахованные лица должны оформить частное страхование на случай потребности в уходе (частное обязательное страхование на случай потребности в уходе (PPV))³⁷⁸. Такая система в целом призвана дополнить широкий перечень мероприятий в действующей системе медицинского страхования. При этом использование частных агентств по уходу, оказывающих медико-социальную помощь на дому, и жилых помещений (домов престарелых, хосписов, интернатов с отделениями сестринского ухода и др.) для пожилых нуждающихся позволяет причислить данную систему к одной из лучших мировых практик долговременного ухода.

Если семья выбрала страхование долгосрочного ухода для предоставления услуг по уходу, то такие услуги будут оказываться семье через частные агентства социального обслуживания, а в случае отказа нуждающегося от ухода в форме социального обслуживания, такое лицо может оформить денежное пособие для оплаты ухода, осуществляемого членом семьи или другим лицом.

Необходимо отметить, что в начале 2017 года потребность в длительном уходе была пересмотрена в Германии, и оценка была

³⁷⁶ См.: Elfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI), URL.: https://de.wikipedia.org/wiki/Elftes_Buch_Sozialgesetzbuch. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁷⁷ См.: Pflegeversicherung (Deutschland), URL.: [https://de.wikipedia.org/wiki/Pflegeversicherung_\(Deutschland\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Pflegeversicherung_(Deutschland)). (дата обращения 29.09.2022.)

³⁷⁸ См. Там же.

адаптирована к новым стандартам. В частности, было установлено шесть критериев (модулей) оценки выявления степени ограничений у людей, нуждающихся в уходе. Эти критерии изложены в § 14 SGB XI³⁷⁹.

Потребность в длительном уходе должна быть долгосрочной, по крайней мере, в течение не менее шести месяцев. При этом важна определенная степени тяжести нарушений здоровья (из перечисленных выше). На основании анализа тяжести устанавливается один из пяти уровней ухода.

Чтобы определить потребность в уходе по новым стандартам, повседневная деятельность распределяется по шести категориям, которые и определяют уровень ухода (степени нуждаемости):

– мобильность (10 %): способность передвигаться по дому, сидеть и лежать в постели;

– когнитивные и коммуникативные навыки³⁸⁰, поведение и проблемы с психическим здоровьем³⁸¹ (15 %): как две отдельные самостоятельные категории - в случае потребности в уходе учитывается только категория с более высоким нарушением);

– самодостаточность (40%): сюда входят личная гигиена, одевание и раздевание, еда и питье, туалет;

– справляться с потребностями, связанными с болезнью (20%): самостоятельное применение лекарств, кремов, инъекций, катетеров, измерительных приборов и других вспомогательных средств, необходимая смена повязок и уход за раной, посещение врача и другие лечебные мероприятия, а также соблюдение диеты, связанной с болезнью).

³⁷⁹ См.: Elfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI), URL.: https://de.wikipedia.org/wiki/Elftes_Buch_Sozialgesetzbuch. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁸⁰ Когнитивно-коммуникативные навыки включают пространственную и временную ориентацию, эпизодическую и семантическую память, исполнительные функции, силу воли и способность принимать решения, управляемость, интеллект и коммуникативные навыки.

³⁸¹ Поведенческие паттерны и психологические проблемы, имеющие значение для определения потребности в уходе, включают двигательные расстройства, нарушения ритма дня и ночи, агрессивное поведение по отношению к себе или другим, отсутствие понимания болезни, бред, страхи, апатичность и отсутствие социальных навыков.

– организация быта (15%): поддержание распорядка дня и регулярных социальных контактов³⁸².

Не маловажным преимуществом выступает то обстоятельство, что система долговременного ухода в Германии ориентирована не только на пожилых и инвалидов, но и на семьи с детьми. В этом случае потребность в уходе определяют путем сравнения уровня развития больного ребенка со здоровыми детьми того же возраста и с учетом соответствующего дефицита вышеуказанных критериев³⁸³.

В зависимости от степени нуждаемости в уходе в соответствии с § 15 SGB XI существует следующая классификация индивидуальных степеней ухода:

- от 12,5 до 27 баллов: уровень ухода 1;
- от 27 до менее 47,5 баллов: уровень ухода 2;
- от 47,5 до 70 баллов: уровень ухода 3;
- от 70 до 90 баллов: уровень ухода 4;
- 90 баллов и больше: уровень ухода 5³⁸⁴.

При первом уровне ухода согласно § 28a SGB XI нуждающимся лицам, как правило, оказываются консультационные услуги вместо денежных выплат на осуществление ухода. В особо тяжелых случаях может быть присвоен пятый уровень ухода, даже если общее количество баллов не достигает предела для пятого уровня ухода.³⁸⁵

Отметим, что при высоком уровне межведомственного взаимодействия и государственно-частного партнерства в Германии существуют серьезные различия в использовании услуг долговременного ухода в зависимости от социального положения, этнического происхождения и пола. Коренные немцы чаще всего пользуются услугами, предоставляемыми частными

³⁸² См.: Pflegeversicherung (Deutschland), URL.: [https://de.wikipedia.org/wiki/Pflegeversicherung_\(Deutschland\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Pflegeversicherung_(Deutschland)). (дата обращения 29.09.2022.)

³⁸³ См. Там же.

³⁸⁴ См.: Elfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI), URL.: https://de.wikipedia.org/wiki/Elftes_Buch_Sozialgesetzbuch. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁸⁵ См. Там же.

учреждениями и клиниками, в то время как выходцы из других стран – денежными пособиями. По данным анализа профессиональных служб по уходу на дому и в интернатах, доля лиц, не являющиеся коренными немцами, в частных домах для престарелых значительно мала³⁸⁶. Это объясняется большим количеством людей, предпочитающих семейные формы ухода ввиду культурных и национальных традиций, что не позволяет таким лицам (такая проблема характерна и для Японии) комфортно адаптироваться к существующим организациям по уходу. Анализ количества женщин и мужчин, пользующихся медико-социальными услугами по уходу в частных организациях, показывает, что 69% получателей услуг составляют женщины, что обусловлено их большинством среди пожилых лиц старше 80 лет и не высоким уровнем пенсий по сравнению с мужчинами.

Эксперты отмечают, что страховая система долгосрочного ухода в Германии является более приоритетной формой сохранения здоровья для нуждающихся в уходе, чем система медицинского страхования. Это связано с высокой стоимостью медицинского обслуживания и его дифференциацией по возрасту, что не всегда отражает реальную потребность в медицинской помощи или социальном обслуживании для нуждающегося лица. В то же время растущая доля пожилых граждан требует привлечения в систему долгосрочного ухода дополнительного обслуживающего персонала по оказанию медико-социальных услуг. По мнению экспертов, это возможно только за счет приглашения работников из других стран³⁸⁷. Но и такой подход не способен компенсировать более значимые трудности

³⁸⁶ См.: Система долгосрочного ухода: определение потребности и объема социально-бытовой помощи и ухода для граждан 65 лет и старше с дефицитом самообслуживания, URL.: https://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Uhod_2018.pdf#:~:text=%D0%92%D0%93%D0%B5%D1%80%D0%BC%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B8%D1%81%D1%83%D1%89%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D1%83%D0%B5%D1%82%D0%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0%D0%B4%D0%BE%D0%BB%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D1%80%D0%B5%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE.%D0%A4%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%20%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%5B6%2C%2011%5D. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁸⁷ См.: https://translate.yandex.ru/translate?lang=en-ru&url=https%3A%2F%2Fen.wikipedia.org%2Fwiki%2FHealth_care_system_of_the_elderly_in_Germany&view=c. (дата обращения 29.09.2022.)

функционирования системы долговременного ухода, связанные с высокой текучестью кадров и недостаточностью медицинских работников на постоянной основе. До сих пор остается не решенной проблема высокого уровня физического и психологического травматизма медицинских и социальных работников во время осуществления ухода. В странах ЕС, особенно в Германии, такие показатели являются самыми высокими среди всех категорий работников сектора услуг³⁸⁸. Травмы спины в результате неправильного поднятия и переноса клиентов являются самыми распространенными. Это происходит по причине незнания элементов эргономики, нарушения ее основных принципов, отсутствия технических средств компенсации возможных рисков.

Психоэмоциональный травматизм в основном сопряжен с оскорблениями сиделок и ряда других специалистов по долгосрочному уходу (как на дому, так в стационарах и частных клиниках). Такой травматизм возникает в ходе работы с умственно недееспособными пациентами с серьезными поведенческими проблемами. В Германии ежегодное число травм острыми предметами по официальной статистике составляет порядка 500 тыс. зарегистрированных случаев. При этом один случай получения травмы приводит к высоким издержкам как для самих учреждений, предоставляющих услуги по уходу, так и для рынка специалистов в системе СДУ, – от нескольких тысяч до миллиона евро³⁸⁹.

Обоснование выбора Республики Беларусь и Республики Казахстан:

Они являются дружественными союзными республиками для Российской Федерации в рамках таких межгосударственных образований, как СНГ, ЕАЭС и СГ, и имеют общие стратегические цели в сфере научно-технологического и социально-экономического развития, главным образом, в

³⁸⁸ См.: Матвейчик Т.В. Долгосрочный уход за престарелыми пациентами за рубежом и в Республике Беларусь: состояние и проблемы (Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск) // Медицинские новости. 2014. № 11. С. 38-42, URL.: <https://cyberleninka.ru/article/n/dolgosrochnyy-uhod-za-prestarelymi-patsientami-za-rubezhom-i-v-respublike-belarus-sostoyanie-i-problemy>. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁸⁹ См. Там же. С. 40.

области социальной защиты и социального обеспечения граждан на постсоветском пространстве. В рамках перечисленных стран действует значительное количество союзных соглашений (также двусторонних) о взаимном признании различных социальных гарантий:

- Соглашение между государствами - участниками СНГ о социальных и правовых гарантиях военнослужащих, лиц, уволенных с военной службы, и членов их семей (заключено в г. Минске 14 февраля 1992 г.);

- Соглашение о гарантиях граждан государств - участников СНГ в области пенсионного обеспечения от 13 марта 1992 г.;

- Соглашение о порядке пенсионного обеспечения военнослужащих и их семей и государственного страхования военнослужащих государств - участников СНГ (заключено в г. Ташкенте 15 мая 1992 г.);

- Соглашение о взаимном признании льгот и гарантий для участников и инвалидов Великой Отечественной войны, участников боевых действий на территории других государств, семей погибших военнослужащих (заключено в г. Москве 15 апреля 1994 г.);

- Модельный закон о военных ветеранах (принят в г. Санкт-Петербурге 7 декабря 2002 г. Постановлением № 20-14 на 20-м пленарном заседании Межпарламентской Ассамблеи государств - участников СНГ);

- Постановление № 16 Совета Министров Союзного государства «О мероприятии Союзного государства «Организация санаторно-курортного лечения ветеранов и инвалидов Великой Отечественной войны»;

- решение Совета глав правительств СНГ «О Межгосударственной программе повышения качества жизни ветеранов войн - участников локальных конфликтов и членов их семей в государствах - участниках СНГ на 2021 - 2025 годы».

Некоторые из перечисленных документов (например, Соглашение о взаимном признании льгот и гарантий для участников и инвалидов Великой Отечественной войны, участников боевых действий на территории других государств, семей погибших военнослужащих) имеют отношение к системе

социального обслуживания, включая систему долговременного ухода за пожилыми и инвалидами. Остальные документы, так или иначе, связаны с этой системой. Позитивный опыт правового регулирования в области долговременного ухода, разработки и совершенствования модели долговременного ухода в Российской Федерации, Республике Беларусь и Республике Казахстан в случае необходимости проще всего имплементировать в их национальные законодательства.

Анализ зарубежного опыта правового регулирования системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Республике Беларусь и Республике Казахстан.

Отличительной чертой системы долговременного ухода в **Республике Беларусь**, как и в большинстве развитых стран Европы и Азии, включая рассмотренные выше практики, является внедрение цифровых и сквозных технологий в сферу СДУ, что позволяет сделать СДУ более доступной, привлечь более квалифицированных помощников из числа медперсонала для оказания услуг пожилым лицам и инвалидам. При этом система долговременного ухода Республики Беларусь строится на основе признания центральной роли семьи в оказании такого ухода, особенно в семьях с инвалидами, включая детей-инвалидов и инвалидов с детства.

Количество одиноких пенсионеров и инвалидов, в том числе I и II групп, в Республике Беларусь продолжают увеличиваться (более 6,5% от общего числа получателей государственной адресной социальной помощи) по мере старения населения, а также переориентации на адресный подход в системе СДУ, что выражается в усилении социальной защищенности малоимущих (малообеспеченных) групп граждан, включая семьи с детьми³⁹⁰.

Специалисты приводят неутешительную статистику о малой численности молодых поколений, на плечи которых к 2030 году будет

³⁹⁰ См.: Матвейчик Т.В. Долгосрочный уход за престарелыми пациентами за рубежом и в Республике Беларусь: состояние и проблемы (Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск) // Медицинские новости. 2014. № 11. С. 38-42, URL.: <https://cyberleninka.ru/article/n/dolgosrochnyy-uhod-za-prestarelymi-patsientami-za-rubezhom-i-v-respublike-belarus-sostoyanie-i-problemy>. (дата обращения 29.09.2022.)

возложен уход за своими пожилыми родителями и другими родственниками, что является следствием кризиса 90-х годов на всем постсоветском пространстве, включая Российскую Федерацию и Республику Казахстан. Нагрузка на молодые поколения прогнозируется не просто высокой, но даже чрезмерной. Без сбалансированной системы СДУ, призванной хотя бы частично компенсировать уровень такой нагрузки к 2030 году, новый социальный кризис неизбежен³⁹¹.

Одним из приоритетных направлений развития система социального обеспечения в Республике Беларусь, во всем многообразии ее организационно-правовых форм и видов социального обеспечения, выступает социальная защита пожилых людей, включая инвалидов, и ветеранов. Правовые основы данного направления социальной защиты установлены Законом Республики Беларусь от 17 апреля 1992 г. № 1594-ХП «О ветеранах» (далее – Закон о ветеранах)³⁹², рядом соглашений государств-участников СНГ о взаимном признании льгот и гарантий инвалидов и участников Великой Отечественной войны, семей погибших военнослужащих и лиц, приравненных к ним. Закон о ветеранах также закрепляет дополнительные меры социальной поддержки по категориям обеспечиваемых лиц. Например, к страховой пенсии ветеранов устанавливается повышение в размере от 250 до 500 процентов минимальной пенсии по возрасту.

В отношении лиц пожилого возраста также практикуются различные пилотные проекты по социальному обслуживанию. Например, в соответствии с постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 8 июня 2011 г. №738 «О проведении эксперимента по внедрению новых форм социального обслуживания и предоставления социальных услуг» в 2011 –

³⁹¹ См. Там же.

³⁹² См.:

<https://belzakon.net/%D0%97%D0%B0%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%8B/%D0%97%D0%B0%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%A0%D0%91%D0%BE%D0%92%D0%B5%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D1%85>. (дата обращения 29.09.2022.)

2015 годах в г. Минске был проведен эксперимент по внедрению таких форм социального обслуживания и предоставления социальных услуг, как:

- социальное обслуживание на основании договоров пожизненного содержания с иждивением;
- краткосрочное пребывание пожилых людей и инвалидов в стационарных учреждениях социального обслуживания на платной основе;
- пребывание пожилых людей и инвалидов в домах-интернатах для престарелых и инвалидов на платной основе.

Данные проекты внедрялись с целью выявления лучших практик и механизмов предоставления лицам, нуждающимся в социальном обслуживании, видов социальных услуг в рамках перечисленных форм обслуживания. Для этого в стране было открыто 74 стационарных учреждения социального обслуживания, образцовым стал Городской дом-интернат для ветеранов войны и труда «Світанак» на 107 коек³⁹³. Дом-интернат был открыт для одиноких пожилых граждан и инвалидов, которые получили в нем места и различные виды социально-бытовых и медицинских услуг в обмен на переданное государству по договору ренты жилое помещение. Для таких лиц также были учреждены больницы сестринского ухода. Эти дома-интернаты и больницы сестринского ухода, по мнению экспертов, позволили максимально удовлетворить потребности в уходе для одиноких пожилых граждан, за исключением лиц с хронической психиатрической патологией, которые размещались преимущественно в специальных учреждениях помощи, и требовали более широких мер поддержки, связанных с уходом и последующей реабилитацией.

Модель долговременного ухода за пожилыми и инвалидами в системе социального обслуживания Республики Беларусь располагает достаточно развитыми ресурсами государственно-частного партнерства. С помощью

³⁹³ См.: Матвейчик Т.В. Долгосрочный уход за престарелыми пациентами за рубежом и в Республике Беларусь: состояние и проблемы (Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск) // Медицинские новости. 2014. № 11. С. 38-42, URL.: <https://cyberleninka.ru/article/n/dolgosrochnyy-uhod-za-prestarelymi-patsientami-za-rubezhom-i-v-respublike-belarus-sostoyanie-i-problemy>. (дата обращения 29.09.2022.)

данного механизма взаимодействия, включая межведомственное взаимодействие в системе СДУ, решаются задачи по эффективному обеспечению финансирования социально значимых программ и проектов.

В Республике Беларусь такое взаимодействие, не смотря на широкое вовлечение в систему СДУ представителей бизнеса, находится под непосредственным государственным контролем. Развитие системы в заданном направлении соответствует ряду западноевропейских обязательных критериев и предполагает построение системы социального обслуживания на основе таких принципов, как:

- законность;
- государственная поддержка партнерства с учетом инициативы населения;
- приоритет интересов и потребностей людей;
- консолидация финансовых, материальных и организационных ресурсов частного сектора, государственного бюджета и государственного имущества с целью обеспечения эффективного функционирования системы;
- паритетное участие сторон в постановке задач в области развития социального обслуживания и их взаимовыгодное достижение³⁹⁴.

Однако, как и в ряде западноевропейских стран, Республика Беларусь в ходе организации и дальнейшего развития системы социального обслуживания столкнулась с рядом проблем, среди которых:

- дефицит сестринских кадров, ввиду невысокого уровня оплаты их труда и, как следствие, их вынужденной миграции за рубеж;
- недостаточно развитой практики привлечения сиделок и сестер по уходу из других стран.

Кроме того, весьма значимой проблемой состояния кадрового потенциала системы социального обслуживания и долговременного ухода за пожилыми и инвалидами является проблема низкой квалификации по

³⁹⁴ См.: Buchan J. How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply. – Copenhagen: WHO, 2008, URL: https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/75453/E93414.pdf. (дата обращения 29.09.2022.)

гериатрии (до 5%) работников данной системы. Они не обеспечены достаточными материальными и финансовыми стимулами и условиями для получения образования, дальнейшего роста и желания продолжать трудовую деятельность в СДУ по уходу за престарелыми людьми, особенно с ограниченной дееспособностью или хронически текущими инвалидизирующими заболеваниями. Это обусловлено высоким риском травматизации в ходе осуществления ухода за пожилыми и инвалидами в системе СДУ, тяжелыми условиями такого труда, что нередко не обеспечивается надлежащим уровнем страхования профрисков или профзаболеваний, а также отсутствием других преимуществ и социальных гарантий, недостаточными возможностями карьерного роста.

В связи с этим в Республике Беларусь активно предпринимаются действия по созданию универсальной системы СДУ, на основе лучших европейских практик и моделей долговременного ухода³⁹⁵. В частности, главные акценты базируются на таких критериях, как:

- максимальный охват системой нуждающихся всех возрастов в соответствии с потребностями пациентов с различными степенями физических и умственных отклонений;
- учет потребностей членов семьи и иждивенцев гражданина, нуждающегося в долговременном уходе;
- формирование набора услуг исходя из максимально возможного вовлечения в процесс оказания помощи членов семьи нуждающегося лица с компенсацией их личных затрат и потерь от незанятости;
- создание системы реабилитации и абилитации, позволяющей максимально быстро восстановить функциональные возможности и утраченную трудовую активность инвалида, что позволит вести полноценную жизнь и будет способствовать преодолению хронических заболеваний.

³⁹⁵ См.: Олескина Елизавета. Система долговременного ухода: как сохранить качество жизни? Здоровые люди, URL.: <https://24health.by/sistema-dolgovremennogo-uxoda/>. (дата обращения 29.09.2022.)

Модель системы долговременного ухода, построенная на основе перечисленных критериев, позволит пожилым и инвалидам быть более независимыми, включая возможность управления здоровьем и безопасностью. Финансовые ресурсы системы должны быть ориентированы на самого нуждающегося и его индивидуальные потребности, при этом важно обеспечить стимулы для повышения квалификации специалистов по медико-социальному уходу: должна быть гарантирована возможность выбора форм и видов социального обслуживания без финансовых ограничений и ограничений качества услуг.

Для достижения перечисленных целей на основе принципов модели системы долговременного ухода в Республике Беларусь также осуществляется развитие механизмов социального партнерства в виде охраны труда, правовой защиты и заработной платы, что находит отражение в нормах Указа Президента Республики Беларусь от 15 июля 1995 г. № 278 «О развитии социального партнерства в Республике Беларусь»³⁹⁶.

Можно выделить ряд направлений по созданию и развитию системы СДУ в Республике Беларусь, заслуживающих внимания:

1. Выявление нуждающихся в уходе пожилых и инвалидов.

На данном этапе создаются специальные координационные центры в шести пилотных регионах страны, поскольку в система СДУ оказание ухода осуществляется на основании заявительных принципов – обращения нуждающегося в уходе лица или его родственников. Выявление таких лиц осуществляется на основе взаимодействия по линии органов здравоохранения.

2. Затем составляется план помощи. Его целью является выявление индивидуальных функциональных особенностей и ограничений нуждающегося в уходе, по итогам чего подбирается оптимальный набор услуг, помощи и технологий для компенсации выявленных ограничений, как

³⁹⁶ См.: Олескина Елизавета. Система долговременного ухода: как сохранить качество жизни? Здоровые люди, URL.: <https://24health.by/sistema-dolgovremennogo-uxoda/>. (дата обращения 29.09.2022.)

для самого лица, так и для его родственников или тех лиц, кто будет осуществлять уход.

В ближайшие годы также предполагается создание единого бланка функциональной диагностики для оценки оптимального объема помощи. В рамках системы СДУ планируется пять групп нуждаемости. Под каждую группу нуждающихся предполагается зарезервировать определенный объем часов ухода, например, 2 часа помощи утром и 2 часа помощи вечером 7 дней в неделю. В систему также должны быть интегрированы люди всех возрастов, не только пожилые, чтобы обеспечить преемственность помощи. Система также будет учитывать все виды ограничений по здоровью от небольших, чтобы предотвратить их развитие, до необратимых.

3. *Большое внимание уделяется семьям нуждающихся в уходе лиц, их экономической независимости в рамках системы, потому как они являются важным звеном в рамках СДУ, от действий которого нередко зависит результат и эффективность программ по уходу, достижения целей ухода.*

Для этого предполагается развитие новых сервисов для ухаживающих родственников, где можно получить не только общие знания по видам, направлениям ухода и общим затратам физических и морально-психологических ресурсов, но и получить действенную помощь в сложной жизненной ситуации: школы ухода, правовая и психологическая помощь, пункты проката современных технических средств реабилитации и др.

Главные ориентиры перечисленных направлений – объединение в единую систему помощи в рамках СДУ всех имеющихся ресурсов. Система СДУ должна включать в себя медицинский и социальный патронаж, объекты по гериатрии, паллиативу и реабилитации, центры дневного пребывания, стационарные учреждения социальной и медицинской сферы, общественные объединения, религиозные организации.

Итак, *сильной стороной универсальной модели системы СДУ, пилотируемой в Республике Беларусь, является ее ориентация на лучшие практики стран ОЭСР и опыт пилотных моделей, реализуемых в субъектах*

Российской Федерации, который непрерывно совершенствуется на основе сбалансированной системы государственно-частного партнерства и межведомственного взаимодействия.

Систему СДУ в Республике Казахстан достаточно сложно отнести к одному из существующих в мировой практике типов таких систем, поскольку ее финансовая основа формируется исключительно за счет сочетания общих налоговых поступлений – общегосударственных и/или местных налогов.

Софинансирования платежей в рамках системы СДУ в Республике Казахстан не предусмотрено. Таким образом, при оказании государственных услуг в рамках такой системы (формального или институционального длительного ухода) не принимаются во внимание ни финансовые возможности семьи и самого обеспечиваемого лица, ни какие-либо виды назначенных ему социальных выплат, включая пенсию и различные накопительные выплаты по старости, ни факт наличия либо отсутствия у него собственной недвижимости.

В Казахстане действует Закон Республики Казахстан от 29 декабря 2008 года № 114-IV «О специальных социальных услугах» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.09.2022 г.)³⁹⁷ в отношении лиц, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. При этом имеются свои особенности планирования и организация форм предоставления государственной социальной услуги в рамках системы СДУ, отличающие ее от других систем и подходов.

Так, в мировой практике выделяются три ключевых этапа планирования: 1) оценка потребностей претендентов в услугах; 2) определение форм предоставления услуги для каждого клиента и объемов необходимого финансирования; 3) индивидуализация помощи и ухода.

³⁹⁷ См.: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30369331. (дата обращения 29.09.2022.); См. также: Распоряжение Премьер-Министра Республики Казахстан от 30 января 2009 года № 14-р О мерах по реализации законов Республики Казахстан от 29 декабря 2008 года «О специальных социальных услугах» и «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам специальных социальных услуг», URL.: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30369331&doc_id2=30380205#activate_doc=2&pos=38;-136&pos2=3;-98. (дата обращения 29.09.2022.)

1. На первом этапе производится оценка потребностей клиента в помощи и уходе и право на их получение. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, индивидуальные потребности нуждающегося подлежат оценке по единой схеме с использованием междисциплинарного подхода.

В целях обеспечения единообразия, по их оценке, в странах ОЭСР были разработан и взят за основу ряд методических подходов. При этом понятие «потребность» в зависимости от страны и реализуемой в ней системы СДУ определяется по-разному. Однако во всех методиках данное понятие включает в себя оценку воздействия на состояние физического и психического здоровья нуждающегося, на его способность выполнять:

– базовые повседневные действия: умывание, прием пищи, пользование средствами личной гигиены и др.

– ежедневные привычные и полезные действия по жизнеобеспечению (легкая работа по дому, осуществление покупок продуктов, приготовление пищи и др.)³⁹⁸.

Таким образом, оценка понятия «потребность» заключается в выявлении необходимой помощи, которая может быть оказана нуждающемуся лицу для обеспечения выполнения им привычных ежедневных действий по жизнеобеспечению.

Например, в Германии оценка потребности в уходе основана на определении нуждаемости в оказании помощи в обеспечении личного ухода, питания и определенной степени мобильности нуждающегося лица. Во Франции она определяется неспособностью пожилым или инвалидом выполнять без посторонней помощи как минимум три действия: умываться; совершать туалет / одеваться; вставать утром³⁹⁹.

³⁹⁸ См.: Притворова Т.П., Беклеева Д.Е. Управление системой длительного ухода за пожилыми людьми в Казахстане в контексте эффективных практик развитых стран // Вестник Омского университета. Серия «Экономика». 2014. № 2. С. 70–78, URL.: <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlenie-sistemoy-dlitelnogo-uhoda-za-pozhilymi-lyudmi-v-kazahstane-v-kontekste-effektivnyh-praktik-razvityh-stran>. (дата обращения 29.09.2022.)

³⁹⁹ См.: Притворова Т.П., Беклеева Д.Е. Управление системой длительного ухода за пожилыми людьми в Казахстане в контексте эффективных практик развитых стран // Вестник Омского университета. Серия

Оценка тех или иных вариаций нуждаемости в уходе осуществляется социальным или медицинским работником. Результат такой оценки позволяет определить продолжительность необходимого гражданину ухода в часах, что во всех случаях отвечает индивидуальным потребностям.

Иными словами, от правильности оценки потребностей нуждающегося в уходе зависит возможность субъекта войти в систему СДУ и получать соответствующий его состоянию уход. Такая оценка выполняет важную роль барьера системы СДУ, ограничивая тем самым доступ к бесплатному обслуживанию для тех, кто по объективным показателям (вариации показателей) не соответствует положению нуждающегося лица и не оправдывает целесообразность назначения социальных услуг.

Страновые критерии предоставления права на социальное обслуживание включают, как правило, порог вхождения в систему, который определяется в часах ухода и может быть выражен впоследствии в денежном эквиваленте трудозатрат по уходу, необходимом для выплат денежных пособий⁴⁰⁰. Порог предназначен для выделения среди претендентов целевой группы, уровень самообслуживания членов которой значительно затруднен по сравнению с другими группами нуждающихся. Это не столько требование, сколько объективное основание сбережения и без того ограниченных финансовых ресурсов.

Учитывая, что критериальный порог вхождения в систему СДУ применяется и в налоговых, и в страховых системах финансирования долговременного ухода, особенности казахстанской системы СДУ заключаются в ее методике оценки потребностей пожилых граждан и инвалидов. Казахстанская методика не содержит необходимых барьеров вхождения и участия в СДУ, например, таких, как пенсионный возраст и одинокое проживание.

«Экономика». 2014. № 2. С. 70–78, URL.: <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlenie-sistemoy-dlitelnogo-uhoda-za-pozhilymi-lyudmi-v-kazahstane-v-kontekste-effektivnyh-praktik-razvityh-stran>. (дата обращения 29.09.2022.)

⁴⁰⁰ См. Там же.

На практике применяется единый для всех объем оказания ухода, который отражен в стандарте социальных услуг. Норматив обслуживания определен как восемь клиентов на одного социального работника по уходу при обслуживании на дому. Это соответствует реальной нагрузке на работника только в том случае, если все клиенты имеют одинаковую минимальную потребность в объеме ухода, что соответствует 5,2 ч в неделю в городской местности и 10,2 ч – в сельской. Фактически же клиенты имеют разные потребности, которые можно сгруппировать, как минимум, в три уровня.

С другой стороны, по мнению экспертов, именно простота в использовании такого единого, разработанного в соответствии с социальным стандартом, норматива в часах ухода, способствует объективности в плане объема и качества оказываемого нуждающемуся ухода, ведь в Республике Казахстан пока еще не решены проблемы отсутствия реального контроля за оказанием социально-медицинских услуг в системе социального обслуживания.

2. На втором этапе определения формы предоставления услуги с учетом индивидуальных потребностей и объемов финансирования, происходит определение необходимой нуждающемуся в уходе лицу формы предоставления ухода, в развитых странах это формы: на дому, в дневном стационаре или в стационаре с постоянным проживанием⁴⁰¹.

Социальная эффективность тех или иных форм будет зависеть от того, каким образом схемы ухода способствуют наиболее приемлемому соотношению социальных и медицинских услуг в конкретной жизненной ситуации. При этом качество услуг во всех случаях обусловлено именно финансовыми ресурсами, выделяемыми на оказание такой услуги в конкретной выбранной форме обслуживания.

⁴⁰¹ См.: Притворова Т.П., Беклеева Д.Е. Управление системой длительного ухода за пожилыми людьми в Казахстане в контексте эффективных практик развитых стран // Вестник Омского университета. Серия «Экономика». 2014. № 2. С. 70–78, URL.: <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlenie-sistemoy-dlitelnogo-uhoda-za-pozhilymi-lyudmi-v-kazahstane-v-kontekste-effektivnyh-praktik-razvityh-stran>. (дата обращения 29.09.2022.)

В соответствии с казахстанской моделью социального обслуживания суммарному учету подлежат расходы в отношении конкретной формы социального обслуживания, при этом реальные затраты по всем формам оказываемых услуг во внимание не принимаются.

Например, экспертами было замечено, что при действующей модели финансирования, когда «все клиенты имеют одинаковые минимальные потребности» - «типовые клиенты», затраты на услуги составляют единую для всех стоимость – 6 610,7 тенге в месяц на одного клиента в службах помощи на дому (доля контингента составляет 65–70 %). При этом, если клиентов разделить как минимум на три группы по реальному объему потребностей, то для второй категории клиентов на дому (доля которой 20–25 %) затраты уже составят 13 394,5 тенге в месяц; а для третьей (доля которой около 5–10 %) до 48 722,1 тенге в месяц соответственно⁴⁰².

Однако в приведенных расчетах, где на первый взгляд отсутствует всякая логика, есть свое рациональное зерно. В данном случае оно выражается в том, что клиенты третьей группы при действующей практике ухода за «типовым клиентом», – это реальные кандидаты на помещение в стационар, ведь в рамках действующей системы ухода на дому оказать помощь таким лицам не представляется возможным.

Серьезным пробелом в рамках такого способа оценки нуждаемости при одновременном отсутствии границ, так называемого порога вхождения в систему СДУ в реальных часах ухода, а также при сравнительно простых критериях допуска (только факт достижения пенсионного возраста и одинокого проживания), значительное число нуждающихся в уходе попадает в стационар, имея при этом средние или даже минимальные потребности.

Сохранению текущей ситуации, по мнению специалистов, дополнительно способствует отсутствие практики софинансирования

⁴⁰² См.: Притворова Т.П., Беклеева Д.Е. Управление системой длительного ухода за пожилыми людьми в Казахстане в контексте эффективных практик развитых стран // Вестник Омского университета. Серия «Экономика». 2014. № 2. С. 70–78, URL.: <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlenie-sistemoy-dlitelnogo-uhoda-za-pozhilyimi-lyudmi-v-kazahstane-v-kontekste-effektivnyh-praktik-razvityh-stran>. (дата обращения 29.09.2022.)

системы СДУ, в том числе со стороны членов семьи нуждающегося в уходе лица, что не позволяет привлечь дополнительные средства на обеспечение качественного функционирования системы ухода и внедрения в нее соразмерных видов ухода, как по качеству услуг в зависимости от нуждаемости, так и по их количеству и объему фактических потребностей.

Отсутствие барьера в виде объема потребностей в казахстанской модели социального обслуживания фактически моделирует систему всеобщего доступа к услугам низкого качества, что значительно завышает объемы ее бюджетного финансирования. Можно сделать вывод, что применяемые в казахстанской модели барьеры вхождения в систему (оценки потребности в уходе) не выполняет роли инструмента контроля за распределением финансовых ресурсов в рамках такой системы. Кроме того, факт одинокого проживания нуждающегося лица – «типового клиента» системы, фиксируется лишь с его слов и не подлежит дополнительной проверке.

3. На третьем этапе производится установление соответствия между выявленными потребностями пожилых людей и местом предоставления требуемых услуг с учетом действующих схем финансирования⁴⁰³.

Нуждающемуся в уходе предоставляется возможность выбора между государственным социальным работником по уходу на дому и стационаром. Альтернативы в форме получения услуги от работника негосударственного сектора услуг, ухода на дому или проживания в государственных домах семейного типа, законодательством не предусмотрено.

Такой механизм в системе социального обслуживания Республики Казахстан по сути является серьезным сдерживающим фактором развития сектора государственно-частного партнерства и привлечения негосударственных компаний в систему социального обслуживания.

⁴⁰³ См.: Притворова Т.П., Беклеева Д.Е. Управление системой длительного ухода за пожилыми людьми в Казахстане в контексте эффективных практик развитых стран // Вестник Омского университета. Серия «Экономика». 2014. № 2. С. 70–78, URL.: <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlenie-sistemoy-dlitelnogo-uhoda-za-pozhilymi-lyudmi-v-kazahstane-v-kontekste-effektivnyh-praktik-razvityh-stran>. (дата обращения 29.09.2022.)

Учитывая, что уровень заработной платы социального работника по уходу тесно связан с уровнем затрат на одного клиента, а он крайне низок для развитых стран, количество социальных и медицинских работников, желающих войти в систему, будет сравнительно невысоким, как и конечный результат их работы в форме оказываемой услуги. Поэтому, многие из нуждающихся в уходе лиц, стационарному уходу предпочитают уход на дому.

Экспертами было установлено, что развитие конкуренции между поставщиками услуг в рамках общего рынка услуг связано в практике развитых стран с финансовыми механизмами, ориентированными на клиента, которые применяются в том или ином варианте⁴⁰⁴.

Опыт предоставления прямых выплат в Европе не дает однозначного ответа на вопрос, в какой степени такие выплаты отвечают требованиям клиентов в получении ухода по сравнению с профессиональными социальными работниками. В то же время открытость таких систем для осуществления различных видов помощи позволяет их гибко сочетать между собой. Результат такого сочетания в Германии показал, что некоторые нуждающиеся предпочли выбрать другие альтернативные способы социального обслуживания, например, в виде получения наличных средств (пособия на осуществление ухода) или помощи, оказываемой родственниками, а не чужими людьми.

В рамках казахстанской модели системы социального обслуживания на дому не практикуется привлечение к осуществлению ухода опекунов-попечителей. Однако роль таких опекунов-попечителей значительна в тех случаях, когда речь идет о нуждающихся с высоким уровнем потребностей, не желающих или не имеющих права на получение услуг по уходу в стационаре.

⁴⁰⁴ См.: Притворова Т.П., Беклеева Д.Е. Управление системой длительного ухода за пожилыми людьми в Казахстане в контексте эффективных практик развитых стран // Вестник Омского университета. Серия «Экономика». 2014. № 2. С. 70–78, URL.: <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlenie-sistemoy-dlitelnogo-uhoda-za-pozhilymi-lyudmi-v-kazahstane-v-kontekste-effektivnyh-praktik-razvityh-stran>. (дата обращения 29.09.2022.)

В рамках казахстанской модели социального обслуживания также имеются некоторые особенности контроля за соблюдением стандарта качества социальных услуг.

Стандарт услуги является необходимым инструментом контроля её качества⁴⁰⁵. Для контроля качества помощи, оказываемой в рамках социального обслуживания в Республике Казахстан, нередко используют показатели обеспеченности учреждений помощи площадями, оборудованием и кадровым потенциалом. Казахстанский стандарт качества услуги составлен по такому принципу, что все перечисленное соблюдается и даже более того, клиенты обеспечиваются расходам на одежду и питание в рамках установленного норматива.

Поскольку нормативы обязательны как для государственных учреждений, так и для неправительственных организаций, то объективно, что в рамках действующей в Республике Казахстан модели системы социального обслуживания, нормативы для неправительственных организаций еще долго не будут разработаны. Завышенные нормативы для стационарных форм позволяют системе функционировать на безальтернативной основе, а отсутствие принципа солидарной ответственности государства, семьи и личности стимулирует пополнение таких стационаров лицами, нуждающимися в уходе, во все расширяющихся масштабах.

В Казахстане есть примеры эффективной практики домов-интернатов для инвалидов и престарелых, расположенных в сельской местности и функционирующих на коммерческих началах, как обычные домохозяйства, с минимальным штатом социальных работников.

Расчеты по затратам для таких организаций практически в два раза ниже, чем для государственного сектора, а расходы, ориентированные на

⁴⁰⁵ См.: Распоряжение Премьер-Министра Республики Казахстан от 30 января 2009 года № 14-р О мерах по реализации законов Республики Казахстан от 29 декабря 2008 года «О специальных социальных услугах» и «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам специальных социальных услуг», URL.: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30369331&doc_id2=30380205#activate_doc=2&pos=38;-136&pos2=3;-98. (дата обращения 29.09.2022.)

качество услуги и максимальное удовлетворение на ее основе потребностей клиентов в уходе, позволяет говорить о том, что именно в рамках неправительственных организаций быстрее всего достигаются цели и основные задачи системы СДУ. При расширении участия таких организаций в системе социального обслуживания плата за проживание будет вполне реальной для значительной части пенсионеров, что позволит таким организациям принимать нуждающихся, в том числе на платной коммерческой основе.

Подводя итоги, отметим, что *казахстанская система социального обслуживания*:

– не относится ни к одному из существующих в мировой экономике типов систем по причине ее исключительно налогового финансирования. Сочетания налоговых и страховых механизмов финансирования не предусмотрено. При этом важной качественной составляющей такой модели при оказании государственной услуги формального или институционального длительного ухода является ориентация услуги на реальные потребности обеспечиваемого лица, а не на его финансовые возможности и платежеспособность;

– не предусматривает установления «барьера входа» по объему часов необходимого ухода и активам самого обеспечиваемого и членов его семьи. По сути происходит установление только факта пенсионного возраста и одинокого проживания лица. При этом последний факт записывается со слов обратившегося за получением ухода и не подлежит дополнительной проверке;

– закрепляет только стандартную минимальную помощь с акцентом на бытовые услуги. Услуга в стационаре доступна для всех, но ее стоимости почти в два раза выше, чем максимально-возможная услуга на дому. Стоимость оказания услуг в стационаре не вполне обоснована для кадровых сотрудников, непосредственно осуществляющих уход, и крайне мала;

– не предусматривает возможности реализовать модель оплачиваемого ухода на дому опекуном или попечителем, а только создает условия для размещения нуждающихся в стационарах;

– не предусматривает объективной системы контроля результатов качества оказания услуг на базе утвержденного стандарта специальных социальных услуг, который ориентирован на штат и инфраструктуру, а не характеристики качества самой услуги и используемого для её оказания оборудования. Контроль на основе утвержденного стандарта качества услуги не позволяет развивать альтернативную негосударственную систему неправительственных учреждений в сфере долговременного ухода, в рамках которых происходит реальное достижение целей и задач системы СДУ.

Все перечисленное не позволяет отнести казахстанскую модель социального обслуживания к числу наиболее развитых моделей, действующих в странах Европы и Азии.

В то же время Республика Казахстан вслед за Российской Федерацией и Республикой Беларусь предпринимает активные шаги в направлении создания в стране системы СДУ за пожилыми людьми и лицами с особыми потребностями. В 2021 году был принят приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 22 февраля 2021 года № 47 «Об утверждении Плана мероприятий по улучшению положения граждан старшего поколения «Активное долголетие» утвержден «Национальный план действий по улучшению положения граждан старшего поколения «Активное долголетие» в Республике Казахстан до 2025 года»⁴⁰⁶.

Во исполнении плана осуществляется разработка пилотного общенационального проекта «Birgemiz: Qamqor»⁴⁰⁷. При финансовой помощи Центра поддержки гражданских инициатив проект призван привлечь волонтеров в дома престарелых и центры социального обслуживания. К

⁴⁰⁶ См.: URL.: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=36915996. (дата обращения 29.09.2022.)

⁴⁰⁷ См.: Методика по улучшению ухода в домах престарелых разрабатывается в Казахстане, URL.: https://www.inform.kz/ru/metodika-po-uluchsheniyu-uhoda-v-domah-prestarelyh-razrabatyvaetsya-v-kazahstane_a3843716. (дата обращения 29.09.2022.)

реализации данного общенационального проекта «Birgemiz: Qamqor» предполагается привлечь не менее 1000 волонтеров и подписать пять меморандумов с управлениями социальной защиты о проведении культурно-досуговых мероприятий для пожилых людей.

В последние годы в Республике Казахстан достаточно высокое развитие также получила система паллиативной медицинской помощи для лиц пожилого возраста (далее – ПП), которая была эффективно интегрирована в систему социального обеспечения граждан с целью улучшения их доступа к медицинским услугам, в том числе в рамках системы СДУ. Это было обозначено в качестве главной цели государственных программ развития здравоохранения: «Саламатты Қазақстан» (2011-2015гг.) и «Денсаулық» (2016-2019 гг.). В ходе реализации программ была значительно усовершенствована нормативно-правовая база здравоохранения, протоколы диагностики, лечения и реабилитации пациентов пожилого возраста, нормативы нагрузки на штат медицинских и социальных работников⁴⁰⁸. Итогом выполнения программ стали показатели увеличения ожидаемой продолжительности жизни и снижения смертности среди пожилых лиц.

В 2021 году был утвержден «Национальный план действий по улучшению положения граждан старшего поколения «Активное долголетие» в Республике Казахстан до 2025 года»⁴⁰⁹. Паллиативная медицинская помощь стала регулироваться «Правилами оказания паллиативной помощи и сестринского ухода» от 30 ноября 2020 г. № 21687, был внедрен Стандарт организации оказания паллиативной медицинской помощи⁴¹⁰, которым были

⁴⁰⁸ См.: Абдилова Т.М. Интегрированная паллиативная помощь в гериатрии на уровне семьи и общества, URL.: <https://kaznmu.edu.kz/rus/wp-content/uploads/2021/10/dissertaciya-abdirovoj-t.m.-1.pdf> . (дата обращения 29.09.2022.)

⁴⁰⁹ См.: приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 22 февраля 2021 года № 47 «Об утверждении Плана мероприятий по улучшению положения граждан старшего поколения «Активное долголетие», URL.: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=36915996. (дата обращения 29.09.2022.)

⁴¹⁰ См.: приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-209/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 30 ноября 2020 года № 21687, URL.: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021687>. (дата обращения 29.09.2022.)

установлены требования к учреждениям, оказывающим паллиативную медицинскую помощь пациентам на различных уровнях (ПМСП, стационар) оказания помощи.

Необходимо отметить, что перечисленные нововведения являются достаточно молодыми направлениями в системе медицинской помощи и социального обслуживания, что затрудняет качественный анализ итогов их реализации. Например, в рамках приказа Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 22 февраля 2021 года № 47 «Об утверждении Плана мероприятий по улучшению положения граждан старшего поколения «Активное долголетие» утвержден «Национальный план действий по улучшению положения граждан старшего поколения «Активное долголетие» в Республике Казахстан до 2025 года»⁴¹¹ не было перечислено задач, планов и мероприятий, направленных на комплексное решение проблем паллиативной помощи, не заложены общие принципы и подходы эффективного взаимодействия медицинских и социальных служб в вопросах оказания медико-социальной помощи и долговременного ухода, не отражены принципы преемственности ведения пациента «от профилактики до паллиативной помощи» .

В результате выполнения Государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» возникла необходимость обозначить следующие ключевые позиции для дальнейшего совершенствования сферы ПП: 1) создание сети организаций ПП и сестринского ухода; 2) расширение сети дневных стационаров и стационаров на дому; 3) пересмотр штатных нормативов; 4) разработка программ обучения медицинского персонала; 5) создание системы целевых показателей работы организаций ПП и сестринского ухода, отражающих качество медицинской помощи. Они были обозначены для дальнейшего развития и совершенствования системы паллиативной медицинской помощи и ее внедрения в систему СДУ до 2025 года.

⁴¹¹ См.: URL.: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=36915996. (дата обращения 29.09.2022.)

Эксперты отмечают, что в Республике Казахстан потребность в долговременной ПП и социально-бытовой помощи на дому для лиц старше 80 лет составляет 29,3%, также, среди этой возрастной категории 62,3 % испытывают потребность в психологической помощи. На основе этих показателей Казахстана занимает промежуточную позицию между СНГ и странами Европы, поскольку в западноевропейских странах около 90% людей старше 60 лет живут отдельно от детей и ведут самостоятельный образ жизни⁴¹².

В связи с одиночеством и ограничениями, связанными с физическими возможностями и другими проблемами потребность в ПП на дому достаточно высока, что не отменяет потребности в оказании помощи по уходу за членами семьи, нуждающимися в долговременном уходе, основную нагрузку по уходу за которыми несут женщины, как и в большинстве других стран мира. Доступность ПП для сельских жителей недостаточная, по сравнению с городскими, из-за отсутствия инфраструктуры и разбросанности населенных пунктов на большой территории страны.

Для решения проблем с доступностью ПП и долговременного ухода на дому необходимы меры по совершенствованию институциональных подходов. Одной из таких мер в Республике Казахстан стала разработка и принятие Дорожной карты по поддержке старшего поколения г. Алматы «Активное долголетие», утвержденная акиматом Алматы в 2018 году⁴¹³.

Так, в рамках реализации задач дорожной карты в нескольких районах города были открыты центры активного долголетия и дневного пребывания для пенсионеров города. В каждом районе работают центры медико-социального обслуживания лиц старшего возраста с условиями временного и постоянного проживания лиц пожилого возраста и инвалидов. Также были

⁴¹² См.: Абдирова Т.М. Интегрированная паллиативная помощь в гериатрии на уровне семьи и общества, URL.: <https://kaznmu.edu.kz/rus/wp-content/uploads/2021/10/dissertaciya-abdirovvoj-t.m.-1.pdf>. (дата обращения 29.09.2022.)

⁴¹³ См.: Абдирова Т.М. Интегрированная паллиативная помощь в гериатрии на уровне семьи и общества, URL.: <https://kaznmu.edu.kz/rus/wp-content/uploads/2021/10/dissertaciya-abdirovvoj-t.m.-1.pdf>. (дата обращения 29.09.2022.)

открыты неправительственные организации дневного (полустационарного) пребывания лиц пожилого возраста в рамках реализации Дорожной карты по поддержке старшего поколения «Активное долголетие» в г. Алматы.

Основной задачей подобных медико-социальных центров является создание для получателей услуг необходимых условий жизни, приближенных к домашним, улучшение их качества жизни на основе предоставления медико-социальной помощи, оказание восстановительных лечебно-оздоровительных мер для поддержки «активного долголетия» пожилого человека.

Исследования проблем и потребностей пожилых людей мегаполиса показали, что удовлетворить реальную потребность территориальные медико-социальные центры не могут, так как количество нуждающихся лиц старшего возраста в комплексной медико-социальной и паллиативной помощи с каждым годом возрастает, отмечено, что оказание комплексной ПП на дому может решить проблему нехватки койко-мест в медико-социальных учреждениях, оказывающих ПП людям пожилого возраста.

Для Казахстана не менее острой проблемой является система подготовки и планирования специалистов для паллиативной службы, медицинские вузы не готовят специалистов для паллиативной помощи, отсутствуют обучение на системной основе не только для паллиативной службы, но и для гериатрической медицинской помощи⁴¹⁴.

Другой ключевой проблемой в сфере организации ПП является система подготовки и планирования различных специалистов для МДК. Например, в профессиональной подготовке медицинских сестер, программы обучения и квалификационные требования ориентированы на работу в стационарах, кроме того, в программах обучения профилактические концепции по долговременному уходу за пожилыми пациентами недостаточно развиты для получения необходимых компетенций по знаниям и навыкам активного

⁴¹⁴ См.: Абдирова Т.М. Интегрированная паллиативная помощь в гериатрии на уровне семьи и общества, URL.: <https://kaznmu.edu.kz/rus/wp-content/uploads/2021/10/dissertaciya-abdirovoj-t.m.-1.pdf>. (дата обращения 29.09.2022.)

ухода, также нет интегрированных программ обучения МДК для командной междисциплинарной работы.

Решение проблем, связанных с подготовкой и обучением специалистов для МДК актуально уже сегодня, так как в Государственной программе развития здравоохранения на 2020-2025гг. предусмотрено, в рамках повышения доступности услуг ПП, внедрение мобильных бригад в 100% организациях ПМСП к 2025 году.

Анализ текущей ситуации по оказанию гериатрической паллиативной помощи показывает, что в ее системе еще много нерешенных проблем.

Сильные стороны системы ПП находят отражение в следующем:

- совершенствование системы социального обеспечения и СДУ;
- введение дополнительных штатных единиц узких специалистов (гериатры, социальных работники, психологи) для оказания медицинской, медико-социальной и ПП населению на уровне ПМСП;
- реализация планов и программ на региональном и республиканском уровнях по социальной поддержке пожилого населения;
- укрепление материально-технической базы (приобретение вспомогательного, медицинского, учебного оборудования) медико-социальных учреждений, оказывающих ПП;
- для улучшения качества предоставления ПП создание конкурентной среды за счет привлечения на рынок негосударственного сектора для оказания паллиативной помощи пожилому населению;
- решение вопросов и проблем по социальной защите одиноких пожилых людей;
- повышение качества жизни и увеличение продолжительности активного долголетия;
- меры по повышению активной жизненной позиции людей пожилого возраста, создание условий «Общество для всех возрастов» для пенсионеров и людей пожилого возраста как полноценных членов общества;

- совершенствование межведомственной системы медицинского и социального обеспечения людей пожилого возраста и разработка межсекторальных программ совершенствования ПП и долговременного ухода с учетом всех основных потребностей пожилого человека;
- совершенствование системы ПП в гериатрии;
- создание эффективной системы подготовки социальных работников, клинических психологов, медицинских сестер, врачей, работающих с пожилым населением, нуждающихся в ПП и долговременном уходе;
- создание эффективной системы ПП.

Слабые стороны системы ПП отражают необходимость преодоления:

- неэффективного межведомственного взаимодействия министерств здравоохранения и социальной защиты по вопросам оказания ПП пожилым пациентам;
- отсутствия системной работы и преемственности между учреждениями служб здравоохранения и социальной сферы (ПМСП, стационары, хосписы, медико-социальные учреждения) для оказания всеобъемлющей и комплексной ПП (в т.ч. не онкологической) и долговременного ухода пациентам пожилого возраста;
- отсутствия детального анализа (в том числе количественного и качественного анализа) потребностей пожилого населения в комплексной ПП и долговременном уходе;
- отсутствия информированности среди людей, формулирующих политику, специалистов здравоохранения и социальной службы о специфике гериатрической паллиативной помощи;
- проблем в вопросах подготовки и планирования специалистов для паллиативной службы;
- проблем, связанных с ростом численности пожилых пациентов с тяжелой хронической патологией, увеличивающих потребность в ПП и долговременном уходе;

– несовершенной кадровой политикой в гериатрической практике и в сфере оказания ПП

– неэффективной интеграцией служб здравоохранения и социальной помощи по проблемам пожилого населения.

3.2. Анализ практик зарубежных стран в сфере долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами и выявление лучших из них

География исследования составила:

Белоруссия; Казахстан; Германия; Китай; Япония; Швейцария.

Анализ практик зарубежных стран в сфере долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами позволил установить, что наиболее сбалансированной моделью является *Японская модель обязательного социального страхования долговременного ухода LTCI*.

В основе такой модели высоко развитая система государственно-частного партнерства, в рамках которой практикуется льготный доступ частных гериатрических клиник-центров в систему LTCI, обеспечивается их высокий уровень конкуренции, что также основано на возможности выбора нуждающимися в уходе «персонального менеджера» по уходу LTC и сервиса LTC. Японская модель долговременного ухода LTCI дополнительно основывается на активной интеграции старшего и молодого поколений на всех этапах их жизненного цикла – через детские сады, медицинские учреждения, школы, университеты и корпорации, что повышает циркуляцию человеческого капитала и доверие между поколениями. Не менее значимым преимуществом такой системы выступает высокий уровень контроля профессионального уровня специалистов, в частности, персональных менеджеров по уходу, и качества сервисов со стороны государства (префектур), а также наличие площадок и мероприятий эффективного межведомственного взаимодействия на всех его уровнях. Следует также отметить сбалансированное сочетание источников финансовой устойчивости

системы, где обязательные платежи распределяются в таких пропорциях, как 50 % – налоги (центральные и местные) и еще 50 % – страховые взносы, собираемые префектурами-муниципалитетами (для лиц старше 65 лет) или компаниями медицинского страхования (для лиц от 40 до 64 лет).

Китайская модель долговременного ухода также представляет собой одну из лучших мировых практик по основаниям широкого применения рыночных механизмов в системе долговременного ухода, что позволяет расширять перечни оказываемых услуг как по целевому назначению, так и по их качеству. Достоинством китайской модели долговременного ухода также является ее низкая стоимость по сравнению с японской моделью социального страхования долговременного ухода, что обусловлено ориентацией китайской модели на покрытие рисков крайне нуждающихся в социальных услугах граждан, а также реализации принципа выявления лучших региональных практик (в провинциях) государственно-частного инвестирования системы долговременного ухода и широкой степени участия муниципальных форм поддержки нуждающихся граждан.

В Швейцарии модель долговременного ухода за пожилыми и инвалидами не является частью системы государственного социального страхования. Она выступает в качестве дополнения к системам обязательного пенсионного и медицинского страхования и предназначена для компенсации расходов тех граждан, размеры страхового возмещения которых не покрывают рисков, связанных с необходимостью в долговременном уходе по причине серьезных заболеваний или инвалидности. Это обстоятельство можно считать как преимуществом, так и недостатком системы, поскольку методика выявления степени нуждаемости в уходе в Швейцарии на сегодняшний день слабо развита, а паллиативная помощь только получает развитие по причине доступности и широкого распространения среди людей

со сложными заболеваниями и инвалидностью такой процедуры, как эвтаназия⁴¹⁵.

В Германии правовое обеспечение модели долговременного ухода имеет много общего со швейцарской моделью (опыт Германии был заимствован Швейцарией), однако в Германии она является частью системы обязательного социального страхования и функционирует наравне с системой пенсионного и медицинского страхования, дополняя их и предоставляя возможность всем нуждающимся лицам, включая членов их семей, получать услуги по уходу (привлекать к уходу сиделок) в тех случаях, когда нет возможности оплачивать дорогостоящее лечение или пребывание в частной медицинской клинике, а также осуществлять социальное обслуживание на дому.

На этом основании европейская модель долговременного ухода (на примере Германии) может быть признана одной из наиболее сбалансированных моделей. *Позитивной стороной модели* выступает сочетание внутри нее страховых и нестраховых механизмов защиты, что обеспечивает широкие возможности для нуждающихся по выбору форм и видов социального обслуживания при высоком уровне межведомственного взаимодействия и государственно-частного партнерства – активного привлечения в систему частных клиник (как правило, частный сектор оказания услуг). В то же время *серьезными критериями несовершенства* системы выступает ее скрытая дифференциация по субъектам (обеспечиваемым лицам) в зависимости от их социального положения, этнического происхождения или пола, а также отсутствие стабильности функционирования системы в связи с высокой текучестью кадров и

⁴¹⁵ См.: Ассистированное самоубийство и эвтаназия в Швейцарии: о роли немедицинских работников (Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians BMJ 2003; 326, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7383.271> (Published 01 February 2003). [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://translated.turbopages.org/proxy_u/en-ru.ru.3b377460-633432e9-6e7ec8ab-74722d776562/https/www.bmj.com/content/326/7383/271/rapid-responses. Дата обращения 29.09.2022.

недостаточностью медицинских работников на постоянной основе в системе частных учреждений социального обслуживания.

Ведущие практики развитых стран Европы, включая Германию и Швейцарию, являются образцом для создания *универсальной модели системы долговременного ухода в Республике Беларусь*.

Непрерывное внедрение новых практик и их последующее пилотирование в Республике Беларусь, в том числе на основе пилотных моделей, реализуемых в субъектах Российской Федерации, при хорошо сбалансированной системе государственно-частного партнерства и межведомственного взаимодействия, по мнению экспертов, с течением времени позволит получить существенные экономические эффекты от ее функционирования, среди которых:

- увеличение продолжительности жизни людей за счет восстановления дефицитов самообслуживания и постоперационной реабилитации;
- сокращение госпитализаций;
- повышение квалификации специалистов медико-социального ухода всех уровней;
- непрерывное развитие социальной инфраструктуры, открытие новых социальных сервисов и рост качества социального обслуживания;
- создание новых рабочих мест для привлекаемого в систему СДУ обслуживающего персонала;
- возврат ухаживающих родственников в экономику;
- перераспределение бюджетных средств за счет применения стационарозамещающих технологий;
- расширение возможностей телемедицины с целью вовлечения в систему еще больше высококвалифицированных лиц с медицинским образованием⁴¹⁶.

⁴¹⁶ См.: Олескина Елизавета. Система долговременного ухода: как сохранить качество жизни? Здоровые люди. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <https://24health.by/sistema-dolgovremennogo-uxoda/>. Дата обращения 29.09.2022.

Перечисленные экономические эффекты, ожидаемые от реализации системы СДУ в Республике Беларусь, после ее создания и по мере дальнейшего развития, позволят причислить такую систему к лучшим и наиболее универсальным практикам, максимально сочетающим позитивные практики стран ОЭСР.

Анализ модели системы СДУ в Республике Казахстан позволил прийти к выводу, что такая модель:

- не относится ни к одному из существующих в мировой экономике типов систем по причине ее исключительно налогового финансирования. В ее основе не предусмотрено сочетания налоговых и страховых механизмов финансирования. При этом важной качественной составляющей такой модели при оказании государственной услуги формального или институционального длительного ухода является ее ориентация на реальные потребности обеспечиваемого лица, а не на его финансовые возможности и платежеспособность;

- не предусматривает установления «барьера» входа в систему по объему часов необходимого ухода и платежеспособности самого обеспечиваемого и членов его семьи. Иными словами, происходит установление только фактов наступления пенсионного возраста и одинокого проживания лица. При этом последний факт записывается со слов обратившегося за получением ухода и не подлежит дополнительной проверке;

- закрепляет только стандартную минимальную помощь с акцентом на бытовые услуги. Услуга в стационаре доступна для всех, но ее стоимости почти в два раза выше, чем максимально-возможная услуга на дому. Стоимость оказания услуг в стационаре не вполне обоснована для кадровых сотрудников, непосредственно осуществляющих уход, и крайне мала;

- не предусматривает возможности реализовать модель оплачиваемого ухода на дому опекуном или попечителем, а только создает дополнительные условия для размещения нуждающихся в стационарах;

– не предусматривает объективной системы контроля результатов качества оказания услуг на базе утвержденного стандарта социальных услуг, который ориентирован на поддержание инфраструктуры и кадрового потенциала системы, а не характеристики качества предоставляемой в рамках такой системы услуги и используемого для её оказания оборудования. Контроль на основе утвержденного стандарта качества услуги не позволяет развивать альтернативную систему неправительственных учреждений в сфере долговременного ухода, в рамках которых происходит реальное достижение целей и задач системы СДУ.

Все перечисленное не позволяет отнести казахстанскую модель социального обслуживания к числу наиболее развитых моделей, действующих в странах Европы и Азии.

В то же время Республика Казахстан располагает развитой системой медицинской паллиативной помощи, существенно дополняющей программы долговременного ухода за пожилыми и инвалидами, а также осуществляет шаги по созданию и внедрению общенационального пилотного проекта системы СДУ – «Birgemiz: Qamqor», который призван внедрить сбалансированную комплексную систему СДУ для пожилых и инвалидов, а также максимально вовлечь общественные и волонтерские организации в работу с престарелыми гражданами, находящимися в домах-интернатах и центрах социального обслуживания.

3.3. Определение механизмов имплементации положительного опыта в отечественное законодательство и практику долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами

Механизм имплементации положительного опыта зарубежных практик долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в отечественное законодательство может предусматривать ряд направлений:

1) внедрение системы обязательного социального страхования рисков, связанных с необходимостью долговременного ухода по достижении установленного возраста (65 лет и старше) либо младше этого возраста по медицинским показаниям, а также в случае наступления инвалидности (опыт Японии и Китая);

2) использование сбалансированного подхода при формировании финансовой основы системы страхования долговременного ухода, что выражается в пропорциональном сочетании обязательных платежей: 50 % – налоги и 50 % – страховые взносы на обязательное социальное страхование при участии системы ОМС;

3) разработка единой методики нуждаемости в долговременном уходе для определения круга обеспечиваемых уходом лиц, которая должна исходить из объективной оценки: степени функциональных ограничений и дефицита в самообслуживании; условий вхождения в систему долговременного ухода и стоимости ухода для разных возрастных групп; дохода и материальной обеспеченности по категориям нуждающихся лиц (пожилые, инвалиды, включая инвалидов детства, дети и семьи с детьми); предпочтений в отношении ухода внутри каждой из категорий нуждающихся в зависимости от возраста, пола, этнической принадлежности и ряда других объективных характеристик;

4) укрепление государственно-частного партнерства и расширения системы частных гериатрических центров в субъектах РФ, центров долговременного ухода при частных медицинских клиниках (опыт Японии и Китая);

5) расширение мер дополнительной социальной поддержки в системе долговременного ухода для наименее защищенных категорий населения – малоимущих одиноко проживающих граждан и детей в малоимущих (малообеспеченных) семьях в виде универсальных пособий по уходу, социальных доплат к пенсии по старости и по инвалидности в связи с необходимостью осуществления долговременного ухода, что в совокупности

с действующей системой будет способствовать их эффективной и комплексной защите (опыт Швейцарии);

6) усиление социальной защиты семьи, имеющей престарелого родственника, детей и других нетрудоспособных иждивенцев (опыт стран ЕС);

7) разработка и внедрение системы социально-культурного обслуживания с целью создания эффективной реабилитации старших поколений, находящихся на полном государственном или общественном содержании (в домах престарелых, дома-интернатах, гериатрических центрах и др.), что предполагает развитие материально-технической базы социально-культурного назначения с привлечением общественных организаций (обществ глухих, слепых и др.) и волонтеров, а также посредством расширения системы их внеочередного социально-культурного обслуживания (опыт Швейцарии и Германии);

8) повышение коэффициента замещения страховой пенсией утраченного заработка для работающих (застрахованных) лиц, что позволит расширить их финансовые возможности и обеспечить долговременный уход на дому в привычной обстановке с привлечением профильных специалистов, главным образом, с медицинским образованием (опыт Германии и Швейцарии);

9) развитие системы паллиативной помощи (ПП) в региональных практиках и решение проблемы с доступностью такой помощи на дому;

11) разработка межсекторальных программ совершенствования ПП и долговременного ухода с учетом всех основных потребностей пожилого человека;

12) совершенствование системы ПП в гериатрии;

13) создание эффективной системы подготовки социальных работников, клинических психологов, медицинских сестер, врачей, работающих с пожилым населением, нуждающихся в ПП и долговременном уходе;

14) поощрение деятельности общественных и волонтерских организаций помощи пожилым и инвалидам и активное вовлечение их в систему СДУ;

15) внедрение цифровых и сквозных технологий в сферу СДУ на всех уровнях межведомственного взаимодействия и непосредственного оказания медико-социальных услуг, что позволяет сделать СДУ более доступной, привлечь более квалифицированных помощников, главным образом, медицинских работников и специалистов по гериатрии, для оказания таких услуг пожилым и инвалидам;

16) повышение роли и качества обязательного социального страхования от несчастных случаев и профессиональных заболеваний в отношении лиц, оказывающих социально-медицинские услуги, с целью усиления их защиты от физического и психологического травматизма при осуществлении деятельности по оказанию услуг в системе СДУ (опыт стран ЕС);

17) оптимизация стандартов услуги в системе СДУ для повышения качества социально-медицинских услуг;

18) внедрение принципов равнозначной ответственности государства, семьи и гражданина за достойный уровень жизни в случае наступления трудной жизненной ситуации, требующей длительного ухода (опыт Японии и ряда стран ОЭСР, включая Германию);

19) смещение акцентов в ходе выбора модели долговременного ухода в сторону ее алгоритмизации и удовлетворения потребностей в уходе нуждающихся (расширение дополнительных, помимо основных, гарантий в системе СДУ), а не от наполняемости бюджетов системы СДУ и связанных ограничений планирования приоритетных мероприятий в рамках дорожной карты;

20) ориентация модели долговременного ухода на последовательность алгоритмов: 1. оценка потребностей группы населения, имеющей право на помощь и уход, которая завершается формированием пакета услуг

индивидуализированной специальной помощи; 2. выбор формы предоставления услуги с учетом индивидуальных потребностей клиента и объемов необходимого финансирования (на дому, амбулаторно или в стационаре); 3. оценка индивидуализации помощи и ухода, когда устанавливается соответствие между выявленными потребностями пожилых людей и местом оказания услуги в рамках действующих схем финансирования, в том числе по итогам предоставления пакета социально-медицинских услуг (опыт стран ЕС).

4. Разработка рекомендаций по совершенствованию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами

4.1. Формирование перспективной номенклатуры услуг в области долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами

Понятие «номенклатура» отражает все единицы товаров, работ и услуг любого вида, которые могут быть предоставлены на рынке товаров, работ и услуг.

Номенклатура услуг в области долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, то есть все услуги, которые могут быть оказаны данным категориям обеспечиваемых лиц, имеют четко выраженную количественную и качественную характеристику. В количественном отношении – это услуги по перечню направлений социальных услуг (социально-бытовые, социально-медицинские, социально-психологические, социально-педагогические, социально-трудовые, социально-правовые, срочные социальные услуги, социальные услуги для инвалидов с целью повышения их коммуникативного потенциала)⁴¹⁷, в качественном – это услуги по видам в рамках одного направления услуг (например, срочные социальные услуги включают обеспечение бесплатным горячим питанием или наборами продуктов, одеждой, обувью и другими предметами первой необходимости, содействие в получении временного жилого помещения и др.)⁴¹⁸.

В Российской Федерации номенклатура товаров, работ и услуг, в том числе по направлению «социальные услуги 8530000», была утверждена приказом Министерства экономического развития РФ от 7 июня 2011 г. №

⁴¹⁷ См.: статья 20 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ (ред. от 11.06.2021) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». URL.: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/. (дата обращения: 29.09.2022).

⁴¹⁸ См.: статья 21 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ (ред. от 11.06.2021) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». URL.: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/. (дата обращения: 29.09.2022).

273⁴¹⁹. В содержательном отношении (по количественным и качественным критериям) перечень таких услуг ранее был представлен в рамках ныне утратившего силу Общероссийского классификатора видов экономической деятельности, продукции и услуг⁴²⁰. Услуги в области здравоохранения и в социальной области были объединены в общий раздел, при этом социальные услуги классифицировались по двум большим группам в зависимости от категории лиц, на которую данные услуги распространяются:

– с обеспечением проживания (например, соцуслуги гражданам пожилого возраста и инвалидам, включая детей-инвалидов и подростков-инвалидов, соцуслуги детям и подросткам, находящимся в трудной жизненной ситуации, кроме детей-инвалидов и подростков-инвалидов, соцуслуги женщинам, находящимся в трудной жизненной ситуации и некоторые другие);

– без обеспечения проживания (например, оказание помощи пострадавшим от стихийных бедствий беженцам, иммигрантам, безработным, соцуслуги гражданам пожилого возраста и инвалидам, включая детей-инвалидов и подростков-инвалидов, соцуслуги детям и подросткам, находящимся в трудной жизненной ситуации, кроме детей-инвалидов и подростков-инвалидов, соцуслуги женщинам, находящимся в трудной жизненной ситуации и некоторые другие).

Для установления видов социальных услуг и перечней направлений их реализации в настоящее время действуют различные национальные стандарты в области предоставления социальных услуг, которые носят рекомендательный характер и в субъектах Российской Федерации применяются в различном их сочетании, как по объему социального предоставления – общему количеству видов социальных услуг, так и по категориям обеспечиваемых лиц.

⁴¹⁹ См.: URL.: <https://base.garant.ru/12188142/>. (дата обращения: 29.09.2022).

⁴²⁰ См.: "ОК 004-93. Общероссийский классификатор видов экономической деятельности, продукции и услуг" (утв. Постановлением Госстандарта России от 06.08.1993 N 17) (ред. от 12.12.2012) (Части I - II, часть III разделы А - С, раздел D (коды 1510000 - 2420000)). URL.: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_13844/. (дата обращения: 29.09.2022).

Перечислим базовые национальные стандарты в сфере социального обслуживания населения, которые выступают в качестве ориентира при формировании номенклатуры услуг в области долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами:

- «ГОСТ Р 52495-2005. Социальное обслуживание населения. Термины и определения»⁴²¹;
- «ГОСТ Р 52143-2021. Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг»⁴²²;
- «ГОСТ Р 52498-2005. Социальное обслуживание населения. Классификация учреждений социального обслуживания»⁴²³;
- «ГОСТ Р 52880-2007. Социальное обслуживание населения. Типы учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов»⁴²⁴;
- «ГОСТ Р 53064-2017. Социальное обслуживание населения. Типы учреждений социального обслуживания и социальные услуги лицам без определенного места жительства и занятий»⁴²⁵;
- «ГОСТ Р 52884-2021. Социальное обслуживание населения. Порядок и условия предоставления услуг гражданам старшего поколения и инвалидам»⁴²⁶;
- «ГОСТ Р 56831-2015. Социальное обслуживание населения. Услуги по профилактике обстоятельств, обуславливающих нуждаемость граждан в социальном обслуживании»⁴²⁷;

⁴²¹ См.: приказ Ростехрегулирования от 30 декабря 2005 г. № 532-ст (ред. от 17.10.2013). URL.: <https://docs.cntd.ru/document/1200043127?marker=7D20K3>. (дата обращения: 29.09.2022).

⁴²² См.: приказ Росстандарта от 10 июня 2021 г. № 531-ст. URL.: <https://legalacts.ru/doc/prikaz-rosstandarta-ot-10062021-n-534-st-ob-utverzhdanii-izmenenija/>. (дата обращения: 29.09.2022).

⁴²³ См.: приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 30 декабря 2005 г. № 535-ст. URL.: <https://docs.cntd.ru/document/1200043280?marker=7D20K3>. (дата обращения: 29.09.2022).

⁴²⁴ См.: приказ Ростехрегулирования от 27 декабря 2007 г. № 558-ст. URL.: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_260043/. (дата обращения: 29.09.2022).

⁴²⁵ См.: приказ Росстандарта от 5 октября 2017 г. № 1336-ст. URL.: <https://docs.cntd.ru/document/1200157131?marker=7D20K3>. (дата обращения: 29.09.2022).

⁴²⁶ См.: приказ Росстандарта от 8 июня 2021 г. № 523-ст. URL.: <https://docs.cntd.ru/document/1200179918>. (дата обращения: 29.09.2022).

⁴²⁷ См.: приказ Росстандарта от 28 октября 2015 г. № 2164-ст. URL.: <https://docs.cntd.ru/document/456003122>. (дата обращения: 29.09.2022).

- «ГОСТ Р 53058-2013. Социальное обслуживание населения. Социальные услуги гражданам пожилого возраста»⁴²⁸;
- «ГОСТ Р 53349-2020. Социальное обслуживание населения. Реабилитационные услуги гражданам пожилого возраста. Основные виды»⁴²⁹;
- «ГОСТ Р 58962-2020. Социальное обслуживание населения. Социальные стационарозамещающие услуги гражданам пожилого возраста и инвалидам»⁴³⁰;
- «ГОСТ Р 54738-2011. Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов»⁴³¹;
- «ГОСТ Р 53874-2017. Реабилитация и абилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных и абилитационных услуг»⁴³²;
- «ГОСТ Р 57760-2017. Социальное обслуживание населения. Коммуникативные реабилитационные услуги гражданам с ограничениями жизнедеятельности»;
- «ГОСТ Р 54990-2018. Реабилитационные социальные услуги лицам, имеющим опыт злоупотребления наркотическими средствами, психотропными веществами и алкоголем»⁴³³;
- и некоторые другие (в данном случае, речь идет о стандартизации качества предоставляемых социальных услуг и учреждений социального обслуживания⁴³⁴, а также о внутренней организации деятельности таких учреждений⁴³⁵).

⁴²⁸ См.: приказ Росстандарта от 17 октября 2013 г. № 1181-ст. URL.: <https://docs.cntd.ru/document/1200107240>. (дата обращения: 29.09.2022).

⁴²⁹ См.: приказ Росстандарта от 11 августа 2020 г. № 496-ст. URL.: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_364457/. (дата обращения: 29.09.2022).

⁴³⁰ См.: приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 11 августа 2020 г. № 493-ст. URL.: <https://docs.cntd.ru/document/1200174724>. (дата обращения: 29.09.2022).

⁴³¹ См.: приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 13 декабря 2011 г. № 912-ст. URL.: <https://docs.cntd.ru/document/1200093162>. (дата обращения: 29.09.2022).

⁴³² См.: приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 31 октября 2017 г. № 1618-ст. URL.: <https://docs.cntd.ru/document/1200157615>. (дата обращения: 29.09.2022).

⁴³³ См.: приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 8 августа 2018 г. № 468-ст. URL.: <https://docs.cntd.ru/document/1200160131>. (дата обращения: 29.09.2022).

⁴³⁴ См., например: «ГОСТ Р 52496-2019. Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг. Основные положения», утв. приказом Росстандарта от 6 сентября 2019 г. № 641-ст. URL.: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_334904/. (дата обращения: 29.09.2022.); «ГОСТ Р 53348-

Рекомендательный характер перечисленных национальных стандартов, включая стандарты определения качества предоставляемых социальных услуг, а также отсутствие в актах федерального уровня разъяснений по вопросам о правильности их применении, приводит к их серьезной децентрализованной разрозненности в рамках пилотируемой в РФ модели системы долговременного ухода по вопросу об использовании и в целом формировании перспективной номенклатуры услуг в области долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами.

Это дополнительно обусловлено и весомой разницей в социально-экономическом развитии субъектов Российской Федерации, влияющей на количественный объем и качество социальных услуг, предоставляемых в системе СДУ.

Так, например, анализ нормативных правовых актов Республики Татарстан⁴³⁶, Самарской⁴³⁷ и Ульяновской⁴³⁸ области по вопросу объема бесплатного социального пакета услуг долговременного ухода позволил выявить существенную разницу в предоставляемом объеме таких услуг.

2019. Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг инвалидам», утв. приказом Росстандарта от 6 сентября 2019 г. № 643-ст. URL.: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_334905/; «ГОСТ Р 58552-2019. Социальное обслуживание населения. Качество реабилитационных услуг гражданам пожилого возраста», утв. приказом Росстандарта от 6 сентября 2019 г. № 640-ст. URL.: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_334833/; «ГОСТ Р 52497-2020. Система обеспечения качества учреждений социального обслуживания», утв. приказом Росстандарта от 11 августа 2020 г. № 495-ст. URL.: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_364459/. (дата обращения: 29.09.2022). и др.

⁴³⁵ См., например: «ГОСТ Р 52883-2007. Социальное обслуживание населения. Требования к персоналу учреждений социального обслуживания», утв. приказом Ростехрегулирования от 27 декабря 2007 г. № 561-ст. URL.: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_260046/. (дата обращения: 29.09.2022); «ГОСТ Р 53060-2008. Социальное обслуживание населения. Документация учреждений социального обслуживания», утв. приказом Ростехрегулирования от 17 декабря 2008 г. № 437-ст. URL.: <https://docs.cntd.ru/document/902145349>. (дата обращения: 29.09.2022).

⁴³⁶ См.: Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 31 марта 2021 г. № 198 «О системе долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Республике Татарстан». URL.: <https://docs.cntd.ru/document/574672706>. (дата обращения: 29.09.2022).

⁴³⁷ См.: приказ Министерства социально-демографической и семейной политики Самарской от 29 марта 2021 г. № 146 «Об отдельных вопросах утверждения социального пакета долговременного ухода». URL.: <https://docs.cntd.ru/document/574682138>. (дата обращения: 29.09.2022).

⁴³⁸ См.: приказ Министерства семейной, демографической политики и социального благополучия Ульяновской области от 25 марта 2021 г. № 19-п «Об утверждении уровней нуждаемости от посторонней помощи в соответствии с группой типизации и перечня социальных услуг, входящих в социальный пакет долговременного ухода, оказываемых гражданам, нуждающимся в постороннем уходе бесплатно, в форме социального обслуживания на дому». URL.: <https://docs.cntd.ru/document/463726921>. (дата обращения: 29.09.2022).

В Республике Татарстан социальный пакет включает в себя в общей сложности 15 услуг, которые разбиты по трем пакетам в зависимости от уровня нуждаемости. В Ульяновской области – 39 услуг, в Самарской области – 43 услуг. В последних двух случаях они не распределены по социальным пакетам, при этом одна и та же услуга может предоставляться во всех уровнях нуждаемости.

В Республике Татарстан услуга «помощь в приготовлении пищи» оказывается только в первом уровне нуждаемости, а услуга «приготовление пищи предусмотрена для второго и третьего уровней нуждаемости. В Самарской и Ульяновской области эти услуги соответствуют всем трем уровням нуждаемости.

Перечисленные примеры отражают нарушение важнейшего конституционного принципа адресности мер социальной поддержки (ч. 7 ст. 75 Конституции РФ), оказываемой нуждающимся в долговременном уходе гражданам, которые относятся к одной категории обеспечиваемых лиц.

Важно подчеркнуть, что рекомендательный характер национальных стандартов также предоставляет широкие полномочия субъектам Российской Федерации действовать произвольно в ходе определения критериев нуждаемости, а также выработки на ее основе методики установления индивидуальной потребности в социальных услугах.

Например, вышеназванные «ГОСТ Р 52495-2005. Социальное обслуживание населения. Термины и определения» и «ГОСТ Р 56831-2015. Национальный стандарт Российской Федерации. Социальное обслуживание населения. Услуги по профилактике обстоятельств, обуславливающих нуждаемость граждан в социальном обслуживании» не позволяют выявить точные границы содержания понятий «нуждаемость в социальном обслуживании» и «уровень нуждаемости в социальном обслуживании».

В одном случае, «нуждаемость» раскрывается через «адресность» – принцип социального обслуживания населения, предусматривающий предоставление социальных услуг конкретным лицам (адресатам),

нуждающимся в этих услугах (ГОСТ Р 52495-2005), а в другом, – через «наличие обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить жизнедеятельность гражданина и являются основанием для признания его нуждающимся в социальном обслуживании» (ГОСТ Р 56831-2015).

В то же время содержательное наполнение таких терминов для системы СДУ является основополагающим и прямо влияет на эффективность ее функционирования. Это должно найти отражение в актах федерального уровня с акцентом на принцип адресности мер социальной поддержки.

Высокая степень децентрализации субъектов в сфере применения номенклатуры услуг в области долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами недопустима. В свою очередь, преодоление такого пробела законодательного регулирования может осуществляться по линии разработки федеральных стандартов социальных услуг именно для системы СДУ.

Это, с одной стороны, позволит внести единообразие в ходе формирования перспективной номенклатуры услуг в области долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами с учетом перспектив дальнейшего развития системы долговременного ухода, а с другой стороны, – установит границы применения важнейших терминов и определений, в том числе по перечням и объему социальных услуг в системе СДУ, ориентированных на конкретные категории лиц и с разумной долей открытости таких терминов для появления социальных услуг по новым социальным рискам и потребностям нуждающихся в социальном обслуживании.

Примером необходимости включения в номенклатуру услуг в области долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами перспективного направления можно назвать направление «вспомогательные услуги при сопровождаемом проживании инвалидов», которое приобрело

актуальность с момента ратификации Российской Федерацией в ноябре 2011 года Конвенции о правах инвалидов (далее – Конвенция)⁴³⁹.

Эксперты отмечают, что вспомогательные услуги, отраженные в понятии «вспомогательные услуги при сопровождаемом проживании инвалидов» могут быть квалифицированы только в ходе анализа норм ст. 19 Конвенции⁴⁴⁰. При этом используемые в Конвенции понятия «место жительства» и «местное сообщество» не позволяют не только описать границы их содержательного использования (толкования), но и выявить перспективные направления расширения номенклатуры социальных услуг для системы СДУ с учетом возможного перечня таких услуг.

На начальном этапе данный вопрос может найти решение посредством включения возможного перечня вспомогательных услуг в действующие национальные стандарты:

– «ГОСТ Р 53059-2019. Социальное обслуживание населения. Социальные услуги инвалидам»;

– «ГОСТ Р 53348-2019. Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг инвалидам»;

– «ГОСТ Р 58263-2018. Реабилитация инвалидов. Услуги по сопровождению при содействии занятости инвалидов»;

– «ГОСТ Р 57760-2017. Социальное обслуживание населения. Коммуникативные реабилитационные услуги гражданам с ограничениями жизнедеятельности»;

– «ГОСТ Р 57636-2017. Язык русский жестовый. Услуги по переводу для инвалидов по слуху. Основные положения»⁴⁴¹;

– «ГОСТ Р 57763-2017. Скрытые субтитры для инвалидов по слуху. Общие технические требования»⁴⁴²;

⁴³⁹ См.: Федеральный закон от 3 мая 2012 г. № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов». URL.: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_129200/. (дата обращения: 29.09.2022).

⁴⁴⁰ См.: Радуту В.И., Свинцов А.А., Шестаков В.П. Правовые аспекты определения понятия "вспомогательные услуги при сопровождаемом проживании инвалидов" // Социальное и пенсионное право. 2020. № 4. С. 45 – 49. URL.: <https://elibrary.ru/item.asp?id=44793083>. (дата обращения: 29.09.2022).

⁴⁴¹ См.: приказ Росстандарта от 1 сентября 2017 г. № 994-ст. URL.: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_285199/. (дата обращения: 29.09.2022).

– «ГОСТ Р 57767-2017. Субтитры к кино- и видеопродукции для инвалидов по слуху. Общие технические требования по информационной доступности»⁴⁴³.

Выводы;

Децентрализация предоставления социальных услуг порождает огромное их разнообразие. Одни и те же услуги могут именоваться по-разному, иметь различный объем. Выходом из ситуации может стать определение номенклатуры услуг (с определением их единого понятийного аппарата, объема, содержания). Такая номенклатура должна быть определена в ГОСТах. Проведенное исследование, отраженное по всему отчету, позволяет говорить о не одной сотне различных социальных услуг.

Подчеркнем еще раз, юридический статус национальных стандартов – добровольный характер исполнения. На практике это означает, в случае, если субъект, оказывающий социальные услуги, принял решение о применении стандарта, то требования стандарта для него становятся обязательными, однако, каких-либо мер ответственности за их нарушение не предусмотрено.

На современном этапе распространилась практика разработки стандартов на региональном уровне и на уровне организаций поставщиков социальных услуг. Это позволяет учитывать специфику региона, местные традиции и прочие особенности.

Вместе с тем, система долговременного ухода показала высокую степень межсекторальной и территориальной фрагментарности, слабую интеграцию медицинских и социальных услуг.

В связи с изложенным, на наш взгляд, решением может стать разработка специального национального стандарта для системы долговременного ухода. Подготовка такого стандарта требует отдельного исследования.

⁴⁴² См.: приказ Росстандарта от 5 октября 2017 г. № 1340-ст. URL.: <https://docs.cntd.ru/document/555696586>. (дата обращения: 29.09.2022).

⁴⁴³ См.: приказ Росстандарта от 5 октября 2017 г. № 1344-ст. URL.: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_292386/. (дата обращения: 29.09.2022).

4.2. Определение современных форм предоставления услуг в области долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами

Федеральный закон № 442-ФЗ в статье 19 определил три формы предоставления социальных услуг населению: социальное обслуживание на дому, социальное обслуживание в полустационарной форме и социальное обслуживание в стационарной форме.

В развитие данных положений Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации разработало примерный порядок предоставления вышеперечисленных услуг⁴⁴⁴.

Самая распространенная и востребованная форма предоставления социальных услуг в рамках долговременного ухода – предоставление социального обслуживания на дому. Только эта форма социального обслуживания позволяет пожилому человеку и инвалиду оставаться в привычных домашних условиях.

Отметим, что система долговременного ухода предусматривает более расширенный спектр социальных услуг, чем предусмотрены в Порядке предоставления социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, утвержденной приказом Минтруда России от 24 ноября 2014 г. № 939н⁴⁴⁵.

В рамках системы долговременного ухода социальное обслуживание на дому переименовано в *надомную форму обслуживания*. Система долговременного ухода на дому предполагает кратность и частоту предоставления социальных услуг в зависимости от степени нуждаемости

⁴⁴⁴ См. Примерный порядок предоставления социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, утвержденный приказом Минтруда России от 24 ноября 2014 г. № 939н // URL: <https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=376280&demo=1>. (дата обращения 02.09.2022).

См. Примерный порядок предоставления социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания, утвержденный приказом Минтруда России от 24 ноября 2014 г. № 938н // URL: <https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=376278&demo=1>. (дата обращения 02.09.2022).

См. Примерный порядок предоставления социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания, утвержденный приказом Минтруда России от 24 ноября 2014 г. № 935н. URL: <https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=376280&demo=1>. (дата обращения 02.09.2022).

⁴⁴⁵ URL: <https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=376280&demo=1>. (дата обращения 02.09.2022).

пожилого человека или инвалида, определенной в его индивидуальной программе.

Уровней нуждаемости всего установлено три: первый - от 7 часов в неделю до 14 часов; второй уровень – от 14 часов в неделю до 21; и третий – от 21 часов в неделю до 28 часов.

Важной составляющей системы долговременного ухода признается социальный пакет долговременного ухода, предоставляемый нуждающимся гражданам на бесплатной основе.

Главным компонентом системы долговременного ухода является медицинский. Именно его очень не хватало в традиционном социальном обслуживании до внедрения СДУ. Теперь нуждающиеся граждане обеспечены необходимым объемом медицинской помощи для всех категорий ухода.

Особенно данный вид помощи актуален для граждан с тяжелыми группами ухода, когда в силу ограничений не могут посещать амбулаторные медицинские учреждения, а в рамках системы долговременного ухода они охвачены регулярным медицинским патронажем с целью наблюдения и осуществления медицинских манипуляций на дому, что позволяет продлить им жизнь.

Система долговременного ухода предполагает создание так называемых мультидисциплинарных команд для каждого получателя СДУ. Данные команды формируются из сотрудников медицинской организации и организации социального обслуживания на основании рекомендаций врача-гериатра (в реальности чаще врача - терапевта).

Данные команды формируются с учетом географических особенностей субъекта Российской Федерации, плотностью населения и количества нуждающихся граждан. Также в отдельных регионах формируются мобильные бригады для оказания гериатрической, паллиативной помощи, реабилитационных мероприятий, сохраняя пожилого человека в комфортных для него домашних условиях.

Еще одной сохранной технологией системы долговременного ухода, направленной на качественный уход это организация сопровождаемого проживания. Данная технология предназначена для граждан, имеющих стойкие ограничения жизнедеятельности. Видами этой технологии являются стационарозамещающие технологии: «тренировочное проживание», «сопровожаемое совместное проживание малых групп в отдельных жилых помещениях», «индивидуальное сопровождаемое проживание».

Особенностью совместного проживания малых групп является постоянное круглосуточное сопровождение группы, которое достигается путем суммирования объемов социальных услуг всех проживающих, в соответствии с индивидуальными программами.

Сопровожаемое проживание предполагает привлечение организаций, предоставляющих психологическую, медицинскую, юридическую, социальную помощь, не относящуюся к социальным услугам на основании межведомственного взаимодействия.

Полустационарная форма обслуживания граждан в рамках системы долговременного ухода объектом социальной поддержки являются не только пожилые граждане и инвалиды, но и лица, осуществляющие за ними уход. Центры дневного проживания позволяют разгрузить родственников с одной стороны, и социализировать получателей услуг – с другой.

Как правило, в сферу ответственности центров дневного пребывания включены вопросы доставки до центра и обратно получателей услуг, а также организация горячего питания в дни посещения. График посещения составляется индивидуально от двух до пяти дней в неделю. Такие центры организуют досуг разных типов занятости от занятий на мелкую моторику, до создания мастерских.

Еще одной формой поддержки лиц, осуществляющих уход, является обеспечение получателей социальных услуг отделениями временного пребывания в стационарных организациях. Данная услуга направлена в основном для организации «отпуска от ухода» или «социальной передышки»

для лиц, осуществляющих уход. Без организации таких мероприятий существует опасность выгорания близких людей граждан с устойчивыми ограничениями жизнедеятельности. Данная технология предусмотрена в рамках поддержки неформального ухода.

Для получения такого рода социальных услуг лица, осуществляющие уход должны заранее подать заявку на получение такой услуги в координационный центр.

Стационарная форма получения социальных слуг в системе долговременного ухода предполагает различные режимы пребывания. Он может быть организован на постоянной основе или временное пребывание (срок определяется индивидуальной программой) или пятидневном проживании. Главная особенность стационарной формы – обеспечение постоянного ухода за гражданами, нуждающихся в круглосуточном уходе и присмотре из-за тяжелых функциональных и(или) когнитивных расстройств, или по социальным причинам – отсутствие собственного жилья или невозможности проживать в семье (семейное насилие, ветхое жилье и проч.).

В рамках стационарного пребывания осуществляется организация непрерывного ухода, ежедневная фиксация состояния пожилого гражданина или инвалида, динамику улучшения или ухудшения жизнедеятельности, что позволяет обеспечить своевременность и качество социальных услуг членами мультидисциплинарной команды. Именно статистика данных наблюдений признается в качестве подтверждения исполнения членами команды (персоналом) мероприятий по уходу и социализации.

Главной проблемой обеспечения качества услуг в стационарных учреждениях признается необходимость обеспечения достаточного количества персонала в таких организациях. При этом установлена норма обеспечения – один помощник на восемь получателей услуг, относящихся к тяжелым группам ухода, а также необходимое количество персонала для социализации и реабилитации, например, организаторы досуга, воспитатели, инструкторы по трудотерапии и проч.

Целью пребывания получателей услуг в стационарных организациях системы долговременного ухода – максимально возможное возвращение утраченных функций и наблюдение за их динамикой, что должно быть отражено в индивидуальном плане.

Анализ законодательства и практики реализации пилотного проекта в субъектах Российской Федерации показал, что наиболее востребованы являются домашние услуги, высоким спросом пользуются полустационарная форма социального обслуживания, и наблюдается хроническая нехватка организаций стационарного социального обслуживания. Во многих субъектах Российской Федерации отмечается значительное обветшание имеющихся домов престарелых, психоневрологических диспансеров. Во многих субъектах отсутствуют гериатрические центры.

В сферу социального обслуживания, как в одну из отраслей, наиболее остро нуждающуюся в повышении эффективности функционирования государственного механизма и повышения клиентоориентированности органов государственной власти и государственных организаций было внедрено государственно-частное партнерство.

Среди основных характеристик государственно-частного партнерства в сфере социального обслуживания, выявленных в ходе правоприменительной практики, можно выделить:

- долгосрочность взаимодействия публичной и частной сторон⁴⁴⁶;
- управление рисками. Составление «Матрицы рисков» при распределении рисков между сторонами с переносом на ту сторону, кто в данный момент может им управлять с наименьшими издержками;
- проектное финансирование. Финансовая модель проекта с детальной оценкой возможных рисков по каждому этапу реализации проекта с механизмом возврата вложенных инвестиций;
- софинансирование. Привлечение бюджетных, внебюджетных и иных источников при создании финансовой модели;

⁴⁴⁶ Средний срок реализации проектов в сфере социального обслуживания -19 лет.

- социальная направленность. Стабильность исполнения условий договора публичными и частными сторонами напрямую связаны с повышением качества жизни получателей социальных услуг.

Рост демографической нагрузки с неизбежностью повлечет рост потребности граждан старшего поколения в представлении качественных социальных услуг всех форм социального обслуживания. Следовательно, возрастет потребность в социальной инфраструктуре, отвечающей современным требованиям для обеспечения этой потребности.

Правоприменительная практика государственно-частного партнерства уже доказала свою эффективность для обеих сторон. Для негосударственных стационарных организаций социального обслуживания граждан пожилого возраста сотрудничество с органами государственной власти субъектов Российской Федерации приводит к увеличению рентабельности через размещение в них нуждающихся граждан пожилого возраста на бюджетной основе. Для государства это сотрудничество позволяет добиться бюджетной эффективности расходов, т.к. отсутствует необходимость тратить средства бюджета на создание и содержание дополнительных койко-мест.

Использование важнейшего инструмента нового механизма – реестра поставщиков социальных услуг позволяет повысить прозрачность деятельности негосударственных организаций социального обслуживания и повышает уровень обеспеченности учреждениями для их оказания.

В свою очередь для частных организаций включение в реестр означает возможность рассчитывать на компенсации и налоговые льготы при оказании социальных услуг, а в случае, если поставщик социальных услуг, включенный в реестр, не участвует в выполнении государственного задания, то повышается его защищенность, т.к. ему выплачивается компенсация.

Передача государственной функции по оказанию социального обслуживания негосударственным структурам предполагает осуществление государственного контроля за качеством оказываемых социальных услуг.

Отсутствие нормативного правового регулирования по многим вопросам развития государственно-частного партнерства в сфере социального обслуживания побуждает к поиску правовых способов и средств его дальнейшего развития для обеспечения высоких качественных характеристик оказания социальных услуг.

Долгосрочный характер работы в сфере социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов соответствует особенностям инфраструктурных проектов государственно-частного партнерства. При очевидном преимуществе применения форм государственно-частного партнерства как для публичной, так и для частной стороны, возникает необходимость определения единых требований к качеству и доступности социальных услуг для граждан в соответствии с Законом № 442-ФЗ.

Наиболее важным направлением в вопросе обеспечения качества и доступности социальных услуг и сохранения инвестиционной привлекательности для частных партнеров, является необходимость формирования ряда требований: *сформировать стандарты социальных услуг; требования к порядку их оказания⁴⁴⁷; правил предоставления социальных услуг бесплатно, за плату или частичную оплату, требование к деятельности поставщика социальных услуг.*

Кроме того, считаем целесообразным разработать *стандарт оказания услуг при заключении соглашений о государственно-частном партнерстве*, в который входили бы следующие элементы: определение объема социальных услуг; сроков их предоставления; определение норматива финансирования социальных услуг и условий их предоставления (например, условий доступности с учетом ограниченных возможностей здоровья); показатели качества и оценки результатов предоставления услуг.

⁴⁴⁷ В настоящее время принят только один Стандарт деятельности по осуществлению полномочия в сфере занятости населения по оказанию государственной услуги по социальной адаптации безработных граждан на рынке труда, утвержденный приказом Минтруда России от 27.04.2022 № 266н.

Перечисленные меры позволят субъектам Российской Федерации сформировать механизм привлечения негосударственных инвестиций и поставщиков социальных услуг в сферу социального обслуживания.

Гарантии негосударственным партнерам, установленные Законом № 442-ФЗ в виде компенсационного механизма и налоговых льгот, соответствуют историческому опыту государственно-частного партнерства в России.

4.3. Формирование перечня категорий граждан, имеющих право на получение услуг в области долговременного ухода

Целью системы долговременного ухода является обеспечение каждого человека, который не справляется с самостоятельным уходом, необходимой помощью и поддержкой.

Несмотря на то, что побудительным мотивом создания системы долговременного ухода является конкретная целевая аудитория – пожилые граждане и инвалиды, и именно глобальное старение человечества послужило импульсом для реакции государств по снижению рисков этой проблемы, объектом заботы в рамках СДУ признаются несколько категорий граждан Российской Федерации.

Главным критерием получения определенного объема социальных услуг системы долговременного ухода – это ограничения жизнедеятельности, которые влекут за собой зависимость от посторонней помощи, которая может быть, как минимальной, так и максимальной – полной потерей самостоятельности.

В целевую группу системы долговременного ухода граждане, имеющие устойчивые ограничения в самообслуживании. Ограничения жизнедеятельности могут быть связаны с когнитивными, физическими или сочетанными нарушениями.

К этой группе, в том числе, относятся люди, имеющие нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленным

заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и вызывающие необходимость социальной защиты или имеющие соответствующие ограниченные возможности, выражающиеся в любых ограничениях или потере способности выполнять какую-либо деятельность.

В целевую аудиторию системы долговременного ухода также входят люди полностью или частично утратившим способность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться или с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями. При этом необходимо понимать, что полная или частичная утрата способности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться может возникать как при наличии неизлечимого прогрессирующими заболеваниями (паллиативная помощь), так и в силу травмы, возраста или наличия инвалидности.

Таким образом получателями услуг СДУ могут быть как граждане, имеющие инвалидность, это и дети-инвалиды, инвалиды с детства, инвалиды первой, второй и третьих групп, при наличии у них зависимости от посторонней помощи, а также граждане, не имеющие инвалидности, в том числе с ограниченными возможностями здоровья.

Каждому получателю услуг системы долговременного ухода будет подобран индивидуальный комплекс услуг СДУ, направленный на компенсацию ограничений и обеспечение поддержки, реабилитацию или абилитацию, сопровождение или уход.

Детям данные услуги будут направлены прежде всего на возможность их развития, формирование социальных навыков, обучения, вне зависимости от их ограничений.

Взрослым людям, как правило, помимо поддержки и ухода необходима абилитация, возможность получения новых возможностей работы или занятости. Пожилые люди нуждаются в возможности максимально долго сохранять социальную активность, не терять имеющихся социальных связей, сохранять привычный образ жизни.

Таким образом, целевые группы системы долговременного ухода включают в себя несколько категорий, среди которых:

- граждане Российской Федерации, возраст которых превышает 65 лет
- паллиативные пациенты;
- гериатрические пациенты;
- граждане РФ с инвалидностью;
- граждане РФ с психическими расстройствами, включая больных деменцией;
- маломобильные пациенты (необратимо и обратимо);
- граждане РФ, оказывающие надомную помощь нуждающимся.

4.4. Разработка перечня гарантий семьям, осуществляющим долговременный уход за гражданами пожилого возраста и инвалидами

Анализ законодательства Российской Федерации и пилотных проектов субъектов Российской Федерации по системе долговременного ухода показал, что отсутствует единообразный подход к регулированию правового статуса лиц, осуществляющих уход.

Лица, осуществляющие уход за пожилым гражданином или инвалидом – самостоятельное звено в рамках системы долговременного ухода. Именно данные граждане составляют основу неформального ухода СДУ.

Важность поддержки данной категории лиц не вызывает сомнения.

С целью усиления социальной защищенности лиц, осуществляющих уход, федеральный законодатель установил механизм компенсационных выплат. Так, согласно Указам Президента Российской Федерации от 26 декабря 2006 г. № 1455 «О компенсационных выплатах лицам, осуществляющим уход за нетрудоспособными гражданами»⁴⁴⁸ и от 26 февраля 2013 г. № 175 «О ежемесячных выплатах лицам, осуществляющим

⁴⁴⁸ URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_64919/. (дата обращения 02.09.2022).

уход за детьми-инвалидами и инвалидами с детства I группы»⁴⁴⁹ неработающий трудоспособный гражданин, ухаживающий за нетрудоспособным лицом, может получить независимо от их совместного проживания одну из ежемесячных выплат в зависимости от категории лица, за которым требуется уход:

1) выплату по уходу за детьми-инвалидами и инвалидами с детства I группы в размере 10 000 руб. родителю (усыновителю) или опекуну (попечителю) либо в размере 1 200 руб. другим лицам;

2) компенсационную выплату в размере 1 200 руб. по уходу за иными нетрудоспособными гражданами, к которым относятся: инвалиды I группы (за исключением инвалидов с детства I группы) и престарелые граждане, нуждающиеся в постоянном постороннем уходе или достигшие возраста 80 лет.

В рамках системы долговременного ухода предполагается возложить поддержку лиц, осуществляющих уход на региональный уровень публичной власти. Так, органы государственной власти субъекта Российской Федерации должны разработать в рамках своих финансовых и экономических возможностей меры финансовой, психологической и юридической поддержки лиц, осуществляющих уход за пожилым человеком или инвалидом.

Регионы должны быть заинтересованы вводить новые формы поддержки неформального ухода. Однако не сегодняшний день такие меры действуют только в рамках федерального законодательства.

Согласно анализу правоприменительной практики реализации пилотного проекта, в субъектах Российской Федерации насчитывается 3,5 миллиона лиц, осуществляющих уход, 2,8 миллиона из них получают

⁴⁴⁹URL:

<http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&ts=zQpayITipySME6Lo&cacheid=BBB347FF6E8F33795BFE6E78E3F8D509&mode=splus&rnd=XRoayITE1QQK0NqA&base=LAW&n=319752&dst=100000001#KuqayITEU9b8amj8>. (дата обращения 02.09.2022).

пособие — 1200 рублей на основании Указа Президента Российской Федерации от 26 декабря 2006 № 1455.

Анализ правоприменительной практики пилотного проекта показал, что не во всех субъектах Российской Федерации предоставляется правовая возможность официально оформиться сиделками к собственным родственникам.

Отметим, что органы государственной власти субъектов Российской Федерации вправе осуществлять дополнительную социальную поддержку лиц, осуществляющих уход. Так, согласно Закону города Москвы от 23 ноября 2005 г. № 60 «О социальной поддержке семей с детьми в городе Москве»⁴⁵⁰, неработающему родителю (опекуну, попечителю), занятому уходом за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет или инвалидом с детства в возрасте до 23 лет, выплачивается дополнительная ежемесячная городская компенсационная выплата.

Так, с 2021 года она составляет 13 141 рубль в месяц и выплачивается независимо от факта осуществления трудовой деятельности: одиноким матерям (отцам); вдовам (вдовцам); разведенным родителям; родителям, в отношении детей которых установлено отцовство; одному из родителей в многодетных семьях; опекуну (попечителю) ребенка, оставшегося без попечения родителя, из числа перечисленных выше категорий.

Отметим, что Трудовой кодекс Российской Федерации содержит комплекс норм, устанавливающий особый трудовой статус лиц, осуществляющих уход за детьми-инвалидами и выделяет эту категорию среди лиц с семейными обязанностями. Список гарантий в Трудовом кодексе для вышеперечисленных лиц: возможность установления неполного рабочего времени (ст. 93 ТК РФ); освобождение от работы в ночное время (ст. 96 ТК РФ); гарантии лицам с семейными обязанностями при направлении в служебные командировки, привлечении к сверхурочной работе, работе в

⁴⁵⁰URL: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=MLAW&n=68180>. (дата обращения 02.09.2022).

ночное время, выходные и нерабочие праздничные дни (ст. 259 ТК РФ) гарантии лицам с семейными обязанностями при расторжении трудового договора (ст. 261 ТК РФ); дополнительные выходные дни лицам, осуществляющим уход за детьми-инвалидами (ст. 262 ТК РФ); очередность предоставления отпусков лицам, воспитывающим детей-инвалидов (262.1 ТК РФ); дополнительные отпуска без сохранения заработной платы лицам, осуществляющим уход за детьми, инвалидами (ст. 263 ТК РФ).

Кроме того, в соответствии с подпунктом 6 пункта 1 статьи 12 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 400-ФЗ «О страховых пенсиях»⁴⁵¹ период ухода, осуществляемого трудоспособным лицом за инвалидом I группы, ребенком-инвалидом или за лицом, достигшим возраста 80 лет, включается в страховой стаж для определения права на страховую пенсию наравне с периодами работы.

Однако помимо ежемесячного пособия, опекуну недееспособного инвалида полагаются следующие льготы: скидка в 50% на оплату коммунальных платежей и услуг ЖКХ от общей начисленной суммы; право на санаторное лечение и отпуск в санатории вместе с ребенком-инвалидом; скидка на оплату транспортного налога и налога на землю.

Повышенные выплаты полагаются людям, проживающим в районах Крайнего Севера. Для них применяется районный коэффициент, который используется также для расчета пенсий, пособий и иных социальных выплат.

Проведенный анализ показал недостаточность мер социальной поддержки лиц, осуществляющих уход, отсутствует единообразный подход к регулированию их правового статуса. Не во всех субъектах Российской Федерации предоставляется правовая возможность официально оформиться сиделками к собственным родственникам.

Выводы:

⁴⁵¹ Федеральный закон от 28.12.2013 N 400-ФЗ "О страховых пенсиях"// URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?from=334560-163&req=doc&rnd=WyhZjA&base=LAW&n=410297#pKumyITZepV1TXM9>. (дата обращения 02.09.2022).

В связи с этим считаем необходимым разработать две системы поддержки лиц, осуществляющих уход за пожилыми гражданами и инвалидами разных возрастов.

1. В системе долговременного ухода на федеральном уровне должна быть обеспечена возможность для лиц, осуществляющих уход, осуществлять его в качестве сиделки и получать за эту работу определенную заработную плату.

2. Разработать систему прямых выплат лицам, осуществляющим уход в случае, если к пожилому человеку (инвалиду) приходит сиделка максимально 28 часов в неделю или 4 часа в день (это для третьего – самого высокого уровня нуждаемости в уходе). Остальные 20 часов ухода за лежачими больными должны быть замещены лицом, осуществляющим уход, которому следует назначить выплату не ниже прожиточного минимума, принятого на территории субъекта Российской Федерации, которая подлежит индексации.

Отметим, что уже разработан законопроект № 197055-8 «О ежемесячных выплатах лицам, осуществляющим уход за нетрудоспособными гражданами» депутатами Государственной Думы Совета Федерации⁴⁵² и находится на рассмотрении Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации.

4.5. Разработка предложений, позволяющих получать услуги долговременного ухода по экстерриториальному принципу

Возможность получения государственных услуг по экстерриториальному принципу была предоставлена гражданам Российской Федерации с 1 января 2018 года⁴⁵³.

⁴⁵² URL.: <https://sozd.duma.gov.ru/bill/197055-8>. (дата обращения: 29.09.2022).

⁴⁵³ См.: Федеральный закон от 5 декабря 2017 г. № 384-ФЗ «О внесении изменений в статьи 7 и 29 Федерального закона "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг"». URL.: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_284126/. (дата обращения: 29.09.2022).

Этот принцип позволяет гражданам подать заявление в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации (с 1 января 2023 года – Социальный фонд) или в МФЦ и получить государственную услугу независимо от места регистрации заявителя. Такой принцип может быть внедрен и в рамках системы долговременного ухода.

Одним из направлений реализации такого принципа может быть внедрение на федеральном уровне обязательного социального страхования долговременного ухода совместно с формированием универсальной модели системы СДУ (на примере Республики Беларусь).

В Республике Беларусь такая система создается на основе лучших европейских практик и моделей долговременного ухода, действующих на основе страховых и нестраховых принципов.

В Российской Федерации для реализации экстерриториального принципа в системе долговременного ухода необходимо обеспечить:

1. На первом этапе:

– максимальный охват системой на федеральном уровне нуждающихся всех возрастов в соответствии с потребностями пациентов с различными степенями физических и умственных отклонений;

– максимальный охват системой членов семьи и иждивенцев гражданина, нуждающегося в долговременном уходе (посредством создания для них рабочих мест, внедрения программ подготовки и повышения квалификации, в том числе по направлению органов службы занятости);

– создание системы реабилитации и абилитации, позволяющей максимально быстро восстановить функциональные возможности и утраченную трудовую активность инвалида (это позволит вести полноценную жизнь и будет способствовать преодолению хронических заболеваний, возврату части таких граждан на рынок труда);

– введение обязательного социального страхования долговременного ухода (на основе страховых принципов и лучших региональных практик);

– расширение гарантий в рамках системы СДУ (например, позволив застрахованным, нуждающимся в долговременном уходе, самостоятельно формировать пакет социальных услуг, выбирать формы и виды социального обслуживания).

2. На втором этапе:

– объединить в единую систему долговременного ухода такие ресурсы, как медицинский и социальный патронаж, объекты по гериатрии, паллиатива и реабилитации, центры дневного пребывания, стационарные учреждения социальной и медицинской сферы, общественные объединения, религиозные и волонтерские организации, а также усилить межведомственное взаимодействие между перечисленными участниками системы;

– внедрить единую систему долговременного ухода в инфраструктуру ЕГИССО, назначение и правовые основы которой закреплены в ст. 6.9 Федерального закона от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»⁴⁵⁴.

⁴⁵⁴См.:URL.:

https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_23735/f4816a693bf5877f50fd7dae439b8deea05af3c0/. (дата обращения: 29.09.2022).

5. Разработка рекомендаций по совершенствованию действующих федеральных нормативных правовых актов в области системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами

5.1. Разработка модели распределения полномочий в области долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами

Модель системы долговременного ухода – это идеальное представление социально-медицинского механизма, закрепленного в нормативных правовых актах, определяющих цели, задачи и содержание деятельности органов публичной власти, организаций системы долговременного ухода, специалистов, оказывающих такой уход гражданам с дефицитом здоровья и способности к самообслуживанию.

Богатый практический опыт применения системы долговременного ухода накоплен в зарубежных странах, перед которыми социально-экономические и правовые угрозы старения населения возникли гораздо раньше, чем в Российской Федерации.

В связи с этим разработку идеальных представлений (моделей) долговременного ухода целесообразно начать с изучения опыта построения таких моделей, используемых в зарубежных странах.

Использование зарубежного опыта и имплементация его в структуру правовой и экономической системы Российской Федерации – популярный тренд конца 90-х и начала 2000-ых годов, который не всегда оправдывал ожидания разработчиков, и не работал столь успешно в рамках российской ментальности, территориальной протяженности и национальных особенностей. В связи с этим представляется целесообразность более критической оценки теоретических моделей систем долговременного ухода для применения в Российской Федерации.

Ключевым вопросом при разработке модели долговременного ухода является определение уровня публичной власти, ответственных за

нормативное правовое регулирование, финансирование и предоставление социальных услуг.

Основным классификационным основанием признается уровень **централизации и децентрализации** управления при организации системы долговременного ухода.

Использование принципа **децентрализации** при построении системы долговременного ухода используют такие страны как: Канада, Великобритания, Китай, Швеция, США, Нидерланды. Однако уровень этой децентрализации в каждом государстве свой.

Сам принцип децентрализации в управлении системой долговременного ухода планировался с целью приблизить социальные услуги к потребителю и учесть местную специфику.

Характерными особенностями децентрализованной системы долговременного ухода являются следующие. При общем политическом руководстве центральной (федеральной) власти, организация долговременного ухода полностью сосредоточена на региональном или муниципальном уровне публичной власти. Речь идет об утверждении стандартов в сфере социального обслуживания, критериев получения социальных услуг, установлении их качества, перечня видов, объема и гарантий получения⁴⁵⁵.

Наиболее радикальный уровень децентрализации наблюдается в Швеции, где вся ответственность за управление долговременным уходом, его организацией и даже финансирование сосредоточено на муниципальном уровне.

Менее радикальный уровень децентрализации в Канаде. Федеральное законодательство не содержит никаких стандартов в определении критериев получения государственных услуг, ни списков оказываемых услуг, но выступает гарантом их обеспечения. Круг получателей, стандарты, и способы

⁴⁵⁵ Merlis M. Caring for the frail elderly: an international review. Health Affairs Millwood VA Then Bethesda MA. 2000. Vol. 19. № 3. P. 141–149.

предоставления социальных услуг в системе долговременного ухода определяются, как правило, региональными (а в отдельных случаях и муниципальными) органами.⁴⁵⁶

В некоторых странах распределение ответственности органов публичной власти за сферу социальных услуг в системе долговременного ухода зависит от типа самой социальной услуги. Например, в Испании емкие услуги, связанные с оказанием медицинского (сестринского) ухода (home nursing) оказываются на региональном уровне власти, а за социальные услуги по дому несет ответственность муниципальный уровень⁴⁵⁷.

В других странах децентрализация охватывает только предоставление услуг. Например, в Финляндии государство устанавливает перечень услуг, которые должны оказываться на месте, тогда как муниципалитеты отвечают за организацию и предоставление услуг⁴⁵⁸.

В Швейцарии распределение полномочий органов государственного управления в сфере долговременного ухода сложилось следующим образом. За вопросы, связанные с финансированием медицинского страхования при долгосрочном уходе, в Швейцарии несет ответственность федеральное Правительство, региональные государственные органы – кантоны обладают всей полнотой государственной по другим вопросам социального обслуживания на дому, включая определение других источников финансирования.

Мнение сторонников децентрализации в организации долговременного ухода приводят три аргумента в пользу возложения ответственности на более низкий уровень управления⁴⁵⁹.

- региональный и муниципальный уровни власти принимают активное участие в предоставлении большого объема социальных услуг и выплат.

⁴⁵⁶ Там же.

⁴⁵⁷ Genet N., Boerma W. et al. Home care across Europe: Current structure and future challenges // World Health Organization. 2012.

⁴⁵⁸ Там же.

⁴⁵⁹ Wiener J.M., Cuellar A.E. Public and private responsibilities: Home- and community-based services in the United Kingdom and Germany // Journal of Aging and Health. 1999. Vol. 11. № 3. P. 417–444.

Соответственно, на местном уровне можно оперативно установить дополнительные связи в системе долговременного ухода в случае, если в них есть необходимость для нуждающегося инвалида или пожилого человека.

- на местном уровне легче создать условия для комфортного осуществления социального обслуживания на протяжении долгого времени в соответствии с пожеланиями пожилых граждан, с учетом национальных традиций и ценностных установок местности, в которых они проживают.

- на местном уровне легче учесть индивидуальные потребности при организации и планировании долговременных услуг. Управление на местном уровне менее жесткое и бюрократическое.

Одновременно данный способ управления имеет определенные недостатки:

1) децентрализация, как правило, приводит к **региональному и территориальному неравенству** при оказании социальных услуг в рамках системы долговременного ухода, в связи с тем, что *отсутствуют единые формализованные критерии и инструменты оценки нуждаемости, и инструменты обеспечения качества социальных услуг.*

2) значительное влияние на систему долговременного ухода оказывает различные финансовые возможности регионов и муниципалитетов и в целом их социально-экономическое положение.

Многие зарубежные страны пытаются нивелировать эти отрицательные последствия: путем закрепления единых национальных механизмов обеспечения качества социальных услуг в первом случае и использовать государственные механизмы софинансирования региональных и местных программ – во втором⁴⁶⁰.

Централизованный подход характеризуется следующими признаками: нормативное определение основных параметров системы долговременного ухода осуществляется на федеральном (государственном) уровне (круг лиц, право на участие в программе, большинство льгот,

⁴⁶⁰ European Communities. Long-term care in the European Union. 2008.

социальные стандарты, требования к качеству услуг и проч.); на региональном или местном уровне отсутствует возможность вносить какие-либо изменения в программу долговременного ухода; существует система контроля; все параметры финансирования определяются на федеральном уровне.

Централизованная модель системы долговременного ухода реализуется в таких странах как Германия, Япония.

В качестве положительных черт централизованной модели системы долговременного ухода отметим следующие:

- единая государственная (национальная) программа помогает гарантировать справедливость на всей территории государства – все нуждающиеся имеют равные шансы на предоставление ухода и качественное социальное обслуживание. Таким образом, обеспечивается соблюдение прав нуждающихся граждан на долговременный уход в соответствии со степенью нуждаемости на единых основаниях на всей территории государства;

- единая национальная программа требует меньше административных издержек, т.к. она разрабатывается один раз.

Анализ российского законодательства показал, что система долговременного ухода Российской Федерации содержит элементы централизованной модели и децентрализованной, своеобразная **«смешанная» форма модели долговременного ухода.**

Полномочиями в сфере социального обслуживания наделен как федеральный уровень государственной власти, так и уровень субъектов Российской Федерации.

К сожалению, для Российской Федерации присущи все вышеперечисленные проблемы децентрализованной модели, а также слабо выражены положительные черты централизованной.

Отметим, что разница социального экономического развития субъектов Российской Федерации напрямую влияет на объем и качество социальных услуг долговременного ухода и других областей социальной сферы – это

давно известный факт, как для научного сообщества, так и для органов государственной власти федерального и регионального уровня.

Отметим, что проблема не равного обеспечения граждан социально уязвимых категорий, находящихся в равном правовом положении, отмечается в других институтах социальной сферы. Например, при назначении социальных выплат многодетным семьям наблюдается разный размер детских пособий при равных условиях нуждаемости и количества детей в семьях, проживающих в разных субъектах Российской Федерации, аналогичная ситуация возникает при определении размера регионального материнского капитала и проч.⁴⁶¹

Похожая ситуация возникает и при предоставлении социальных услуг в рамках долговременного ухода. Анализ нормативных правовых актов в субъектах Российской Федерации позволил выявить разницу в объеме социальных услуг, входящих в бесплатный социальный пакет долговременного ухода.

Бесплатный социальный пакет — это новый продукт в социальном обслуживании, предоставляющийся только в системе долговременного ухода. Представляет собой гарантированный перечень и объем социальных услуг, обеспечивающих гражданину, нуждающемуся в постороннем уходе, бесплатное предоставление ухода, во всех формах социального обслуживания, включая их сочетание и чередование.

Отметим, что ранее социальные услуги предлагались в рамках социального обслуживания, однако, это были социально-бытовые услуги (покупка продуктов и непродовольственных товаров, помощь в уборке жилья и проч.). В рамках долговременного ухода предлагаются не только социально-бытовые услуги, но и уходные и медицинские услуги: помощь в кормлении, в пользовании туалетом, гигиенические услуги.

⁴⁶¹ Более подробно см.: Еремина О.Ю. Право на материнский (семейный) капитал в системе мер социального обеспечения / В кн. Социальная защита семьи: совершенствование механизма правового регулирования Баранов В.А., Буянова А.В., Волкова Н.С., Еремина О.Ю., Петюкова О.Н., Путило Н.В., Райлян А.И., Серeda А.В. /Под редакцией О.Н. Петюковой. Москва, 2015.

Сравнительный анализ социального пакета Республики Татарстан⁴⁶², Самарской⁴⁶³ и Ульяновской⁴⁶⁴ области показал существенную разницу в их объеме⁴⁶⁵.

Так, в Республике Татарстан социальный пакет включает в себя в общей сложности 15 услуг (разбиты по трем пакетам в зависимости от уровня нуждаемости). В Ульяновской области – 39 услуг, в Самарской области 43 услуги, которые по социальным пакетам не распределены. Одна и та же услуга может предоставляться во всех уровнях нуждаемости.

Так, в Республике Татарстан услуга «помощь в приготовлении пищи» оказывается только в первом уровне нуждаемости, а услуга «приготовление пищи – для 2 и 3 го уровней. В Самарской и Ульяновской областях эти две услуги соответствуют всем трем уровням нуждаемости.

Приведенные данные демонстрируют **разный объем социальных услуг, для людей, относящихся к одной и той же категории нуждающихся граждан. Особенностью всех социальных пакетов является их бесплатность для получателей услуг. Следовательно, нарушен принцип равенства при получении социальных услуг для лиц, относящихся к одной категории нуждающихся лиц.**

В связи с этим считаем необходимым разработать и внедрить правовые механизмы финансирования региональных и местных программ, использовать модели обязательного социального страхования в системе долговременного ухода, разработать единые федеральные стандарты социальных услуг, применяемые в рамках системы долговременного ухода.

⁴⁶² Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 31.03.2021 № 198 «О системе долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Республике Татарстан» / URL: <https://docs.cntd.ru/document/574672706>. Дата обращения 29.09.2022.

⁴⁶³ Приказ Министерства социально-демографической и семейной политики Самарской от 29.03.2021 № 146 «Об отдельных вопросах утверждения социального пакета долговременного ухода» / URL: <https://docs.cntd.ru/document/574682138>. Дата обращения 29.09.2022.

⁴⁶⁴ Приказ Министерства семейной, демографической политики и социального благополучия Ульяновской области от 25.03.2021 № 19-п «Об утверждении уровней нуждаемости от посторонней помощи в соответствии с группой типизации и перечня социальных услуг, входящих в социальный пакет долговременного ухода, оказываемых гражданам, нуждающимся в постороннем уходе бесплатно, в форме социального обслуживания на дому» / URL: <https://docs.cntd.ru/document/463726921>. Дата обращения 29.09.2022

⁴⁶⁵ Выбор данных субъектов РФ обусловлен тем, что они входят в Приволжский Федеральный округ и участвуют в системе долговременного ухода.

Выводы:

На основании изложенного, считаем необходимым *на федеральном уровне:*

- утвердить единые критерии оценки нуждаемости в долговременном уходе;
- утвердить субъектный состав получателей социальных услуг в системе долговременного ухода;
- утвердить объем и перечень социальных услуг, входящих в социальный пакет долговременного ухода для всех форм социального обслуживания;
- разработать модели страхового механизма финансирования системы долговременного ухода;
- разработать модели софинансирования населения для тех социальных услуг, которые не входят в бесплатный социальный пакет.

5.2. Разработка рекомендаций по совершенствованию нормативных правовых актов, оказывающих влияние на систему долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами

В настоящее время в Российской Федерации идет построение системы долговременного ухода. Пилотный проект, реализующийся с 2019 по настоящее время, показал определенные результаты и вскрыл многие правовые проблемы.

Исследователи⁴⁶⁶ выделяют следующие основные направления совершенствования системы долговременной социальной помощи и ухода за гражданами пожилого возраста:

- актуализация нормативно-правового регулирования вопросов долгосрочной помощи пожилым гражданам;
- совершенствование системы финансирования помощи;

⁴⁶⁶ URL: https://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Uhod_2018.pdf. Дата обращения 29.09.2022

- подготовка кадров для оказания профессиональной долговременной помощи и ухода, включающую в себя разработку профессиональных стандартов;

- совершенствование межведомственных механизмов и форм взаимодействия при оказании долговременного ухода, разработка единых алгоритмов определения потребности в уходе и помощи и т.д.

- разработку единых стандартов качества обеспечения ухода и помощи пожилым гражданам.

Исследователи⁴⁶⁷ отмечают, что главным принципом новой системы долгосрочного ухода за пожилыми людьми является выявительный принцип, особенностью которого является совершенствование механизмов установления нуждаемости граждан старшего поколения в социальном обслуживании.

Еще один принцип новой системы долговременного ухода за престарелыми – индивидуальный подход⁴⁶⁸. В отношении каждого нуждающегося в уходе и помощи престарелого должен быть определен индивидуальный объем оказываемых социальных услуг.

Для эффективной и комплексной помощи престарелым необходим межведомственный подход – это еще один из принципов новой системы долговременного ухода. Межведомственное взаимодействие необходимо для комплексного оказания медицинских и социальных услуг, которые реализуются различными ведомствами.

В деле реализации долгосрочного ухода и помощи за старшим поколением немаловажен еще один принцип: привлечение социальных партнеров. Авторы⁴⁶⁹ отмечают как положительную сторону привлечение к сотрудничеству с социальными сферами культурно-массовых организация: театров, библиотек, музеев, советов ветеранов и других общественных

⁴⁶⁷ Хомякова И.А., Мяконькая Л.И. Система долговременного ухода как новая технология социального обслуживания. Sistema_dolgovremennogo_uxoda_Shary_povo.pdf. Дата обращения 29.09.2022.

⁴⁶⁸ Хомякова И.А., Мяконькая Л.И. Система долговременного ухода как новая технология социального обслуживания. Sistema_dolgovremennogo_uxoda_Shary_povo.pdf. Дата обращения 29.09.2022.

⁴⁶⁹ Там же.

организаций. Особо актуальна организация досуга для одиноко проживающих пожилых людей. Социокультурная реабилитация должна быть организована посредством вовлечения престарелых в клубную деятельность (различные обучающие курсы, спортивные и культурные кружки, секции и т.д.).

Аналитики⁴⁷⁰ отмечают необходимость постоянного повышения квалификации сотрудников социальных служб по тематикам ухода за пожилыми людьми, поскольку, во-первых, изменяются общественные риски для граждан, в т.ч. пожилых, во-вторых, появляются новые методики и формы поддержки старшего поколения.

Следует отметить социальную неоднородность пожилого контингента. Престарелые граждане представляют самые различные социальные слои населения, которые отличаются уровнем образования, квалификацией и сферой интересов. Соответственно, этим диктуется и необходимость различных подходов к социальной адаптации и социальному обслуживанию. Социальные программы по уходу за пожилыми не учитывают различных вариаций с учетом социального статуса пожилого человека. Учет таких деталей на федеральном, региональном и даже муниципальном уровне является крайне трудоемким процессом. Из этого следует, что такую вариативность должно разрабатывать непосредственно учреждение социальной помощи. Однако, на федеральном уровне необходимо разработать принципы и методики психолого-социальных подходов по уходу за различными категориями граждан.

Анализ активности граждан пожилого возраста наводит на мысль, что современные системы ухода за ними не отражают всей направленности социально-общественной вовлеченности престарелых. Полагаем, что необходимо новые механизмы вовлеченности пожилых. Очевидно, например, что работодатели не охотно берут на работу лиц, пенсионного возраста. Однако, эти люди еще могут и хотят принести в социально-

⁴⁷⁰ Там же.

экономическое развитие свою лепту. Решение этой проблемы возможно при создании малых предприятий для работающих пенсионеров, где они смогли бы в меру своих сил трудиться, реализовывать свой накопленный опыт и знания, но в меру своих возрастных сил. Такие предприятия можно организовать по образу и подобию Всероссийского общества инвалидов (ВОИ), в арсенале которого организовано 124 предприятия и 90 производственных участков с рабочими местами, специально оборудованными для инвалидов⁴⁷¹.

Анализ правоприменительной практики в системе долговременного ухода показал, что федеральный уровень регулирования определил лишь общие организационные рамки предоставления социальных услуг пожилым гражданам и инвалидам.

Важнейшие вопросы, среди которых методика оценки нуждаемости в долговременном уходе по состоянию здоровья, оценка нуждаемости по уровню дохода, льготные условия предоставления социальных услуг, способы выявления нуждающихся граждан – все это регулируют субъекты Российской Федерации региональными нормативными правовыми актами.

Выводы:

Анализ нормативного массива регионов, участвующих и не участвующих в пилотном проекте позволил разработать **следующие рекомендации** по совершенствованию нормативных правовых актов, регулирующих систему долговременного ухода в Российской Федерации.

1. *Разработать единые критерии нуждаемости в долговременном уходе* на федеральном уровне, которые бы состояли из двух частей: оценку нуждаемости по состоянию здоровья с учетом структуры и степени ограничений его жизнедеятельности, состояния здоровья, особенностей поведения, предпочтений и оценку нуждаемости по уровню дохода и иных имеющихся ресурсов. Наиболее предпочтительным видится отдельный

⁴⁷¹ URL: https://www.voi.ru/o_nas/predpriyatiya_voi. Дата обращения 29.09.2022

социальный стандарт, который будет иметь не рекомендательный, а обязательный характер для органов государственной власти субъектов Российской Федерации – Порядок определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании.

Данный нормативный правовой акт должен быть разработан Правительством Российской Федерации или федеральным органом государственной власти, осуществляющим полномочия в сфере социального обслуживания граждан.

2. *Определить субъектный состав получателей долговременного ухода.* Учитывая, целью создаваемой системы долговременного ухода является обеспечение граждан Российской Федерации, имеющего дефициты в самообслуживании, то целевая аудитория должна включать субъектов их следующих категорий: *паллиативные пациенты; гериатрические пациенты; граждане Российской Федерации с инвалидностью; граждане Российской Федерации с психическими расстройствами, включая больных деменцией; маломобильные пациенты (необратимо и обратимо); граждане РФ, оказывающие надомную помощь нуждающимся.*

Данная рекомендация может быть реализована путем внесения изменений в Приказ Минтруда России от 30.07.2014 № 500н «Об утверждении рекомендаций по определению индивидуальной потребности в социальных услугах получателей социальных услуг»

3. *Создать систему регулярного мониторинга потребности в долговременном уходе.* Данная система должна решать:

1) среднесрочные и долгосрочные потребности населения в долговременном уходе на основе статистических данных для определения структурных изменений в будущем;

2) выявление текущей потребности конкретных субъектов, нуждающихся в уходе.

Совершенствование системы мониторинга целесообразно разработать на уровне субъектов Российской Федерации, путем внесения дополнений в

действующие акты субъектов Российской Федерации, регулирующих вопросы функционирования системы долговременного ухода. Например, в такие, как: Приказ комитета социальной защиты населения Волгоградской обл. N 1446, комитета здравоохранения Волгоградской обл. № 2178 от 30.07.2019 «Об утверждении Порядка межведомственного взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и центров социальной защиты населения в рамках создания и функционирования системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами на территории Волгоградской области, включая организацию их медико-социального сопровождения» или Постановление Кабинета министров Республики Татарстан от 17.11.2021 № 1098 "Об утверждении Регламента межведомственного взаимодействия участников системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе".

4. *Определить объем социального пакета услуг, оказываемых на бесплатной основе.* Анализ законодательства субъектов Российской Федерации показал большую разницу в объемах, видах и количестве социальных услуг, используемых для разных категорий нуждаемости. Такое положение нарушает принцип равенства при получении социальных услуг для лиц, относящихся к одной категории нуждающихся лиц. Требуется единообразное нормативное регулирование по этому вопросу на федеральном уровне.

Регулирование нормативов объема и перечня социальных услуг, входящих в социальный пакет долговременного ухода для всех форм социального обслуживания; целесообразно на федеральном уровне, разработав социальный стандарт, имеющий не рекомендательный, а обязательный характер для органов публичной власти.

5. *Финансирование.* Разработать модель обязательного социального страхования долговременного ухода, модель соплатежей населения.

На федеральном уровне рекомендуется разработать проект федерального закона, в котором будут разработаны модели финансирования социальных услуг в системе долговременного ухода (обязательное социальное страхование долговременного ухода, модель соплатежей населения).

6. *Определить статус лиц, осуществляющих уход.* Разработать механизм родственного ухода с достойным уровнем оплаты труда. На федеральном уровне разработать нормативный правовой акт подзаконного уровня, в котором будет содержаться две системы поддержки лиц, осуществляющих уход за пожилыми гражданами и инвалидами разных возрастов.

- В системе долговременного ухода на федеральном уровне должна быть обеспечена возможность для лиц, осуществляющих уход, осуществлять его в качестве сиделки и получать за эту работу определенную заработную плату.

- Разработать систему прямых выплат лицам, осуществляющим уход в случае, если к пожилому человеку (инвалиду) приходит сиделка максимально 28 часов в неделю или 4 часа в день (в случае, например, третьего – самого высокого уровня нуждаемости в уходе). Остальные 20 часов ухода за лежачими больными должны быть замещены лицом, осуществляющим уход, которому следует назначить выплату не ниже прожиточного минимума, принятого на территории субъекта Российской Федерации, которая подлежит индексации.

7. *Определить статус контролирующих органов за качеством оказания социальных услуг.* Рекомендуется разработать подзаконный акт федерального уровня, устанавливающего статус, и порядок деятельности контролирующих органов за качеством оказания социальных услуг и их критерии оценки

8. *Разработать оценку эффективности осуществления долговременного ухода.* Самым сложным в оценке эффективности

осуществления долговременного ухода является разработка критериев их оценки. Данный акт может быть рекомендательного характера, но разработан на федеральном уровне для использования при построении системы оценки эффективности осуществления долговременного ухода органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

Международные правовые акты

1. Всеобщая декларация прав человека" (принята Генеральной Ассамблеей ООН 10.12.1948) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_120805/ (дата обращения 02.09.2022).
2. Международный пакт о гражданских и политических правах. Принят 16.12.1966 Резолюцией 2200 (XXI) на 1496-ом пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5531/ (дата обращения 02.09.2022).
3. Европейская социальная хартия (пересмотренная). Принята в г. Страсбурге 03.05.1996) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_120807/ (дата обращения 02.09.2022).

Российское законодательство

1. Конституция Российской Федерации. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/2b65ae24cc8141d4720fb749fb0c5583f8395048/. (дата обращения 29.09.2022г.).
2. Закон Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». // Ведомости СНД и ВС РФ. 1992. № 33. Ст. 1913.
3. Федеральный закон от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи». URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_23735/f4816a693bf5877f50fd7dae439b8deea05af3c0/. (дата обращения: 29.09.2022).
4. Федеральный закон от 29.12.2006 № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2007. № 1 (ч. 1). Ст. 21.
5. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // «Собрание законодательства Российской Федерации», 28.11.2011, № 48, ст. 6724.
6. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» // «Собрание законодательства Российской Федерации», 31.12.2012, № 53 (ч. 1), ст. 7598.
7. Федеральный закон от 03.05.2012 N 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов»// URL:

http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_129200/ (дата обращения 02.02.2022).

8. Федеральный закон от 3 мая 2012 г. № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов». URL.: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_129200/. (дата обращения 29.09.2022г.)

9. Федеральный закон от 28.12.2013 N 442-ФЗ (ред. от 11.06.2021) "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/ (дата обращения 02.02.2022).

10. Федеральный закон от 5 декабря 2017 г. № 384-ФЗ «О внесении изменений в статьи 7 и 29 Федерального закона "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг"». URL.: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_284126/. (дата обращения: 29.09.2022).

11. Федеральный закон от 3 октября 2018 г. № 350-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам назначения и выплаты пенсий». URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_308156/. (дата обращения 29.09.2022г.).

12. Федеральный закон от 13 июля 2020 г. № 189-ФЗ «О государственном (муниципальном) социальном заказе на оказание государственных (муниципальных) услуг в социальной сфере. URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=6vaMwITsBMukmIxj&cacheid=3F3478F4BDB1272B5109094B8F1CC353&mode=splus&rnd=CF AFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=357066&dst=1000000001#qhQpWITTs3LbspJ9>. (дата обращения 29.09.2022г.).

13. Федеральный закон от 06.12.2021 N 390-ФЗ «О федеральном бюджете на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов». URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=VsogZITynire4NZ9&cacheid=3202AB7C3FE17A92BDF4A82DF997F9B&mode=splus&rnd=CFAFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=402647&dst=131808#SCwmZITJ9fsJQPpE>. (дата обращения 29.09.2022г.).

14. Указ Президента Российской Федерации от 19.11.2002 № 1336 «О Федеральной программе “Реформирование государственной службы Российской Федерации (2003–2005 годы)”» // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2008. № 47. Ст. 4664.

15. Указ Президента Российской Федерации от 09.03.2004 № 314 «О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти» // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2004. № 11. Ст. 945.

16. Указ Президента Российской Федерации от 26 декабря 2006 г. № 1455 «О компенсационных выплатах лицам, осуществляющим уход за нетрудоспособными гражданами». URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=6vaMwITsBMukmIxj&>

cacheid=B326E2D5C659B6396BAFFDBAB8447E86&mode=splus&rnd=CFAFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=173399&dst=100000001#TDrWwITUwi25Gsxn. (дата обращения 29.09.2022г.).

17. Указ Президента Российской Федерации от 28.06.2007 № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» / Собр. законодательства Рос. Федерации. 2004. № 11. Ст. 945. Документ утратил силу.

18. Указ Президента Российской Федерации от 28.04.2008 № 607 «Об оценке эффективности деятельности органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов». URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=6vaMwITsBMukmIxj&cacheid=3D564374024805DA51F067A18CB40285&mode=splus&rnd=CFAFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=387258#sFUGxITI7ZLsVL712>. (дата обращения 29.09.2022г.).

19. Указ Президента Российской Федерации от 21.08.2012 № 1199 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» (документ утратил силу). URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=6vaMwITsBMukmIxj&cacheid=88A45985A19ED932D1F287CCD4710998&mode=splus&rnd=CFAFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=174166#CCRHxITG2RAq1K1V>.

20. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 года № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» // URL: <https://www.consultant.ru/search/?q=Указ+Президента+Российской+Федерации+от+7+мая+2018+года> (дата обращения 05.09.2022).

21. Указ Президента Российской Федерации от 26 февраля 2013 г. № 175 «О ежемесячных выплатах лицам, осуществляющим уход за детьми-инвалидами и инвалидами с детства I группы». URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=6vaMwITsBMukmIxj&cacheid=E1EE8860CEB88BFBECAFE84EB0FD7827&mode=splus&rnd=CFAFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=319752&dst=100000001#SZdWwITAnyWJxW1T1>. (дата обращения 29.09.2022г.).

22. Указ Президента Российской Федерации от 14.11.2017 № 548 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2017. № 47. Ст. 6963. Документ утратил силу.

23. Указ Президента Российской Федерации от 21 июля 2020 № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года» // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_357927/ (дата обращения 05.09.2022).

24. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». URL:

<https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=6vaMwITsBMukmIxj&cacheid=F4C90AD8E4D4382FFD0EEF62EBE460F8&mode=splus&rnd=CFAFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=358026&dst=1000000001#yOpnwITqET0YIPZp>. (дата обращения 29.09.2022г.).

25. Постановление Правительства РФ от 25.11.1995 N 1151 «О Федеральном перечне гарантированных государством социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания». Утратил силу. URL:

<https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=82VeuITIkOXPAIv&cacheid=FD016AF9EF85862F9A5DDE5B0D657B0A&mode=splus&rnd=nXxMKw&base=LAW&n=12701#HxgSvITeUN3DSgtj>. (дата обращения 29.09.2022г.).

26. Концепция реформирования бюджетного процесса в Российской Федерации в 2004–2006 годах (одобрена постановлением Правительства Российской Федерации от 22.05.2004 № 249 // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2004. № 22. Ст. 2180. Документ утратил силу)

27. Концепция повышения эффективности межбюджетных отношений и качества управления государственными и муниципальными финансами в Российской Федерации в 2006–2008 годах (одобрена распоряжением Правительства Российской Федерации от 03.04.2006 № 467-р // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2006. № 15. Ст. 1640).

28. Постановление Правительства Российской Федерации от 22.05.2004 № 249 «О мерах по повышению результативности бюджетных расходов» (далее – Положение о докладах). Документ утратил силу. URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=6vaMwITsBMukmIxj&cacheid=3C9F84FBB28B1AA16EA4697F9F0E59D0&mode=splus&rnd=CFAFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=132276#EWXFXITRkD5VBvUe>. Дата обращения 30.09.2022

29. Постановление Правительства РФ от 4 июня 2007 г. № 343 (ред. от 27.02.2021) «Об осуществлении ежемесячных компенсационных выплат неработающим трудоспособным лицам, осуществляющим уход за инвалидом I группы (за исключением инвалидов с детства I группы), а также за престарелым, нуждающимся по заключению лечебного учреждения в постоянном постороннем уходе либо достигшим возраста 80 лет». URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34017/056edd857465303675ead05e22a2274bad1d7d46/. (дата обращения 29.09.2022г.).

30. Федеральный план статистических работ (утв. распоряжением Правительства РФ от 06.05.2008 № 671-р // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2008. № 20. Ст. 2383.

31. Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2009 № 322 «О мерах по реализации Указа Президента Российской Федерации от 28 июня 2007 г. № 825 “Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации»

Федерации”» //Собр. законодательства Рос. Федерации. 2009. № 17. Ст. 2083. Документ утратил силу.

32. Постановление Правительства Российской Федерации от 11.09.2008 № 1313-р «О реализации Указа Президента РФ от 28.04.2008 № 607 “Об оценке эффективности деятельности органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов”» //Собр. законодательства Рос. Федерации. 2008. № 39. Ст. 4455. Документ утратил силу.

33. Постановление Правительства Российской Федерации от 10.07.2012 № 700 «Об упразднении Правительственной комиссии по оценке результативности деятельности федеральных и региональных органов исполнительной власти» // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2012. № 29. Ст. 4125.

34. Постановление Правительства Российской Федерации от 17.12.2012 № 1317 «О мерах по реализации Указа Президента Российской Федерации от 28 апреля 2008 г. № 607 “Об оценке эффективности деятельности органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов” и подпункта “и” пункта 2 Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 601 “Об основных направлениях совершенствования системы государственного управления”». URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=6vaMwITsBMukmIxBj&cacheid=7E0B6FBA1B12C9262CA1B09DC0898829&mode=splus&rnd=CFAFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=389458&dst=1000000001#koFIxITWkJfHh8i25>. Дата обращения 29.09.2022.

35. Постановление Правительства Российской Федерации от 12.12.2012 № 1284 «Об оценке гражданами эффективности деятельности руководителей территориальных органов федеральных органов исполнительной власти (их структурных подразделений) и территориальных органов государственных внебюджетных фондов (их региональных отделений) с учетом качества предоставления ими государственных услуг, а также о применении результатов указанной оценки как основания для принятия решений о досрочном прекращении исполнения соответствующими руководителями своих должностных обязанностей» // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2012. № 51. Ст. 7219 (далее – Постановление № 1284).

36. Постановление Правительства Российской Федерации от 03.11.2012 № 1142 "О мерах по реализации Указа Президента Российской Федерации от 21 августа 2012 г. N 1199 "Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации" (вместе с "Правилами предоставления субъектам Российской Федерации грантов в форме межбюджетных трансфертов в целях содействия достижению и (или) поощрения достижения наилучших значений показателей по итогам оценки эффективности деятельности органов

исполнительной власти субъектов Российской Федерации", "Методикой оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации"). Документ утратил силу. URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=qeSzpIT37xGDzvqT&cacheid=5C8992D95E1393DDFC EE4CD6A2FBB3F4&mode=splus&rnd=iLOIAQ&base=LAW&n=189640#pqMfrIT8nAF6Nol81>. Дата обращения 29.09.2022.

37. Постановление Правительства Российской Федерации от 19.06.2012 № 610 «Об утверждении Положения о Министерстве труда и социальной защиты Российской Федерации» // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2012. № 26. Ст. 3528.

38. Постановление Правительства РФ от 03.11.2012 № 1142 «О мерах по реализации Указа Президента Российской Федерации от 21 августа 2012 г. № 1199 “Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации”» (документ утратил силу). URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=6vaMwITsBMukmIxj&cacheid=0C4141686370AC6AD938FD13A814CA4F&mode=splus&rnd=CFAFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=189640#OliHxITgT8gxrQwB1>

39. Постановление Правительства Российской Федерации от 24.11.2014 № 1236 «Об утверждении Примерного перечня социальных услуг по видам социальных услуг». URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=6vaMwITsBMukmIxj&cacheid=22F0E3EB381432687E353C3AF681DC35&mode=splus&rnd=CFAFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=370993#vTV2xIThXANpzZZ9>. (дата обращения 29.09.2022г.).

40. Постановление Правительства Российской Федерации от 29.09.2015 № 1035 «О внесении изменений в методику оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2015. № 40. Ст. 5570. Документ утратил силу.

41. Постановление Правительства РФ от 26.11.2015 № 1270 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации» // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2015. № 49. Ст. 6966. Документ утратил силу.

42. Постановление Правительства Российской Федерации от 23.12.2015 № 1408 «О поощрении субъектов Российской Федерации, достигших наилучших результатов по социально-экономическому развитию территорий» // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2016. № 1. Ст. 225. Документ утратил силу.

43. Постановление Правительства РФ от 03.04.2015 № 320 «Об изменении и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации» // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2015. № 15. Ст. 2281.

44. Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 N 1640 "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"//URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_286834/ (дата обращения 05.09.2022).

45. Постановление Правительства Российской Федерации от 19.04.2018 № 472 «Об осуществлении мер по реализации государственной политики в сфере оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации» // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2018. № 18. Ст. 2625.

46. Постановление Правительства Российской Федерации от 14.11.2018 № 1373 «О методиках расчета показателей для оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2018. № 48. Ст. 7415. Документ утратил силу. Постановление Правительства РФ от 17.07.2019 № 915.

47. Постановление Правительства РФ от 30.10.2021 N 1886 "О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации "Социальная поддержка граждан" и признании утратившими силу некоторых актов и отдельных положений некоторых актов Правительства Российской Федерации". URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=qeSzpIT37xGDzvqT&cachid=22F586A6D6F325740E5DBE0FF83B20E8&mode=splus&rnd=iLOIAQ&base=LAW&n=400105#UpdIrITWQ5oVsM8u>. (дата обращения 29.09.2022г.).

48. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года». URL: <https://docs.cntd.ru/document/902130343>. Дата обращения 29.09.2022.

49. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 25 декабря 2015 г. № 2673-р «Об утверждении распределения дотаций бюджетам субъектов Российской Федерации на поддержку мер по обеспечению сбалансированности бюджетов субъектов Российской Федерации, достигших наилучших результатов по социально-экономическому развитию территорий» // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2016. № 1 (ч. II). Ст. 276.

50. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 11.04.2016 № 642-р «Об утверждении перечня показателей, используемых для расчета национального рейтинга состояния инвестиционного климата в субъектах Российской Федерации» // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2016. № 16. Ст. 2268.

51. Распоряжение Правительства РФ от 07.10.2020 N 2579-р «Об утверждении перечня субъектов Российской Федерации, в которых вступает в силу Федеральный закон «О государственном (муниципальном) социальном заказе на оказание государственных (муниципальных) услуг в социальной сфере». URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=qeSzpIT37xGDzvqT&cacheid=9FB6CCC3C9974197A35153BE1E2CAE31&mode=splus&rnd=iLOIAQ&base=LAW&n=413242#ek5JrITcZlnf5w4>. (дата обращения 29.09.2022г.).

52. Распоряжение Правительства РФ от 05.02.2016 N 164-р «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года»// URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_193464/. (дата обращения 29.09.2022г.).

53. ОК 004-93. Общероссийский классификатор видов экономической деятельности, продукции и услуг, утв. Постановлением Госстандарта России от 06.08.1993 N 17. URL.: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_13844/. (дата обращения: 29.09.2022).

54. Приказ Ростехрегулирования от 30 декабря 2005 г. № 532-ст (ред. от 17.10.2013). URL.: <https://docs.cntd.ru/document/1200043127?marker=7D20K3>. (дата обращения: 29.09.2022).

55. Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 30 декабря 2005 г. № 535-ст. URL.: <https://docs.cntd.ru/document/1200043280?marker=7D20K3>. (дата обращения: 29.09.2022).

56. Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 13 декабря 2011 г. № 912-ст. URL.: <https://docs.cntd.ru/document/1200093162>. (дата обращения: 29.09.2022).

57. Приказ Минэкономразвития России от 07.06.2011 N 273 «Об утверждении номенклатуры товаров, работ, услуг для нужд заказчиков». URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=Me6c2JTyQMNQcYwC2&cacheid=C11B47958C734E21F4F2F3C124049C6A&mode=splus&rnd=CFAFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=147567#e2Qe2JTGObAqVVkC1>. (дата обращения 29.09.2022г.).

58. Паспорт национального проекта "Национальный проект "Демография" (утв. Минтрудом России)// URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_384857/. (дата обращения 29.09.2022г.).

59. Приказ Росстандарта от 17 октября 2013 г. № 1181-ст. URL.: <https://docs.cntd.ru/document/1200107240>. (дата обращения: 29.09.2022).

60. Приказ Минтруда России от 5 декабря 2013 г. № 714н «Об утверждении профессионального стандарта "Руководитель учреждения

медико-социальной экспертизы» URL:
https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_157330/99929e2f399901635b3e59c6bdf3050c4c94428c/. (дата обращения 29.09.2022г.).

61. Приказ Минтруда России от 5 декабря 2013 г. № 715н «Об утверждении профессионального стандарта "Специалист по медико-социальной экспертизе». URL:
https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_158619/b411078adec45b9e53a58d1f87e2f23cf965687a/. (дата обращения 29.09.2022г.).

62. Приказ Минтруда России от 18 ноября 2013 г. № 680н «Об утверждении профессионального стандарта "Специалист органа опеки и попечительства в отношении несовершеннолетних». URL:
https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_157177/. (дата обращения 29.09.2022г.).

63. Приказ Минтруда России от 18 ноября 2013 г. № 682н «Об утверждении профессионального стандарта "Психолог в социальной сфере» (Зарегистрировано в Минюсте России 25.12.2013 № 30840). URL:
<https://base.garant.ru/70558540/>. (дата обращения 29.09.2022г.).

64. Приказ Минтруда России от 18 ноября 2013 г. № 683н «Об утверждении профессионального стандарта "Специалист по работе с семьей» (Зарегистрировано в Минюсте России 26.12.2013 № 30849). URL:
https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_157269/388a0d6115ad6b151818d9d5016e997f3ea5d529/. (дата обращения 29.09.2022г.).

65. Примерный порядок предоставления социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания, утвержденный приказом Минтруда России от 24 ноября 2014 г. N 938н // URL:
<https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=376278&demo=1>. (дата обращения 02.09.2022).

66. Примерный порядок предоставления социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, утвержденный приказом Минтруда России от 24 ноября 2014 г. N 939н // URL:
<https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=376280&demo=1>. (дата обращения 02.09.2022).

67. Примерный порядок предоставления социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания, утвержденный приказом Минтруда России от 24 ноября 2014 г. N 935н// URL:
<https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=367552&demo=1>. (дата обращения 02.09.2022).

68. Приказ Минтруда России от 30 июля 2014 г. № 500н «Об утверждении рекомендаций по определению индивидуальной потребности в социальных услугах получателей социальных услуг». URL:
https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_155634/. (дата обращения 29.09.2022г.)

69. Приказ Минтруда России от 17.04.2014 № 258н «Об утверждении примерной номенклатуры организаций социального обслуживания» // Рос. газ. 2014. 4 июня.

70. Приказ Минтруда России от 24.11.2014 № 939н «Об утверждении Примерного порядка предоставления социальных услуг в форме социального обслуживания на дому» // Рос. газ. 2014. 31 дек.; приказ Минтруда России от 24.11.2014 № 938н «Об утверждении Примерного порядка предоставления социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания» // Рос. газ. 2015. 12 янв.

71. Приказ Минтруда России от 24.11.2014 № 935н «Об утверждении Примерного порядка предоставления социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания» // Рос. газ. 2014. 29 дек.

72. Приказ Минтруда России от 24.11.2014 № 940н «Об утверждении Правил организации деятельности организаций социального обслуживания, их структурных подразделений» // Документ не опубликован. URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=qeSzpIT37xGDzvqT&cacheid=8C261C41FB5CAE79FEB537CD93043940&mode=splus&rnd=iLOIAQ&base=LAW&n=355461&dst=1000000001#lkkZrITgfSlgyLAD1>. Дата обращения 29.09.2022

73. Приказ Минтруда России от 18.11.2014 № 889н «Об утверждении рекомендаций по организации межведомственного взаимодействия исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации при предоставлении социальных услуг, а также при содействии в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальном сопровождении)». URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&rnd=iLOIAQ&base=LAW&n=177202&dst=100009&field=134#5uPzpITtrWal1xN6>. (дата обращения 29.09.2022г.)

74. План мероприятий («дорожная карта») «Повышение эффективности и качества услуг в сфере социального обслуживания населения (2013–2018 годы), утв. Приказом Министерства труда социальной защиты РФ от 30 апреля 2014 г. № 282 // Бюллетень трудового и социального законодательства РФ. № 6. 2014.

75. Приказ Росстандарта от 28 октября 2015 г. № 2164-ст. URL.: <https://docs.cntd.ru/document/456003122>. (дата обращения: 29.09.2022).

76. Приказ Минтруда России от 17 октября 2016 г. № 575н (ред. от 16.12.2016) «Об утверждении профессионального стандарта "Тифлосурдопереводчик"» URL.: <https://base.garant.ru/71529280/>. (дата обращения 29.09.2022г.).

77. Приказ Минздрава России от 29.01.2016 N 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "гериатрия». URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=6vaMwITsBMukmIxxj&cacheid=9E40E740A2977FEDE6D50AFFBD5DA3BE&mode=splus&rnd=CFAF>

C4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=358687#Vo4pwITUnvug
VPyX1. (дата обращения 29.09.2022г.).

78. Приказ Росстандарта от 5 октября 2017 г. № 1336-ст. URL.: <https://docs.cntd.ru/document/1200157131?marker=7D20K3>. (дата обращения: 29.09.2022).

79. Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 31 октября 2017 г. № 1618-ст. URL.: <https://docs.cntd.ru/document/1200157615>. (дата обращения: 29.09.2022).

80. Приказ Минтруда России от 12 апреля 2017 г. № 351н «Об утверждении профессионального стандарта "Ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья» URL.: <https://base.garant.ru/71670014/>. (дата обращения 29.09.2022г.).

81. Приказ Росстандарта от 1 сентября 2017 г. № 994-ст. URL.: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_285199/. (дата обращения: 29.09.2022).

82. Приказ Росстандарта от 5 октября 2017 г. № 1340-ст. URL.: <https://docs.cntd.ru/document/555696586>. (дата обращения: 29.09.2022).

83. Приказ Росстандарта от 5 октября 2017 г. № 1344-ст. URL.: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_292386/. (дата обращения: 29.09.2022).

84. Приказ Минтруда России от 30 июля 2018 г. № 507н «Об утверждении профессионального стандарта "Сиделка (помощник по уходу)"» URL.: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71914246/>. (дата обращения 29.09.2022г.).

85. Приказ Минтруда России от 5 декабря 2018 г. № 769н «Об утверждении профессионального стандарта "Няня (работник по присмотру и уходу за детьми)"» URL.: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=6vaMwITsBMukmIxxj&cacheid=D9B5847D0C11370DB2B7884082C99A44&mode=splus&rnd=CFAFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=314751#QbbMwITsGNHEe6711>. (дата обращения 29.09.2022г.).

86. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 22 июня 2018 г. № 409н «Об утверждении профессионального стандарта "Врач по паллиативной медицинской помощи"». URL.: <https://base.garant.ru/72011724/>. (дата обращения 29.09.2022г.).

87. Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 8 августа 2018 г. № 468-ст. URL.: <https://docs.cntd.ru/document/1200160131>. (дата обращения: 29.09.2022).

88. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 июня 2019 г. № 413н «Об утверждении профессионального стандарта "Врач-гериатр"». URL.: <https://base.garant.ru/72294916/>. (дата обращения 29.09.2022г.).

89. Приказ Минтруда России от 18 июня 2020 г. № 351н «Об утверждении профессионального стандарта "Специалист по социальной

работе». URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_357716/. (дата обращения 29.09.2022г.).

90. Приказ Минтруда России от 18 июня 2020 г. № 354н «Об утверждении профессионального стандарта "Социальный работник"». URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_358012/. (дата обращения 29.09.2022г.).

91. Приказ Минтруда России от 18 июня 2020 г. № 353н «Об утверждении профессионального стандарта "Руководитель организации социального обслуживания"». URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_357715/. (дата обращения 29.09.2022г.).

92. Приказ Минтруда России от 18 июня 2020 г. № 352н «Об утверждении профессионального стандарта "Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере"». URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=82VeuITkOXPAIv&cacheid=334BC56B5DE1B528F105A12B29EFCB88&mode=splus&rnd=nXxMKw&base=LAW&n=358110#OqLfvITM2I3AD6V1>. (дата обращения 29.09.2022г.).

93. Приказ Минтруда России от 12 февраля 2020 г. № 59н «Об утверждении профессионального стандарта "Специалист по работе с молодежью"». URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=6vaMwITsBMukmIxj&cacheid=3B9481BBDA7F4F43F812244D8A045995&mode=splus&rnd=CFAFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=354196#1q2NwITHQnlZrWzK>. (дата обращения 29.09.2022г.).

94. Приказ Росстандарта от 11 августа 2020 г. № 496-ст. URL.: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_364457/. (дата обращения: 29.09.2022).

95. Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 11 августа 2020 г. № 493-ст. URL.: <https://docs.cntd.ru/document/1200174724>. (дата обращения: 29.09.2022).

96. Приказ Росстандарта от 10 июня 2021 г. № 531-ст. URL.: <https://legalacts.ru/doc/prikaz-rosstandarta-ot-10062021-n-534-st-ob-utverzhdenii-izmenenija/>. (дата обращения: 29.09.2022).

97. Приказ Росстандарта от 8 июня 2021 г. № 523-ст. URL.: <https://docs.cntd.ru/document/1200179918>. (дата обращения: 29.09.2022).

98. Приказ Минтруда России от 20 сентября 2021 г. № 642н «Об утверждении профессионального стандарта "Специалист по оказанию государственных услуг в области занятости населения"». URL.: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_399306/. (дата обращения 29.09.2022г.).

99. Приказ Минтруда России от 29.12.2021 N 929 «О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2022 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе».: URL:

<https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=13uQnITKUXYa2Z821&cacheid=3875B4C7CF599633CD175DD346009A40&mode=splus&rnd=CFAFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=407674#LauQnITs53VG M1Zd3>. (дата обращения 29.09.2022г.)

100. Приказ Минтруда России от 14 января 2022 г. № 13н «Об утверждении профессионального стандарта "Переводчик русского жестового языка»». URL.:

<https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=6vaMwITsBMukmIxxj&cacheid=0B8D494AA43F71D6591C5FE19C7ADD7A&mode=splus&rnd=CFAFC4B22075A1B2F2F0A497B0FE8AAB&base=LAW&n=409645#0MtMwIT4m8 Nz2lcL1>. (дата обращения 29.09.2022г.).

101. Приказ Минтруда России от 8 июня 2022 г. № 346н «Об утверждении профессионального стандарта "Демограф"». URL.: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_421140/. (дата обращения 29.09.2022г.).

102. Приказ Минздрава России от 29.01.2016 № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия»; приказ Министерства здравоохранения Новосибирской области от 31.08.2016 № 2324 «Об утверждении плана мероприятий по организации медицинской помощи по профилю «гериатрия» на территории Новосибирской области» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/420339190>. (дата обращения: 29.09.2022).

103. Стандарт деятельности по осуществлению полномочия в сфере занятости населения по оказанию государственной услуги по социальной адаптации безработных граждан на рынке труда, утвержденный приказом Минтруда России от 27.04.2022 № 266н. URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=qeSzpIT37xGDzvpT&cacheid=1825F49FFCE9D7E508666CEFE2339EA8&mode=splus&rnd=iLOIAQ&base=LAW&n=418608#P3TJrIT8ctOm0z3I1>. (дата обращения 29.09.2022г.).

104. ГОСТ Р 52495-2005. Национальный стандарт Российской Федерации. Социальное обслуживание населения. Термины и определения, утв. Приказом Ростехрегулирования от 30.12.2005 N 532-ст). URL: <https://docs.cntd.ru/document/1200043127>. (дата обращения 29.09.2022г.).

105. ГОСТ Р 52883-2007. Социальное обслуживание населения. Требования к персоналу учреждений социального обслуживания, утв. приказом Ростехрегулирования от 27 декабря 2007 г. № 561-ст. URL.: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_260046/. (дата обращения: 29.09.2022).

106. ГОСТ Р 53060-2008. Социальное обслуживание населения. Документация учреждений социального обслуживания», утв. приказом Ростехрегулирования от 17 декабря 2008 г. № 437-ст. URL.: <https://docs.cntd.ru/document/902145349>. (дата обращения: 29.09.2022).

107. ГОСТ Р 56831-2015 Социальное обслуживание населения. Услуги по профилактике обстоятельств, обуславливающих нуждаемость граждан в социальном обслуживании, утв. и введен в действие Приказом

Росстандарта от 28.10.2015 N 2164-ст. URL: <https://docs.cntd.ru/document/1200129067>. (дата обращения 29.09.2022г.).

108. ГОСТ Р 52496-2019. Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг. Основные положения», утв. приказом Росстандарта от 6 сентября 2019 г. № 641-ст. URL.: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_334904/. (дата обращения: 29.09.2022).

109. ГОСТ Р 53348-2019. Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг инвалидам, утв. приказом Росстандарта от 6 сентября 2019 г. № 643-ст. URL.: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_334905/. (дата обращения: 29.09.2022).

110. «ГОСТ Р 58552-2019. Социальное обслуживание населения. Качество реабилитационных услуг гражданам пожилого возраста, утв. приказом Росстандарта от 6 сентября 2019 г. № 640-ст. URL.: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_334833/. (дата обращения: 29.09.2022).

111. ГОСТ Р 52497-2020. Система обеспечения качества учреждений социального обслуживания, утв. приказом Росстандарта от 11 августа 2020 г. № 495-ст. URL.: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_364459/. (дата обращения: 29.09.2022).

112. Письмо Минтруда России от 07.03.2014 № 12-0/10/П-1077 «Об обеспечении реализации мероприятий, направленных на повышение эффективности бюджетных расходов и качества услуг в социальной сфере, оптимизацию бюджетной сети, а также корректировку планов мероприятий («дорожных карт»), касающихся изменений в отраслях социальной сферы» // Документ не опубликован. URL: <https://mintrud.gov.ru/docs/mintrud/payment/68>. Дата обращения 29.09.2022.

113. Письмо Минтруда России от 21.04.2020 N 26-4/10/В-3076 «О направлении методических рекомендаций». URL: <https://docs.cntd.ru/document/564778980>. (дата обращения 29.09.2022г.).

Региональное законодательство

Законодательство г. Санкт-Петербург

1. Распоряжение Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 26.04.2018 г. № 235-р «Об организации и использовании труда добровольцев (волонтеров) в государственных учреждениях социального обслуживания населения Санкт-Петербурга». URL: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=SPB&n=199197#v8nXeITm4AsndFPm>. (дата обращения 29.09.2022г.).

2. Закон Санкт-Петербурга от 24 декабря 2014 г. (с последующими изменениями) «О социальном обслуживании населения в Санкт –

Санкт-Петербурге. URL: <https://docs.cntd.ru/document/537967144?marker>. (дата обращения 29.09.2022г.).

3. Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 26 февраля 2019 года № 85 «О создании Санкт-Петербургского государственного казенного учреждения "Центр организации социального обслуживания" и о внесении изменений в некоторые постановления Правительства Санкт-Петербурга. URL: <https://docs.cntd.ru/document/553800109>. (дата обращения 29.09.2022г.).

4. Распоряжение Правительства Санкт-Петербурга от 04.07.2017 № 38-рп «О Плане мероприятий на 2017-2020 годы по реализации в Санкт-Петербурге первого этапа Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года». URL: <https://docs.cntd.ru/document/456075655>. (дата обращения 29.09.2022г.).

5. Распоряжение Правительства Санкт-Петербурга от 28.08.2018 № 38-рп «О Плане мероприятий («дорожной карты») по созданию системы комплексной медико-социальной помощи гражданам пожилого возраста в Санкт-Петербурге на 2019-2021 годы». URL: <https://docs.cntd.ru/document/550978145>. (дата обращения 29.09.2022г.).

Законодательство г. Москва

6. Закон города Москвы от 17 января 2001 г. N 3 "Об обеспечении беспрепятственного доступа инвалидов и иных маломобильных граждан к объектам социальной, транспортной и инженерной инфраструктур города Москвы" // URL: <https://docs.cntd.ru/document/3623859> (дата обращения 01.09.2022).

7. Закон города Москвы от 9 июля 2008 г. № 34 «О социальном обслуживании населения и социальной помощи в городе Москве» Официальный портал Мэра и Правительства Москвы. // URL: <https://dszn.ru/documents/94> (дата обращения 01.09.2022).

8. Постановление Правительства Москвы от 24.03.2009 N 215-ПП "О порядке оказания в городе Москве адресной социальной помощи гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации"// URL: <https://docs.cntd.ru/document/3709185> (дата обращения 01.09.2022).

9. Постановление Правительства Москвы от 29.12.2009 N 1500-ПП «О государственных стандартах социального обслуживания населения в городе Москве» // URL: <https://docs.cntd.ru/search?q=Постановление%20Правительства%20Москвы%20от%2029.12.2009%20N%201500-ПП> (дата обращения 01.09.2022).

10. Постановление Правительства Москвы от 26 декабря 2014 г. N 829-ПП "О социальном обслуживании граждан в городе Москве" // URL: <https://docs.cntd.ru/document/537967656> (дата обращения 01.09.2022).

11. Постановление Правительства Москвы от 26 декабря 2014 г. N 827-ПП "Об утверждении дополнительного перечня категорий граждан, имеющих право на бесплатное предоставление социальных услуг в городе

Москве по формам социального обслуживания, установленным федеральным законодательством" // URL: <https://docs.cntd.ru/document/537967278> (дата обращения 01.09.2022).

12. Постановление Правительства Москвы от 8 октября 1991 № 145 «О создании Комитета социального обеспечения и помощи пенсионерам и инвалидам» // URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=MLAW&n=63233&dst=100001#UjOUaHTuDB0yw59Z>. (дата обращения 29.09.2022г.).

13. Постановление Правительства Москвы от 28 декабря 1993 г. № 1189 «О программе мер по социальной защите отдельных категории жителей Москвы в 1994 году и выполнении программы за 1993 г.» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/3602270>. (дата обращения 01.09.2022).

14. Постановление Правительства Москвы от 06.09.2011 N 420-ПП (ред. от 29.03.2022) "Об утверждении Государственной программы города Москвы "Социальная поддержка жителей города Москвы" // URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=MLAW&n=128297&dst=100001#e4JebHT0jPKuyQKq>. (дата обращения 29.09.2022г.).

15. Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 N 461-ПП (ред. от 29.03.2022) "Об утверждении Государственной программы города Москвы "Развитие здравоохранения города Москвы // URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=MLAW&n=129080#noRfbHTovung5eED1>. (дата обращения 29.09.2022г.).

16. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы, ДТСЗН г. Москвы от 09.06.2021 N 515/583 "Об утверждении Регламента взаимодействия Департамента здравоохранения города Москвы, Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы и подведомственных им учреждений при выявлении в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы (за исключением психиатрических) потенциально нуждающихся в социальном обслуживании совершеннолетних граждан в одной из предусмотренных форм (О внедрении проактивного подхода)". URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=MLAW;n=213913#6Td1cHTuEhajEgel>. (дата обращения 29.09.2022г.).

17. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 04.12.2020 N 1358 "О создании Гериатрического центра на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы "Госпиталь для ветеранов войн N 3 Департамента здравоохранения города Москвы" // URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=MLAW&n=208540#vkS8cHT6x7zqRDPI>. (дата обращения 29.09.2022г.).

18. Приказ ДТСЗН города Москвы от 20.07.2022 № 726 «О мерах по реализации постановления Правительства Москвы от 6 июля 2022 г. № 1426-ПП». URL: <https://docs.cntd.ru/document/573556066>. (дата обращения 29.09.2022г.).

Законодательство Самарской области

19. Постановление Правительства Самарской области от 22 декабря 2021 г № 1049 «Об утверждении Плана мероприятий ("дорожной карты") по реализации регионального пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами на территории Самарской области на 2022 год». URL: <https://docs.cntd.ru/document/578061952>. (дата обращения 29.09.2022г.).

20. Приказ Министерства социально-демографической и семейной политики Самарской области от 23.01.2015 N 22 «Об отдельных вопросах оценки индивидуальной нуждаемости граждан в предоставлении отдельных форм социального обслуживания». URL: <https://docs.cntd.ru/document/464017041>. (дата обращения 29.09.2022г.).

21. Приказ Министерства социально-демографической и семейной политики Самарской от 29.03.2021 № 146 «Об отдельных вопросах утверждения социального пакета долговременного ухода» / URL: <https://docs.cntd.ru/document/574682138>. Дата обращения 29.09.2022.

Законодательство Республики Бурятия

22. Закон Республики Бурятия от 7 октября 2014 № 665-V «О реализации полномочий по социальному обслуживанию граждан на территории Республики Бурятия». URL: <https://docs.cntd.ru/document/422454671> (дата обращения 22.08.2022).

23. Закон Республики Бурятия от 16 марта 2009 г. № 778-IV «О порядке, условиях предоставления жилых помещений в специализированном жилом доме системы государственного социального обслуживания граждан для инвалидов-колясочников в Республике Бурятия». URL: <https://docs.cntd.ru/document/895202262> (дата обращения 22.08.2022).

24. Закон Республики Бурятия от 10 ноября 2010 г. № 1734-IV «О социальной поддержке инвалидов в Республике Бурятия». URL: <https://docs.cntd.ru/document/895278449> (дата обращения 22.08.2022).

25. Распоряжение Правительства Республики Бурятия от 26.06.2019 года № 370-р «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») по созданию системы долговременного ухода за пожилыми гражданами и инвалидами в Республике Бурятия на 2019–2021 годы» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/553381740> (дата обращения 22/08/2022).

Законодательство Республики Мордовия

26. Постановление Правительства Республики Мордовия от 14 декабря 2020 г. № 670 «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») по реализации пилотного проекта, направленного на внедрение в Республике Мордовия системы долговременного ухода за гражданами

пожилого возраста и инвалидами, признанными нуждающимися в социальном обслуживании, на 2021 год» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/571036460> (дата обращения: 28.09.2022).

27. Совместный приказ Министерства социальной защиты, труда и занятости населения Республики Мордовия и Министерства здравоохранения Республики Мордовия от 19 апреля 2019 г. № ОД-146/398 «О реализации пилотного проекта, направленного на внедрение в Республике Мордовия системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами». URL: <http://www.consultant.ru/law/review/reg/rlaw/rlaw3142022-07-09.html/> (дата обращения: 28.09.2022).

28. Приказы Министерства социальной защиты, труда и занятости населения Республики Мордовия от 14 января 2019 г. № ОД-6, от 15 января 2019 г. № ОД-8, от 17 января 2019 г. № ОД-12, от 8 ноября 2019 г. № ОД-409, от 22 ноября 2019 г. № ОД-430 // URL: <https://docs.cntd.ru/document/550348468>. (дата обращения: 28.09.2022).

29. Постановление Правительства Республики Мордовия от 15 апреля 2019 г. № 182 «О межведомственной рабочей группе по вопросам реализации пилотного проекта, направленного на внедрение в Республике Мордовия системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами» // URL: <http://www.pravo.gov.ru>, (дата обращения: 28.09.2022).

30. Постановление Правительства Республики Мордовия от 21 октября 2019 г. № 410 «О внесении изменений в постановление Правительства Республики Мордовия от 24 ноября 2014 г. № 563» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/561579733>. (дата обращения: 28.09.2022).

31. Постановление Правительства Республики Мордовия от 8 февраля 2019 г. № 60 «О внесении изменений в постановление Правительства Республики Мордовия от 8 декабря 2014 г. № 595 «О межведомственном взаимодействии органов государственной власти Республики Мордовия в сфере социального обслуживания» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/553109231/> (дата обращения: 28.09.2022).

Законодательство Алтайского края

32. Приказ Минсоцзащиты и Минздрава Алтайского края № 27/Пр/151 от 14.05.2019 г. «Об утверждении Регламента межведомственного взаимодействия Министерства социальной защиты Алтайского края и Министерства здравоохранения Алтайского края по осуществлению доставки лиц старше 65 лет, проживающих в сельской местности, в медицинские организации Алтайского края, в том числе для проведения дополнительных скринингов на выявление отдельных социально значимых неинфекционных заболеваний». URL: prikazot-14052019-№-27pr151.pdf. (дата обращения 29.09.2022г.).

33. Распоряжение Правительства Алтайского края от 05.12.2019 2019 № 437-р «Об утверждении плана мероприятий ("дорожную карту") по реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, в Алтайском крае на 2022 – 2023 годы» // URL: http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?doc_itself=&empire=1&nd=168116731&page=1&rdk=1&link_id=0&ysclid=18lhtztqoz702578696#Ю (дата обращения: 28.09.2022).

34. Приказ Министерства социальной защиты Алтайского края и Министерства здравоохранения Алтайского края «Об утверждении Порядка доставки лиц старше 65 лет, проживающих в сельской местности, в краевые медицинские организации, в том числе для проведения дополнительных скринингов на выявление отдельных социально значимых неинфекционных заболеваний» от 20.09.2019 № 327/245 // URL: <https://docs.cntd.ru/document/561594182>. (дата обращения: 28.09.2022).

35. Приказ Министерства социальной защиты Алтайского края и Министерства здравоохранения Алтайского края «Об утверждении Порядка межведомственного взаимодействия организаций социального обслуживания, подведомственных Министерству социальной защиты Алтайского края, медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Алтайского края, при оказании медико-социальной помощи гражданам пожилого возраста и инвалидам в Алтайском крае» от 11.12.2019 № 430/365 // URL: <https://docs.cntd.ru/document/424033399>. (дата обращения: 28.09.2022).

36. Приказ Министерства социальной защиты Алтайского края «Об утверждении типового положения об отделении милосердия для граждан пожилого возраста и инвалидов по созданию системы долговременного ухода в пилотных стационарных учреждениях социального обслуживания Алтайского края» от 11.12.2019 № 27/Пр/431 // URL: https://www.aksp.ru/nac_proekt/3_proekt/sistema-dolgovremennogo-ukhoda/. (дата обращения: 28.09.2022).

37. Приказ Министерства социальной защиты Алтайского края «О реализации мероприятий по созданию служб помощников по уходу (сиделок) в организациях социального обслуживания, участвующих в реализации пилотного проекта по внедрению системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Алтайском крае на 2020 – 2022 годы» от 24.03.2020 № 27/Пр/90 // URL: <https://docs.cntd.ru/document/561772713>. (дата обращения: 28.09.2022).

Законодательство г. Севастополь

38. Приказ Департамента труда и социальной защиты населения г. Севастополя от 22.06.2018 N 242 «Об утверждении Порядка признания гражданина нуждающимся в социальном обслуживании, определения

индивидуальной потребности в социальных услугах, составления индивидуальной программы предоставления социальных услуг» (вместе с "Порядком признания граждан нуждающимися в социальном обслуживании на территории города Севастополя, определения индивидуальной потребности в социальных услугах, составления индивидуальной программы предоставления социальных услуг", "Типовым Положением о комиссии по признанию граждан нуждающимися в социальном обслуживании и определению их потребности в социальных услугах"). URL: https://sev.gov.ru/files/documents/dept-social/Prikaz_ot_22.06.2018_-242.pdf. (дата обращения 29.09.2022г.).

39. Распоряжение Департамента труда и социальной защиты г. Севастополь от 20 ноября 2020 года n 128-р «Об утверждении комплекса мер по организации системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в городе Севастополе на 2020 - 2021 годы. URL: <https://docs.cntd.ru/document/571049462>. (дата обращения 29.09.2022г.).

Законодательство Волгоградской области

40. Постановление Губернатора Волгоградской области от 11 декабря 2014 г. № 239 «Об утверждении Регламента межведомственного взаимодействия органов государственной власти Волгоградской области в связи с реализацией полномочий Волгоградской области в сфере социального обслуживания». URL: [Постановление об утверждении регламента межведомственного взаимодействия.pdf](#). (дата обращения 29.09.2022г.).

41. Постановлением Губернатора Волгоградской области от 18 января 2019 г. № 26 «Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») по созданию на территории Волгоградской области системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, признанными нуждающимися в социальном обслуживании, в рамках федерального проекта «Старшее поколение» национального проекта «Демография» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/561642426>. (дата обращения: 29.09.2022).

42. Постановление Губернатора Волгоградской области от 16.12.2021 № 886 «Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») по созданию на территории Волгоградской области системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, признанными нуждающимися в социальном обслуживании, в рамках федерального проекта «Старшее поколение» национального проекта «Демография» на 2022 - 2024 годы» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/570714098>. (дата обращения: 29.09.2022).

Законодательство Республики Татарстан

43. Постановления Кабинета Министров Республики Татарстан «О внесении изменений в постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 23.05.2019 № 432 «О создании в Республике Татарстан системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами». Документ утратил силу в связи с изданием Постановления КМ РТ от 31.03.2021 N 198, вступившего в силу со дня официального опубликования (опубликован на Официальном портале правовой информации Республики Татарстан <http://pravo.tatarstan.ru> - 05.04.2021) // URL: https://tatarstan.ru/regulation/expertise/list/mtsz.htm?page=1&corrupt_id=223585// (дата обращения: 28.09.2022).

44. Распоряжение Кабинета Министров Республики Татарстан от 26.08.2019 N 2071-р «Об утверждении Регионального комплексного плана (программы) системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения в Республике Татарстан на 2021 - 2025 годы»// URL: <http://www.consultant.ru/regbase/cgi/online.cgi?req=doc&base=RLAW363&n=142801/>. (дата обращения: 28.09.2022).

45. Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 17.11.2021 N 1098 "Об утверждении Регламента межведомственного взаимодействия участников системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе" // URL: <http://www.consultant.ru/regbase/cgi/online.cgi?req=doc&base=RLAW363&n=160776>. (дата обращения: 28.09.2022).

46. Закон Республики Татарстан от 18.12.2014 № 126-ЗРТ «О регулировании отдельных вопросов в сфере социального обслуживания граждан в Республике Татарстан». // URL: <http://www.consultant.ru/regbase/cgi/online.cgi?req=doc;base=RLAW363;n=91275>. (дата обращения: 28.09.2022)

47. Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 31 марта 2021 г. № 198 «О системе долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Республике Татарстан»// URL: https://mtsz.tatarstan.ru/sistema-dolgovremennogo-uhoda-za-grazhdanami-3663937.htm?pub_id=2838281#:~:text=Постановление%20Кабинета%20Министров%20Республики%20Татарстан,гражданами%20пожилого%20возраста%20и%20инвалидами». (дата обращения: 28.09.2022).

Законодательство Забайкальского края

48. Приказ Министерства труда и социальной защиты населения Забайкальского края «24» июня 2021г. № 995, приказ Министерства здравоохранения Забайкальского края «24» июня 2021г. № 243/ОД // URL: <https://docs.cntd.ru/document/574634059>. (дата обращения: 28.09.2022).

49. Приказ Министерства труда и социальной защиты населения Забайкальского края от 31 марта 2021 г. № 524 // URL: <https://docs.cntd.ru/document/574687424>. (дата обращения: 28.09.2022).

50. Приказ Министерства труда и социальной защиты населения Забайкальского края от 31 марта 2021 года № 525 // URL: <https://docs.cntd.ru/document/574687440>. (дата обращения: 28.09.2022).

51. Приказ Министерства труда и социальной защиты населения Забайкальского края от 31 марта 2021 года № 532 // URL: <https://docs.cntd.ru/document/574687476>. (дата обращения: 28.09.2022).

52. Приказ Министерства труда и социальной защиты населения Забайкальского края от 31 марта 2021 года № 533 // URL: <https://docs.cntd.ru/document/574687430>. (дата обращения: 28.09.2022).

53. Приказ Министерства труда и социальной защиты населения Забайкальского края от 29 июля 2020 года № 857 // URL: <https://docs.cntd.ru/document/570787146>. (дата обращения: 28.09.2022).

54. Распоряжение Правительства Забайкальского края от 21 декабря 2020 года «Об утверждении Перечня мероприятий по созданию и внедрению системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Забайкальском крае на 2021-2023 годы («дорожная карта») // URL: (дата обращения: 28.09.2022).

Законодательство Хабаровского края

55. Распоряжение Правительства Хабаровского края от 2 марта 2021 года № 105-рп «Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») по созданию на территории Хабаровского края системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами на 2021-2023 годы // URL: (дата обращения: 28.09.2022).

56. Распоряжение Правительства Хабаровского края от 9 сентября 2020 г. № 945-рп «Об утверждении Плана мероприятий («дорожная карта») по развитию в Хабаровском крае стационарозамещающих технологий социального обслуживания граждан, страдающих психическими расстройствами, до 2024 года» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/465355083>. (дата обращения: 28.09.2022).

57. Постановление Правительства Хабаровского края от 30 декабря 2015 г. № 491-пр «Об утверждении государственной программы Хабаровского края «Доступная среда» и признании утратившими силу отдельных постановлений Правительства Хабаровского края» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/465329590>. (дата обращения: 28.09.2022).

58. Приказ Министерства социальной защиты населения Хабаровского края от 30 декабря 2019 г. № 293-П «О внедрении в Хабаровском крае стационарозамещающей технологии сопровождаемого

проживания инвалидов» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/465329685>. (дата обращения: 28.09.2022).

59. Распоряжение Министерства здравоохранения Хабаровского края 15 октября 2016 г. № 1329-р «О совершенствовании организации паллиативной медицинской помощи населению Хабаровского края» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/465371645>. (дата обращения: 28.09.2022).

60. Постановление Правительства Хабаровского края от 30 декабря 2020 г. № 587-пр «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/465377185>. (дата обращения: 28.09.2022).

Законодательство Калужской области

61. Распоряжение Губернатора Калужской области от 16 октября 2019 года N 164-р «О создании межведомственной рабочей группы по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами на территории Калужской области» / URL: <https://docs.cntd.ru/document/561571989>. (дата обращения: 29.09.2022).

62. Приказ Министерства труда и социальной защиты Калужской области от «24» декабря 2021 года № 2384-П «Об утверждении План мероприятий («дорожная карта») по реализации пилотного проекта по созданию системы своевременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Калужской области на 2022 год // URL: <https://docs.cntd.ru/document/574737044>. (дата обращения: 29.09.2022).

Законодательство Волгоградской области

63. Постановление Администрации Волгоградской области от 25.09.2017 № 504-п // URL: <https://docs.cntd.ru/document/450347736>. (дата обращения: 28.09.2022).

64. Постановление Администрации Волгоградской области от 25.09.2017 № 503-п // URL: <https://docs.cntd.ru/document/450356607> (дата обращения: 28.09.2022).

65. Постановлением Администрации Волгоградской области от 25.11.2013 № 666-п // URL: <https://docs.cntd.ru/document/460226085>. (дата обращения: 28.09.2022).

66. Приказ Комитета социальной защиты населения Волгоградской области от 28 мая 2018 г. № 816 «Об утверждении Положения о технологии «Персональный помощник». URL: <https://docs.cntd.ru/document/550118938>. (дата обращения 29.09.2022г.).

Законодательство Кемеровской области

67. Распоряжение коллегии Администрации Кемеровской области от 11.12.2018 № 602-р «Об утверждении паспорта регионального проекта «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения» («Старшее поколение»)» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/550287927>. (дата обращения: 29.09.2022).

68. Распоряжение Коллегии Администрации Кемеровской области от 18 января 2019 г. № 14-р // URL: <http://kodeks.karelia.ru/api/show/550327299>. (дата обращения: 29.09.2022).

69. Закон Кемеровской области от 18.12.2014 № 121-ОЗ «Об утверждении перечня социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг»; Постановлением Коллегии Администрации Кемеровской области от 16.09.2014 № 362 «Об установлении Порядка утверждения тарифов на социальные услуги на основании подушевых нормативов финансирования социальных услуг» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/423958343>. (дата обращения: 29.09.2022).

70. Постановления региональной энергетической комиссии Кемеровской области от 18.03.2016 № 21 «Об установлении тарифов на социальные услуги на основании подушевых нормативов финансирования социальных услуг, предоставляемые поставщиками социальных услуг на дому и в полустационарной форме социального обслуживания в Кемеровской области», от 08.12.2015 № 782 «Об установлении тарифов на социальные услуги на основании подушевых нормативов финансирования социальных услуг, предоставляемые поставщиками социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания в Кемеровской области» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/438890593>. (дата обращения: 29.09.2022).

71. Постановление Коллегии Администрации Кемеровской области от 25.10.2013 № 468 // URL: <https://docs.cntd.ru/document/412808193>. (дата обращения: 29.09.2022).

72. Распоряжение Губернатора Кемеровской области - Кузбасса от 12.07.2019 № 73-рг // URL: <https://docs.cntd.ru/document/561432948>. (дата обращения: 29.09.2022).

73. Распоряжение Губернатора Кемеровской области от 23.11.2016 № 98-рг «О внедрении Стандарта развития конкуренции в Кемеровской области» // URL: <https://docs.cntd.ru/document/446552874>. (дата обращения: 29.09.2022).

Законодательство Нижегородской области

74. Закон Нижегородской области от 5 ноября 2014 года №146-З «О социальном обслуживании граждан в Нижегородской области». URL: <https://docs.cntd.ru/document/465515315>. (дата обращения: 29.09.2022).

75. Постановление Правительства Нижегородской области от 15 апреля 2016 года N 217 «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в форме социального обслуживания на дому», которым определены правила и условия предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в форме социального обслуживания на дому получателям социальных услуг на территории Нижегородской области». URL: <https://docs.cntd.ru/document/465522085>. (дата обращения: 29.09.2022).

Законодательство Оренбургской области

76. Закон Оренбургской области от 03 октября 2014 г. N 2560/729-V-ОЗ «О разграничении полномочий органов государственной власти Оренбургской области в сфере социального обслуживания граждан в Оренбургской области, внесении изменений и признании утратившими силу отдельных законодательных актов Оренбургской области». URL: <https://docs.cntd.ru/document/422454941>. (дата обращения: 29.09.2022).

77. Постановление Правительства Оренбургской области от 25 декабря 2018 года N 870-пп «Об утверждении государственной программы Оренбургской области "Социальная поддержка граждан в Оренбургской области". URL: <https://docs.cntd.ru/document/553110527>. (дата обращения: 29.09.2022).

78. Паспорт Регионального проекта «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения (Оренбургская область)». URL: https://msr.orb.ru/upload/uf/031/Pasport_Starshee_pokolenie.pdf. (дата обращения 29.09.2022г.).

Законодательство Московской области

79. Постановление Правительства Московской области от 16 декабря 2014 г. № 1106/49 «Об утверждении Регламента межведомственного взаимодействия органов государственной власти Московской области в связи с реализацией полномочий Московской области в сфере социального обслуживания». URL: <https://docs.cntd.ru/document/537967189>. (дата обращения 29.09.2022г.).

Законодательство Рязанской области

80. Постановление МТСЗН Рязанской области от 03.09.2020 N 42 «Об утверждении Порядка определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании, в том числе в уходе, с учетом структуры и степени ограничений его жизнедеятельности, состояния

здоровья, особенностей поведения, предпочтений, и иных имеющихся ресурсов». URL: <https://docs.cntd.ru/document/570915752>. (дата обращения 29.09.2022г.).

Законодательство Мурманской области.

81. Приказ Минтруда и соцразвития и Минздрава Мурманской области от 5 июля 2021. № 424/445/1 «Об утверждении Порядка межведомственного взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и центров социальной поддержки населения в рамках создания и функционирования системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами на территории Мурманской области». URL: <https://docs.cntd.ru/document/574808795>. (дата обращения 29.09.2022г.)

82. Положение о межведомственном взаимодействии исполнительных органов государственной власти с ГОАУСОН «Кольский КЦСОН» для реализации полномочий в сфере оказания социальных услуг, утв. Приказом ГОАУСОН «Кольский КЦСОН» от 11.12.2015 г. № 243. URL: [polozhenie_o_mezhved-vzaimod..pdf](#). (дата обращения 29.09.2022г.).

Законодательство Новосибирской области.

83. Приказ Министерства труда и социального развития Новосибирской области от 04.05.2022 № 469 // URL: <https://docs.cntd.ru/document/5499812>. (дата обращения: 29.09.2022).

84. Приказ Минсоцразвития Новосибирской области от 23 декабря 2014 г. № 1446 «Об утверждении стандартов социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг». URL: file:///C:/Users/setit/Downloads/P_SY_1446.pdf. (дата обращения 29.09.2022г.).

Законодательство Тюменской области

85. Распоряжение Правительства Тюменской области от 31 августа 2018 г № 1072-рп «Об утверждении региональной программы Тюменской области «Повышение качества жизни пожилых людей в Тюменской области старшее поколение»». URL: <https://docs.cntd.ru/document/553125245>. (дата обращения 02.09.2022).

Законодательство Свердловской области

86. Постановление Правительства Свердловской области от 5 июля 2017 года N 480-ПП «Об утверждении государственной программы Свердловской области "Социальная поддержка и социальное обслуживание

населения Свердловской области до 2027 года". URL: <https://docs.cntd.ru/document/446461442>. (дата обращения 29.09.2022г.).

Законодательство Ульяновской области

87. Приказ Министерства семейной, демографической политики и социального благополучия Ульяновской области от 25 марта 2021 г. № 19-п «Об утверждении уровней нуждаемости от посторонней помощи в соответствии с группой типизации и перечня социальных услуг, входящих в социальный пакет долговременного ухода, оказываемых гражданам, нуждающимся в постороннем уходе бесплатно, в форме социального обслуживания на дому». URL.: <https://docs.cntd.ru/document/463726921>. (дата обращения: 29.09.2022).

Законодательство Удмуртской Республики

88. Распоряжение Правительства Удмуртской Республики от 21 июня 2019 года № 722-р «Об утверждении региональной программы «Программа системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «старшее поколение» в Удмуртской Республике на 2019 - 2024 годы». URL: <https://docs.cntd.ru/document/553377340>. (дата обращения 02.09.2022).

Законодательством Воронежской области

89. Постановление Правительства Воронежской области от 28 мая 2020 года № 461 «Об утверждении региональной программы «Активное долголетие», направленной на вовлечение граждан старшего возраста в систематические занятия физической культурой и спортом, на 2020 — 2024 годы». URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/3600202005290014>. (дата обращения: 10.10.2022).

Литература

1. Абашеева Е.Б. Координационный центр системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами. В сборнике: Развитие системы комплексной реабилитации лиц с ограниченными возможностями. Материалы Международной научно-практической конференции. Отв. редактор С.Т. Кохан. Чита, 2021. С. 15-25.

2. Абдирова Т.М. Интегрированная паллиативная помощь в гериатрии на уровне семьи и общества. URL: <https://kaznmu.edu.kz/rus/wp-content/uploads/2021/10/dissertaciya-abdirovvoj-t.m.-1.pdf>. Дата обращения 29.09.2022.

3. Аникин В.А. Долговременный уход как возможность раскрытия потенциала пенсионеров: анализ опыта современной Японии и уроки для России в рамках научного семинара - 28 февраля 2020 г. URL: https://isp.hse.ru/data/2020/02/26/1562226332/02%20Anikin_LTC_Case%20Japan_HSE_25-02-2020.pdf. Дата обращения 29.09.2022.
4. Ассистированное самоубийство и эвтаназия в Швейцарии: о роли немедицинских работников (Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians BMJ 2003; 326, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7383.271> (Published 01 February 2003). URL: https://translated.turbopages.org/proxy_u/en-ru.ru.3b377460-633432e9-6e7ec8ab-74722d776562/https/www.bmj.com/content/326/7383/271/rapid-responses. Дата обращения 29.09.2022.
5. Багмет К.В., Самофатова К.А. Практико-ориентированный подход к подготовке кадров, задействованных в реализации системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ. В сборнике: Транспорт. Экономика. Социальная сфера (Актуальные проблемы и их решения). Сборник статей IX Международной научно-практической конференции. Пенза, 2022. С. 25-28.
6. Большое старение // Наука из первых рук. 20 марта 2008. Эволюция в тени динозавров. Том. 19. № 1. URL: <https://scfh.ru/papers/bolshoe-starenie/>. (дата обращения 29.09.2022г.).
7. Бруснева В.В. Инвалидность граждан пожилого возраста и тенденции востребованности в социальной помощи // Вестник «Биомедицина и Социология» | Bulletin “Biomedicine & Sociology 2020. Vol. 5. N 1 УДК 364.02. URL: <http://dx.doi.org/10.26787/nydha-2618-8783-2020-5-1-49-54>. (дата обращения 29.09.2022г.).
8. Быкова Т.А. О ходе реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Республике Бурятия. В сборнике: Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. Материалы IX Международной научно-практической конференции, посвященной 75-летию Победы в Великой Отечественной войне. Отв. редактор Ю.Ю. Шурыгина. Улан-Удэ, 2020. С. 3-5.
9. Васильева Е. Н. Ресурсный потенциал «пожилых»: технологии реализации [Электронный ресурс] / Е. Н. Васильева, О.А. Мосина //Современные проблемы науки и образования. – 2014. – №. 1. – С. 458-458. URL: <https://www.science-education.ru/pdf/2014/1/222.pdf>. (дата обращения 29.09.2022г.)
10. Венгеров А.Б. Теория государства и права. М., 2005. С. 76
11. Вишнева К.В. Социально ориентированные некоммерческие организации как ресурс развития социальной сферы. Ученые записки Санкт-

Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2016. Т. 26. № 2. С. 108-114.

12. Впервые в истории пожилых людей на Земле стало больше, чем детей. URL: <https://mir24.tv/news/16358059/vpervye-v-istorii-pozhilyh-lyudei-na-zemle-stalobolshe-chem-detei>. (дата обращения 29.09.2022г.).

13. Всемирный доклад ВОЗ «О старении и здоровье». // URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789244565049_rus.pdf?sequence=10. (дата обращения 29.09.2022г.).

14. Галазий О.В., Клецкина С.А., Макаров А.С. Опыт Иркутской области по реализации стационарозамещающих технологий в системе долговременного ухода на современном этапе. В сборнике: ФОРМЫ И МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В РАЗЛИЧНЫХ СФЕРАХ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ. Материалы VIII Международной научно-практической конференции. Ответственный редактор Ю.Ю. Шурыгина. 2019. С. 296-298.

15. Горошко Н.В., Пацала С.В. Старение населения России: страна на фоне мира, регионы на фоне страны Электронный научно-методический журнал Омского ГАУ. - 2020. - № 3 (22) июль - сентябрь. URL: <http://ejournal.omgau.ru/images/issues/2020/3/00852.pdf>. - ISSN 2413-4066. (дата обращения 29.09.2022г.)

16. Григорьева С. А. Формирование условий для социальной активности граждан старшего поколения // Социальные и гуманитарные знания. – 2018. Т. 4. №. 3. С. 169

17. Гурвич Е.Т. Иванова М.А. Экономических эффект старения и пенсионных реформ // Финансовый журнал / Financial Journal. 2018. № 5. С. 9-22.

18. Деловой журнал о здравоохранении «VADEMECUM», URL: https://vademec.ru/article/yaponiya_schitaetsya_superstareyushchey_derzhavoy-_kto_i_kak_zabotitsya_o_dolgozhitelyakh_v_strane_v/. Дата обращения 29.09.2022.

19. Дегтярев Г.П., Дегтярев А.Г., Нагибин О.А. Технологии и стандарты долговременного ухода за пожилыми людьми: международная и российская практика // Проблемы стандартизации в здравоохранении. № 5-6, 2020. DOI: 10.26347/1607-2502202005-06037-044. С. 38.

20. Дубовский С. В. Глобальное моделирование: вопросы теории и практики // URL: <https://www.socionauki.ru/journal/articles/130856/> (дата обращения 29.08.2022).

21. Емцов Р.Г. Система долговременного ухода в Китае, Всемирный банк, 2020. URL: https://www.hse.ru/data/2020/03/19/1567816478/01%20Yemtsov_Case%20China_HSE_25-02-2010.pdf. Дата обращения 29.09.2022.

22. Еремина О.Ю. Социальное обслуживание лиц пожилого возраста – в научно-практическом пособии: Права пенсионеров: российское законодательство и зарубежный опыт / отв. ред. Н. В. Путило. – М.: Проспект, 2020. С. 92-101).

23. Еремина О.Ю. Право на материнский (семейный) капитал в системе мер социального обеспечения / В кн. Социальная защита семьи: совершенствование механизма правового регулирования Баранов В.А., Буянова А.В., Волкова Н.С., Еремина О.Ю., Петюкова О.Н., Путило Н.В., Райлян А.И., Серeda А.В. /Под редакцией О.Н. Петюковой. Москва, 2015.

24. Законом Республики Беларусь от 17 апреля 1992 г. № 1594-ХІІ «О ветеранах». URL: https://belzakon.net/%D0%97%D0%B0%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%8B/%D0%97%D0%B0%D0%BA%D0%BE%D0%BD_%D0%A0%D0%91_%D0%BE_%D0%92%D0%B5%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D1%85. Дата обращения 29.09.2022.

25. Закон о страховании долговременного ухода (介護保険法かいごほけんほう), URL.: <https://kotobank.jp/word/介護保険法-224690>. (дата обращения: 26.09.2022).

26. Закон о социальном обеспечении пожилых людей в Японии 1961-1963 гг. (老人福祉法), URL.: <https://ja.wikipedia.org/wiki/老人福祉法>. (дата обращения: 26.09.2022).

27. Закон о медицинском страховании (от 22 апреля 1922 года № 70 – статус действующий) - 健康保険法 (けんこうほけんほう、大正11年4月22日法律第70号), URL.: <https://ja.wikipedia.org/wiki/健康保険法>. (дата обращения: 26.09.2022).

28. Закон о помощи пожилым людям в Дании 1891 год, URL.: <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-social-policy/article/abs/danish-1891-act-on-old-age-relief-a-response-to-agrarian-demand-and-pressure/2D4A56046289702EBA46B1018A3D2C6A>. (дата обращения 26.09.2022).

29. Забайкалье вошло в федеральный пилотный проект по внедрению системы долговременного ухода / Министерство труда и социальной защиты населения Забайкальского края // URL: <https://minsoc.75.ru/novosti/159800>. (дата обращения: 28.09.2022).

30. Заседание Президиума Госсовета по вопросам социальной поддержки граждан // Президент РФ: официальный сайт. 2022. URL: <http://kremlin.ru> (дата обращения: 26.09.2022).

31. История столичной соцсферы: от работных домов до центров соцзащиты // URL: <https://www.mos.ru/news/item/12140073/> (дата обращения 01.09.2022).

32. Карпушина А.С. Социальное обеспечение граждан в рамках регионального проекта "Разработка и реализация программы системной адресной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения (Волгоградская область)". Реализация и итоги проекта за 2019 год. В сборнике: Актуальные вопросы экономики. Сборник статей IV Международной научно-практической конференции. 2020. С. 159-163.
33. Корнюшина Р.В. Зарубежный опыт социальной работы: учебное пособие. - Издательство Дальневосточного университета. Владивосток, 2004. 85 с. С. 30. URL: <https://knigogid.ru/books/1844086-zarubezhnyu-opyt-socialnoy-raboty-uchebnoe-posobie/toread>. Дата обращения 29.09.2022.
34. Колосова Г.В. Региональный аспект организации межведомственного взаимодействия в системе социального обслуживания граждан старшего поколения и инвалидов: опыт САНКТ-ПЕТЕРБУРГА. Социальная работа: теория, методы, практика. 2021. № 3. С. 19-48.
35. Колосова Г.В. Опыт Санкт-Петербурга в рамках реализации мероприятий, направленных на развитие системы долговременного ухода, формирование активного долголетия и рост качества жизни граждан старшего поколения. Социальная работа: теория, методы, практика. 2020. № 2. С. 15-33.
36. Колосова М.А., Кондрахин Р.А. Межведомственное взаимодействие - основа проекта модели "школа ухода" на базе СПб ГБСУ СО "Геронтологический центр". Социальная работа: теория, методы, практика. 2021. № 3. С. 161-172.
37. Колдман С.Д. (2020) Пример мультикультурности гериатрического ухода в учреждениях долговременного содержания в Японии. Медицинская антропология и биоэтика, 1(19), DOI: <http://doi.org/10.33876/2224-9680/2020-1-19/06>, URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=45640975>. Дата обращения 29.09.2022.
38. Комамура Кохэй. Нихон-но нэнкин: [Пенсионная система Японии]. Токио, 2014. С. 82–85.
39. Кувшинова О. Старение населения снижает рост экономик и уровня жизни // Ведомости. 23.10.2016г.
40. Лазарев В.В. Эффективность правоприменительных актов (вопросы теории). Казань, 1975
41. Левин П.К. Проблема долговой экономики как глобальная проблема современности // Современные тенденции в экономике и управлении: новый взгляд. 2010. № 2. С. 31-36.
42. Лебедева И.П. Система социального обеспечения Японии: достижения и проблемы // Японские исследования. 2016. №4. С. 23-34. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sistema-sotsialnogo-obespecheniya-yaponii-dostizheniya-i-problemy/viewer>. Дата обращения 29.09.2022.
43. Макарова Т.А. Профессиональная подготовка социальных работников в вузе к культурно-досуговой деятельности с инвалидами: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. Ульяновск, 2006.

44. Мартынов Д.А. Оценка долговременного ухода на базе школы родственного ухода // Молодой ученый. 2021. № 9 (351). С. 84–85.
45. Матвейчик Т.В. Долгосрочный уход за престарелыми пациентами за рубежом и в Республике Беларусь: состояние и проблемы (Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск) // Медицинские новости. 2014. № 11. С. 38-42. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dolgosrochnyy-uhod-za-prestarelymi-patsientami-za-rubezhom-i-v-respublike-belarus-sostoyanie-i-problemy>. Дата обращения 29.09.2022.
46. Манукиян Елена. Частные компании смогут оказывать соцуслуги за государство. URL: <https://rg.ru/2020/08/31/chastnye-kompanii-smogut-okazyvat-socslugi-za-gosudarstvo.html>. (дата обращения 29.09.2022г.).
47. Мельников Валерий. В Пекине ввели новые меры по стимулированию рождаемости // «РИА Новости». URL: <https://ria.ru/20211126/rozhdaemost-1760934993.html>. Дата обращения 29.09.2022.
48. Мальцев Г. В. Социальные основания права. М.: Норма, 2007. С. 699.
49. Методика по улучшению ухода в домах престарелых разрабатывается в Казахстане. URL: https://www.inform.kz/ru/metodika-pouлучsheniyu-uhoda-v-domah-prestarelyh-razrabatyvaetsya-v-kazahstane_a3843716. Дата обращения 29.09.2022.
50. Миронова Т.К. Право и социальная защита. М., 2006. С. 74 - 75.
51. Могутов А.Е. Совершенствование социального обслуживания граждан пожилого возраста: анализ и перспективы развития. URL: [*m_th_a.e.mogutova_2020.pdf](https://www.mts.ru/ru/press-center/press-releases/2020/09/29/mogutova_a_e.pdf). (дата обращения 29.09.2022г.).
52. Мутигуллина Д.Д. Анализ состава социальных пакетов долговременного ухода субъектов Российской Федерации, участвующих в реализации системы долговременного ухода (на примере Республики Татарстан, Ульяновской И Самарской областей). В сборнике: ВСЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ФОРУМ СТУДЕНТОВ И УЧАЩИХСЯ. сборник статей III Всероссийской научно-практической конференции. Петрозаводск, 2021. С. 26-34
53. Нацпроект «Демография»: в крае реализуется система долговременного ухода для пожилых забайкальцев. Министерство труда и социальной защиты населения Забайкальского края // URL: <https://minsoc.75.ru/novosti/218865?ysclid=181lquqmc33160810811>. (дата обращения: 28.09.2022).
54. Новый полис страхования на случай длительного ухода в Чэнду (成都市长期照护保险最新政策), URL.: <https://www.66law.cn/laws/382223.aspx>. (дата обращения: 28.09.2022).

55. Олескина Елизавета. Система долговременного ухода: как сохранить качество жизни? Здоровые люди. URL: <https://24health.by/sistema-dolgovremennogo-uxoda/>. Дата обращения 29.09.2022.

56. Организация Объединенных Наций. Мадридский международный план действий по проблемам старения// URL: <https://rce.kg/wp-content/uploads/2018/03/MMPD.pdf>. (дата обращения 29.09.2022г.)

57. Опыт организации межведомственного взаимодействия органов социального обслуживания и здравоохранения в рамках внедрения элементов системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами / сост. Л.И. Мяконькая; под ред. Е.А. Сидоренко. Шарыпово, 2019. 24 с. URL: *[Опу_t_organizacii_mezhvedomstvennogo_vzaimodejstviya.pdf](#). (дата обращения 29.09.2022г.)

58. Пашков А.С., Явич Л.С. Эффективность действия правовых норм. Ленинград, 1977.

59. Пилотная программа страхование на случай длительного ухода в Китае (什么是长护险), URL: https://www.toutiao.com/article/7133134725262082593/?channel=&source=search_tab. (дата обращения 29.09.2022г.)

60. Первые законы о пенсиях в Бельгии по старости (1900 г.) и по инвалидности (1944 г.), URL.: <https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2018-2019/europe/belgium.html>. (дата обращения 29.09.2022г.)

61. Пенсии и пенсионное законодательство в Испании, URL.: https://wiki2.org/en/Pensions_in_Spain. (дата обращения 29.09.2022г.)

62. Права пенсионеров: российское законодательство и зарубежный опыт: научно-практическое пособие / отв. ред. Н. В. Путило. — Москва: Проспект, 2020. С.18.

63. Профессиональные стандарты. Рекомендации по разработке. URL.: <https://publications.hse.ru/mirror/pubs/share/folder/kzhw8roc/bm/direct/140935795>. (дата обращения 29.09.2022г.)

64. Протокол заседания Совета при Губернаторе Волгоградской области по реализации национальных проектов и приоритетных проектов Волгоградской области / Комитет социальной защиты населения Волгоградской области // URL: <https://uszn.volgograd.ru/Docs/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%B5%D0%BA%D1%82%20%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%80%D1%88%D0%B5%D0%B5%20%D0%BF%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5.pdf>. (дата обращения: 29.09.2022).

65. Притворова Т.П., Беклеева Д.Е. Управление системой длительного ухода за пожилыми людьми в Казахстане в контексте эффективных практик развитых стран // Вестник Омского университета.

Серия «Экономика». 2014. № 2. С. 70–78. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlenie-sistemoy-dlitelnogo-uhoda-za-pozhilymi-lyudmi-v-kazahstane-v-kontekste-effektivnyh-praktik-razvityh-stran>. Дата обращения 29.09.2022.

66. Полевая Н.М. Система долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе: результаты внедрения в Амурской области. Вестник Амурского государственного университета. Серия: Гуманитарные науки. 2022. № 96. С. 63-66.

67. Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 22 февраля 2021 года № 47 «Об утверждении Плана мероприятий по улучшению положения граждан старшего поколения «Активное долголетие». См.: URL: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=36915996. Дата обращения 29.09.2022.

68. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-209/2020. URL.: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021687>. Дата обращения 29.09.2022.

69. Радутто В.И., Свинцов А.А., Шестаков В.П. Правовые аспекты определения понятия "вспомогательные услуги при сопровождаемом проживании инвалидов" // Социальное и пенсионное право. 2020. № 4. С. 45 – 49, URL.: <https://elibrary.ru/item.asp?id=44793083>. (дата обращения 29.09.2022г.)

70. Самофатова К.А. Специфика организации системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста в российской федерации. Социальная политика и социология. 2019. Т. 18. № 1 (130). С. 68-79.

71. Система страхования на случай длительного ухода (介護保険制), URL.: <https://kotobank.jp/word/介護保険制度-182651>. (дата обращения 29.09.2022г.).

72. Система долговременного ухода Швейцарии (Switzerland Long-term Car), URL.: <https://www.oecd.org/switzerland/47878092.pdf>. (дата обращения 29.09.2022г.).

73. Система страхования на случай длительного ухода в Японии (介護保険制度), URL.: <https://kotobank.jp/word/介護保険制度-182651>. (дата обращения 29.09.2022г.).

74. Система долговременного ухода: определение потребности и объема социально-бытовой помощи и ухода для граждан 65 лет и старше с дефицитом самообслуживания. URL: https://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Uhod_2018.pdf#:~:text=%D0%92%20%D0%93%D0%B5%D1%80%D0%BC%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B8%20%D1%81%D1%83%D1%89%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D1%83%D0%B5%D1%82%20%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0%20%D0%B4%D0%BE%D0%BB%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D1%80

%D0%B5%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE,
%D0%A4%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BB%D1%8C
%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0
%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B
0%20%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1
%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%
5B6%2C%2011%5D. Дата обращения 29.09.2022.

75. Ссылка в книге Эффективность законодательства: вопросы теории и практика: монография / Ю.А. Тихомиров, В.П. Емельянцева, А.А. Аюрова и др.; отв. ред. Ю.А. Тихомиров, В.П. Емельянцева. — М.: Институт законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации: ИНФРА-М, 2015. С. 81.

76. Стародубцева В.В. Пенсионная система Швейцарии (правовой аспект). — М.: Эдитус, 2015. 200 с. — С. 8. URL: https://newdisser.ru/_avtoreferats/01007564240.pdf. Дата обращения 29.09.2022.

77. Статистический бюллетень. Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту на 1 января 2022 года. / Федеральная служба государственной статистики / URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Bul_chislen_nasel-pv_01-01-2022.pdf. (дата обращения 05.09.2022).

78. Тан Цзюнь. Глобальный консенсус и концептуальная основа для долгосрочного ухода (长期照护的全球共识和概念框架 - 唐钧-社科院), URL.: <https://www.cn-healthcare.com/articlewm/20220223/content-1318150.html>. (дата обращения 05.09.2022).

79. Теория государства и права: учебник для юридических вузов / Под общ. ред. докт. юрид.наук, проф. А.С. Пиголкина. М.: ОАО «Издательский Дом «Городец». 2003. С. 257.

80. Ткачев И. ООН оценила демографические перспективы хуже Росстата Российское население будет быстрее «стареть» и сокращаться. URL: РБК. Экономика, 24.06.2019. <https://www.rbc.ru/economics/24/06/2019/5d0b43749a794718129aa169>. [дата обращения 25.08.2022].

81. Федеральная служба государственной статистики. Старшее поколение. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13877>. (дата обращения 29.09.2022г.).

82. Федеральная служба государственной статистики. Население. URL: <https://www.gks.ru/folder/12781> (дата обращения: 20.09.2022).

83. Федеральная служба государственной статистики. Демография. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/generation/#. (дата обращения: 20.09.2022).

84. Федеральная служба государственной статистики. Медико-социальная экспертиза и социальное обслуживание. URL: <https://www.gks.ru/folder/13964> (дата обращения: 25.09.2019).
85. Хозин Г.С. Глобальные проблемы современности и внешняя политика США (Критика буржуазных концепций, анализ механизма регулирования и новых тенденций в практике, 60-е – начало 82-х годов): дис. ... д-ра истор. Наук. М. 1984.
86. Холостова Е.И. Социально ориентированные некоммерческие организации. М.: Издательство торговая корпорация «Дашков и К°», 2017. 181 с.
87. Хомякова И.А., Мяконькая Л.И. Система долговременного ухода как новая технология социального обслуживания. *Sistema_dolgovremennogo_uhoda_Shary_povo.pdf*. Дата обращения 29.09.2022
88. Царенко И.В. Методическое обеспечение оценки влияния рынка труда на экономику региона (на примере Пермского Края). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/metodicheskoe-obespechenie-otsenki-vliyaniya-rynka-truda-na-ekonomiku-regiona-na-primere-permskogo-kрая/viewer>. (дата обращения 29.09.2022г.).
89. Чему равна средняя продолжительность жизни в мире, URL: <https://union-z.ru/articles/chemu-ravna-srednyaya-prodolzhitelnost-zhizni-v-mire.html>. Дата обращения 29.09.2022.
90. Чащин Е.В. Формирование представлений о глобальных проблемах современности в информационном обществе и источники спекуляций на этой теме// Вестник Пермского университета. 2013. № 1.
91. Чумаков А.Н. Методологические аспекты исследования глобальных проблем современности: дис. ... канд. Филос. Наук. М. 1984.
92. Шмелёва М.В. Социально ориентированные некоммерческие организации как потенциально значимый ресурс развития социальной сферы. В сборнике: Актуальные проблемы социальной сферы: теория и практика. Материалы II Всероссийского научно-практического семинара. Ответственные редакторы Н.В. Курилович, А.Ю. Курин. 2019. С. 119-122.
93. Эффективность закона (методология и конкретные исследования) / отв. ред. В.М. Сырых, Ю.А. Тихомиров. М., 1997; Тихомиров Ю.А. Эффективность закона и мониторинг: лекция. М., 2010.
94. Энциклопедия социальных практик поддержки пожилых людей в Российской Федерации / Под ред. проф. Е. И. Холостовой, проф. Г. И. Климантовой. — М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°». 2015. — 552 с.
95. 4-й семинар цикла ИСП НИУ ВШЭ. «Система социального страхования Швейцарии», 23/05/2019. URL: https://isp.hse.ru/data/2020/01/02/1511907146/%D0%A1%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D0%BC%D0%BC%D0%B0_%D0%A1%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D1%80%204_%D0%90%D0%94%D0%B8%D0%9F%D0%A0_%D0%A1%D0%B8%D1%81%D1%82

%D0%B5%D0%BC%D0%B0%20%D1%81%D0%BE%D1%86%D0%B8..%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%85%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%D0%A8%D0%B2%D0%B5%D0%B9%D1%86%D0%B0%D1%80%D0%B8%D0%B8_23-05-2019.pdf. Дата обращения 29.09.2022.

Зарубежная литература

1. Bloom D. E., Canning D., Sevilla J. The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2003.
2. Daly H. E. Economics in a Full World // Scientific American. 2005. № 9. С. 100–107.
3. Annual Health, Labour and Welfare Report 2013/2014. URL: <http://www.mhlw.go.jp/english/>. Дата обращения 29.09.2022.
4. Lee R. Macroeconomics, Aging and Growth. NBER Working Paper, 2016, no. 22310.
5. Long-term care system for older adults in China: policy landscape, challenges, and future prospects. URL: [https://translated.turbopages.org/proxy_u/en-ru.ru.22a2953e-63319ead-c6022624-74722d776562/https/www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32136-X/fulltext#articleInformation](https://translated.turbopages.org/proxy_u/en-ru.ru.22a2953e-63319ead-c6022624-74722d776562/https/www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32136-X/fulltext#articleInformation). Дата обращения 29.09.2022.
6. Quanbao Jiang 1, Jesús J Sánchez-Barricarte. The 4-2-1 family structure in China: a survival analysis based on life tables // Eur J Ageing. 2011 May 20;8(2):119. doi: 10.1007/s10433-011-0189-1. eCollection 2011 Jun. URL: https://translated.turbopages.org/proxy_u/en-ru.ru.179b97a8-6331a511-fe36ce48-74722d776562/https/pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28798645/. Дата обращения 29.09.2022.
7. Dubey Bernard. Cours de droit public. Universite de Fribourg. URL: www.unifr.ch. Дата обращения 29.09.2022.
8. Buchan J. How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply. – Copenhagen: WHO, 2008. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/75453/E93414.pdf. Дата обращения 29.09.2022.
9. Merlis M. Caring for the frail elderly: an international review. Health AffairsMillwood VA Then Bethesda MA. 2000. Vol. 19. № 3. P. 141–149.
10. Genet N., Boerma W. et al. Home care across Europe: Current structure and future challenges // World Health Organization. 2012.
11. Wiener J.M., Cuellar A.E. Public and private responsibilities: Home- and community-based services in the United Kingdom and Germany // Journal of Aging and Health. 1999. Vol. 11. № 3. P. 417–444.

12. European Communities. Long-term care in the European Union. 2008.

Электронные источники

1. URL: <https://rosinfostat.ru/prodolzhitelnost-zhizni>. (дата обращения 29.09.2022г.)
2. URL: <https://gogov.ru/articles/life-expectancy>. (дата обращения 29.09.2022г.).
3. URL: <https://mir24.tv/news/16358059/vpervye-v-istorii-pozhilyh-lyudei-na-zemle-stalobolshe-chem-detei> (дата обращения 01.09.2022г.).
4. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>. (дата обращения 29.09.2022г.).
5. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>. (дата обращения 29.09.2022г.).
6. URL: https://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Uhod_2018.pdf. (дата обращения 29.09.2022г.)
7. URL: <https://zabota.expoforum.ru/ru/>. (дата обращения 29.09.2022г.)
8. URL: https://otzovik.com/reviews/socialniy_geriatricheskiy_centр_оpе_ka_russia_sankt-petersburg/. (дата обращения 29.09.2022г.)
9. URL: <https://zabota.expoforum.ru/ru/>. (дата обращения 29.09.2022г.).
10. URL: <https://zabota.expoforum.ru/ru/ru-forum-dolgoletia/>. (дата обращения 29.09.2022г.).
11. URL: <https://www.hesed.spb.ru/>. (дата обращения 29.09.2022г.).
12. URL: <https://sonko.volganet.ru/sonko/>. (дата обращения 29.09.2022г.).
13. URL: <https://www.ogirk.ru/2015/09/18/59366/>. (дата обращения 29.09.2022г.).
14. URL: <https://www.irk.ru/news/articles/20130624/talisman/>. (дата обращения 29.09.2022г.).
15. URL: <https://bgrk.ru/news/society/173744/>. (дата обращения 29.09.2022г.).
16. URL: <http://anodvisor-khv.ru/>. (дата обращения 29.09.2022г.).
17. URL: <https://www.rosensioner.ru/>. (дата обращения 29.09.2022г.).
18. URL: <https://starikam.org/news/>. (дата обращения 29.09.2022г.).
19. URL: <https://fond-dolgolet.ru/archives/1770> (дата обращения 29.09.2022г.).
20. URL: <https://dobroedelo.org/koaliciya-pravo-pozhilyx/partnery/pietas-saransk/>. (дата обращения 29.09.2022г.).
21. URL: <https://zabota.expoforum.ru/ru/> (дата обращения 29.09.2022г.).

22. https://otzovik.com/reviews/socialniy_geriatricheskiy_centra_opeka_ru_sssia_sankt-petersburg/ (дата обращения 29.09.2022г.).
23. URL: <https://zabota.expoforum.ru/ru/ru-forum-dolgoletia/>. (дата обращения 29.09.2022г.).
24. URL: <https://www.ogirk.ru/2015/09/18/59366/> (дата обращения 29.09.2022г.).
25. URL: <https://www.irk.ru/news/articles/20130624/talisman/> (дата обращения 29.09.2022г.).
26. URL: <https://bgtrk.ru/news/society/173744/>. (дата обращения 29.09.2022г.).
27. URL: <http://council.gov.ru/events/news/110933/>. (дата обращения 29.09.2022г.).
28. URL: https://nsk.tsargrad.tv/news/v-novosibirskoj-oblasti-v-ramkah-nasproekta-razvivajut-shkoly-rodstvennogo-uhoda_422857. (дата обращения: 29.09.2022).
29. URL: https://translate.yandex.ru/translate?lang=en-ru&url=https%3A%2F%2Fen.wikipedia.org%2Fwiki%2FHealth_care_system_of_the_elderly_in_Germany&view=c. Дата обращения 29.09.2022.
30. URL: https://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Uhod_2018.pdf. Дата обращения 29.09.2022
31. URL: https://www.voi.ru/o_nas/predpriyatiya_voi. Дата обращения 29.09.2022
32. URL: <https://dszn.ru/dolgoletie>. (дата обращения 29.09.2022г.).
33. URL: <https://dolgoletie.mosreg.ru/>. (дата обращения 29.09.2022г.).
34. URL: <https://практики.национальныепроекты.рф/demografiya/aktivnoe-dolgoletie/aktivnost-i-uchastie-v-zhizni-obshchestva/aktivnoe-dolgoletie-3>. (дата обращения 29.09.2022г.).
35. URL: <https://dolgoletie.mosreg.ru/activities>. (дата обращения 29.09.2022г.).
36. URL: <https://форумвозможности.рф/onlayn-vystavka/sotsialnaya-rabota/253-regionalnyu-tsentr-aktivnogo-dolgoletiya-gerontologii-i-reabilitatsii/>. (дата обращения 02.09.2022).
37. World Population Prospects. URL: <https://population.un.org/wpp/> (дата обращения 03.10.2022г.).
38. Старение. ООН. URL: <https://www.un.org/ru/global-issues/ageing>. (дата обращения 29.09.2022г.).
39. Федеральная служба государственной статистики. Статистический бюллетень 2021г. URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Bul_chislen_nasel-pv_01-01-2021.pdf. (дата обращения 29.09.2022г.)

40. Федеральная служба государственной статистики. Стационарные учреждения социального обслуживания для граждан пожилого возраста и инвалидов. URL: https://docs.yandex.ru/docs/view?url=ya-browser%3A%2F%2F4DT1uXEPPrJRXIUFoewruDBV0bpbkYFA3k_laUDStcCg_ZHBWU9fSkJLeVEf8JGnivfAt-BCBJ9yjQ9YyIMFz8DXUugnVq4kIQ7_5_i7Dsm5esR2m4XYKooGpBqb1N9vjuvOf37rmxZXzEGNwqb57OUQ%3D%3D%3Fsign%3Dqu4II1tKinLIK3nT5IYvbzBzZ_F7go8EoxEXh-fRleM%3D&name=soc1.xlsx&nosw=1 (дата обращения: 25.09.2019).

41. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения Кемеровской области – Кузбасса по итогам деятельности за 2021 год — Кемерово, 2022 год, 272 стр. // URL: https://kuzdrav.ru/regulatory/docs-images/%D0%94%D0%BE%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D0%B4_%D0%BE%D1%81%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%8F%D0%BD%D0%B8%D0%B8_%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%D1%8C%D1%8F_%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F_%D0%B2_%D0%9A%D0%B5%D0%BC%D0%B5%D1%80%D0%BE%D0%B2%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B9_%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B8_%D0%B7%D0%B0_2021_%D0%B3%D0%BE%D0%B4_29.03.2022.pdf?ysclid=192j0o9i8x224301003. (дата обращения: 29.09.2022).

42. Министерство социальной защиты населения Кузбасса // URL: <http://www.dsznko.ru/social-service/dolgovremennyi-uhod.php?ysclid=192i0orr3s486463557> (дата обращения: 10.10.2022).

43. Законодательное собрание Новосибирской области // URL: <https://zsnsso.ru/news/15776?ysclid=192ik73yvi982057943> (дата обращения: 10.10.2022).

44. Активное долголетие. Российский Красный Крест. Новосибирская область // URL: <https://dobro.ru/project/10058916?ysclid=192jf2ms8m452667180> (дата обращения: 10.10.2022).

45. 1700 мероприятий для старшего поколения: программа Декады пожилых людей в Новосибирской области - МК Новосибирск (mk.ru) // URL: <https://novos.mk.ru/social/2022/09/27/1700-meropriyatiy-dlya-starshego-pokoleniya-programma-dekady-pozhilykh-lyudey-v-novosibirskoy-oblasti.html?ysclid=192jncsahd968236366> (дата обращения: 10.10.2022).

46. На Урале стартовала новая программа для активного и здорового долголетия свердловчан в рамках нацпроекта «Демография» // URL: <https://midural.ru/news/list/document171443/> (дата обращения: 10.10.2022).

47. Отчеты о ходе реализации проекта «Старшее поколение» // URL: <https://msp.midural.ru/deyatelnost/proektnyu-ofis-ministerstva-socialnoy-politiki->

sverdlovskoy-oblasti/nacionalnyy-proekt-demografiya04/regionalnye-proekty/otchety-o-hode-realizacii-regionalnogo-proekta-starshee-pokolenie.html (дата обращения: 10.10.2022).

48. Свердловские проекты вошли в число лучших практик активного долголетия // URL: <https://www.oblgazeta.ru/society/135829/?ysclid=192uhltbyb250256310> (дата обращения: 10.10.2022).

49. Татьяна Черкашенко: «Для долголетия важна социальная активность» // URL: <https://vrntimes.ru/articles/iz-pervyh-ruk/tatyana-cherkashenko-dlya-dolgoletiya-vazhna-socialnaya-aktivnost?ysclid=192kkrwnmr511730367> (дата обращения: 10.10.2022).

50. Активность и долголетие: как в Воронежской области реализуется федеральный проект «Старшее поколение» // URL: <https://moe-online.ru/news/byd-v-kurse/1074382?ysclid=192k0d89mi35481849> (дата обращения: 10.10.2022).

51. Около пяти тысяч воронежцев старшего поколения вовлечены в программы активного долголетия// URL: <https://voronej.bezformata.com/listnews/tisyach-voronezhzhtcev-starshego-pokoleniya/71273570/?ysclid=192k3gr6yb841096706>. (дата обращения: 29.09.2022).

52. URL.: <https://sozd.duma.gov.ru/bill/197055-8>. (дата обращения: 29.09.2022).

53. Официальный сайт народного правительства провинции Цзянсу – система долговременного ухода в провинции Цзянсу и Наньтун (南通市长期照护保险制度覆盖全市720万名参保人员), URL: https://www.jiangsu.gov.cn/art/2021/11/2/art_46502_10102910.html. (дата обращения: 29.09.2022).