

УПРАВЛЕНИЕ СИСТЕМОЙ ДЛИТЕЛЬНОГО УХОДА ЗА ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ В КАЗАХСТАНЕ В КОНТЕКСТЕ ЭФФЕКТИВНЫХ ПРАКТИК РАЗВИТЫХ СТРАН

THE MANAGEMENT SYSTEM OF LONG-TERM CARE FOR SENIORS IN KAZAKHSTAN IN THE CONTEXT OF THE DEVELOPED COUNTRIES' EFFECTIVE PRACTICES

Т.П. Притворова, Д.Е. Бектлеева

T.P. Pritvorova, D.E. Bektleeva

НИИ регионального развития (г. Караганда, Казахстан)

Представлен обзор мировых практик управления системой длительного ухода за пожилыми гражданами. Авторы устанавливают логическую связь между функциями, задачами и целями системы, что позволило им сравнить казахстанскую модель управления с наиболее эффективными практиками развитых стран мира (ОЭСР). По каждой функции управления выявлены возможные варианты применяемых методических подходов к решению задач системы и сделан сравнительный анализ отечественной и зарубежных систем. В результате сравнения институционального устройства систем длительного ухода выявлены факторы, которые препятствуют решению задач и достижению целей системы, снижают ее экономическую и социальную эффективность. Такими факторами в функции формирования ресурсов являются отсутствие страховых механизмов и соплатежей, что нарушает принцип солидарной ответственности государства, гражданина и семьи за достойные условия длительного ухода пожилых и престарелых граждан. В функции планирования центральной проблемой является применение демографического критерия входа в систему, что не способствует справедливому и эффективному распределению её ресурсов, так как отсутствует адекватная оценка потребностей клиента в часах ухода. Стандарты качества услуги в Казахстане ориентированы на питание клиентов, штат и поддержание действующей инфраструктуры, но не на само содержание услуги и требуемое для её оказания реабилитационное оборудование. Авторами статьи предлагаются меры, направленные на трансформацию системы с позиций её эффективности и справедливости.

The article provides an overview of the world management practices of the long-term care for senior citizens. The authors establish a logical connection between the functions, tasks and objectives of the system, which allowed them to estimate the Kazakhstan model of management with the best practices of developed countries (OECD). For each function of management possible options of applied methodical approaches for solving problems of the system were revealed and a comparative analysis of domestic and foreign systems was made. As a result of comparison of the institutional long-term care systems the factors that inhibit solving of the problems and achievement of the goals of the system, reduce its economic and social effectiveness were identified. Such factors in the function of resources formation as the absence of insurance mechanisms and social payments are violates the principle of joint and several liability of the state, citizen and family for decent long-term care of elderly and senior citizens. In the function of planning the central issue is the use of demographic criteria when entering the system, which is not conducive to a fair and efficient allocation of its resources, because there is no adequate assessment of the client's needs in hours of care. Quality standards of services in Kazakhstan are focused on customer's food, personal and maintenance of existing infrastructure, but not on the content of the service and rehabilitation equipment which is required for its rendering. Authors of the article propose measures aimed at transforming the system in terms of its effectiveness and fairness.

Ключевые слова: управление, система длительного ухода, специальные социальные услуги, формы предоставления услуг, совместные платежи, стандарт услуги.

Key words: management, long-term care system, special social services, delivery of services, joint payments, standard services.

Системы длительного ухода за пожилыми людьми и инвалидами в современных странах создаются для обеспечения помощи гражданам, которые в настоящий момент сами не могут о себе позаботиться [1]. Конечным результатом функционирования такой системы является повышение продолжительности жизни и улучшение её качества в целевых группах (см. рис. 1).

Для того чтобы достичь поставленные цели, управление в системе длительного ухода за пожилыми людьми и инвалидами должно формировать ресурсы, планировать и организовывать формы предоставления услуги, а также

обеспечивать контроль за расходом ресурсов и соблюдением стандартов услуг.

Современные системы длительного ухода решают задачи справедливости и прозрачности использования ресурсов, оптимизации стандартов услуги для обеспечения наиболее качественной услуги при имеющихся ресурсах системы.

Сопоставление казахстанской системы длительного ухода с её аналогами в развитых странах позволяет сделать вывод о результатах применяемой модели управления, выполнении основных её функций в обществе.

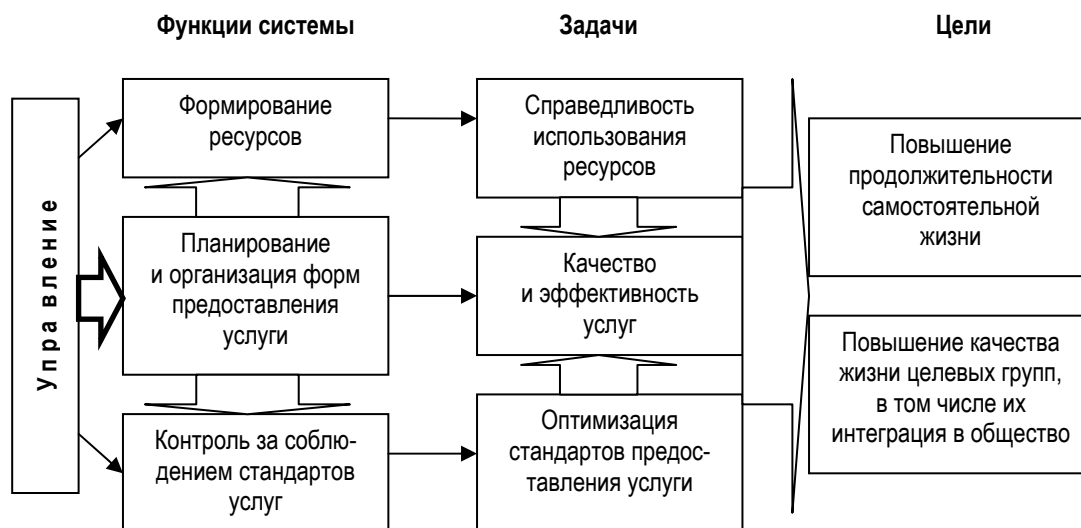


Рис. 1. Управление системой длительного ухода за пожилыми и инвалидами

Формирование ресурсов

Формирование ресурсов в странах ОЭСР обусловлено разными стратегическими подходами к созданию системы долгосрочного ухода для пожилых и инвалидов [2; 3; 4]:

В рамках первого подхода система долгосрочного ухода для пожилых и инвалидов основывается на нуждаемости, финансирование осуществляется за счет сочетания общих налоговых поступлений (общегосударственных и/или местных налогов) и платежей за пользование услугами, которые взимаются, если в системе возникает потребность, но рассчитываются в соответствии с правилами проверки на нуждаемость. В данной системе вмешательство государства сведено к минимуму и основное внимание сосредоточено на оказании поддержки единственной подгруппе населения – тем, кто лишен финансовой возможности оплачивать услуги. Примерами такого подхода служат системы, действующие в Австралии, Кипре, Англии, Ирландии, Новой Зеландии и США (табл. 1) [5].

В рамках второго подхода, когда создание системы долгосрочного ухода для пожилых и инвалидов основывается на всеобщем доступе, формирование ресурсов в системе имеет два типа: налоговый и страховой [6].

В первом случае длительный уход оплачивается государством из налогов, а платежи не взимаются или взимаются в очень малых размерах. Модель действует в Дании, Швеции, Норвегии, а последнее время и в Шотландии. Определенные виды услуг могут предусматривать соплатежи. Системы всеобщего охвата, финансируемые из налогов, могут испытывать дефицит расходных средств.

Во втором случае применяется страховой механизм финансирования, основанный на целевых отчислениях или целевых взносах, обычно взимаемых через налог на фонд заработной платы.

Например, в Японии государственная система обязательного страхования долгосрочного ухода состоит на 50 % из общих налогов (центральных и местных) и на 50 % из страховых взносов, собираемых муниципалитетами (в случае страхователей старше 65 лет) или компаниями медицинского страхования (в случае страхователей в возрасте 40–64 лет).

Дополнительное финансирование может осуществляться перечислениями за счет общих государственных доходов для остального населения (например, работающих не по найму или безработных). Страховые системы руководствуются четко изложенными алгоритмическими правилами и зависят в большей мере от потребностей, нежели от ограничений бюджета.

Для принципов справедливости и рациональности социальной помощи значение алгоритмов проявляется в нескольких аспектах:

- процесс распределения в них более прозрачный, чем в системах, где потребность определяют кураторы, ведущие конкретные дела;
- они предусматривают больше гарантий прав пользователям услуг на получение поддержки.

Недостатком системы является то, что она недостаточно гибкая в вопросе определения подбора пакета услуг под индивидуальные потребности. По этой причине системы социального страхования, как правило, не учитывают наличие попечителя и объем неформальной

поддержки, который получают граждане при оценке уровня прав на пользование услугами.

Теоретически социальное страхование может покрывать все расходы по предоставлению помощи, но на практике это случается редко.

В рамках третьего подхода, когда создание системы долгосрочного ухода для пожилых и инвалидов основывается на сочетании всеобщего доступа с элементами учета индивидуальной платежеспособности, финансирование осуществляется за счет налоговых поступлений. Системы нацелены на то, чтобы минимизировать финансовые обязательства государства при сохранении определенного эле-

мента всеобщности. Такие системы действуют в Австрии, Бельгии, Греции и Франции [6; 7].

Пример подхода, основанного на принципе прогрессивной всеобщности, можно наблюдать во Франции, где в 2002 г. было введено «индивидуализированное пособие для обеспечения самостоятельности», предназначенное для оплаты расходов по длительному уходу за пожилыми людьми. Право на получение этого пособия является всеобщим и предоставляется после оценки потребностей и проверки нуждаемости, а назначается в соответствии с правилами, действующими на территории всей страны, и финансируется за счет общих налоговых поступлений.

Таблица 1

Стратегические подходы к управлению системами длительного ухода

Тип системы	Формирование ресурсов		Планирование и организация форм предоставления услуги	Контроль за соблюдением стандартов услуг
	Механизм финансирования	Совместные платежи		
Система, основанная на нуждаемости (США, Англия, Австралия, Кипр, Ирландия, Новая Зеландия)	Налоговые поступления	Взимаются, если в системе возникает дефицит средств, но основаны на проверке нуждаемости	Планирование контингента на основе оценки потребностей и определении барьера входа в систему в часах. Три базовые формы: на дому, дневной стационар, стационар	Стандарты нацелены на услуги для клиента и минимум инфраструктурных требований (жилая площадь на 1 чел. в стационаре)
Система всеобщего доступа	Страховой (Япония, Люксембург, Германия)	Соплатежи предусматриваются изначально на этапе страховых взносов	Планирование контингента на основе оценки потребностей и определении барьера входа в систему в часах необходимого ухода. Наличие обязательных страховых взносов	
	Налоговые поступления (Дания, Швеция, Норвегия)	Определенные виды услуг могут предусматривать соплатежи		
Система с прогрессивным доступом (Австрия, Бельгия, Греция, Франция)	Налоговые поступления	Доплата наличными зависит от имеющихся у конкретного человека финансовых средств. За совместные платежи и частные расходы при получении личного ухода на дому предусмотрены налоговые льготы	Планирование на основе двух критериев: постоянное проживание и нуждаемость в длительном уходе	
Казахстан	Налоговые поступления	Соплатежи отсутствуют: доходы и имущество граждан не учитываются и не привлекаются в качестве дополнительного источника финансирования услуги	Две формы: на дому и стационар, редко – полустационар. Нет барьера входа в виде оценки потребностей и механизма учета неформального ухода со стороны опекунов (попечителей)	Стандарт нацелен на штат и инфраструктуру

Доплата за пакет услуг по уходу зависит от имеющихся у конкретного человека финансовых средств. Уровень совместных платежей оп-

ределяется проверкой нуждаемости в соответствии с общенациональными правилами, учитываемыми доход и некоторые виды имущества.

Таким образом, система формирует ресурсы в соответствии с принципом равнозначной ответственности государства, семьи и гражданина за достойный уровень жизни в случае наступления трудной жизненной ситуации, требующей длительного ухода. А задача справедливого распределения ресурсов системы предполагает учет достигнутого к концу жизни уровня доходов и имущества семьи в тех случаях, когда человек обращается к помощи государства.

Казахстанская система не относится ни к одному из существующих в мировой экономике типов. Ресурсы формируются за счет сочетания общих налоговых поступлений (общегосударственных и/или местных налогов). Совместные платежи системой не предусмотрены, т. е. ни возможности семьи, ни пенсионные средства, ни недвижимость при оказании государственной услуги формального или институционального длительного ухода во внимание не принимаются.

Планирование и организация форм предоставления услуги

Рассмотрение системообразующих характеристик специального социального обслуживания в мировой практике позволяет выделить

три ключевых этапа планирования: оценка потребностей претендентов в услугах; определение форм предоставления услуги для каждого клиента и объемов необходимого финансирования; индивидуализация помощи и ухода (рис. 2) [2].

1 этап. Оценка потребностей клиента в помощи и уходе и право на их получение

Индивидуальные потребности нуждающегося в уходе, согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, должны оцениваться по единой схеме с использованием междисциплинарного подхода.

В странах мира применяется ряд методических подходов к оценке потребностей одиноких пожилых граждан и инвалидов. В разных системах понятие «потребность» определяется по-разному, но обычно оно включает в себя воздействие состояния физического и психического здоровья на способность выполнять основные действия в повседневной жизни. К таким действиям относят: умывание, кормление и прием пищи, пользование туалетом, а также способность выполнять практические повседневные действия по жизнеобеспечению – делать легкую работу по дому и покупки в магазине, готовить пищу (табл. 2) [2; 4].

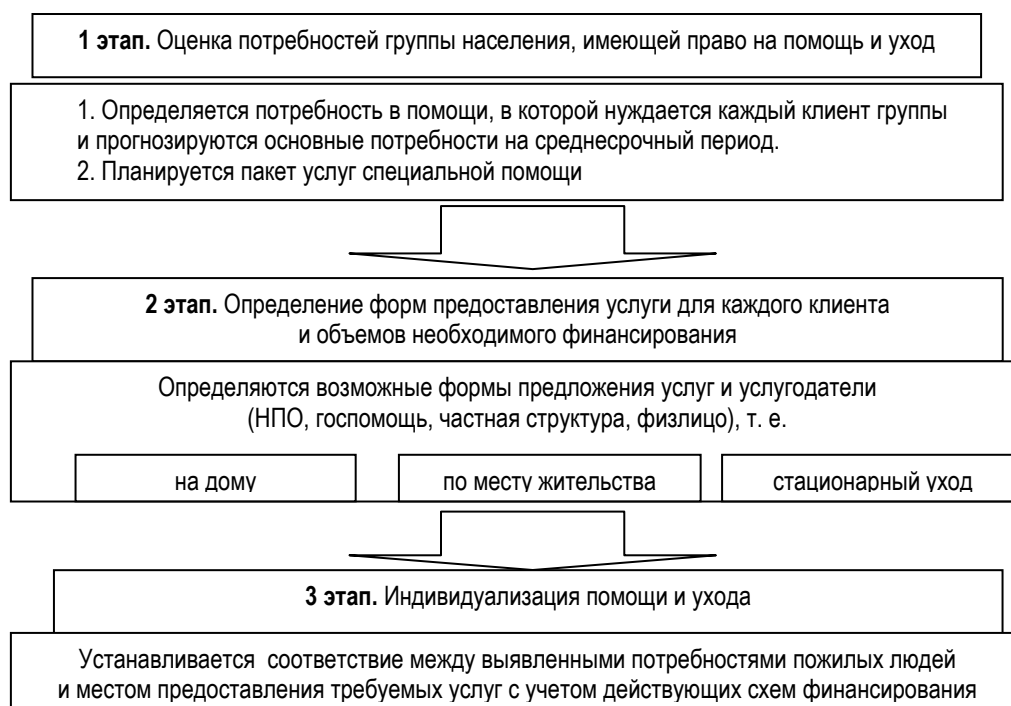


Рис. 2. Схема планирования и организации социальной помощи и ухода для пожилых граждан и инвалидов

В Японии методический подход к оценке потребностей заключается в выявлении необходимой помощи в выполнении повседневных практических действий по жизнеобеспечению для лица, проживающего самостоятельно. В

Германии оценка основана на определении нуждаемости в помощи в личном уходе, питании и мобильности. Во Франции определяется неспособность выполнять без посторонней помощи как минимум три действия в повседнев-

ной жизни: лицо неспособно без посторонней помощи умыться, неспособно совершать туалет / одеваться, неспособно без помощи вставать утром [2; 8].

Сложившееся разнообразие методов оценки, по сути, является вариацией оценки жизненного состояния и невозможности выполнять ряд повседневных действий. Оценка проводится социальным или медицинским работником, а её результатом является определение уровней ухода в часах, соответствующих потребности конкретного индивида.

Оценка потребностей выполняет в системе важную роль – барьера входа в систему, ко-

торый ограничивает доступность к бесплатным или дешевым услугам лиц, не соответствующих заданным критериям.

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 пособий. Порог предназначен для выделения среди претендентов целевой группы, уровень самообслуживания членов которой значительно затруднен и сказывается на качестве жизни, а финансовые ресурсы ограничены (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Порог входа в систему социального ухода для инвалидов и пожилых людей

Страна	Характеристика порога
Япония	Лицо требует определенной помощи в выполнении практических повседневных действий по жизнеобеспечению
Германия	Лицо, нуждающееся в личном уходе, питании и мобильности не менее одного раза в день, для выполнения двух дел в одной или нескольких областях, а также помощи несколько раз в неделю для выполнения работы по дому. Объем требуемых услуг в течение не менее 90 мин/день, из которых более 45 мин должны приходиться на элементарный уход (эквивалент: 45 ч/мес., 10,5 ч/нед.) Для получения права необходимо, чтобы лицо в течение минимум шести месяцев обращалось за частой или существенной помощью
Австрия	Потребность в уходе минимум 100 мин/день или 11,6 ч/нед., 50 ч/мес., сохранения которой можно ожидать на протяжении как минимум шести месяцев
Франция	Неспособность без посторонней помощи выполнять как минимум три действия в повседневной жизни: лицо неспособно без посторонней помощи умыться и совершать туалет / одеваться, неспособно без помощи встать утром
Швеция	Необходимость в уходе не менее 17 ч/нед. (эквивалент: 72 ч/мес., 2,4 ч/день)
Люксембург	Необходимость в уходе не менее 7 ч/нед. (эквивалент: 28 ч/мес., 1,5 ч/день)
Казахстан*	Официального порога нет, но применение авторской методики оценки потребностей позволило определить нижнюю границу потребностей обслуживаемых в 5,2 ч/нед. (10,2 ч в селе); 22,7 ч/мес. (44,8 ч в селе)

* Сост. авторами по: [2; 4].

Необходимо отметить, что порог входа применяется как в налоговых, так и в страховых системах финансирования, поскольку последние тоже имеют ограниченные ресурсы и не гарантируют покрытие сколь угодно большого объема потребностей.

Парадоксом казахстанской системы является тот факт, что официальная методика оценки потребностей пожилых граждан и инвалидов отсутствует, барьерами входа в систему являются пенсионный возраст и одинокое проживание в пределах населенного пункта. На практике применяется единый уровень ухода, который отражен в стандарте специальных 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 5,2 ч в неделю в городской местности (10,2 ч в сельской) [9]. Фактически же клиенты имеют разные потребности, которые можно сгруппировать, как минимум, в три уровня.

Но простота использования единого норматива в часах ухода в совокупности с отсутствием реального контроля над трудовой нагрузкой работника и качеством его услуг способствуют сохранению ситуации.

Этап 2. Определение форм предоставления услуги для каждого клиента и объемов необходимого финансирования

В развитых странах по объему потребностей лица, претендующего на услуги по уходу,

определяется необходимая ему форма предоставления ухода: на дому, в дневном стационаре или с стационаре с постоянным проживанием.

Очевидно, что социальная эффективность будет зависеть от того, как схемы ухода способствуют идеальному соотношению социальных и медицинских услуг. Причем качество услуг, в конечном счете, обусловлено именно финансовыми ресурсами, выделяемыми для оказания данной формы услуги.

В Казахстане, согласно нашим расчетам по методике подушевого финансирования, суммирующей только прямые расходы на клиента, в реальных затратах на разные формы услуги имеется значительная разница [10].

В действующей модели финансирования, когда «все клиенты имеют одинаковые минимальные потребности», затраты на услуги составляют 6 610,7 тенге в месяц¹ на одного клиента. Полевое исследование по гнездовой выборке показало, что таких клиентов в службах помощи на дому – 65–70 %.

В рамках этого исследования было установлено, что если клиентов разделить как минимум на три группы по реальному объему потребностей, то для второй категории клиентов (составляет до 20–25 % контингента) затраты составят 13 394,5 тенге в месяц; для третьей (доля которой около 5–10 %) – стоимость составит 48 722,1 тенге в месяц.

Очевидно, что стоимость услуг в модели ухода на дому даже для третьей группы в 1,9 раза меньше, чем у стационарной услуги, которая составляет 92 571,9 тенге². В то же время клиенты третьей группы при действующей практике ухода за типовым клиентом являются реальными кандидатами на помещение в стационар, так как в рамках действующей системы ухода на дому помощь им оказать невозможно.

Одновременно отсутствие порога входа в часы ухода и простые критерии пенсионного возраста и одинокого проживания в пределах населенного пункта приводят в стационар значительное число людей с минимальными и средними потребностями. Этому способствует отсутствие системы соплатежей, в том числе со стороны семьи, и сохранение всех активов клиента в неприкосновенности, а следовательно, возможности пользоваться ими.

Отсутствие барьера в виде объема потребностей фактически моделирует систему всеобщего доступа с низким уровнем качества услуги (за исключением столичного дома престарелых и инвалидов) и значительно завывает объемы бюджетного финансирования. Таким образом, барьер в казахстанской системе не иг-

рает роль инструмента контроля за распределением финансовых ресурсов системы, поскольку факт одинокого проживания фиксируется со слов претендента на помощь и не проветрывается.

Этап 3. Установление соответствия между выявленными потребностями пожилых людей и местом предоставления требуемых услуг с учетом действующих схем финансирования

Реальный выбор клиент осуществляет между государственным социальным работником по уходу на дому и стационаром. Альтернатива в форме получения услуги от работника НПО, неформального ухода на дому или проживания в государственных домах малой вместимости семейного типа отсутствует.

При этом развитие НПО сдерживается теми же заниженными нормативами финансирования, когда затраты на одного клиента рассчитываются по единому минимуму, что определяет низкий уровень заработной платы социального работника по уходу. Неформальный уход сдерживается отсутствием монетарного эквивалента трудозатрат на уход.

Развитие конкуренции между поставщиками услуг, т. е. имитация рыночной ситуации, связано в практике развитых стран с финансовыми механизмами, ориентированными на клиента, которые применяются в том или ином варианте.

Опыт предоставления прямых выплат в Европе не дает однозначного ответа на вопрос: отвечают ли такие выплаты в большей степени требованиям клиентов в получении ухода по сравнению с профессиональными социальными работниками по уходу. В то же время все эти системы «проявляют» официально бесплатную неформальную помощь и дают возможность гибко сочетать неформальную и формальную помощь. Результат в Германии показал, что некоторые люди предпочли иметь наличные средства и получать помощь по уходу от семьи и друзей, а не от незнакомых людей [11]. В Нидерландах использование схемы персонального бюджета позволило клиентам избежать длительного пребывания в листе ожидания на получение положенной им услуги [12].

Казахстанская система социального обслуживания на дому не учитывает наличие неформального попечителя, но исследование социальной группы лиц, имеющих потребность в долгосрочном уходе, показывает, что роль таких опекунов-попечителей значительна. Особенно в тех случаях, когда речь идет о клиен-

тах с высоким уровнем потребностей, не желающих или не имеющих официального права на стационарную услугу.

Контроль за соблюдением стандартов услуг

С одной стороны, стандарт услуги является необходимым инструментом контроля её качества. Для контроля качества институциональной помощи нередко используют показатели обеспеченности учреждения площадями, оборудованием и штатами [13]. Казахстанский стандарт качества услуги тоже составлен по такому принципу, когда штаты, помещения и оборудование (кроме реабилитационного) заложены по максимуму. Значительные нормативы в настоящее время закладываются на одежду и питание клиентов [14].

Поскольку нормативы обязательны как для госучреждений, так и для НПО, то естественно, что последние ещё долго или вообще не смогут их выполнить.

Завышенные нормативы позволяют стационарной системе воспроизводить себя на безальтернативной основе, а отсутствие принципа солидарной ответственности государства, семьи и личности стимулирует пополнение клиентской базы во все расширяющихся масштабах.

В Казахстане есть примеры эффективной практики домов малой вместимости для инвалидов и престарелых, которые функционируют у сельской местности на началах самокупаемости, как обычные домохозяйства, с минимальным штатом социальных работников. Расчеты по их реальным затратам говорят об экономии практически в два раза [15] (табл. 3).

Таблица 3

Расходы на одного клиента в моделях МСУ, тенге в месяц

Наименование показателя	1-я модель (по стандарту РК)	2-я модель (совмещение услуг исходя из эффективных практик РК)	
	Стационар на 50 человек (для действующего МСУ)	1-й вариант – на 20 мест в стационаре и 30 – в полустационаре	2-й вариант – на 15 мест в стационаре, 5 мест временного ухода и 30 мест в полустационаре
Прямые или подушевые затраты	38 243,83	19 648,61	19 285,12
Полная стоимость услуги	56 939,38	34 060,40	33 696,91

В целом состав статей расходов для второй модели ориентирован на качество услуги и максимальную удовлетворенность клиентов, что и является целью системы длительного ухода. При реализации такой модели плата за месячное проживание будет вполне реальна для значительной части пенсионеров, что позволит таким домам принимать людей и на платной основе.

Подводя итоги исследования, можно сделать следующие выводы:

1. Управление системой длительного ухода за пожилыми людьми и инвалидами предполагает формирование системы ресурсов, планирование и организацию форм предоставления услуги, а также контроль над соблюдением стандартов услуг. Достичь целей системы – увеличения продолжительности и качества жизни людей – можно на основе справедливого распределения ресурсов системы, качественных и эффективных услуг, ориентированных на клиента, а не на инфраструктуру.

2. Формирование ресурсов системы в странах ОЭСР имеет разные варианты: за счет налоговых поступлений, применения страхового механизма, использования системы соплате-

жей. Одним из принципов системы является солидарное участие государства, семьи и гражданина в финансировании долгосрочного ухода. Казахстанская система не относится ни к одному из существующих в мировой экономике типов. Она финансируется из налоговых поступлений, совместные платежи системой не предусмотрены, активы клиента при оказании государственной услуги формального или институционального длительного ухода во внимание не принимаются.

3. В мировой практике выделяется три ключевых этапа планирования: оценка потребностей претендентов в услугах; определение форм предоставления услуги для каждого клиента и объемов необходимого финансирования; удовлетворение потребности клиента в помощи.

Оценка потребностей играет роль барьера входа в системе и создает предпосылки для справедливого распределения её ресурсов в пользу наиболее нуждающихся, но с учетом активов семьи. Для каждого клиента определяется наиболее адекватная его состоянию форма и соответствующие объемы финансирования, которые могут выдаваться в натуральной и денеж-

ной форме. Оценку потребностей используют и страховые системы для ограничения расходов.

Казахстанская система не использует оценку потребностей как барьер входа, а считает пенсионный возраст и одинокое проживание достаточными основаниями для обращения в систему. При этом все клиенты получают стандартную минимальную помощь с акцентом на бытовые услуги, услуга в стационаре тоже доступна для всех, но дороже почти в два раза, чем максимально-возможная услуга на дому. В стоимости услуг в стационаре значительную роль играет не вполне обоснованный штат работников и содержание пассивных основных фондов.

Отсутствие барьера входа в объеме часов необходимого ухода, учета активов семьи и соплатежей стимулирует повышенный спрос на услуги стационаров со стороны клиентов. Отсутствие официальной возможности реализовать модель оплачиваемого неформального ухода со стороны опекуна (или попечителя) выталкивает людей в стационары или множит неформальные схемы, когда под видом другого социального пособия фактически оплачивается уход на дому для гражданина с максимальными потребностями в уходе.

5. Контроль за соблюдением стандарта в странах ОЭСР и Казахстане имеет разные конечные результаты, так как имеются отличия понимания стандарта специальных социальных услуг. Казахстанский стандарт ориентирован на штат и инфраструктуру, а не характеристики самой услуги и применяемого для её оказания оборудования. Контроль на основе действующего стандарта не развивает альтернативную негосударственную систему НПО и не всегда обеспечивает достижение целей системы, а воспроизводит её затратную инфраструктурную компоненту, которая не обеспечивает эффективности использования ресурсов и поддерживает пространственное неравенство. Необходимо корректировка стандарта с позиций конкретного состава получаемых услуг и минимизация инфраструктурной и штатной составляющей с предоставлением учреждению права варьировать штат и инфраструктурные объекты.

Примечания

¹ Курс рубля к тенге составляет примерно 1/5.

² Расчет по нормативам для наиболее распространенной формы дома-интерната на 100 человек.

1. О специальных социальных услугах : Закон Республики Казахстан от 29 декабря 2008 г. № 114 – IV. – URL : www.enbek.kz/node/33902.

2. *Fernández J.-L., Forder J., Trukeschitz B., Rokosová M., McDaid D.* How can European states design efficient, equitable and sustainable funding systems for long-term care for older people? / World Health Organization. – Copenhagen, 2009. – URL : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/64955/E92561.pdf.

3. European study of long-term care expenditure. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG / ed. by A. Comas-Herrera, R. Wittenberg. – London : Personal Social Services Research Unit : London School of Economics, 2003. – URL : http://ec.europa.eu/employment_social/socprot/healthcare/healthcare_en.htm.

4. *Coyte P. C., Goodwin N., Laporte A.* How can the settings used to provide care to older people be balanced? / World Health Organization. – Copenhagen, 2008. – URL : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/73284/E93418.pdf?ua=1.

5. *Wanless D., Forder J., Fernandez J-L.* et al. Securing good care for older people: taking a long term view. – London : King's Fund, 2006.

6. American Association of Retired Persons. European experiences with longterm care: France, the Netherlands, Norway and the UK. – Washington, DC : AARP Public Policy Institute, 2006.

7. Long-term care in the European Union / Commission of the European Communities. – Brussels : Commission of the European Communities : DG Employment Social Affairs and Equal Opportunities, 2008. – URL : http://ec.europa.eu/employment_social/news/2008/apr/long_term_care_en.pdf.

8. *Wiener J., Tilly J., Evans Cuellar A.* Consumer-directed home care in the Netherlands, England and Germany. – Washington, DC : AARP Public Policy Institute, 2003.

9. *Притворова Т. П., Бектлеева Д. Е., Утебаева Ж. А., Казизова Г. С.* Развитие предоставления специальных социальных услуг на дому // Вестник регионального развития. – 2011. – № 4 (30). – С. 4–93.

10. Определение единого подхода к финансированию специальных социальных услуг и нормативной потребности в организациях, предоставляющих специальные социальные услуги, с учетом регионального аспекта. Отчет по гранту ПРООН НИИ регионального развития. – Караганда, 2012. – 173 с.

11. *Heitmueller A., Inglis K.* The earnings of informal carers: wage differentials and opportunity costs // Journal of Health Economics. – 2007. – № 26 (4). – P. 821–841.

12. *Nitsche B., Scholten C., Visser G.* Ageing and informal care: the increasing pressure on fa-

mily care and volunteer work. – Utrecht : Netherlands Institute for Care and Welfare, 2004.

13. Управление и бюджетирование по результатам на муниципальном уровне: международная российская практика, перспективы внедрения в России : сб. ст. – М. : Фонд «Институт экономики города», 2007. – 184 с.

14. Стандарт оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения : утв. постановлением Правительст-

ва Республики Казахстан от 28 октября 2011 г. № 1222. – URL : <http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1100001222>.

15. Притворова Т. П. Международный опыт и разработка рекомендаций по введению норматива сети объектов, оказывающих ССУ и подушевого финансирования. Концептуальное видение развития сети домов малой вместимости. Отчет по гранту ПРООН. – Караганда, 2013. – 56 с.