

ОТ ТЕОРИИ К ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКЕ

Е.Е. Шестакова

*к.э.н., ведущий научный сотрудник, Институт экономики РАН
(Москва)*

ДОЛГОСРОЧНЫЙ УХОД — ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ГОСУДАРСТВА, ОБЩЕСТВА ИЛИ СЕМЬИ (ВЗГЛЯД С ВОСТОКА И ЗАПАДА)

Аннотация. Быстро меняющаяся демографическая и социальная ситуация, старение населения и связанное с этим растущее число реально нуждающихся в долгосрочном уходе, но остающихся вне зоны действия системы социальной поддержки, ставят перед государством новые задачи. Модель государственного обеспечения только самых бедных и уязвимых и опора на местное сообщество как организатора социальной сферы и семью — как опору для всех остальных не в полной мере отвечает новым вызовам. Статья посвящена современному пониманию процессов старения и определению долговременного ухода как нового социального риска; анализу различных подходов к формированию систем поддержки лиц с ограничениями в самообслуживании на примере ряда ключевых государств с высокими темпами старения и средним уровнем развития, где предложение неформального семейного ухода сокращается, а инфраструктура только формируется. Пролонгированная и многоканальная система современного ухода относится к категории дорогостоящих услуг. Их стоимость, как правило, значительно превышает медианные доходы пенсионеров в случаях средней и высокой зависимости. Среди дополнительных ограничителей в большинстве среднеразвитых государств выступает и невысокий уровень доступности медицинских услуг. Индикатором последнего является высокая доля личных расходов пациентов в общих затратах на здравоохранение. Практика рассматриваемых стран показывает, что задачи формирования современных институтов, которые могли бы обеспечить повышение эффективности общественных расходов на цели материальной и социальной поддержки пожилого населения, решаются на пути создания смешанной экономики ухода с использованием средств государственных бюджетов, страховых схем и населения, с привлечением государственных, некоммерческих и коммерческих структур, действующих в данной сфере. Формы и объём государственной поддержки в каждом случае определяются размерами опекаемых групп населения.

Ключевые слова: старение населения, социальный риск, долговременный уход, смешанное финансирование, государственная поддержка.

JEL: I11, I13, J14

УДК: 364.01, 364.04

DOI: 10.52342/2587-7666VTE_2025_2_71_86

© Е.Е.Шестакова, 2025

© ФГБУН Институт экономики РАН «Вопросы теоретической экономики», 2025

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Шестакова Е.Е. Долгосрочный уход — ответственность государства, общества или семьи (взгляд с Востока и Запада) // Вопросы теоретической экономики. 2025. №2. С. 71–86. DOI: 10.52342/2587-7666VTE_2025_2_71_86.

FOR CITATION: Shestakova E.E. Long-Term Care Is the Responsibility of the State, Society or Family (a View from the East and West) // Voprosy teoreticheskoy ekonomiki. 2025. No. 2. Pp. 71–86. DOI: 10.52342/2587-7666VTE_2025_2_71_86.

Старение населения и изменение семейных норм в отношении межпоколенной поддержки, идущие как в экономически развитых, так и, с нарастающей скоростью, в государствах со средним уровнем развития, диктуют необходимость поиска наиболее эффективных и экономически приемлемых подходов к организации системы долговременного ухода и реабилитации. Тема роста социальных и экономических затрат для отдельных семей и для общества в целом на медико-социальную поддержку людей с ограниченными возможностями давно находится в фокусе внимания в государствах с высокой долей лиц пожилого и старческого возраста в структуре населения [Cylus, Figuera, Normand, 2019; Ces, Coster, 2019; Hashiguchi, Llana-Nozal, 2020]. Накоплен значительный опыт использования различных моделей организации и общественного финансирования долговременного ухода [Long-term care report..., 2021; Rocard, Llana-Nozal, 2022].

В данной области остаётся много нерешённых вопросов как общего плана (определение степени ответственности государства/общества за организацию и финансирование данного вида услуг, необходимость учёта моральных и этических аспектов при распределении ресурсов), так и частных (в том числе способов выявления реальных потребностей в уходе, необходимости создания реестра организаций, оказывающих помощь, стандартизации данных услуг, и др.). Эти дискуссионные вопросы особенно важны для государств, которые только начинают формировать соответствующие системы.

В данной статье ставятся задачи:

- ▶ охарактеризовать современное понимание процессов старения и необходимости на определённых этапах жизненного цикла долговременного ухода как нового социального риска;
- ▶ выделить основные подходы к вопросу формирования систем необходимой поддержки для лиц, не справляющихся с самостоятельным уходом (паллиативные, гериатрические, маломобильные лица, граждане с серьёзной инвалидностью и психическими расстройствами), на примере двух региональных групп: государств Восточной и частично Юго-Восточной Азии, многие из которых являются лидерами по темпам старения (Республика Южная Корея, КНР, Таиланд), и ключевыми государствами Латинской Америки, для которых проблема старения населения не стоит столь остро, но рассматривается как перспективная угроза, к противодействию которой необходимо готовиться.

В настоящее время доля лиц в возрасте 65 лет и старше в Республике Корея превышает 18% от общей численности населения. К 2050 г. эта доля по прогнозам возрастёт почти до 45%. Среди латиноамериканских стран самые высокие показатели в этой сфере в Уругвае — 19 и Чили — 15%. В 2050 г. они предположительно достигнут 28 и 32%, соответственно [Henry, Golman, 2021. P. 11].

Теоретические подходы к определению понятия системы долговременного ухода

Старение или резкое увеличение доли пожилых людей в возрастной структуре населения и связанные с этим трансформации экономических и социальных институтов в текущем столетии уже не являются исключительно феноменом группы наиболее экономически развитых стран. Они становятся объективным трендом и для государств с формирующимися рынками и средним уровнем развития. Существенно меняются и подходы к теории старения.

Современные взгляды при всём их многообразии принципиально отличаются от широко распространённых теорий середины XX в. Тогда в качестве универсальных социальных закономерностей и неизбежных результатов модернизации рассматривались

исключение пожилых людей из активной социальной жизни и адаптация к их положению как «потерявших роль» [Burgess, 1960; Cumming, 1961]. Современные теории старения развивают давние тезисы Р. Хевихерста и Р. Альбрехта [Havighurst, Albrecht, 1953] о важности сохранения пожилыми гражданами активной роли в обществе [Longino, 1982]. Для экономистов особый интерес представляют работы, посвящённые влиянию социально-экономической политики на положение пожилого населения и возможным последствиям этой политики для экономики [Cohn, 2016], проблеме дискриминации и «эйджизма» [Nelson, 2016], отчасти связанной с навязанными стереотипами, не соответствующими современным демографическим и социально-экономическим условиям [Hummert, Garstka, Shaner, 2004; Barber, Van-Gool, Wise, Woods, Penneau, 2021].

Хотя сохраняются значительные различия в отношении того, что считается «успешным старением» в разных культурных контекстах [Dhakai, Nankervis, Burgess, 2022], в современных условиях данный процесс в значительной степени ассоциируется с сохранением в течение как можно более длительного времени социально активной, продуктивной и независимой жизнедеятельности лиц пожилого возраста. Эксперты ВОЗ при разработке концепции здорового старения (активного долголетия) исходили из необходимости развития и поддержания функциональных способностей, обеспечивающих благополучие пожилых людей, что, в свою очередь, требует от общества: 1) изменения представлений о старении и пожилых людях; 2) создания для них благоприятной среды; 3) адаптации систем здравоохранения к потребностям пожилых людей; 4) развития систем долговременного ухода.

Необходимость в долгосрочном уходе не является проблемой только пожилого населения, но общемировой тренд на рост ожидаемой продолжительности жизни, превышающей ожидаемую продолжительность здоровой жизни, способствует концентрации внимания именно на категории пожилых. Хотя социальные представления о возрасте широко варьируются по странам и регионам, в целом меняется соотношение инвалидности и смертности от болезней; население как высоко-, так и среднеразвитых стран меньше сталкивается с ранней смертностью, но в большей степени страдает от серьёзных неинфекционных заболеваний. Подверженность лиц в возрасте 65 лет и старше многочисленным хроническим заболеваниям выше, чем в других возрастных группах. Это негативно сказывается на их функциональных возможностях и часто требует серьёзного лечения. Услуги долговременного ухода направлены, насколько это возможно, на поддержание текущего состояния и качества жизни человека при возникновении у него ограничений в способности к самообслуживанию, но требуются они далеко не всем людям даже в самом преклонном возрасте.

Существует ряд различных определений долговременного ухода. Одни авторы объединяют данное понятие с социальным обслуживанием [Roland, Forder, Jones, 2022], другие эксперты включают в определение медицинские и социальные услуги для всех возрастных групп, нуждающихся в уходе и поддержке при осуществлении повседневной деятельности [Addati, Cattaneo, Pozzan, 2022]. Разница в определении отражает спектр различных подходов с точки зрения выделения контингента нуждающихся в длительном уходе, типа услуг (медицинские, социальные, психологические), места их предоставления (сестринские дома, медицинские учреждения, на дому и др.). В общем случае в данное понятие включается широкий спектр личных, социальных и медицинских услуг, которые гарантируют, что люди со значительной потерей способности к самостоятельной жизнедеятельности или подверженные риску такой потери в результате заболеваний или инвалидности смогут поддерживать уровень функциональных возможностей, соответствующий их основным правам и сохранению человеческого достоинства [Decade of healthy aging..., 2021]. Местный и культурный контекст может способствовать концентрации внимания на разных аспектах системы долговременного ухода. В 70 странах, в том числе во многих азиатских

государствах, действует законодательная обязанность членов семьи осуществлять долгосрочный уход за пожилыми родственниками, что теоретически ограничивает коллективную ответственность и разделение риска внутри общества.

Необходимость в долгосрочном уходе для пожилых определяется, с одной стороны, демографической ситуацией, так как внутренние возможности человека с возрастом снижаются, особенно после 85 лет, а с другой — здоровьем, уровнем образования, социально-экономическим положением. Системы пенсионного обеспечения, медицинского обслуживания и долгосрочного ухода тесно взаимосвязаны как напрямую, так и косвенно через такие параметры, как состояние популяционного здоровья, автономность, возможности удовлетворения базовых потребностей в обеспечении адекватных жизненных стандартов и продления трудовой жизни. От адекватного размера пенсий зависит, сколько пожилой человек сможет платить за медицинское обслуживание и долгосрочный уход из собственных средств. В свою очередь, качественный долгосрочный уход может способствовать снижению расходов на госпитализацию, что подтверждают исследования результатов пилотных проектов в КНР [Хи, 2021]. Справедливо считается, что реализация курса на активное долголетие и расширение общественной системы медицинского обслуживания оказывают позитивное влияние на здоровье населения и способствуют осуществлению пенсионных реформ, увеличению трудового периода жизни и повышению официального пенсионного возраста.

Потребность в долгосрочном уходе в случае её реализации характеризуется высокими временными и финансовыми издержками, которые (в отличие от в целом медицинских услуг) являются инвестициями в человеческий капитал лишь частично. Они часто оказывают серьёзное негативное влияние не только на материальное положение получателя помощи, но и на других членов семьи, которые в силу моральных обязательств должны снижать или прекращать свою активность на рынке труда. В то же время особенность данной потребности — её неопределённость во времени и объёме и отсутствие осознания возможности её возникновения в перспективе у большинства населения, которое не относится к пожилому возрасту. Непредсказуемость данного риска и неравенство его распределения заставляет рассматривать его как отдельную угрозу для общества (особый социальный риск) и обращаться к принципам солидарности и коллективных действий при урегулировании последствий его реализации.

Спрос на услуги медико-социального характера может определяться (по крайней мере частично) моделью потребительского поведения в течение жизни. Основные факторы риска возникновения и прогрессирования серьёзных неинфекционных заболеваний могут быть сокращены как на основе обеспечения доступности медицинских услуг (физической и финансовой), так и отказа от вредных привычек, и, напротив, приверженности здоровому питанию, физической активности [Murray et al., 2019]. В то же время на финансовые возможности использовать здоровую диету, поддерживать качественные жилищные условия, участвовать в социальных и спортивных мероприятиях существенно влияет доходная безопасность домашних хозяйств.

Право на долгосрочный уход на основе потребности действует в очень ограниченной группе наиболее экономически развитых стран с весьма дорогостоящей универсальной моделью предоставления данных услуг (Скандинавские страны и Нидерланды). В большинстве государств используются схемы предоставления долгосрочного ухода, учитывающие финансовые возможности получателей [Шестакова, 2017]. В США, например, основным источником финансирования долгосрочного ухода, помимо средств самого населения, является «Медикейд» (Medicaid). Возможность получения услуг по данной программе определяется финансовым статусом получателя, его доходом (ниже уровня бедности штата) и накопленными активами. Из 60 стран, в которых действуют формальные системы медико-социального ухода, в 55 используется адресные программы предоставления услуг

или выплаты денежных пособий на уход разной степени жёсткости, исходя из уровня зависимости и материального статуса получателя [Addati, Cattaneo, Pozzan, 2022]. Такой подход несёт в себе определённые риски. При последовательном адресном подходе, как показывает практика и развитых, и среднеразвитых государств, как правило, не удаётся распределять риски нуждаемости в дорогостоящих услугах среди всех членов общества и сформировать необходимый уровень солидарности между низко- и высокодоходными группами, что ведёт к формированию двухуровневых систем. Государство обеспечивает поддержку наиболее бедных, у которых самые высокие риски нуждаемости, но невысокая возможность лоббирования своих интересов, в силу чего бюджетные расходы на данные цели могут быть подвержены сокращениям, а размеры предлагаемых пособий не покрывают стоимости необходимых услуг [Extending social health protection..., 2021].

Другая проблема схем с оценкой нуждаемости связана с ограниченностью достоверной информации о доходах, особенно в государствах со средним уровнем развития и значительной долей неформального сектора экономики. В таких случаях высоки ошибки включения и исключения тех или иных групп из соответствующих программ. Это негативно влияет на их охват социальной помощью и медицинским обслуживанием. Так, доля охваченных медицинскими схемами в странах, входящих в верхнюю часть группы со средним уровнем развития, составляет более 95%, но в данных схемах, как правило, используется значительный список исключений. Недавние исследования социальной защиты в странах Азии, в том числе в КНР и Вьетнаме, показали, что стоматологические услуги, протезирование, во многих случаях и услуги реабилитации после инцидентов и несчастных случаев, помощь на дому, хосписные услуги исключены из спектра предоставляемых по общественным схемам [Tessier, De Wulf, Momose, 2022. P. 16]. Эти виды медицинского вмешательства могут играть важную роль в жизни лиц старших возрастных групп (важного критерия отсутствия нуждаемости в посторонней помощи) и спрос на них увеличивается с возрастом. Кроме того, чтобы решать вопросы определения уровня нуждаемости при выплате пособий требуется гибкость и периодичность пересмотра меняющихся потребностей и условий жизнедеятельности получателя помощи.

Критерии доступности системы долговременного ухода

Доступность медико-социальной помощи для нуждающихся лиц определяется такими параметрами, как: 1) критерии включения в схемы поддержки; 2) пакетом предоставляемых услуг или размерами денежных пособий, на которые их можно приобрести; 3) уровнем финансовой защиты участников; 4) правилами формирования сети поставщиков услуг.

Критерии отбора участников государственных или поддерживаемых государством программ долговременного ухода сильно отличаются по странам. Но в качестве наиболее распространённых критериев определения нуждаемости, включая и государства Восточной Азии, используются сложности (или невозможность) осуществления повседневных (ADL) и инструментальных видов деятельности (приём лекарств, управление финансами, осуществление покупок, использование транспорта и др. (IADL) [Priorities for social security..., 2022]. Так, в Малайзии национальные обследования состояния здоровья населения (National Health Morbidity Survey) проводятся раз в 4 года. В 2018 г. основной темой данного обследования было изучение состояния здоровья пожилого населения и оценка ограничений данной группы в повседневной жизни. Исследование показало, что 17% пожилого населения страны испытывают сложности при осуществлении основных повседневных дел и почти 40% сталкиваются с проблемами при реализации инструментальных видов деятельности. Однако возможность пользоваться государственными

учреждениями медико-социального обслуживания в стране действует только после оценки финансового положения и по достаточно строгим критериям. В Сингапуре право на получение финансовой помощи по системе социального страхования на случай длительного ухода (ElderShield) имеют застрахованные лица с высоким уровнем зависимости от помощи третьих лиц, сталкивающиеся с невозможностью осуществления не менее 3 действий из списка основных повседневных дел [Tessier, De Wulf, Momose, 2022]. В КНР при реализации пилотных программ внедрения схем долговременного ухода в отдельных провинциях использовались как определённые модификации традиционной шкалы ограничений в повседневной деятельности, так и в некоторых случаях свои собственные схемы.

Обширное современное исследование систем долговременного ухода, формирующихся в странах Латинской Америки [Aranco et al., 2022], показало, что единую методику доступа к услугам долговременного ухода использует только одна страна региона. В 26 государствах Латинской Америки в среднем 14,4% лиц в возрасте 65 лет и старше нуждаются в помощи при осуществлении базовых повседневных действий. При этом в 10 государствах (в том числе в Аргентине, Бразилии, Чили, Мексике и Уругвае) эта доля рассчитывается непосредственно на основе обследований домашних хозяйств, а в других странах — на основе данных о численности пожилого населения и его эпидемиологическом профиле. Наиболее высокие показатели зависимости фиксируются в Мексике — 25,5%, в Бразилии данный уровень составляет 10,3, в Аргентине — 7,3% [Aranco, Ibarra, Stampini, 2022. P. 10]. Столь существенная разница может быть связана как с разными социально-экономическими условиями жизни (например, доля пожилых с доходами выше среднего уровня — 12,4 долл. в день — в Бразилии и Уругвае превышает 75%, а в Мексике составляет 30% [Aranco et al., 2022. P. 13]), так и различными подходами к оценке зависимости (в Бразилии в категорию нуждающихся в помощи попадают лица с высоким уровнем зависимости, фактически лежащие больные, а в Уругвае учитывается средняя степень потери способности к самообслуживанию). Но, безусловно, общие тенденции для всех стран — рост зависимости с возрастом, особенно среди лиц в возрасте 80 лет и старше, более высокие показатели нуждаемости в посторонней помощи для женщин и увеличение данной гендерной разницы с возрастом и существование отрицательной корреляции между социально-экономическим статусом и функциональной зависимостью у пожилых граждан.

Второй важнейший элемент в структуре гарантий социальной защиты при возникновении необходимости в долговременном уходе — предоставляемый пакет пособий и медико-социальных услуг, определение адекватного объёма и состава помощи. В пакет помощи могут входить услуги, денежные пособия или их сочетание. Услуги оказываются на дому, в медицинских стационарах, учреждениях социального обслуживания, хосписах и включают предоставление технических средств, медицинских приспособлений, выполнение широкого комплекса социально-бытовых действий. Денежные выплаты могут осуществляться в форме пособий на приобретение товаров и услуг, переоборудования дома, прямых выплат ухаживающим лицам. Если обратиться к практике восточноазиатских стран, то в Сингапуре помощь предоставляется исключительно в виде денежных пособий самим нуждающимся, в Южной Корее используются и предоставление услуг по широкому спектру, и денежные выплаты, в том числе в пользу неформальных помощников. Эмпирические исследования показывают, что если есть выбор между получением пособий либо использованием услуг, то бедные семьи используют пособия, которые часто направляются на удовлетворение базовых нужд, а реципиенты с более высоким уровнем образования и доходами в два раза чаще прибегают к получению услуг или найму сиделок [Chaverri, Matuz-Lopez, 2023. P. 2168].

Отдельно необходимо остановиться на вопросах финансовой доступности различных схем долговременного ухода. При финансировании схем формального ухода страны могут применять различные институциональные решения и стратегии развития:

формировать специальные схемы страхования, выплачивать надбавки к пенсиям на уход, выдавать целевые субсидии и ваучеры, предоставлять пакет услуг в рамках системы медицинского страхования. В общем плане финансирование зависит от того, когда применяются используемые схемы до или после возникновения потребности. Финансирование до (ex-ante) возникновения потребности может осуществляться через страхование, индивидуальное накопление средств, различные превентивные меры. При втором варианте (ex-post) в основном используется непосредственно семейное и государственное финансирование ухода. В странах, где действуют страховые модели финансирования (как обязательного, так и добровольного частного), они охватывают только часть населения. В схемах социального страхования это плательщики взносов (т. е., как правило, формально занятые, но таковых может быть немного), поэтому обязательная страховая схема неизбежно нуждается в дополнении определённым типом бюджетного и семейного финансирования. Модель добровольного частного страхования, в свою очередь, должна сочетаться с государственными схемами финансирования для тех, кто не может в неё включиться из-за высокой стоимости страхования. Данные социологических обследований домашних хозяйств в ряде государств со средним уровнем развития показывают значительный рост численности лиц, использующих собственные накопления для оплаты долговременного ухода. Доля таких расходов на внешнюю помощь по уходу составляет, например, в КНР 17%, Индии — 25, Мексике — 20% [Costa-Font, Raut, 2022. P. 25].

Среди наиболее распространённых общих моделей финансирования, основанных на налогах (ex-post), можно выделить группу универсальных схем, моделей с определёнными механизмами оценки доходов и имущества предполагаемых получателей помощи и их семей, схем частичных пособий и соплатежей и схем, включающих только катастрофические риски. Дизайн систем может зависеть и от того, как они финансируются: на национальном, региональном или локальном уровне налогообложения. При этом все модели и бюджетного, и смешанного бюджетно-страхового финансирования (за исключением очень ограниченного числа универсальных схем) предполагают значительный объём финансового участия населения в покрытии медико-социальных расходов.

В отличие от других социальных рисков, в области ухода за потерявшими возможность самостоятельной жизнедеятельности пожилыми людьми, главными либо единственными (в странах, не входящих в группу наиболее развитых) источниками поддержки выступает семья и её текущие доходы и накопления самих нуждающихся лиц. Соотношение этих источников финансирования, в свою очередь, в том числе в силу изменения норм межпоколенной поддержки, непостоянно. В КНР доля прямой и финансовой поддержки услуг ухода со стороны детей сократилась с начала 2000-х гг. с 80 до 57%, а собственных накоплений и пенсий пожилых граждан увеличилась с 18 до 30% [Costa-Font, Raut, 2022. P. 29].

Обычно пожилые люди сначала теряют возможность самостоятельно осуществлять сложные инструментальные действия по каждодневной процедуре, требующие социального взаимодействия. Часто в этом им начинают помогать родственники. Но само сокращение такой способности является предвестником будущих проблем с физическими и когнитивными возможностями, которые в теории более эффективно решаются с помощью формального медико-социального ухода.

Проблемы внутрисемейной организации и финансирования долговременного ухода осложняются недостатками в области медицинского обслуживания. Если для развитых государств вопросы медицинского обслуживания, включая обслуживание лиц старших возрастов, в основном решаются за счёт общественных ресурсов (средств обязательного медицинского страхования и бюджетных поступлений), то в государствах среднего уровня развития сохраняется значительная доля оплаты услуг из собственных средств пациентов, главным образом выплат «из кармана». По имеющимся оценкам в государствах Латинской Америки на данный способ покрытия медицинских расходов приходится более 33%. В Чили

и особенно в Бразилии большую роль играет система частного медицинского страхования [Pessino, Ter-Minassian, 2021]. Базовый пакет медицинской помощи, гарантированный государством, во многих случаях не отвечает потребностям населения. Это проявляется в росте личных расходов на лечение и углублении неравенства в доступности услуг здравоохранения. По данным национальных социологических опросов, 22% пожилых граждан Мексики и 10% Бразилии отмечают, что их расходы на медицинское обслуживание превышают 25% семейного годового дохода, хотя к катастрофическим, по международным меркам, относятся даже расходы в размере 10% [Aranco et al., 2022].

В восточноазиатских странах выплаты из кармана колеблются в достаточно широких пределах — от 36% в КНР и 32% в Южной Корее до 11-12% в Японии и Таиланде [Extending social health protection..., 2021. P. 28]. В КНР, несмотря на значительные успехи и рост субсидий для бедных и уязвимых слоёв населения, острой проблемой остаются катастрофические расходы домашних хозяйств на медицину при серьёзных и длительных заболеваниях. Кроме двух основных схем на медицинское страхование в стране с 2012 г. вводятся две дополнительные схемы для покрытия «катастрофических расходов» для наёмных работников и их семей (Catastrophic medical insurance CMI) и для сельских и городских резидентов (Medical financial assistance for the poor MFA).

На современном этапе в государствах со средним уровнем развития спрос на услуги здравоохранения переходит от медицины, ориентированной в основном на поддержку материнства и детства и экстренную помощь при инфекционных и острых заболеваниях, на лечение хронических болезней, превентивную и профилактическую медицину. Существует большое количество различных комплексных оценок состояния систем здравоохранения стран, основанных на опросах или статистических данных. Ко второй группе относится, например, Индекс медицинского обслуживания (Health Care Index), базирующийся на оценках состояния инфраструктуры отрасли, численности и квалификации персонала, расходов на здравоохранение, доступности услуг и ресурсов. В этом рейтинге лидирующие позиции занимают восточноазиатские государства: Южная Корея и Япония, а также Тайвань» (80-86 баллов). Среди других стран региона высокие показатели в Таиланде, Сингапуре и Малайзии (70-77 баллов), КНР находится на 34 месте (68 баллов), рядом со Швецией. А Аргентина, Мексика и Колумбия опережают США¹.

Индекс доступности и качества медицинских услуг (Healthcare Access and Quality Index), который определяется Институтом медицинских расчётов и оценок (Health Metrics and Evaluation Institute) на основе показателей заболеваемости и смертности от определённых категорий неинфекционных и инфекционных заболеваний, скорректированных на возраст, в среднем для стран Латинской Америки составляет 62 (в ОЭСР, для сравнения, — 86 из 100). Несмотря на определённую условность расчётов Индекса доступности и качества медицинских услуг, косвенно он может свидетельствовать о состоянии систем здравоохранения в разных странах. Наиболее высокие показатели на латиноамериканском континенте у Чили (78) и Уругвая (71), существенно ниже они у Аргентины, Мексики и Бразилии (68-64). Среди государств Восточной Азии в лидерах находятся наиболее развитые страны региона: Япония (94, опережающая по данному индексу не только США, но и Германию и Францию), Сингапур (91) и Южная Корея (90). Относительно высокий уровень фиксируется и в КНР — 78 баллов и Таиланде — 76 (в Индии, например, данный показатель равен 41) [Lozano, 2018]. Но важно учитывать, что для крупных государств характерны и большие территориальные различия в доступе к медицинским услугам. В КНР данный индекс доступности колеблется от 95 пунктов (Пекин) до 43 (Тибет); в Бразилии разница между штатами составляет 20, в Мексике — 17 пунктов [Lozano, 2018. P. 2241].

¹ NUMBEO. URL: https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp (access date: 10.01.2025).

Опыт использования схем страхования долговременного ухода в государствах Восточной Азии

Среди государств данного региона особый интерес представляет опыт Японии — мирового лидера по уже достигнутым показателям старения населения. Эта страна давно практикует систему страхования риска долгой жизни, отдельные элементы которой служат образцами для соседей. В отличие от большинства стран, использующих в основном общие схемы медицинского страхования (для всего населения или определённых профессиональных групп, например, госслужащих), в Японии действуют специальные схемы медицинского страхования пожилых людей и долговременного ухода. Наряду с общей системой медицинского страхования для наёмных работников есть система для резидентов (самозанятых, неработающих, «молодых» пенсионеров — Citizens' Health insurance (CHI)), схема медицинского страхования для лиц в возрасте 75 лет и старше (Health insurance for advanced elderly scheme (AENI)) и схема страхования на случай долговременного ухода.

Все схемы, включающие представителей старших возрастных групп, финансируются за счёт взносов и государственных субсидий. В схеме для резидентов (CHI), включающей пенсионеров до 75 лет, государственная субсидия устанавливается на уровне 50% от её общего бюджета. Размер взносов для каждого участника зависит от величины доходов домашнего хозяйства, к которому он относится, и параметров взносов для данного вида страхования, устанавливаемых в каждом муниципалитете. Поэтому они варьируют от 7,3% до 15,9% от общих доходов домашних хозяйств. Схема для медицинского страхования наиболее возрастной группы граждан (AENI) финансируется за счёт бюджетных средств (50% от общих доходов, из которых $\frac{2}{3}$ обеспечиваются центральным и $\frac{1}{3}$ местными бюджетами), страховых платежей участников (10%) и переводов из двух основных фондов (для наёмных работников и резидентов) медицинского страхования (40%). Данной системой управляют альянсы муниципалитетов на уровне префектур, которые отвечают за предоставление медицинских услуг для наиболее возрастной категории граждан и мониторят их стоимость. Доля населения, пользующаяся данной схемой, составляет 14% от его общей численности.

Система обязательного страхования долговременного ухода в Японии распространяется на всех резидентов страны в возрасте 40 лет и старше, которые включены в одну из трёх действующих схем медицинского страхования, половина бюджета долговременного ухода финансируется за счёт налогов, половина — из специальных страховых взносов на уход. Размеры взносов дифференцированы по разным муниципалитетам и отражают местные расходы на соответствующую помощь ($\frac{2}{5}$ от общего объёма страховых средств вместе с медицинской страховкой поступает от основной группы реципиентов — лиц в возрасте 65 лет и старше, и $\frac{3}{5}$ от граждан в возрасте 40-64 лет, которые в обязательном порядке участвуют в страховании). Для каждого из семи установленных уровней потребности в услугах² есть свои лимиты расходов. Кроме того, участники всех схем медицинского страхования, включая и долговременный уход, должны оплачивать часть этой лимитированной стоимости полученных услуг. Размер последних платежей в общем случае составляет 30%, но для большинства пожилых, включённых в специальную страховую программу для данной группы населения (AENI), такие платежи установлены на уровне 10% от стоимости услуг (но могут быть увеличены до 20-30% при высоких доходах получателя) [Sakamoto, Rahman, Nomura, Okamoto, 2018]. Некоторые принципиальные моменты японской модели медицинского страхования и страхования ухода (дифференцированные по регионам взносы и «соплатежи», высокая доля государственного субсидирования, связь медицинского

² Определение уровня зависимости устанавливается на основе компьютерной обработки результатов ответов на 74 вопроса о возможностях самообеспечения и особенностях когнитивного поведения предполагаемых получателей.

страхования и финансирования долговременного ухода) послужили отправными точками при формировании собственных страховых моделей стран-соседей.

Быстро стареющая Республика Корея, которая, по оценкам, через 20 лет обгонит Японию по доле пожилых в структуре населения, во многом повторила японскую модель медико-социального обеспечения, но в упрощённом виде, без дифференциации правил на региональном уровне. Введённая в 2008 г. в Республике Корея схема долговременного ухода, основанная на общенациональных правилах, устанавливает единый размер взносов 8,5% от премии на обязательное медицинское страхование (или 0,55% от заработной платы или доходов участника). Государство на современном этапе субсидирует значительно меньший объём расходов на уход, порядка 20%, 60-65% составляют страховые взносы и 15-20% — соплатежи получателей услуг (в зависимости от вида услуг). Для лиц, относящихся к нижним квинтильным группам, предусмотрены скидки с платежей (в размере 40-60% от их величины), действует и специальная программа для наиболее уязвимых категорий населения (с редкими неизлечимыми заболеваниями, жертв природных и техногенных катастроф, бездомных, суммарно составляющих около 3% населения). За них страховые взносы выплачивает государство [Costa-Font, Raut, 2022. P. 50]. Помощь предоставляется как в виде денежных пособий нуждающемуся в уходе или ухаживающим родственникам, так и в виде пакета медико-бытовых услуг на дому и в стационарах.

На принципах сочетания сектора государственного финансирования, индивидуальных накоплений и прямых выплат клиентам построены системы обеспечения пожилых граждан услугами медико-социального характера в Сингапуре и Малайзии. В Сингапуре государственные средства идут главным образом на финансирование срочной стационарной помощи, другие виды услуг оплачиваются за счёт индивидуальных медицинских накопительных счетов (MediShield life). Отдельная схема, также основанная на обязательном накопительном страховании, действует и в отношении долговременного ухода (ElderShield). Изначально данная схема управлялась тремя частными страховыми компаниями, назначаемыми Министерством здравоохранения страны, но с 2018 г. управление соответствующими индивидуальными счетами (long-term care bill, careshield life bill) осуществляет государство. Схема охватывает всех граждан и постоянных резидентов в возрасте 40 лет и старше. Взносы выплачиваются до 65 лет, а их размер зависит от возраста, пола (для женщин тариф выше), времени вступления в систему, пакета выбранных услуг. Данная страховая схема предусматривает только выплату пособий на уход, размер которых зависит от степени нуждаемости и длительности страхования, государство, в свою очередь, субсидирует найм и подготовку иностранной рабочей силы, занимающейся надомным обслуживанием [Extending social health protection..., 2021. P. 287].

Быстро движется в направлении превращения в «пожилое» общество и КНР. По оценкам национальных органов управления, доля населения в возрасте 65 лет и старше к 2035 г. может составить более 30% населения [Хи, 2021]. В стране сохраняется культура уважения к старости и опора на семейный уход, но за последние несколько десятилетий реформ и либерализации экономики, проведения политики «одна семья — один ребёнок» существенно сократилась численность тех, кто готов осуществлять неформальную поддержку пожилых родственников. В 2013 г. был даже принят Закон «О сыновнем долге», который обязывает взрослых детей осуществлять традиционную бытовую помощь и финансово поддерживать пожилых родителей, но закон не предусматривает мер наказания для уклоняющихся от выполнения этих обязанностей и сложно применим на практике. В то же время с середины 2000-х гг. в стране идёт процесс внедрения пилотных схем организации и финансирования долговременного ухода, формируется система обслуживания на дому и в центрах дневного обеспечения на условиях государственно-частного партнёрства. Для расширения участия частного сектора в инвестировании долговременного ухода предусмотрены преференции и налоговые льготы для реабилитационных

центров, сестринских домов и других профильных организаций [*Costa-Font, Raut, 2022. P. 13*]. К особенностям внедряемой системы финансирования долговременного ухода в стране можно отнести: непосредственную связь системы обеспечения долговременным уходом с типом медицинского страхования³; финансирование долговременного ухода за счёт медицинского страхования (около 80%) и «соплатежей» населения; активное выявление нуждающихся и включение в программы не только наиболее бедных, но и средних слоёв населения. Основным видом помощи является оказание услуг. Выплата пособий предусмотрена в небольшом числе пилотных программ. Общая численность населения, получающая помощь по данным программам, составляет более 134 млн человек [*Priorities for social security trends...*, 2022. P. 36].

Формирование систем долговременного ухода в странах Латинской Америки

В государствах Латинской Америки продолжительность будущей жизни для лиц, достигших 65 лет, в среднем зафиксирована на уровне 18,7, а здоровой жизни — 13,9 лет. В большинстве стран региона программы долговременного ухода находятся на начальных этапах формирования или только обсуждаются. Оценочные данные о государственных расходах на эти цели есть только для Уругвая — 0,04% ВВП и Чили — 0,02% ВВП. В целом сектор социально-медицинских услуг практически во всех странах региона сильно фрагментирован, качественные услуги в широкой номенклатуре доступны для небольшой части наиболее обеспеченного населения. Не менее 75% пожилых, нуждающихся в уходе, получают помощь социально-бытового характера от родственников или не получают её совсем (в Мексике эта доля достигает 98,6%, при этом один из четырёх нуждающихся вообще лишён помощи; в Бразилии показатель неформального ухода составляет 93%, Аргентине 79, Уругвае 76%) [*Aranco et al., 2022. P. 91*]. Группа экспертов Межамериканского Банка Развития (Inter-American Development Bank) подсчитала, что для обеспечения медико-социальными услугами (включая стационарную помощь, надомные услуги, дневной и теле-уход) 50% зависимых пожилых людей в 16 странах региона потребуется в среднем 0,48% ВВП стран, но с большими вариациями по странам, от 0,29 в Аргентине до 0,54% ВВП в Мексике [*Fabiani, Costa-Font, Aranco, Stampini, Iberraran, 2022*].

Данные об общем охвате нуждающегося населения (по всем возрастным группам) формальными медико-социальными услугами доступны только по некоторым странам. В Аргентине доля получающих помощь составляет около 20%, Уругвае — 11, Чили — 7%. В настоящее время только в Уругвае создана Национальная система долговременного ухода (Sistema Nacional Integrado de Cuidados), но с очень ограниченными ресурсами. Главные направления программы — субсидирование найма домашних сиделок для лиц в возрастной группе старше 80 лет (2,2 тыс. человек), развитие программ телемедицины для более молодых пенсионеров (1,3 тыс.), государственное субсидирование нескольких гериатрических стационаров и дневных центров (для нескольких сот человек). С 2017 г. в Чили запущена программа социальной поддержки населения на местном уровне (Chile Cuida), включающая как одну из трёх социальных подпрограмм оказание помощи нуждающимся в уходе пожилым гражданам. Но темпы присоединения к программе муниципалитетов существенно отстают от намеченных планов. Пока в стране нет единого определения степени нуждаемости, на местном уровне используются разные медицинские

³ В стране действуют две параллельные схемы медицинского страхования: для наёмных работников и для сельских и городских резидентов с большой разницей расходов на медицинское обслуживание на душу населения.

и социально-экономические критерии оценки. Государство субсидирует ряд действующих некоммерческих организаций, размещающих лишённых жилья бедных пожилых граждан, и программы телемедицины. Религиозные организации финансово поддерживают дневные центры и структуры помощи на дому. Услугами платной помощи пользуется около 10% нуждающегося пожилого населения [Molina, Sarmiento, Aranco, 2020. Pp. 19-22].

В Аргентине, где, по оценкам, достигнут наиболее высокий уровень охвата помощью, основным инструментом поддержки являются пособия на уход, предназначенные для найма сиделок, но данная субсидия покрывает приблизительно половину стоимости ухода в случае высокого уровня зависимости. В стране функционирует большое число различных некоммерческих и коммерческих организаций с разными условиями проживания и оплаты. Возможность бесплатного или субсидируемого получения услуг социально-бытового характера в специальных стационарах и дневных учреждениях социальных услуг предоставляется только определённым категориям наиболее нуждающихся [Oliveri, 2020. Pp. 40-41].

В Мексике в 2002 г. был принят закон о правах пожилых граждан (*Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*), в котором нет упоминания права на долговременный уход, но содержатся положения о праве семей, оказывающих такую поддержку нуждающимся родственникам, на финансовую помощь государства, в том числе на субсидии на лекарства и медикаменты. В стране действуют две Национальные программы организации помощи наиболее нуждающимся категориям и несколько десятков региональных программ, включая развитие инфраструктуры дневного обслуживания (до 8 часов в день), и государственные и частные программы телемедицины для одиноких пожилых граждан. Однако среди лиц, нуждающихся в уходе (по данным опросов, в возрастной группе 65-69 лет таких лиц 15%, 70-74 года — 21, 80 лет и старше — 50%), пользуются услугами разного рода учреждений социально-бытового обслуживания и нанятыми сиделками только около 4%, в том числе и из-за высокой стоимости данных услуг (по опросам оплачивать размещение в коммерческих стационарных учреждениях может не более 8% лиц в возрасте 50 лет и старше) [Lopez-Ortega, Aranco, 2019. Pp. 38-40].

В Бразилии параллельно существуют две отдельные системы медицинской и социальной помощи, управляемые муниципальными органами власти: Единая система здравоохранения (*Systema Unico de Sande, SUS*), одним из ключевых элементов которой является система первичной медицинской помощи, охватывающая все регионы страны, и Единая система социальной помощи, обеспечивающая население через свою сеть социальными пособиями и услугами. Исторически в данных схемах мало уделялось внимания пожилым, все меры концентрировались на детях и бедных семьях. В настоящее время в пилотном режиме в ряде городов внедряется схема поддержки зависимых пожилых людей в бедных муниципалитетах (*Programa Maior Cuidado*), предусматривающая организацию услуг сиделок в размере 10-40 часов в неделю.

Если в целом оценивать ситуацию с долговременным уходом в ключевых латиноамериканских странах, то можно констатировать, что основной объём формальных услуг предоставляется коммерческими организациями. Государственных учреждений данного профиля очень мало, потому распространённой практикой является перечисление как центральными, так и местными властями средств на долговременный уход для определённых целевых категорий некоммерческим и религиозным организациям. При этом в странах действуют только минимальные требования к инфраструктуре, соотношению персонала и пациентов, подготовке персонала для стационарных организаций медико-социального ухода и фактически отсутствуют какие-либо стандарты в отношении надомного и дистанционного обслуживания, не налажена система контроля за предоставлением данных услуг, не соблюдается порядок официальной регистрации организаций, осуществляющих услуги в данной сфере, в итоге подавляющий объём деятельности осуществляется нелегально.

На современном этапе развития систем медико-социального обслуживания многих стран региона особый интерес представляют телемедицинские технологии. С их помощью предполагается снизить расходы на здравоохранение и расширить доступность медико-санитарной помощи в сельских и отдалённых районах, а также обеспечивать экстренную связь с семьёй и медицинскими учреждениями в случае инцидентов. В качестве предполагаемых барьеров распространения телемедицинских технологий можно отметить значительные инвестиционные и эксплуатационные расходы, невысокий уровень соответствующих знаний и навыков у медицинского персонала и доверия к дистанционным консультациям у пациентов. Интеграция пожилого человека в виртуальное пространство, требующая не только технического оснащения, но и перестройки привычного образа жизни, а также приобретения новых компетенций, может быть полезной, но явно недостаточной для лиц, нуждающихся в персональной социально-бытовой помощи.

Возможность использования страховой модели финансирования долговременного ухода в большинстве стран Латинской Америки, за исключением, вероятно, Уругвая, Чили и Бразилии, ограничивается прежде всего высоким уровнем неформальной занятости. Доля формально занятых от общей численности трудоспособного населения составляет в Уругвае 52%, Чили — 44, в Бразилии — 40%. При этом средневзвешенный показатель по всему региону составляет около 27%, а в Мексике, которая формально входит в группу стран ОЭСР, — менее 22% [*Funding options for long-term care services...*, 2022. P. 10]. В целом различные категории самозанятых, работающие с использованием сетевых платформ, тем более их основная неформальная часть, являются проблемными группами для программ страхования, так как выпадают из зоны видимости систем обязательного социального страхования. Теоретически для расширения участия неформально занятых возможно использование схем государственного софинансирования добровольных форм (скажем, фиксированных взносов, различных форм совместного несения рисков, например, обществ взаимного страхования, включение единых страховых взносов и налогов в стоимость услуг работников платформ и самозанятых). Но пока данные вопросы не урегулированы по основным традиционным социальным рискам (пенсионному и медицинскому). В государствах со средним и ниже среднего уровнями развития механизмы добровольного участия в коллективных схемах и корпоративного страхования практически не работают, правда, есть и исключения. Например, в Бразилии в силу традиций доля частного медицинского страхования составляет 28% от общих расходов на здравоохранение.

Схемы, основанные на налогообложении, в отличие от страховых, могут финансировать услуги для всего населения, включая как действующих, так и ранее занятых работников неформального сектора. Но, как показывает практика стран, где используются данные схемы, они предполагают различные ограничения в отборе, основанные на уровне зависимости, возрасте, величине доходов и имущества предполагаемого получателя и членов его семьи.

Заключение

Цель создания системы долговременного ухода — обеспечение лиц с ограниченными возможностями самостоятельной жизнедеятельности системой необходимой поддержки. Главным субъектом решения проблем, связанным со старением населения, является государство. Поэтому изменяется зона его ответственности в данной сфере в связи с изменением ценностных ориентаций и усилением социальных установок на активное долголетие и повышение жизненных стандартов для пожилых людей.

Тем не менее государство не берёт на себя всю ответственность за обеспечение доступного обслуживания для всех нуждающихся. Как показывает опыт, при выборе

модели организации и финансирования долговременного ухода возможны различные подходы. В практике развитых государств модели долговременного ухода дифференцированы от интегральных систем, предоставляющих за счёт общественных (как правило, бюджетных) средств самый широкий спектр медико-социальных услуг, до фрагментарных остаточных программ, по которым помощь оказывается только наиболее уязвимым группам с высоким уровнем зависимости. Традиционный подход: поддержание родственного ухода; вовлечение местных сообществ в оказание социально-бытовой помощи; предоставление за счёт государственных средств минимального пакета главным образом стационарной помощи ограниченному кругу лиц с самыми низкими доходами. Всё это сталкивается с проблемами низкой доступности социального обслуживания и формального ухода, гендерным дисбалансом в данной области, вытеснением широких средних и ниже среднего слоёв в частный сектор, усилением проблемы «катастрофических расходов» для семей. Современный восточноазиатский вариант предполагает отход от традиционной семейной модели, расширение использования различных формальных услуг на основе смешанного финансирования (социального страхования, значительного государственного субсидирования и средств граждан в виде софинансирования расходов), привлечение частного сектора к удовлетворению растущих потребностей в долговременном уходе, включение в соответствующие программы средних слоёв населения. Действующие системы страхования долговременного ухода в регионе строятся на тех же принципах, что и схемы медицинского страхования.

В латиноамериканских государствах услуги долговременного ухода отделены от более широкой системы здравоохранения и предоставляются в ограниченном объёме на местном уровне в сотрудничестве с частными (коммерческими и некоммерческими) организациями и местными властями. Тем не менее о важности задачи формирования национальных систем долговременного ухода свидетельствует широкое исследование, касающееся оценки реальных потребностей в уходе, расчётов государственных расходов на эти цели (при разных уровнях удовлетворения имеющегося спроса) и принятие в ряде государств комплексных программ медико-социального обслуживания, включающих услуги паллиативной помощи и реабилитации. Новым перспективным трендом, поддерживаемым многими правительствами стран региона, стало развитие телемедицины. По мере старения населения и изменения норм гендерного баланса в семье можно прогнозировать и изменение роли государства в данной сфере, увеличение финансирования и инвестиций в сектор долговременного ухода для обеспечения доступа пожилых граждан к услугам и защите их от чрезмерных расходов «из кармана».

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Шестакова Е. (2017). Стареющее общество: в поисках оптимальной модели долговременного обслуживания. [*Shestakova E. (2017). An aging society: in search of an optimal long-term care model*] // *Вестник Института экономики Российской академии наук*. № 4. С. 45-59.
- Addati L., Cattaneo U., Pozzan E. (2022). *Care at work: investing in care leave and services for a more gender equal world of work*. — Geneva: ILO. URL: www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-gender/documents/publication/wcms_838655.pdf (access date: 11.01.2025).
- Aranco N., Bosch M., Stampini M., Azuare O., Goyeneche L., Ibararan P., Oliveira D., Retano M.R., Savedoff W., Torres E. (2022). *Aging in Latin America and the Caribbean. Social protection and quality of life of older persons* / Inter-American Development Bank.
- Aranco N., Ibararan P., Stampini M. (2022). Prevalence of care dependence among older persons in 26 Latin American and Caribbean countries // *Social protection and health division*. Technical Note: IDB-TN-2470. DOI: 10.18235/0004250.
- Barber S., Van Gool K., Wise S., Woods M., Or Z., Penneau A. (2021). *Pricing long-term care for older persons*. — Geneva: WHO Center for Health Development.
- Burgess E. (1960). *Aging in Western Societies*. — Chicago: University of Chicago Press.
- Ces S., Coster S. (2019). *Mapping long-term care quality assurance practices in the EU: Summary Report*. — Brussels.

- Chaverri A., Matuz-Lopez (2023). Impact evaluation of cash-for care in Latin America's new long-term care policies: a randomized controlled trial pilot study in Costa Rica // *Journal of applied gerontology*. Vol.42. No. 11. Pp. 2167-2178. DOI: 10.1177/07334648231188284
- Cohn J.M. (2016). The politic of aging in comparative perspective: process and policies // *Journal of aging, longevity, law and policy*. No.1. Pp.131-136.
- Costa-Font J., Raut N. (2022). *Global report on long-term care financing*. — Geneva: WHO.
- Cumming E. (1961). *Growing Old: The Process of Disengagement*. — N.Y.: Basic Books.
- Cylus J., Figuera J., Normand Ch. (2019). *Will population ageing spell the end of the welfare state? A review of evidence and policy options*. — Copenhagen: WHO Regional office for Europa.
- Decade of healthy ageing: baseline report WHO (2021). — Geneva: WHO. URL: <https://www.who.int/publications-etail-redirect/9789240017900> (access date: 11.01.2025)
- Dhakal S., Nankervis A., Burgess J (2022). *Ageing Asia and Pacific in Changing Times. Implications to Sustainable Development*. —Bangkok: ILO.
- Extending social health protection: accelerating progress towards universal health coverage in Asia and the Pacific. (2021). — Bangkok: ILO. URL: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-asia/-ro-bangkok/documents/publication/wcms_831137.pdf (access date: 11.01.2025).
- Fabiani B., Costa-Font J., Aranco N., Stampini M., Iberraran P. (2022). Options de financimientto de los servicios de atencion a la dependencia en America Latina y el Caribe. // *Inter-American Development Bank*. Technical Note: IDB-TN-2473.
- Funding options for long-term care services in Latin America and the Caribbean (2022). DOI: 10.18235/0004306
- Hashiguchi T.C., Llana-Nozal A. (2020). The effectiveness of social protection for long-term care in old-age: is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs// *OECD Health working papers*. No. 117. DOI: 10.1787/2592f06e-En.
- Havighurst R.J., Albrecht R.E. (1953). *Older people*. — N.Y.: Longmans and Green.
- Henry C., Golman M. (2021). Old age work and income security in middle income countries: comparing the cases // *ILO Working paper*. No. 34.
- Hummert M.L. Garstka T. A., Shaner J. (2004). Stereotypes of the elderly held by young, middle-aged, and elderly adults // *The International journal of ageing and human development*. N58 (4). Pp. 315-340.
- Longino Ch. (1982). Explicating activity theory: a formal replication // *Journal of gerontology*. Vol.17. Pp. 713-722.
- Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society (2021). Vol. 1 *Joint report prepared by Social Protection Committee and the European Commission*. — Brussels: European Commission. DOI: 10.2767/677726.
- Lopez-Ortega M., Aranco N. (2019). Envejecimiento y atencion a la dependencia en Mexico // *Banco Interamericano de desarrollo*. Nota Technica: IDB-TN-1614.
- Lozano R. (2018). Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from Global Burden of Disease // *The Lancet*. Vol. 391. Pp. 2236-2271. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30994-2
- Molina H., Sarmiento L., Aranco N., Jara P. (2020). Envejecimiento y atencion a la dependencia en Chile // *Banco Interamericano de Desarrollo*. Nota Technica: IDB-TN-2004.
- Murray C., Aravkin A., Zheng P., Abbafatic C., Abbas K., Abbasi-Kangevari M., Abd-Allah F., Abdelalim A., Abdollahi M. (2019). Global burden of 87 risk factor in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis in the Global Burden of Disease Study // *The Lancet*. No. 396. Pp. 1223-1249. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33069327/> (access date: 11.01.2025).
- Nelson T.D. (2016). The age of ageism // *Journal of social issues*. No. 72 (1). Pp.191-198.
- Oliveri M. (2020). Envejecimiento y atencion a la dependencia en Argentina // *Banco Interamericano de Desarrollo*. Nota Technica: IDB-TN-2044.
- Pessino C., Ter-Minassian T. (2021). Addressing fiscal costs of population aging in Latin Americas and Caribbean with lessons from advanced countries // *Inter-American Development Bank Discussion Paper*. No. IDB-DP-859.
- Priorities for social security. Trends, challenges and solutions. Asia and Pacific (2022). / ISSA. URL: <https://ww1.issa.int/publications/priorities/asia-pacific2022> (access date: 11.01.2025).
- Rocard E., Llana-Nozal A. (2022). Supporting informal carers of older people: policies to leave no carer behind // *OECD Health working papers*. No. 140. DOI: 10.1787/0f0c0d52-En
- Roland D., Forder J., Jones K. (2022). What is out there and what can we learn? International evidence on funding and delivery of long-term care // *Social. Policy and Society*. No. 26. Pp. 261-274. DOI: 10.1017/S1474746421000531
- Sakamoto H., Rahman M., Nomura S., Okamoto E. (2018). Japan Health System Review. // *Health systems in transition*. Vol. 8. No. 1. — Bangkok: WHO. Regional Office for South-East Asia. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259941> (access date: 11.01.2025)
- Tessier L., De Wulf N., Momose Y. (2022). Long-term care in the context of population ageing: a right-based approach to universal coverage // *ILO Working paper*. No. 82. DOI: 10.54394/RHJD4529
- Xu Y. (2021). Development and performance of the elderly care system in the People's Republic of China // *ADB East Asia Working paper series*. No. 36. DOI: 10.22617/WPS210303-2

Шестакова Елена Евгеньевна

EEShestakova1956@yandex.ru

Elena Shestakova

PhD (economics), Leading Researcher of the Institute of economics of Russia Academy of Sciences (Moscow)

EEShestakova1956@yandex.ru

**LONG-TERM CARE IS THE RESPONSIBILITY OF THE STATE, SOCIETY OR FAMILY:
A VIEW FROM THE EAST AND WEST**

Abstract. The rapidly changing demographic and social situation, the aging of the population and the associated growing number of citizens in real need of long-term care, who remain outside the area of social support, poses new challenges to the state. The model of state provision for only poorest and most vulnerable and reliance on the local community as the organizer of social sphere and the family for the rest does not fully meet the new challenges. The article is devoted to the modern understanding of the aging process and the definition of long-term care as a new social risk; the analysis of various approaches to the formation of support system for people with disabilities in self-care on the example of a number of key states with high rates of aging and an average level of development, in which the supply of informal care is declining and the infrastructure of formal care is only being formed. Extended and multi-channel modern care system belongs to the category of expensive services, the cost of which usually significantly exceeds the median income of pensioners in the case of an average and especially high level of dependence. Additional constraints in the middle- developed countries include a relatively low level of accessibility of medical services, including a high proportion of patients' personal expenses in the total health costs. The practice of the countries under consideration shows that the tasks for forming modern institutions, that could ensure increased in the effectiveness of public spending on material and social support for the elderly are being solved by creating a mixt care economy using budget funds insurance schemes and public funds, attracting government, non-profit and commercial agencies operating in this area. The forms and volume of the state support are determined by the size of the population groups under care.

Keywords: *aging of the population, social risk, long-term care, mixed financing, state support.*

JEL: I11, I13, J14.