



# **Экономические оценки в системе долгосрочного ухода**

Е.Л.Якушев

Институт социальной политики  
НИУ Высшая школа экономики

# Ключевые характеристики системы ухода

## • Предсказуемость

- федеральные и региональный органы исполнительной власти реализуют социальную политику с учетом текущих оценок и прогнозов потребности в уходе
- государственные и частные поставщики социальных услуг должны планировать свою деятельность на длительную перспективу с учетом объективных факторов спроса

## • Измеримость

- должны быть доступны ключевые метрики (такие как количество коек, уровень вакантности и/или наличие очереди), позволяющие оценить размер и состояние сектора социального обслуживания
- раскрытие информации о ключевых показателях деятельности организаций, обеспечивающих уход, позволит формировать отраслевые бенчмарки и экономические нормативы

## • Финансовая устойчивость

- тарифы на уход должны быть экономически обоснованными, обеспечивая качество жизни пациентов и соблюдение минимальных стандартов ухода с учетом степени утраты самостоятельности
- предусмотренное 442-ФЗ право выбора организации-провайдера ухода должно подкрепляться гарантированным финансированием со стороны региональных бюджетов

#1

Если сравнивать Россию  
и другие страны

# Оценка потребностей в долгосрочном уходе (I)

По данным Росстата (2015) около 36% населения старше трудоспособного возраста имеет хронические заболевания, ограничивающие их жизнедеятельность. Из них, около 30% нуждаются в ежедневной помощи.

| Возрастная группа | Указавшие наличие хронических заболеваний, ограничивающих жизнедеятельность | Нуждаются в помощи, из имеющих хронические заболевания | Получают помощь от социальных и медицинских работников |
|-------------------|---|--|--|
| 40-49             | 8%  | 30%  | 14%  |
| 50-59             | 17%   |  |  |
| 60-69             | 30%   |  |  |
| 70+               | 52%   |  |  |

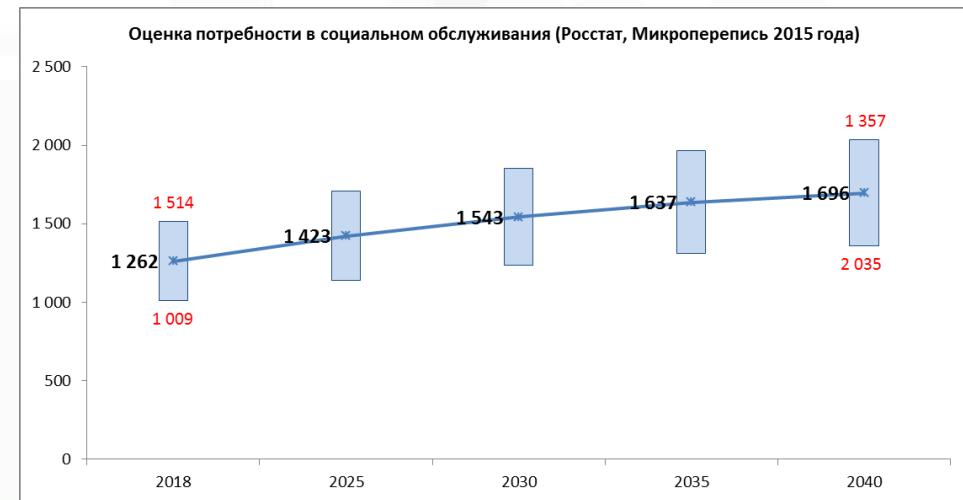
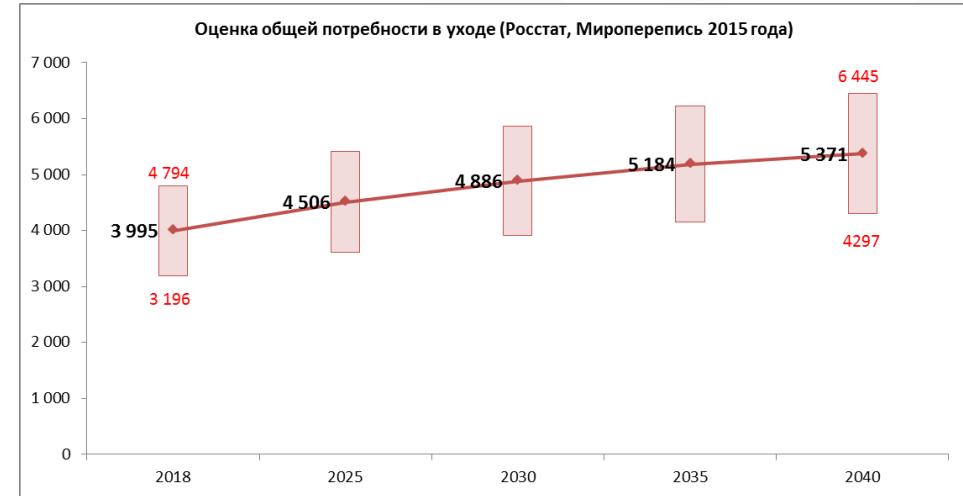
Источник: Росстат, Микроперепись 2015 года

По данным переписи помощь в уходе оказывают:

- 14% социальные и медицинские работники
- 61% совместно проживающие родственники
- 25% родственники и соседи проживающие отдельно

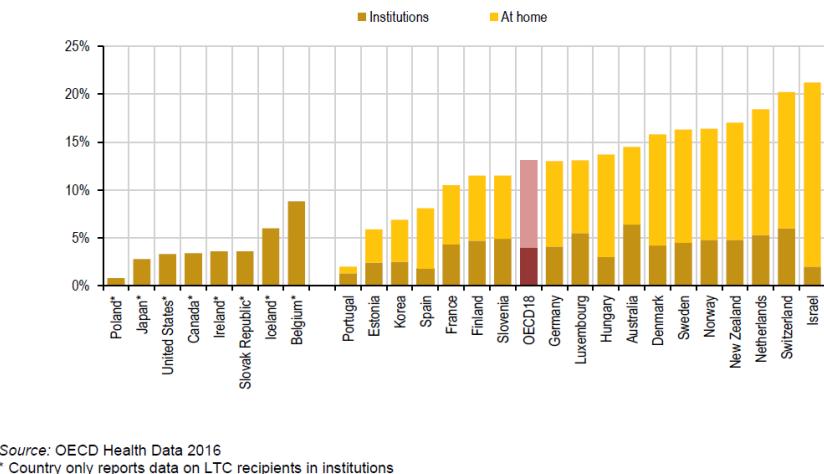
Моделирование потребности ухода и ее получения на базе федеральной статистики:

- Общая потребность в уходе – 3 995 тыс. чел.
- Помощь от социальных и медицинских работников – 1 262 тыс. чел.



# Оценка потребностей в долгосрочном уходе (II)

Figure 1. Proportion of over-65s receiving long-term care in institutions and at home, 2014 (or nearest year)



По данным ОЭСР (2014) услуги по уходу в стационарах получают от 2 до 5% граждан в возрасте 65+, а уход на дому от 8 до 12% в данной возрастной группе

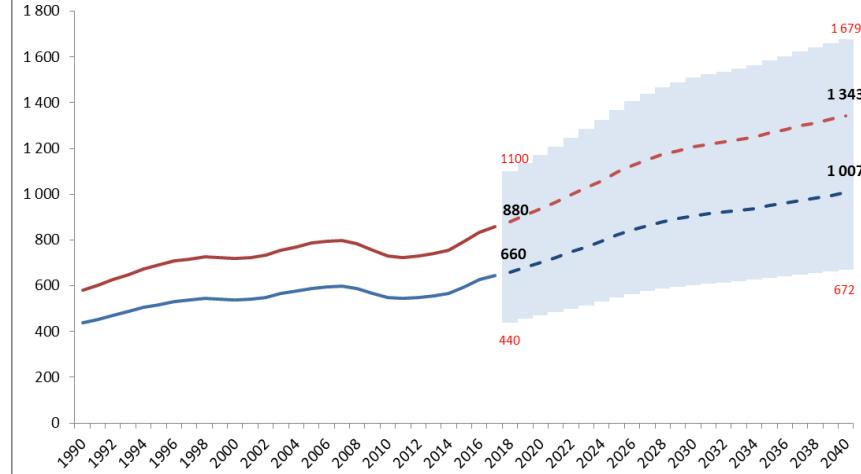
Моделирование потребности на базе московской статистики:

- Стационарная помощь - **660-880** тыс. чел. при диапазоне 3-4% от 65+
- Домашний уход – **2,2 – 2,6** млн. чел. при диапазоне 8-10% от 65+

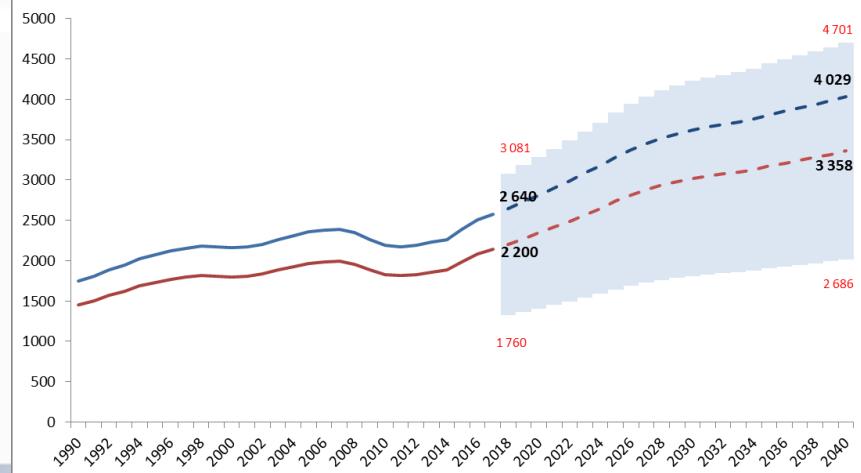
Прогнозируемый рост потребности к 2040 году:

- Стационарная помощь - **1-1,3** млн. чел.
- Домашний уход – **3,4 - 4** млн. чел.

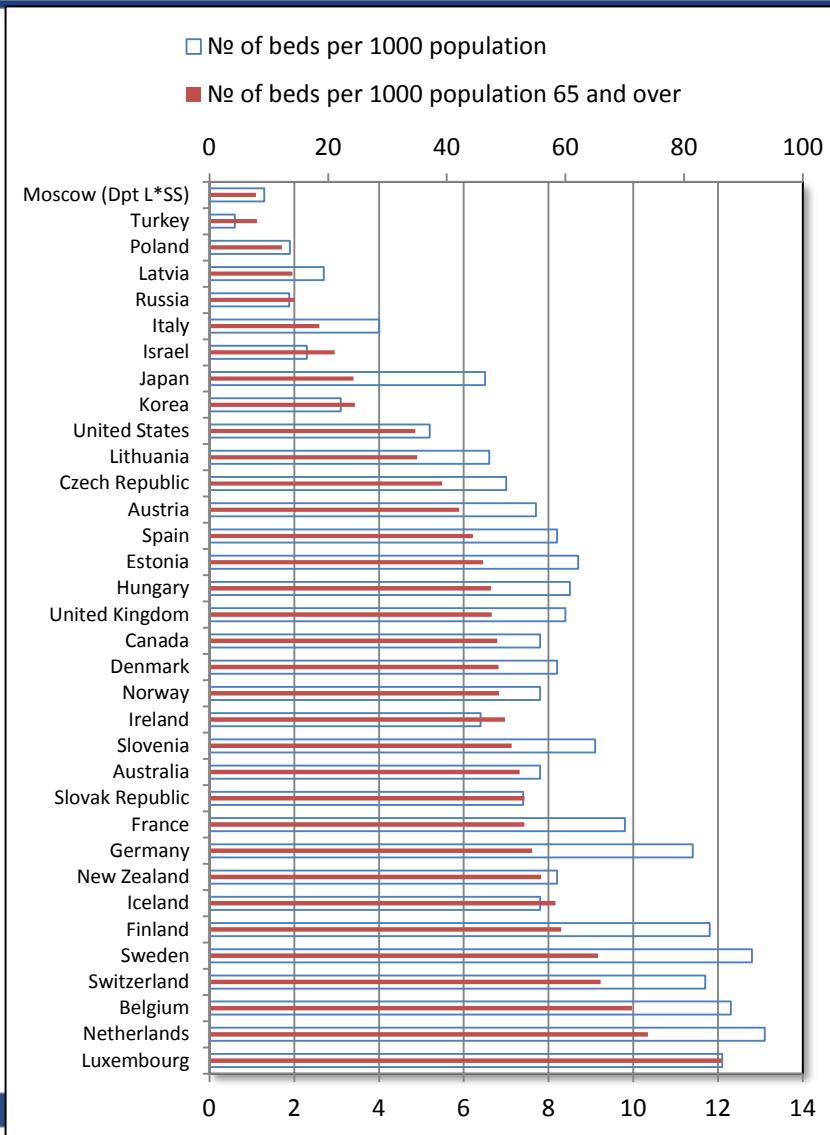
Прогноз потребности в стационарах - РФ



Прогноз потребности в домашнем уходе - РФ



## Оценка потребностей в долгосрочном уходе (III)



Система общеевропейской статистики позволяет оценить количество сертифицированных коек в учреждениях, предоставляющих услуги долгосрочного ухода.

В целях учета различий в демографической структуре стран ЕС, оценки приводятся как в пересчете на все население, так и на население старше 65 лет.

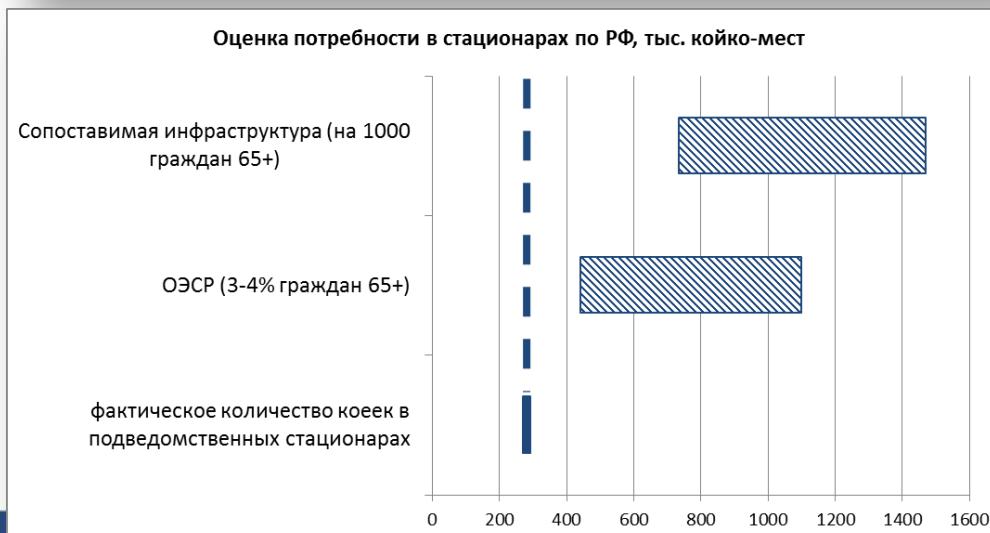
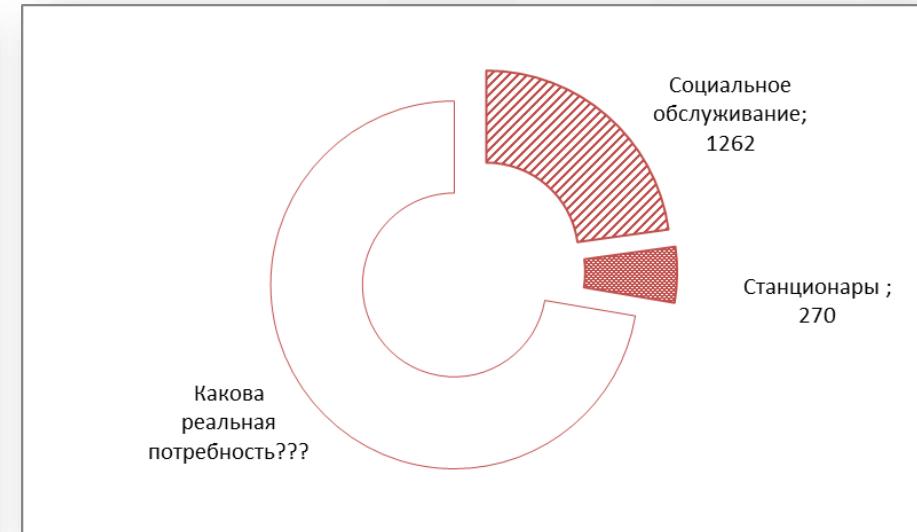
Для моделирования уровня обеспеченности инфраструктурой для пожилых использованы следующие коэффициенты количества коек на 1000 жителей:

- Все население – от 5 до 10, средний 7,3
- Граждане 65+ - от 34 до 55, средний 43

|                     | Оценки необходимой обеспеченностью инфраструктурой для пожилых, тыс. коек |       |       |
|---------------------|---|-------|-------|
|                     | Мин   | Сред  | Макс  |
| на 1000 жителей     | 718   | 1 049 | 1 437 |
| на 1000 жителей 65+ | 641   | 811   | 1 037 |

Оценки сопоставимости уровня обеспеченности инфраструктуры ухода с развитыми странами позволяют оценить потребность РФ – **640-1037** тыс. койко-мест

# Сравнительный анализ потребности в уходе

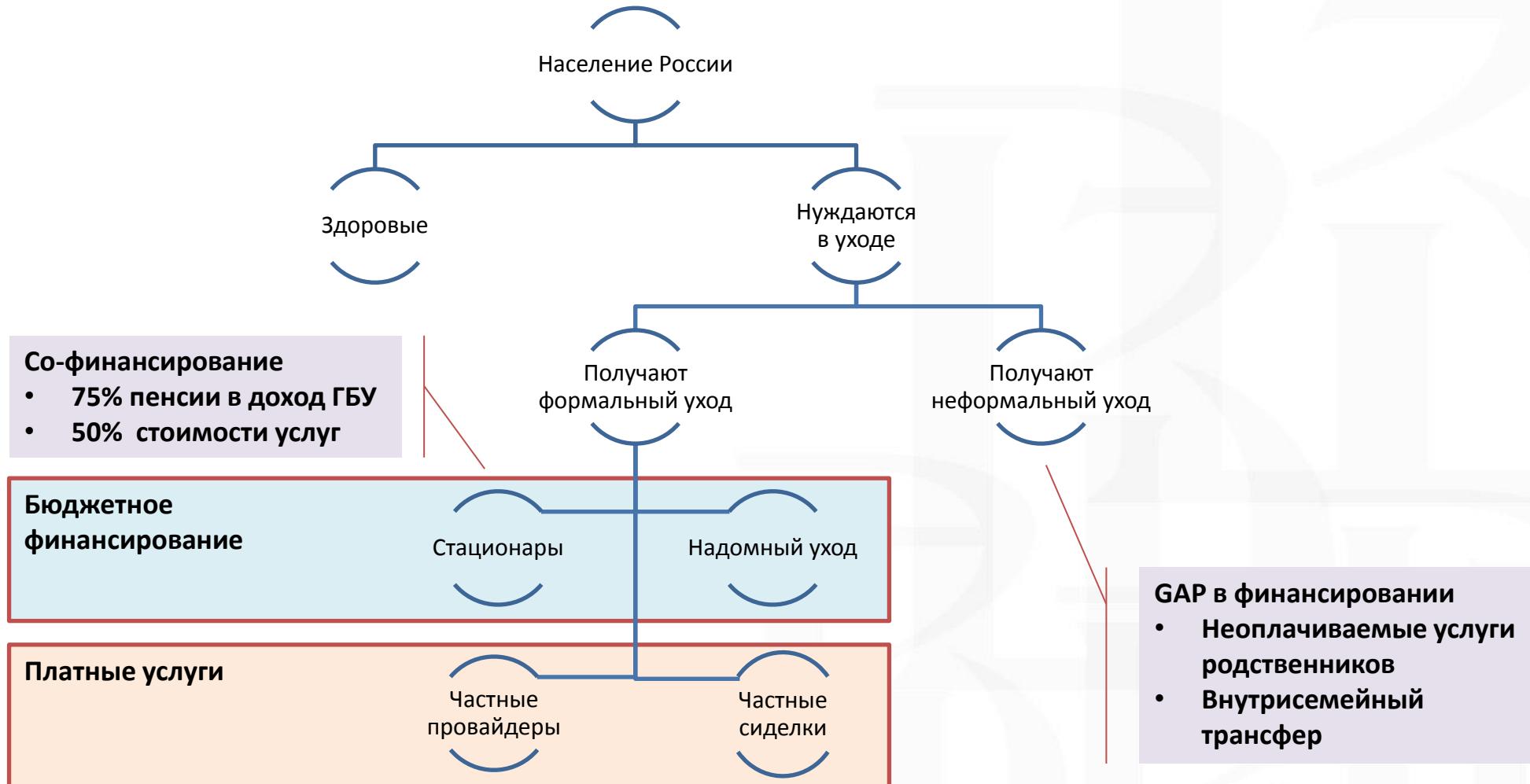


До 85% ухода осуществляется родственниками или соседями

Применение сопоставимых оценок показывает, что потребность в уходе значительно выше чем количество граждан, имеющих право на социальное обслуживание

Фактическая емкость учреждений долгосрочного ухода существенно ниже оценок потребности в стационарном уходе

# Формальный и неформальный уход

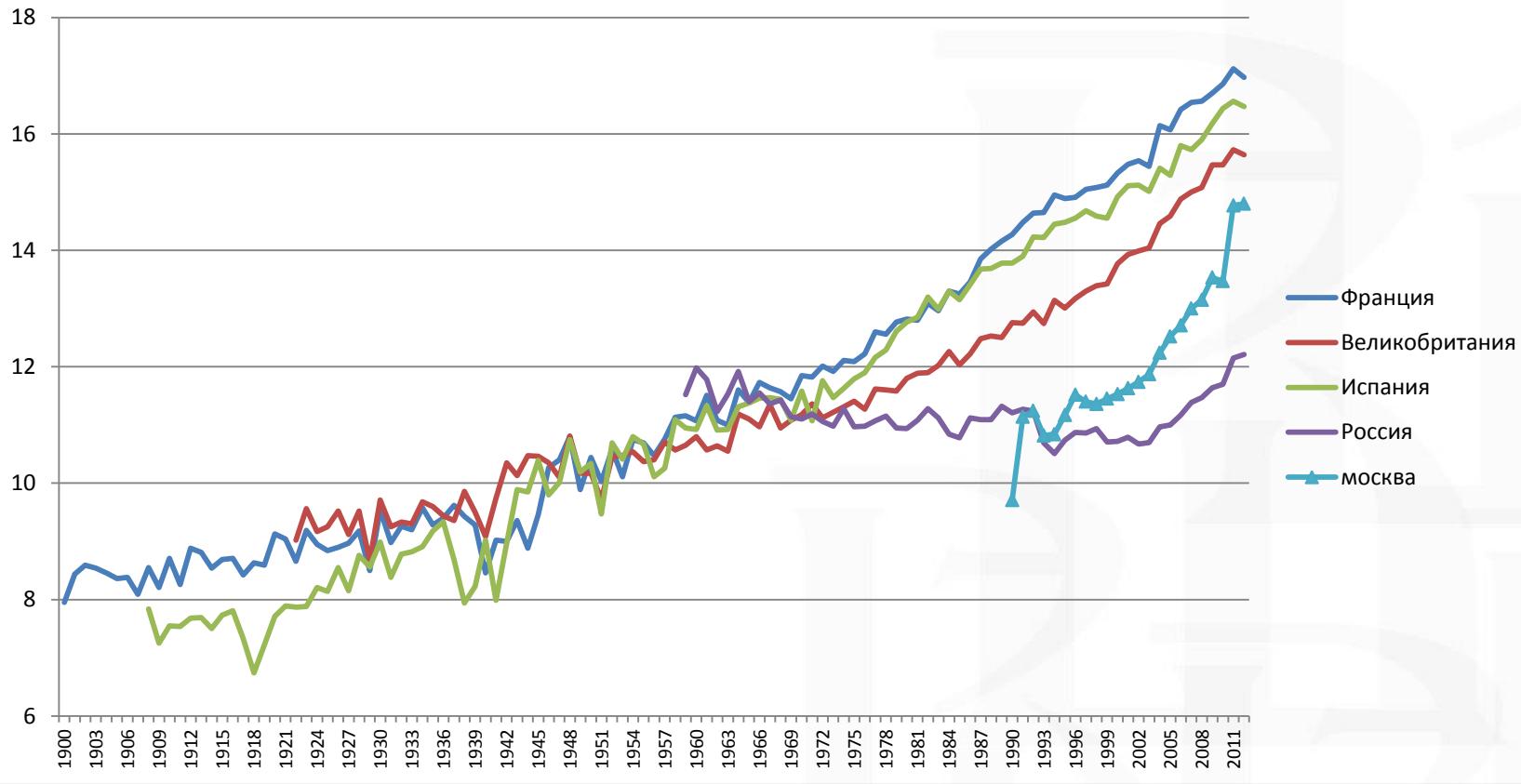


#2

## Почему нельзя сравнивать Россию и другие страны

# Продолжительности жизни 70+

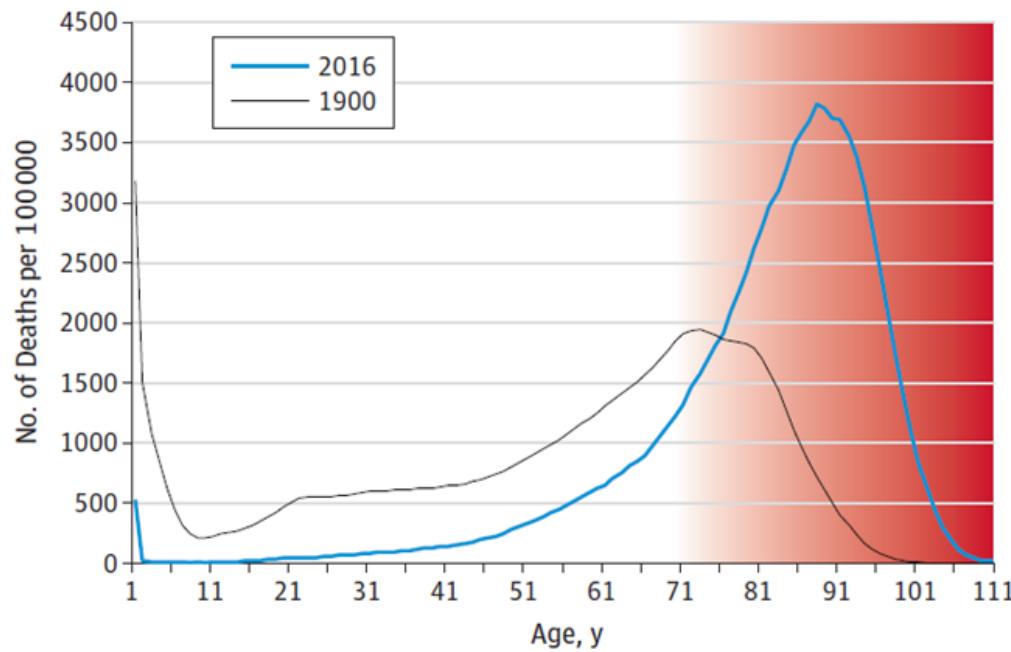
## Изменение продолжительности жизни 70+ в XX-XXI веках



Москва по продолжительности жизни возрастной группы 70+ находится на сопоставимом уровне с уровнем продолжительности жизни конца 90-х начала 2000-х ведущих европейских стран

# Эффекты роста продолжительности жизни

Figure. Age Distribution of Life Table Deaths for Women in the United States, per 100 000 People, 1900 and 2016

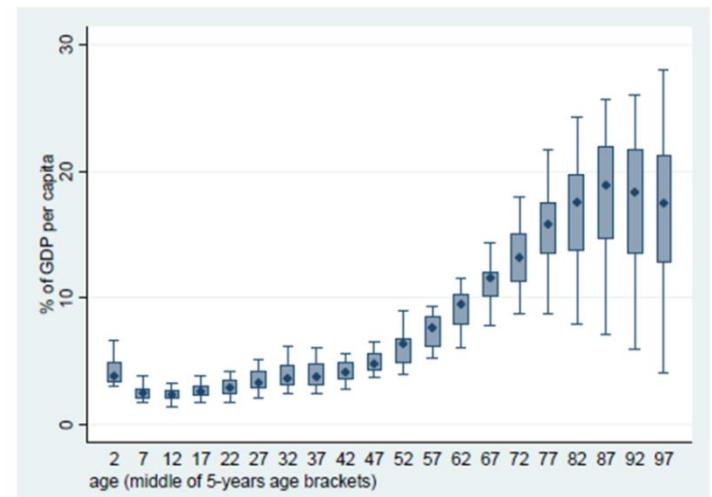


The red zone represents a period in life when the risk of frailty and disability begins to increase rapidly. The goal of aging science is to delay and compress the red zone, which may extend healthy life. Sources: 1900 data from Bell and Miller<sup>1</sup>; 2016 data from Human Mortality Database.<sup>2</sup>

Рост качества жизни приводит к росту средней продолжительности жизни.

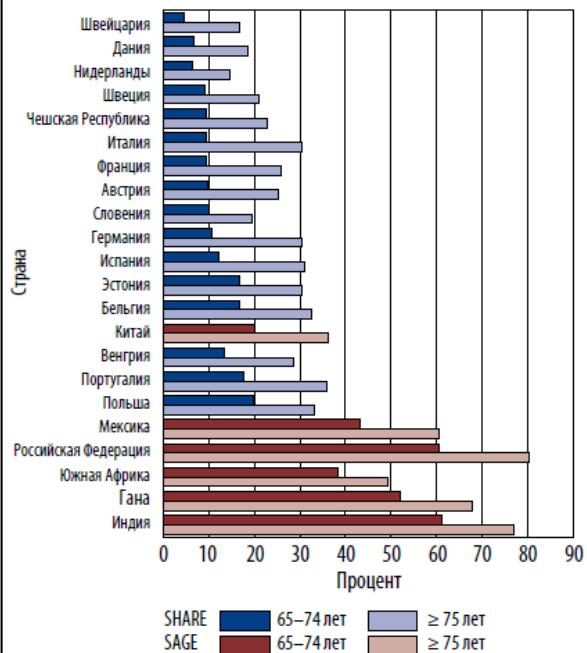
С возрастом также возрастают медицинские расходы

Figure 2.3. Public health care expenditure by age groups<sup>1</sup>  
(% of GDP per capita)



# Отличия в причинах смертности и уровне здоровья

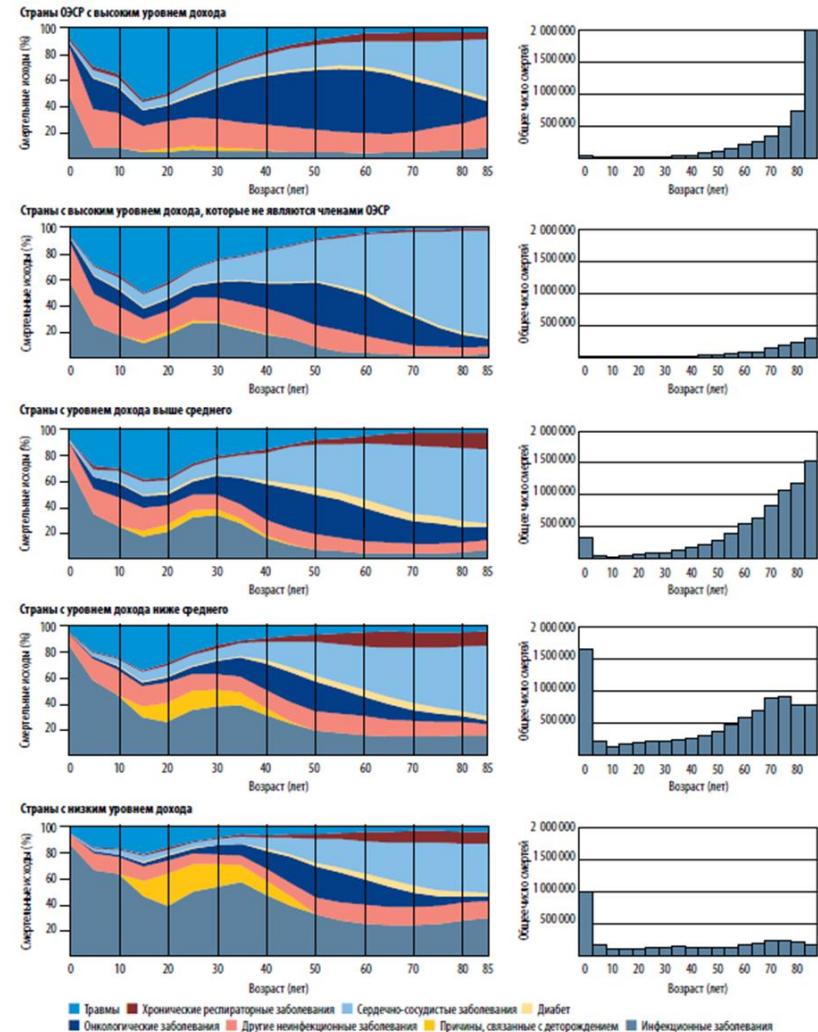
**Рисунок 3.20. Доля населения в возрасте 65–74 лет и в возрасте 75 лет и старше с ограничениями, связанными с выполнением одного или нескольких основных видов повседневной деятельности (ВПД), по странам**



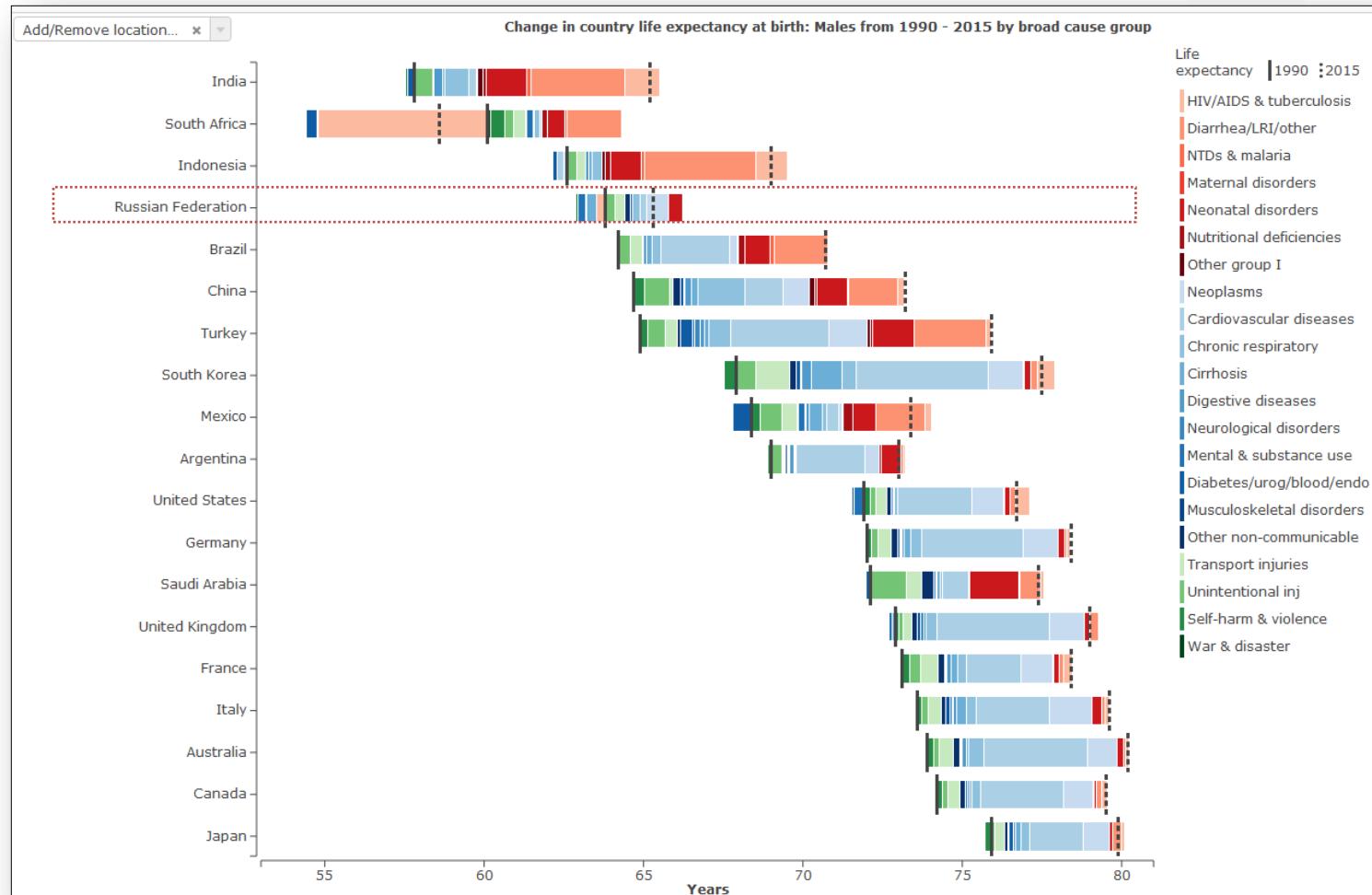
Примечание: К пяти основным ВПД, включенными в анализ, относятся прием пищи, принятие ванны, одевание, способность лежать в кровати или встать с кровати, а также посещение туалета.

Источники: (16, 34).

**Рисунок 3.4. Случаи смерти среди женщин в разном возрасте в странах с низким, средним и высоким уровнями дохода, 2012 г.**



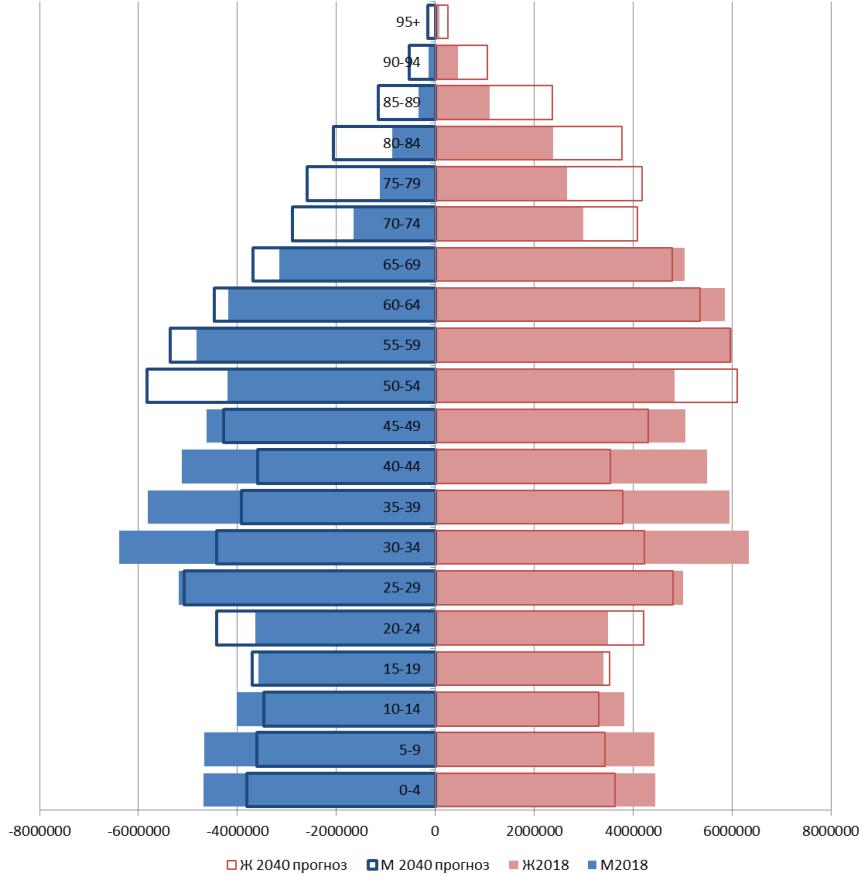
# Отличия в причинах смертности и уровне здоровья



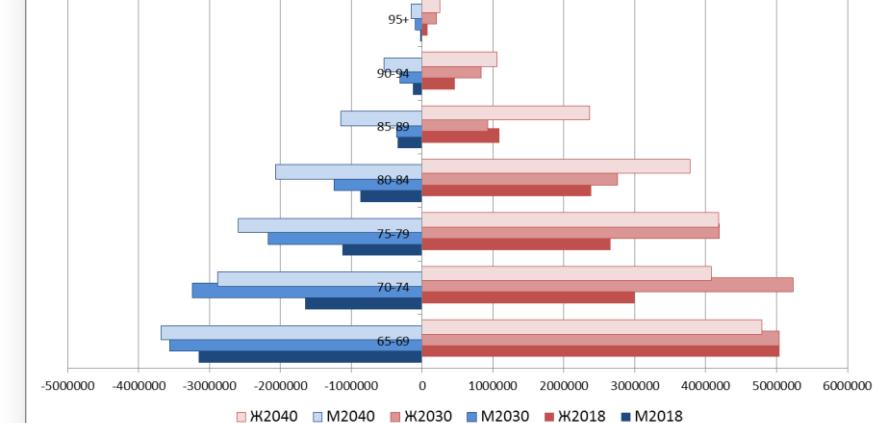
Изменение продолжительности жизни в 1990 -2015 годах и вклад изменения отдельных причин смертности в общую продолжительность жизни

# Демографический прогноз

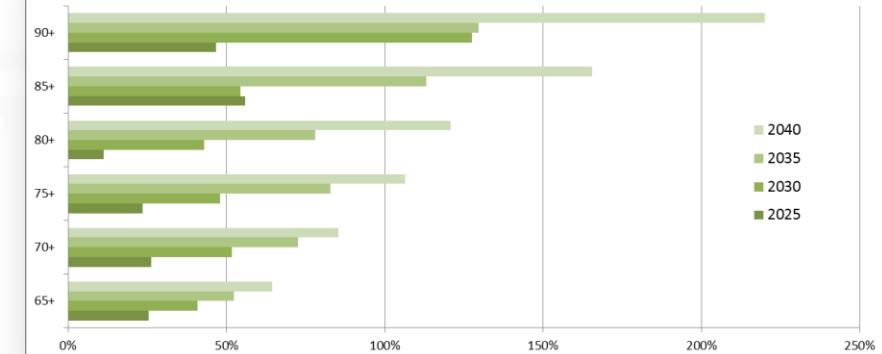
Демографическая пирамида РФ (2018 и 2040)



Изменение численности возрастных групп 2018, 2030 и 2040 годах - РФ



Прирост в % численности в возрастных группах до 2040 года - РФ



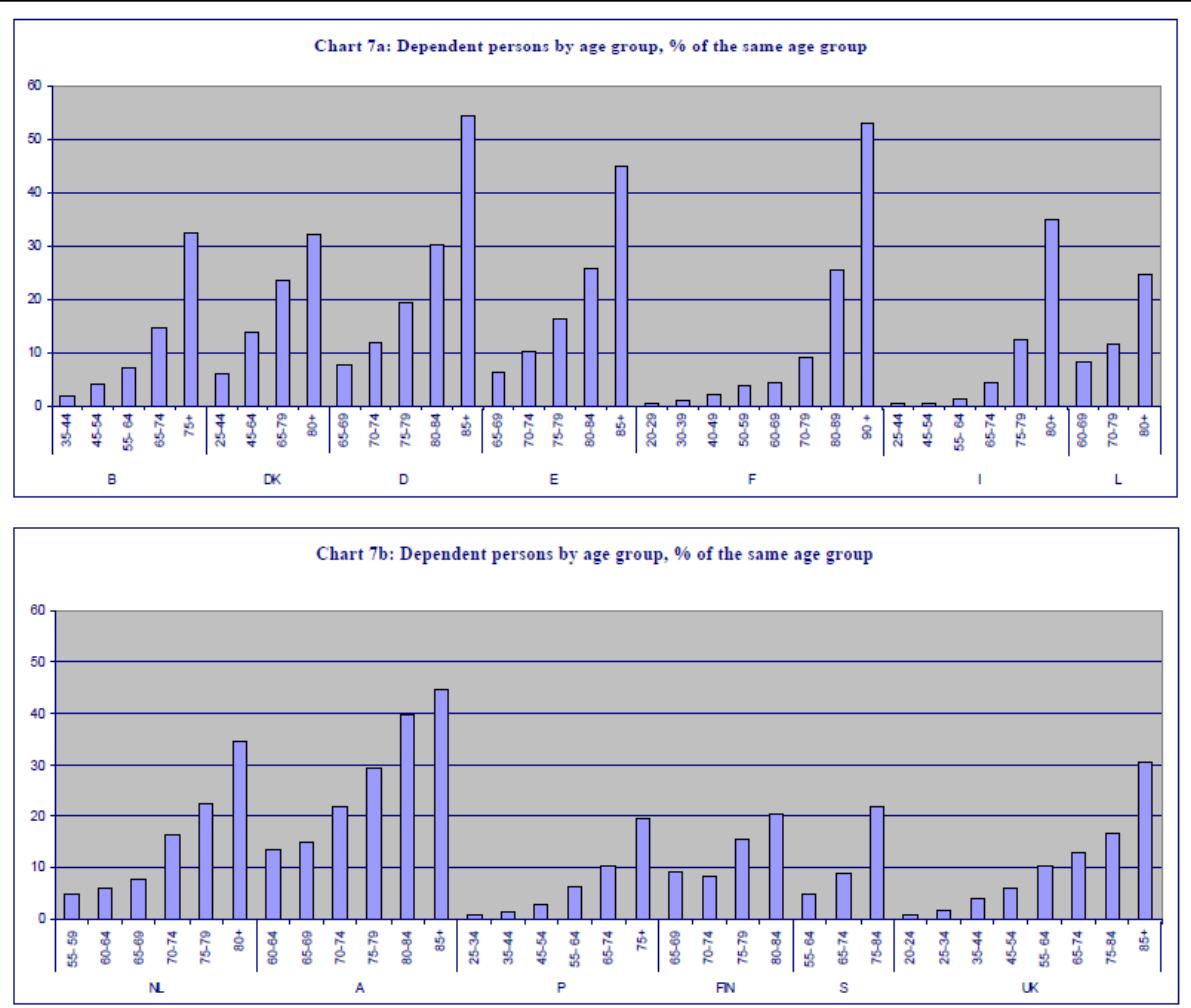
Демографический прогноз реализован на базе модели, подготовленной в рамках проекта ВШЭ по моделирования пенсионной системы Российской Федерации:

- Учитываются текущие тренды смертности и рождаемости, совпадает со средним прогнозом Росстата
- Результаты модели достаточно точно описывают изменения в старших возрастах

#3

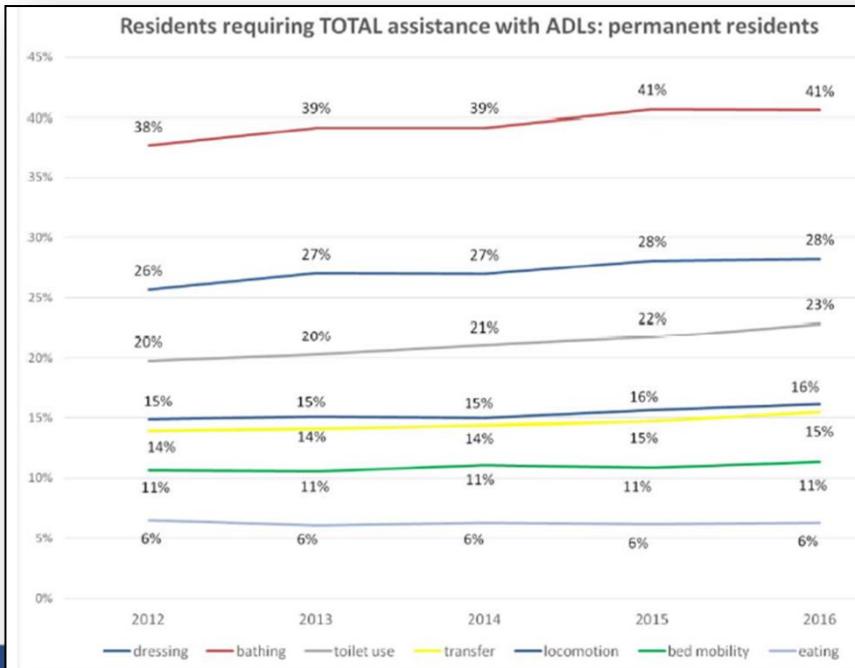
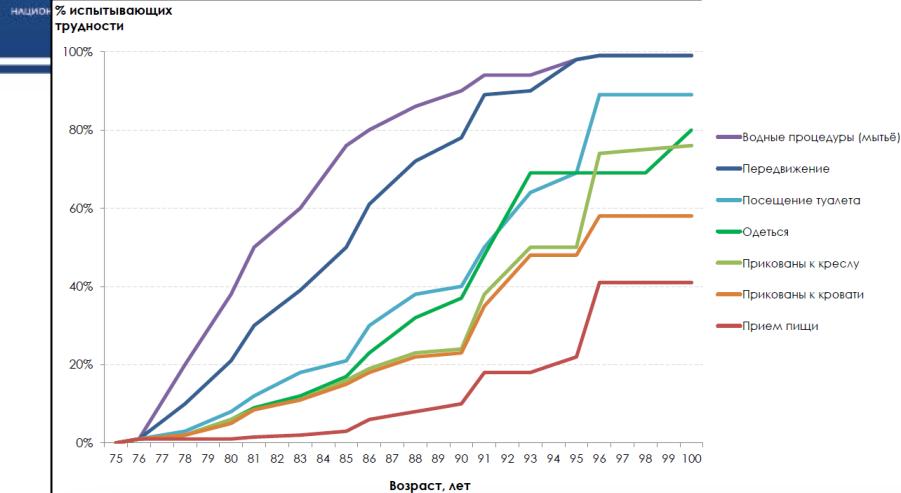
## Сопоставимость методов оценки

# Возрастная зависимость в постороннем уходе



В большинстве развитых стран  
уровень зависимости от  
постоянной посторонней  
помощи растет с возрастом

# Методы оценки ADL (статистика UK)



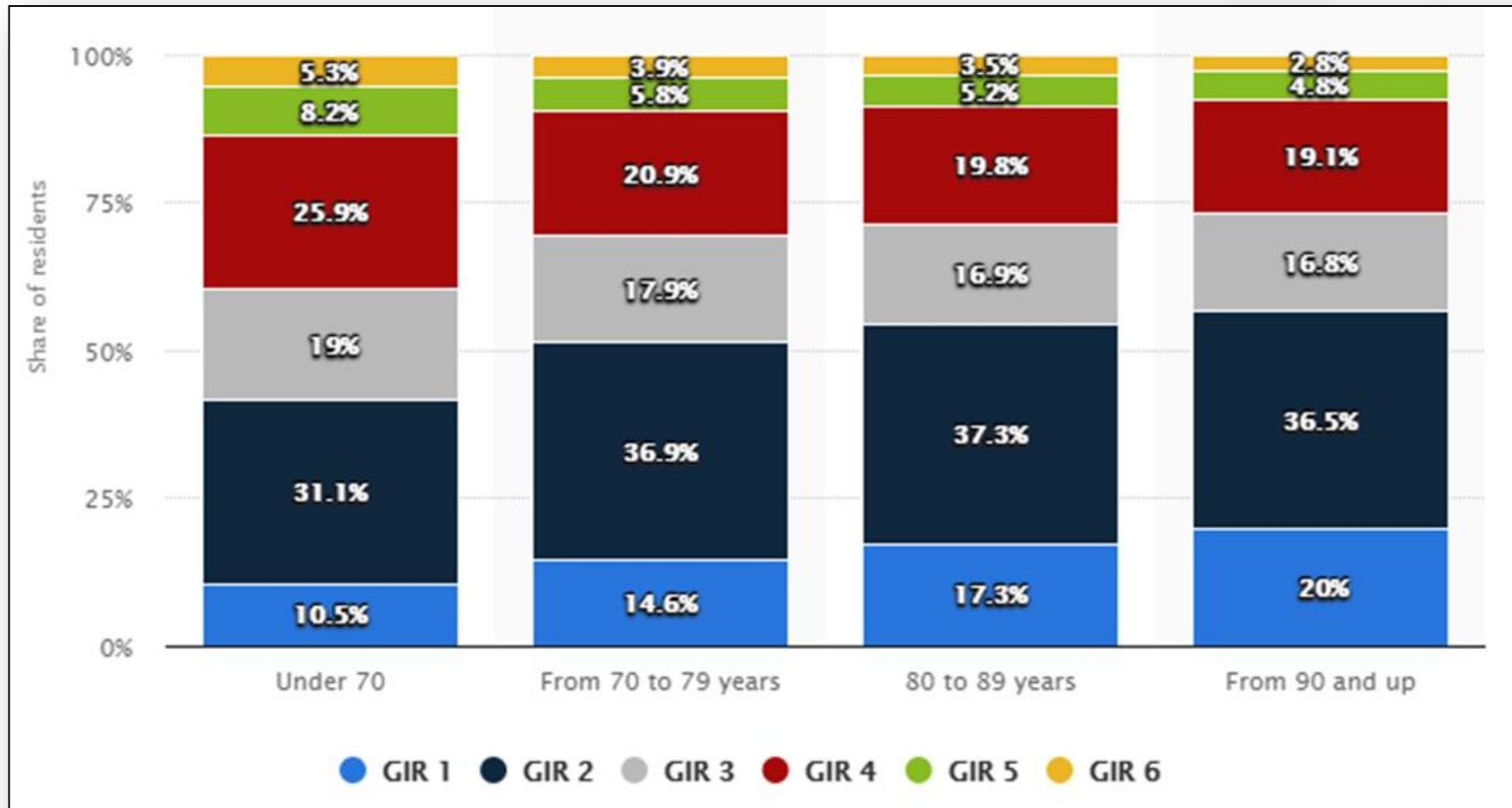
По данным британской статистики о возрастной вероятности наступления дефицита самообслуживания построен долгосрочный прогноз потребности по видам ухода. Применение данной методики к российским показателям свидетельствует, что потребность в ежедневном уходе могут испытывать **1,4-2,8 млн.чел.**

| Тип расстройств          | Оценки по демографической структуре, тыс.чел. |        |
|--------------------------|---|--------|
|                          | РФ  | Москва |
| водные процедуры (мытье) | 4 000   | 352    |
| передвижение             | 2 800   | 246    |
| посещение туалета        | 1 400   | 123    |
| одевание                 | 1 200   | 106    |
| прикованы к креслу       | 1 000   | 88     |
| прикованы к постели      | 900   | 79     |
| проблемы приема пищи     | 300   | 26     |

Percent of permanent residents' independent and requiring assistance with one or more ADLs  
-- 2012 through 2016

|      | Independent | 1 ADL | 2 ADLs | 3 ADLs | 4 or More ADLs |
|------|-------------|-------|--------|--------|----------------|
| 2012 | 9%          | 8%    | 10%    | 11%    | 63%            |
| 2013 | 8%          | 7%    | 9%     | 12%    | 63%            |
| 2014 | 8%          | 7%    | 9%     | 11%    | 65%            |
| 2015 | 8%          | 7%    | 9%     | 11%    | 64%            |
| 2016 | 7%          | 7%    | 9%     | 11%    | 65%            |

# Распределение по категориям ухода на примере Франции





# Диагнозы пациентов стационарного ухода

Table 13 Bupa census 2012, Type of resident by Age group, All countries.

|                      | Age group                            |        |        |        |        | All Ages |        |
|----------------------|--------------------------------------|--------|--------|--------|--------|----------|--------|
|                      | Under 65                             | 65-74  | 75-84  | 85-94  | 95+    |          |        |
| Category of Resident | Dementia Care                        | 17.7%  | 40.5%  | 47.2%  | 41.9%  | 30.2%    | 41.1%  |
|                      | Frail Elderly                        | 13.2%  | 42.0%  | 47.9%  | 56.2%  | 69.3%    | 51.1%  |
|                      | Mental Illness (other than Dementia) | 17.5%  | 12.0%  | 4.3%   | 1.7%   | 0.5%     | 4.3%   |
|                      | Young physically disabled            | 51.7%  | 5.5%   | 0.6%   | 0.1%   | -        | 3.6%   |
| Total                |                                      | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0%   | 100.0% |

Table 14 Type of resident by nature of admission

|                      | Nature of admission                  |                  |                               |                |                                  | All    |        |
|----------------------|--------------------------------------|------------------|-------------------------------|----------------|----------------------------------|--------|--------|
|                      | Convalescent or Rehabilitation       | End of Life Care | Intermediate or Subacute Care | Long Term Care | Respite/Holiday Relief admission |        |        |
| Category of Resident | Dementia Care                        | 7.0%             | 21.0%                         | 13.0%          | 42.4%                            | 25.2%  | 41.1%  |
|                      | Frail Elderly                        | 83.9%            | 65.7%                         | 74.1%          | 49.8%                            | 67.0%  | 51.0%  |
|                      | Mental Illness (other than Dementia) | 6.6%             | 3.7%                          | 11.4%          | 4.3%                             | 2.4%   | 4.3%   |
|                      | Young physically disabled            | 2.5%             | 9.6%                          | 1.6%           | 3.5%                             | 5.4%   | 3.6%   |
| Total                |                                      | 100.0%           | 100.0%                        | 100.0%         | 100.0%                           | 100.0% | 100.0% |

Группы диагнозов и причины выбора стационарной формы ухода различаются по возрастам

Краткосрочное пребывание

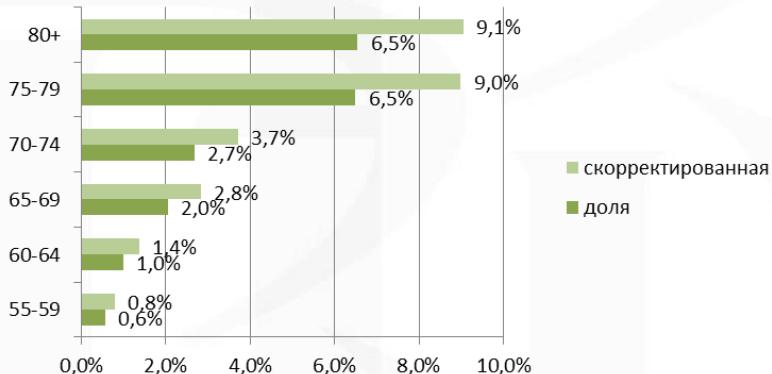
# КДУ 2017 – оценки по группам ухода

## Оценка распределения по 5 группам ухода

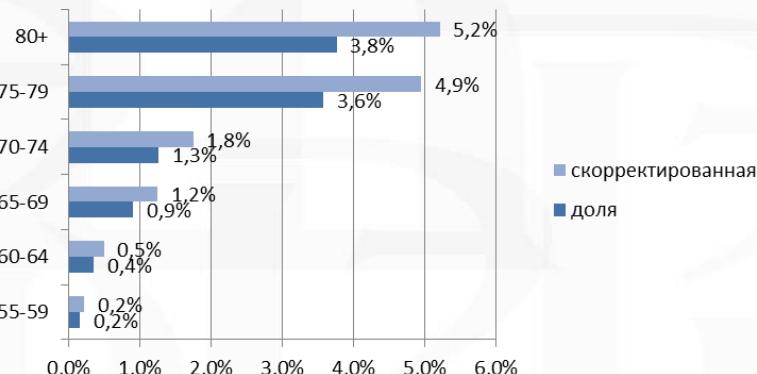


«Выборочное наблюдение качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения» (КДУ 2017)

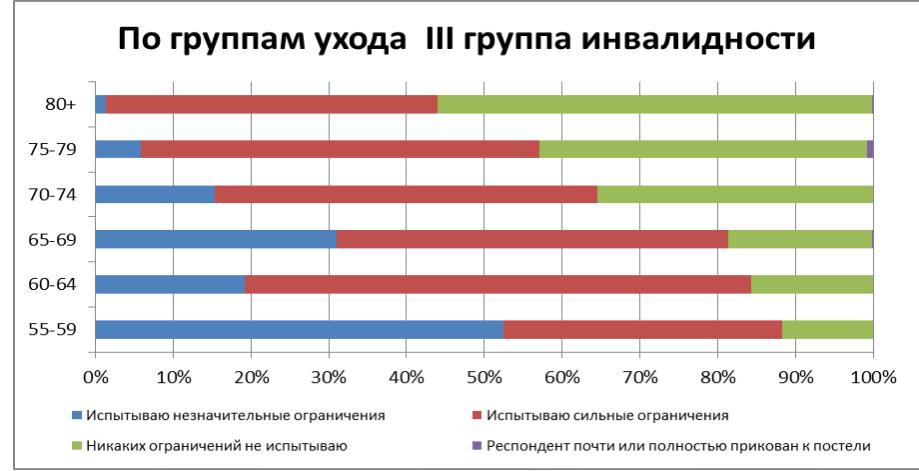
## Нуждающиеся в уходе КДУ 2017



## Получающие уход КДУ 2017



# Возрастно-зависимые результаты КДУ по группам ухода в зависимости от групп инвалидности



#4

# Прогнозирование расходов связанных с уходом

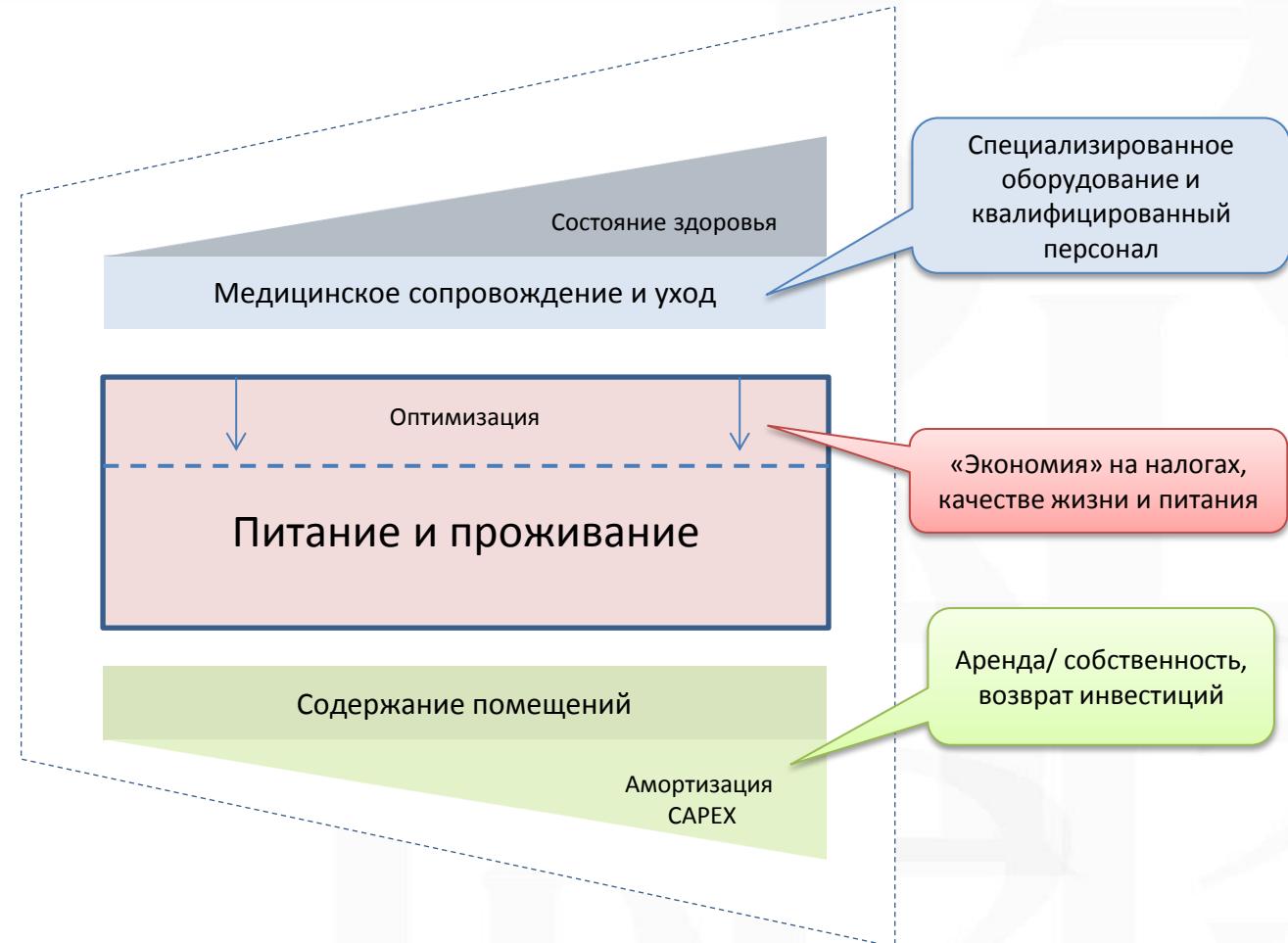
# Ключевые элементы тарифа по уходу

## Структура себестоимости:

ФОТ с налогами – 50-60%  
Питание и уход – 20-25%  
Содержание помещений – 5-30%  
Рентабельность - 10-15%

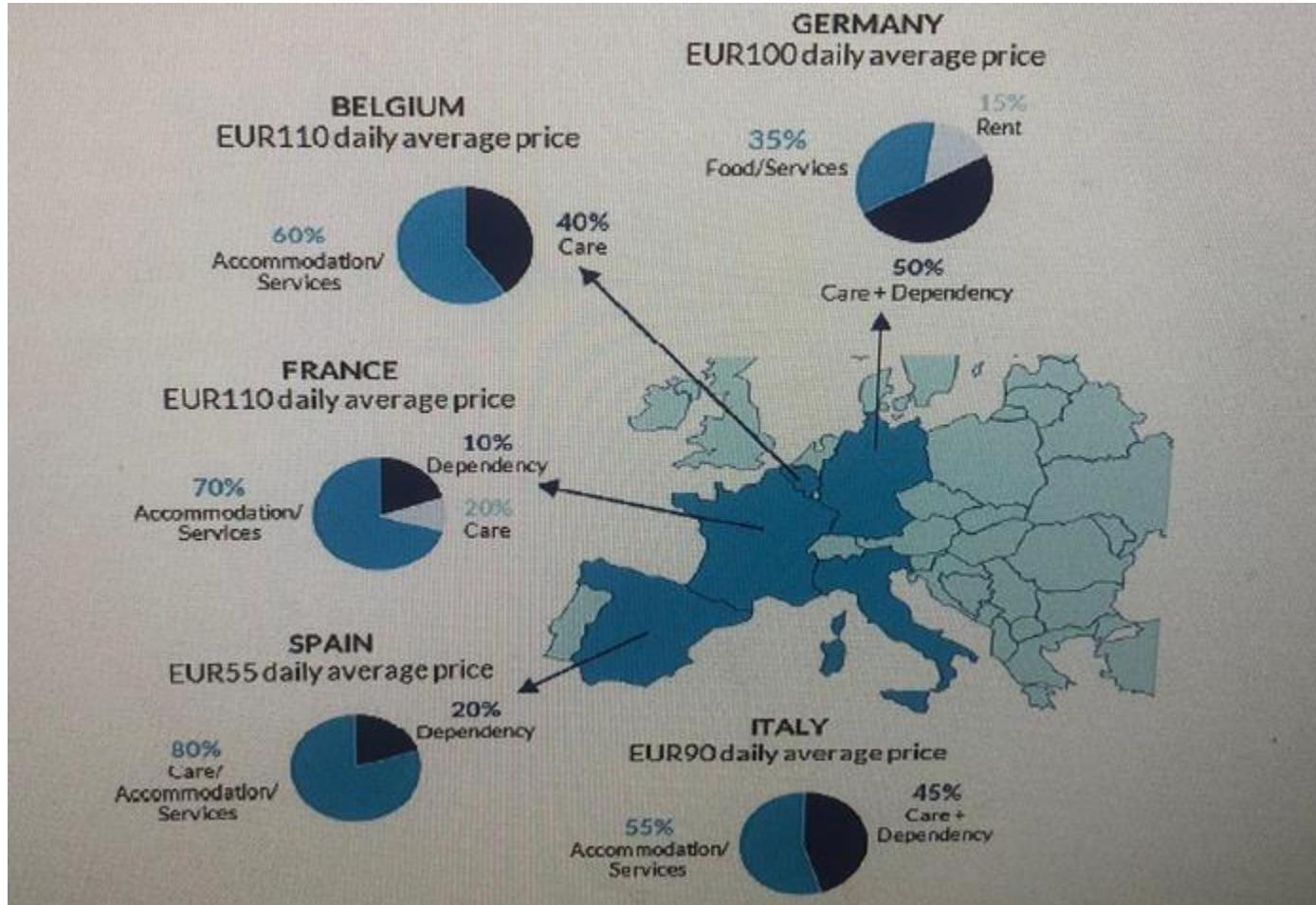
## «Серый» сектор показывает низкую себестоимость за счет:

- аренда помещений, неприспособленных для маломобильных граждан
- нарушения налогового законодательства и «серая» бухгалтерия
- несоблюдение строительных норм и стандартов пожарной безопасности
- привлечение низоквалифицированных специалистов и мигрантов
- экономия на качестве питания
- отсутствие специализированного оборудования для реабилитации



**CAPEX:** Тарифы социального обслуживания в рамках 442-ФЗ не учитывают инвестиционную составляющую и необходимость амортизации капитальных затрат на создание современной инфраструктуры.

# Средняя стоимость размещения и структура себестоимости

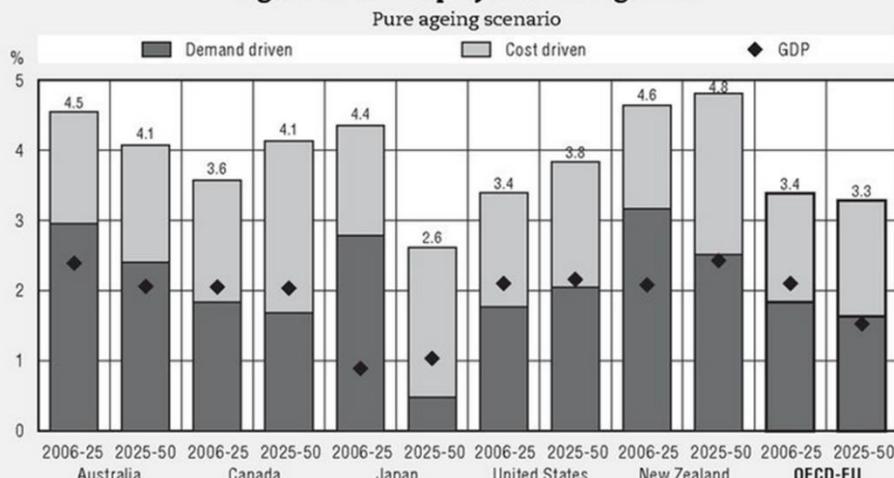


# Ожидаемый рост расходов на долговременный уход

В профессиональных публикациях отмечаются два тренда, ведущих к росту расходов на долгосрочный уход: рост цен и старение.

Модельные расчеты ОЭСР показывают, что ожидаемый среднегодовой рост расходов на долгосрочный уход составит от 3% до 4%, что превышает ожидаемые темпы роста ВВП

**Figure 2.9. The average annual growth of LTC expenditure will be significantly higher than real projected GDP growth**



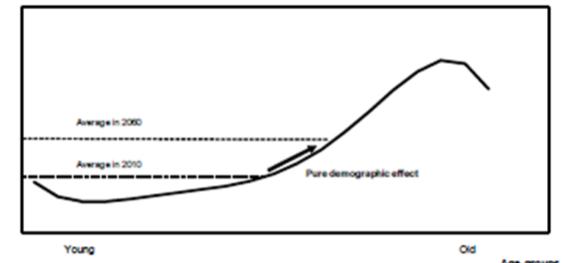
Source: OECD calculations based on OECD Health Data 2010; European Commission (2009), Ageing Report; OECD Labour Force and Demographic Database, 2010; and Duval and de la Maisonneuve (2009).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932401026>

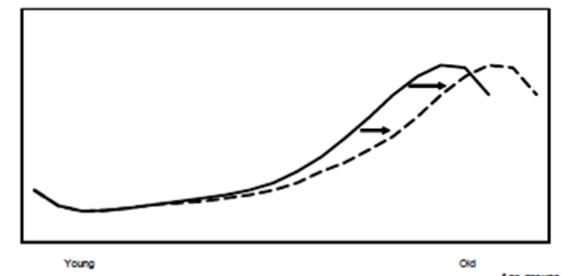
**Figure 2.4. Shifts in expenditure profiles, ageing and non-ageing effects**

Health expenditure per capita

(1) Pure ageing effect

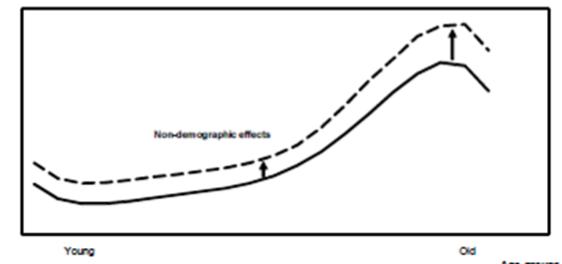


Health expenditure per capita  
(2) Ageing effect adjusted for death-related costs and healthy longevity



Health expenditure per capita

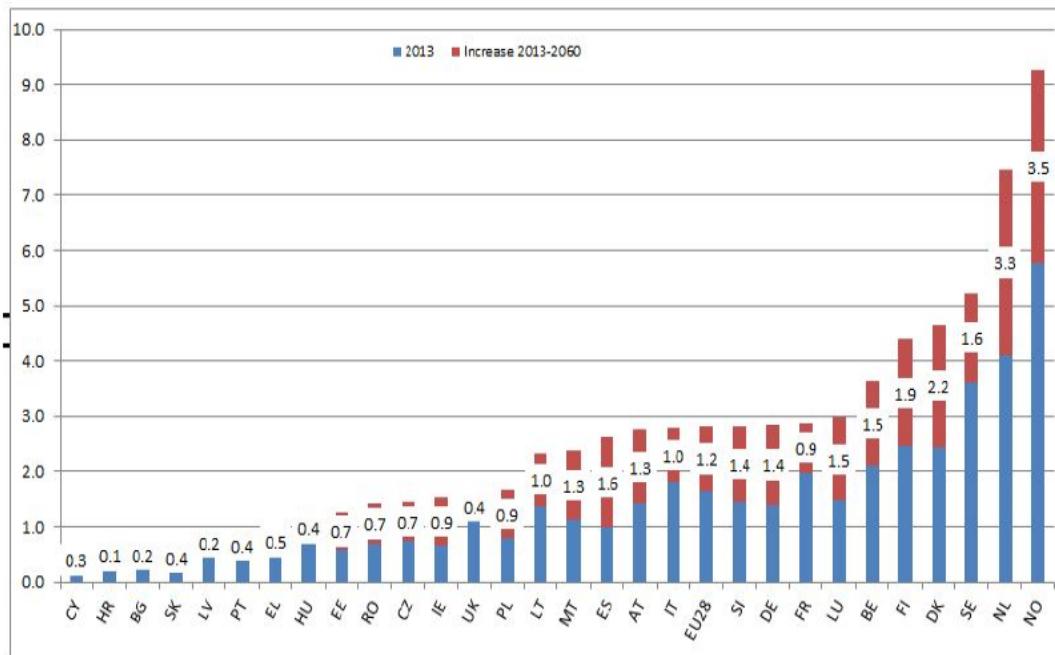
(3) Non-ageing drivers



# Ожидаемый рост расходов на долговременный уход

## Прогноз ОЭСР: 2013 vs 2060

Graph II.3.9: Demographic scenario, current and projected levels of public expenditure on LTC as % of GDP; 2013-2060

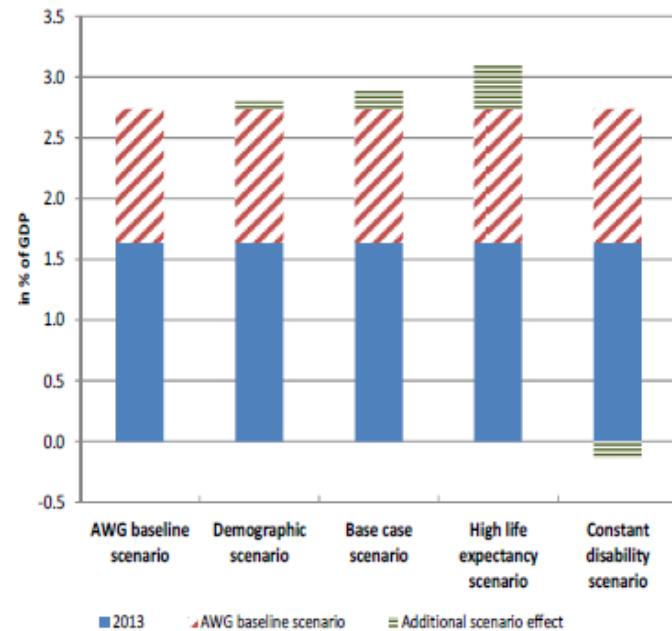


(1) Public expenditure on LTC is defined as long-term nursing care category (HC.3) and social care category (HC.R.6.1) based on the methodology of the system of health accounts and including additional cash-benefits for disability based on ESPROSS data. The level of expenditures in 2013 is the first year of projected expenditure based on latest available data.

The aggregate of long-term care expenditure utilized for projections is based on OECD SHA/health data definition based on ESA 95, while GDP and other expenditure items have been revised according to ESA 2010. A revision of long-term expenditure data based on ESA 2010 may change the reported level of expenditure.

Source: European Commission, EPC.

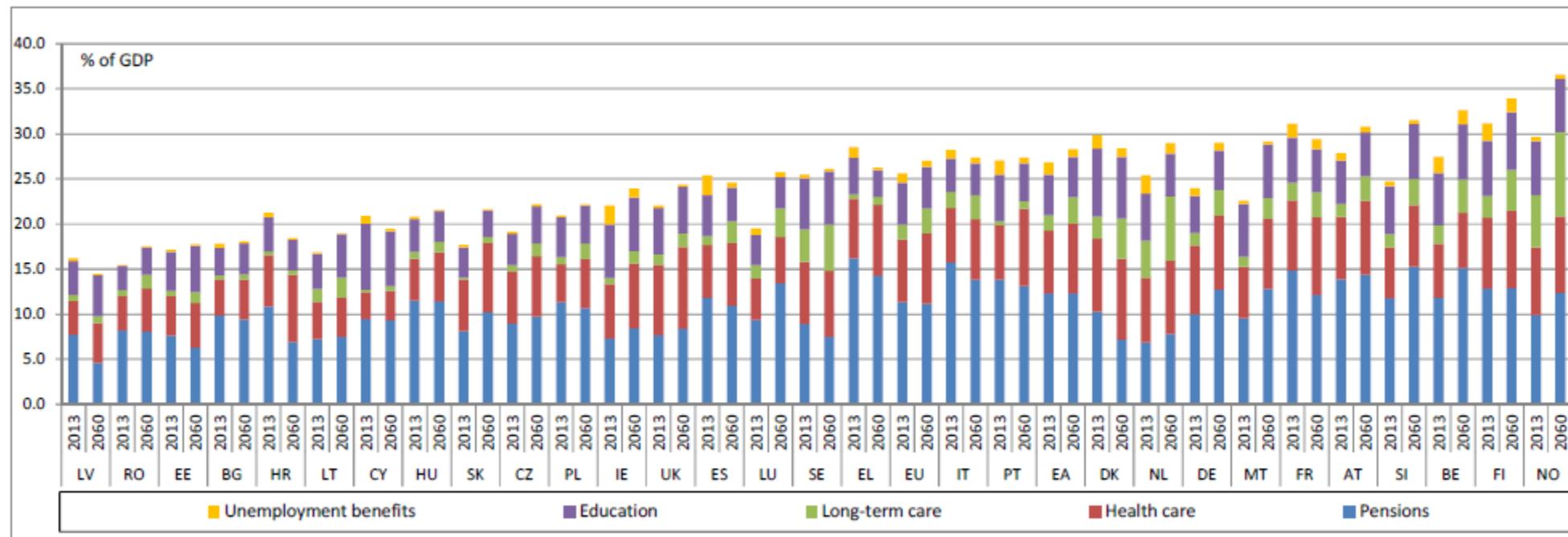
Graph II.3.14: Range of results for scenarios with mainly demographic sensitivity analysis (no policy change scenarios), EU in % of GDP



Source: Commission services, EPC.

# Глобальный рост расходов с учетом старения

Graph 3: Components of total age-related expenditure, 2013 and 2060, % of GDP

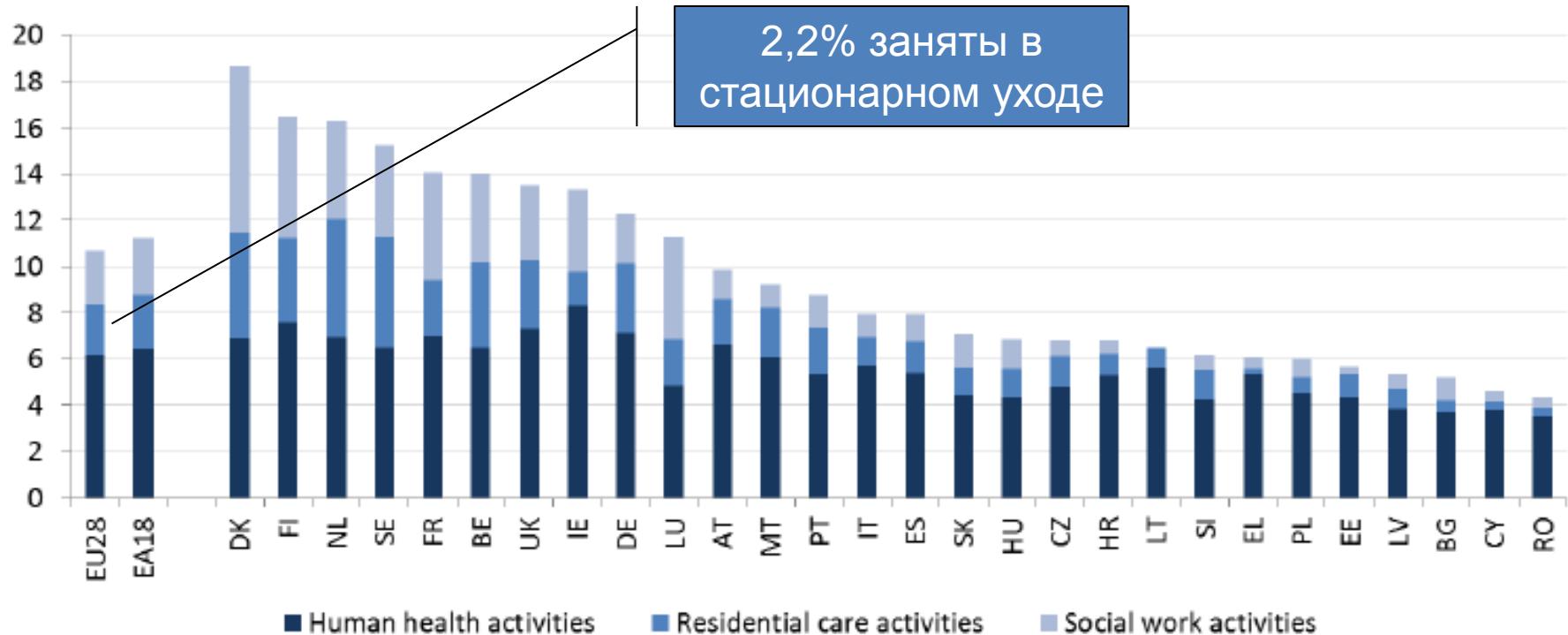


Source: Commission services, EPC.

Source: European Commission, The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU28 Member States (2013-2060)

# Показатели занятости в секторе здоровья и социального обслуживания

**Chart 3: Share of employment in human health and social work sectors on total employment (in per cent, 2013).**



Source: DGEMPL calculations, based on Eurostat, LFS

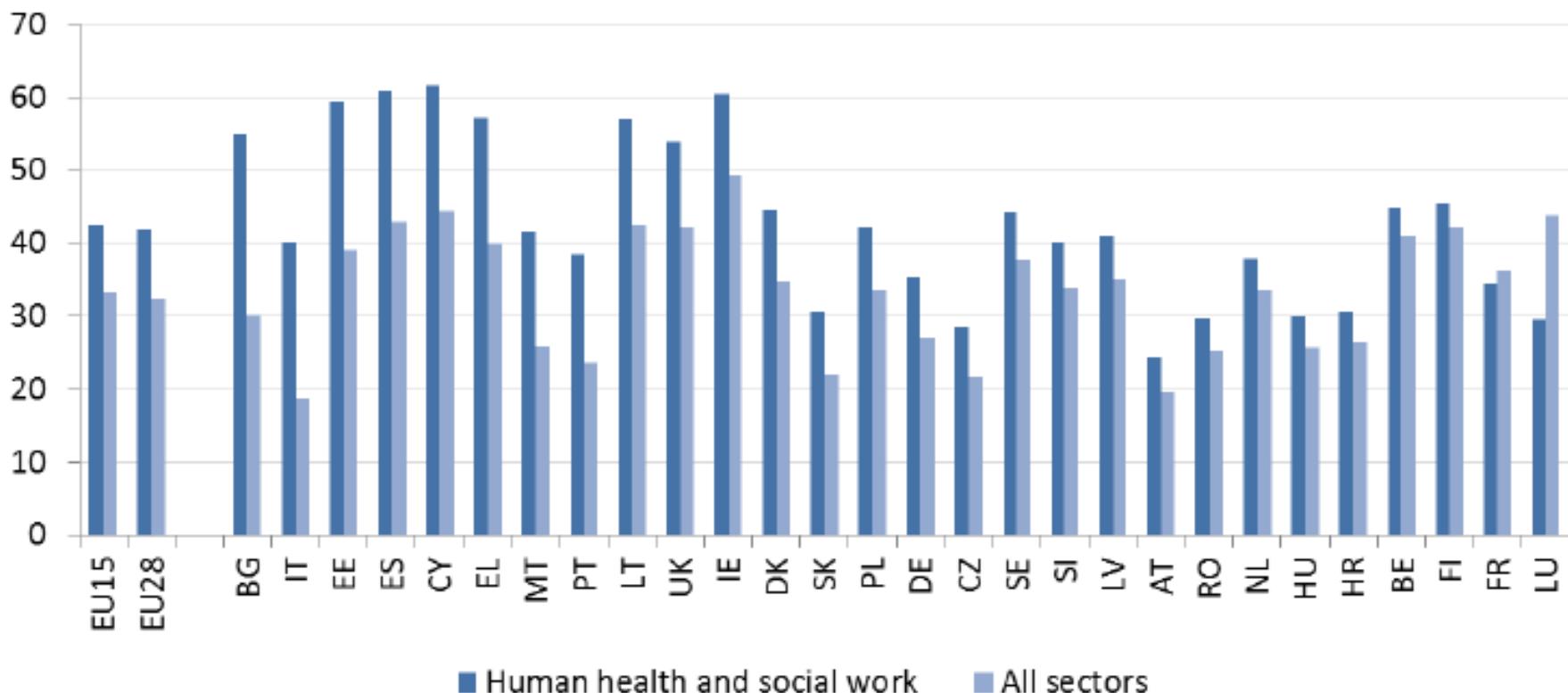
# Доля женщин в секторе здоровья и социального обслуживания

**Chart 6: Female employment share in total employment in human health and social work sector, in per cent, 2008 and 2013.**



# Показатели квалификации в секторе здоровья и социального обслуживания

**Chart 11: Share of high-skilled employees in human health and social work versus the whole economy, EU-28, 2013, in per cent.**



Source: Eurostat, LFS

# Уровень неформальной вовлеченности в уход

Figure 3.1. Caregiving varies by country and type of help provided

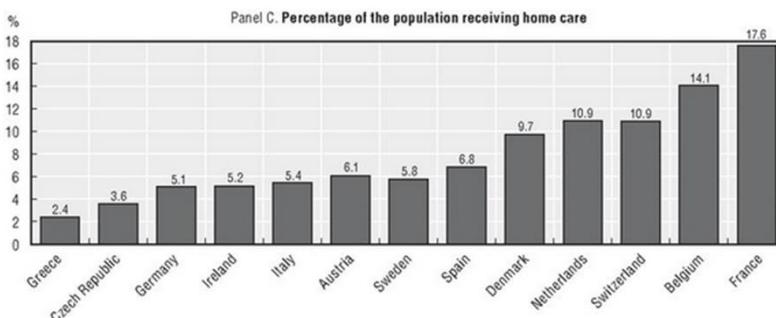
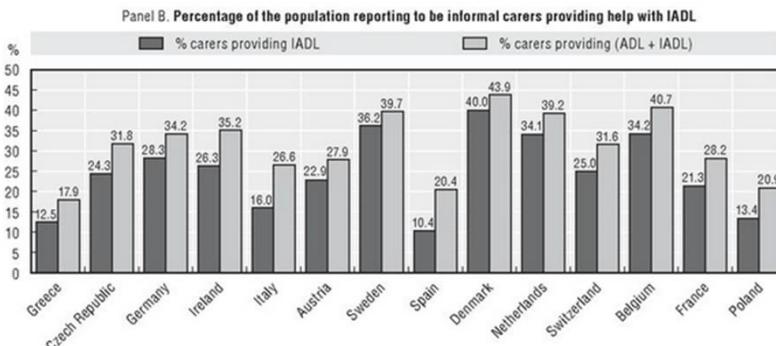
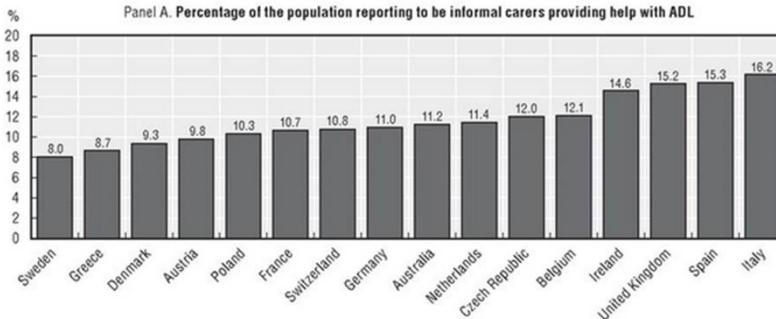


Table 3.1. Unpaid care is mostly directed towards parents and spouses  
 Percentage of carers by relation to the care recipient by country

|                | Spouse | Parent | Relative | Friend |
|----------------|--------|--------|----------|--------|
| Australia      | 26.3   | 41.0   | 9.7      | 8.8    |
| Austria        | 36.3   | 34.7   | 14.7     | 16.8   |
| Belgium        | 33.7   | 40.4   | 16.6     | 23.4   |
| Czech Republic | 27.5   | 11.2   | 33.0     | 16.2   |
| Denmark        | 39.7   | 41.3   | 15.9     | 20.9   |
| France         | 31.8   | 40.5   | 19.6     | 13.7   |
| Germany        | 34.9   | 44.2   | 13.0     | 21.5   |
| Greece         | 33.2   | 35.2   | 14.9     | 14.7   |
| Ireland        | 28.5   | 35.2   | 22.4     | 18.8   |
| Italy          | 23.1   | 36.2   | 22.6     | 24.1   |
| Korea          | 43.2   | 33.5   | 9.6      | -      |
| Netherlands    | 27.4   | 46.9   | 17.2     | 24.7   |
| Poland         | 33.8   | 10.6   | 27.9     | 8.0    |
| Spain          | 28.0   | 39.9   | 20.6     | 10.9   |
| Sweden         | 26.5   | 48.5   | 19.0     | 18.1   |
| Switzerland    | 30.1   | 42.8   | 17.2     | 24.1   |
| United Kingdom | 34.1   | 32.2   | 5.4      | 27.4   |
| OECD (16)      | 31.6   | 36.1   | 17.6     | 18.2   |

Note: Samples include persons aged 50 years and above (with the exception of Korea including 45 and above). The following years are considered for each country: 2005-07 for Australia; 1991-2007 for the United Kingdom; 2004-06 for other European countries; 2005 for Korea and 1996-2006 for the United States. Percentage sum is different from 100% as people may care for more than one person and care for children is excluded to avoid confusion between child care and care for dependent children.

Source: OECD estimates based on HILDA for Australia, BHPS for the United Kingdom, Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) for other European countries, KLoSA for Korea and HRS for the United States.

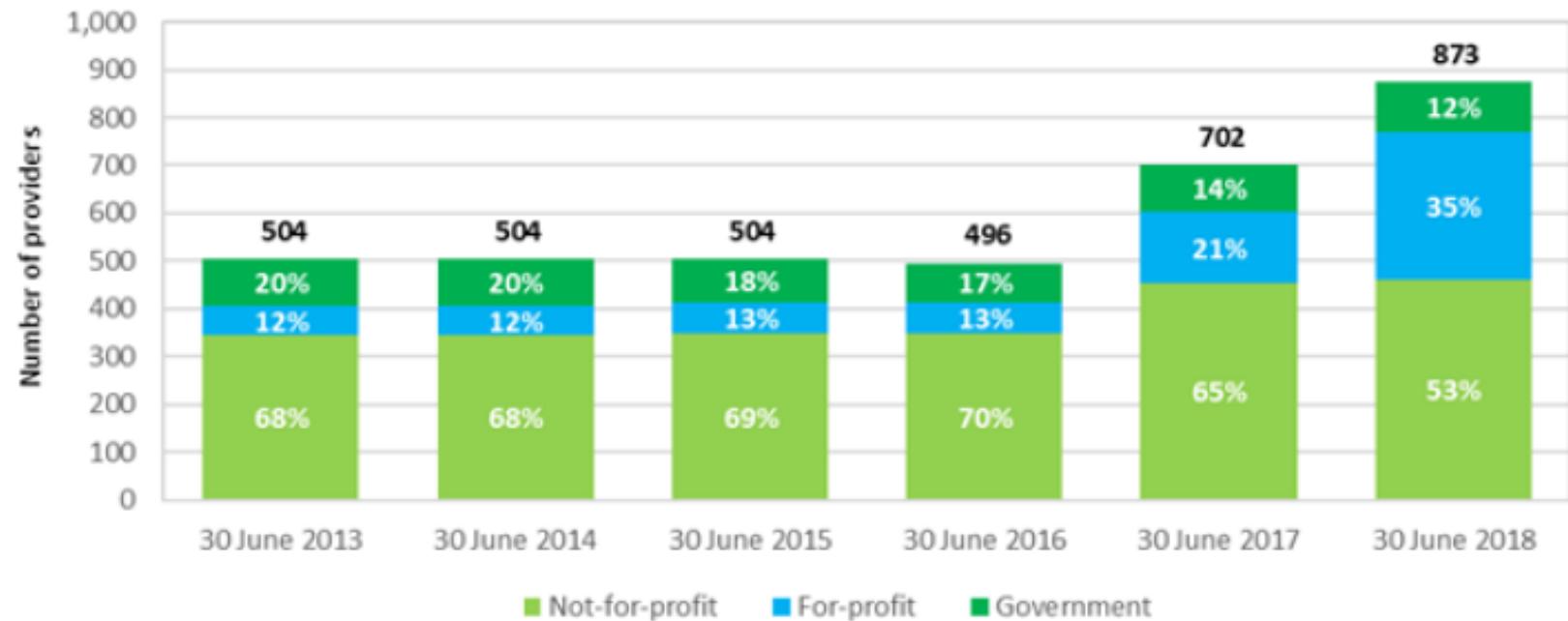
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932401900>

#5

# Пример Австралии по моделированию расходов на уход

# Текущие характеристики системы ухода в Австралии

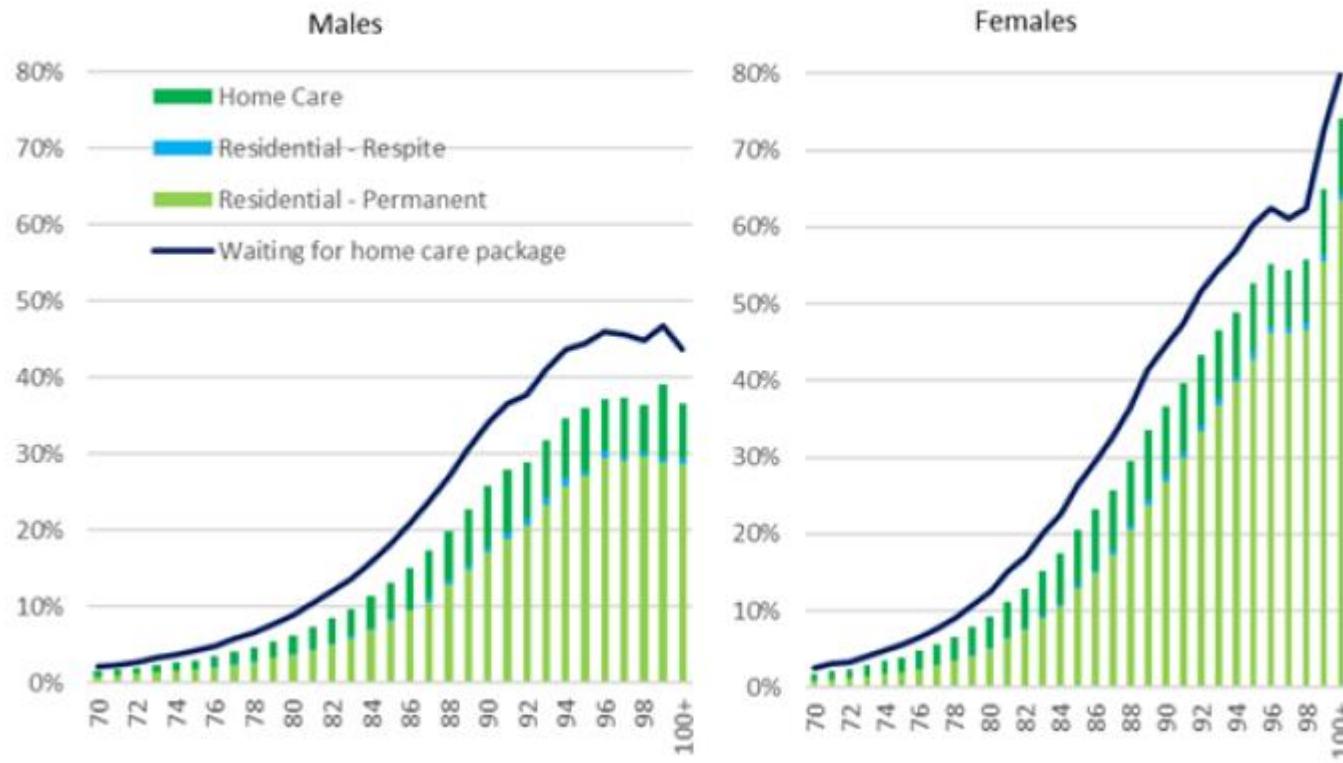
Chart 5.1: Number of home care providers, by proportion of ownership type, 30 June 2013 to 30 June 2018



Некоммерческие, коммерческие и государственные

# Структура получателей социальной поддержки

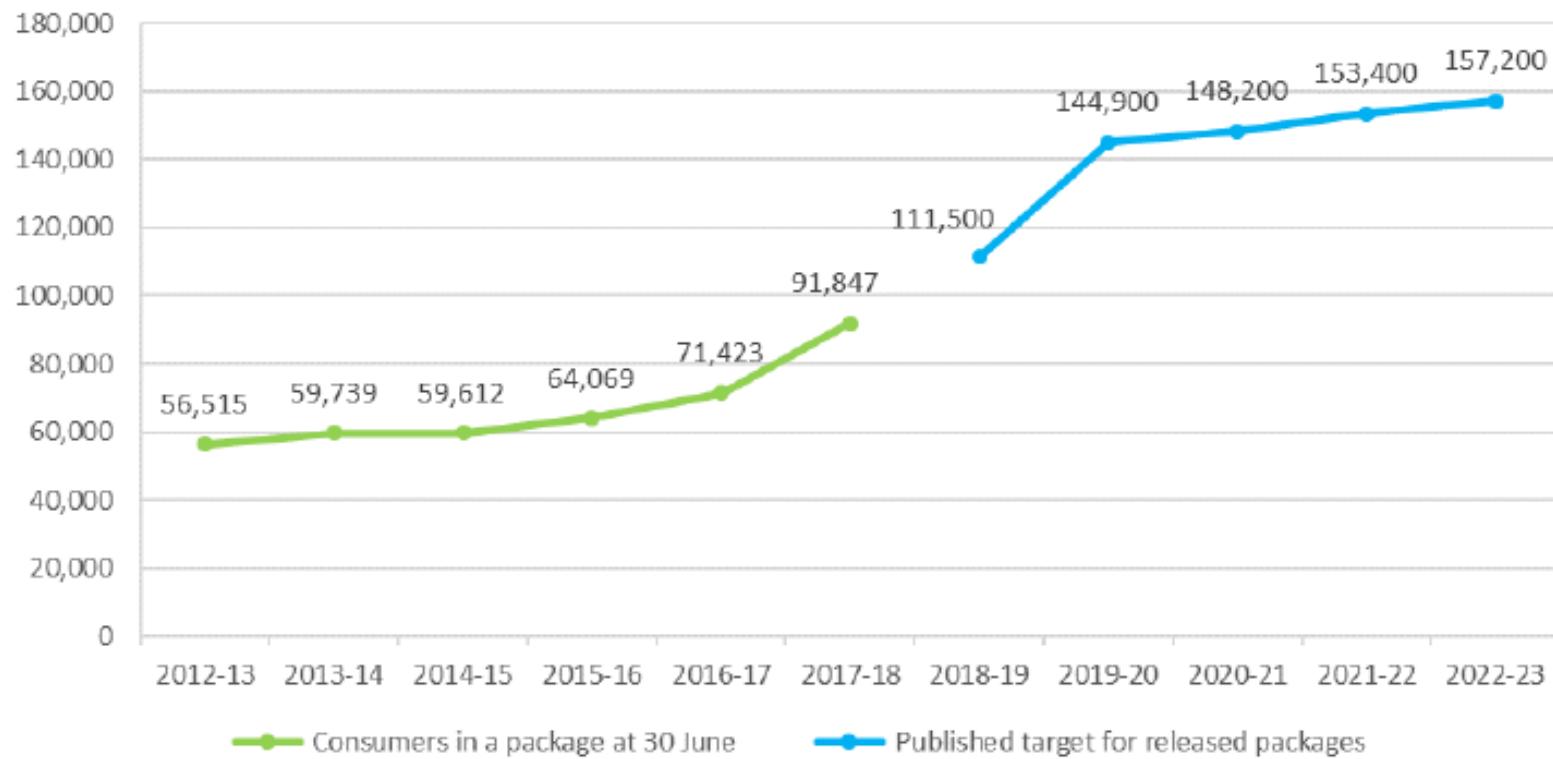
**Chart 8.3: Proportion of people of each age using residential care and home care, by gender and age, 30 June 2018**



Note: Home care consumers receiving care in an interim level package are counted as using home care. People waiting for a home care package are only those consumers who do not have a package at any level.

## Количество и прогноз получателей услуг по уходу

Chart 3.3: Home care consumers, 2012-13 to 2017-18 and published target packages to be released, 2018-19 to 2022-23



## Прогноз по видам услуг

Chart 8.7: Projected demand for and supply of home care packages, 2018 to 2038



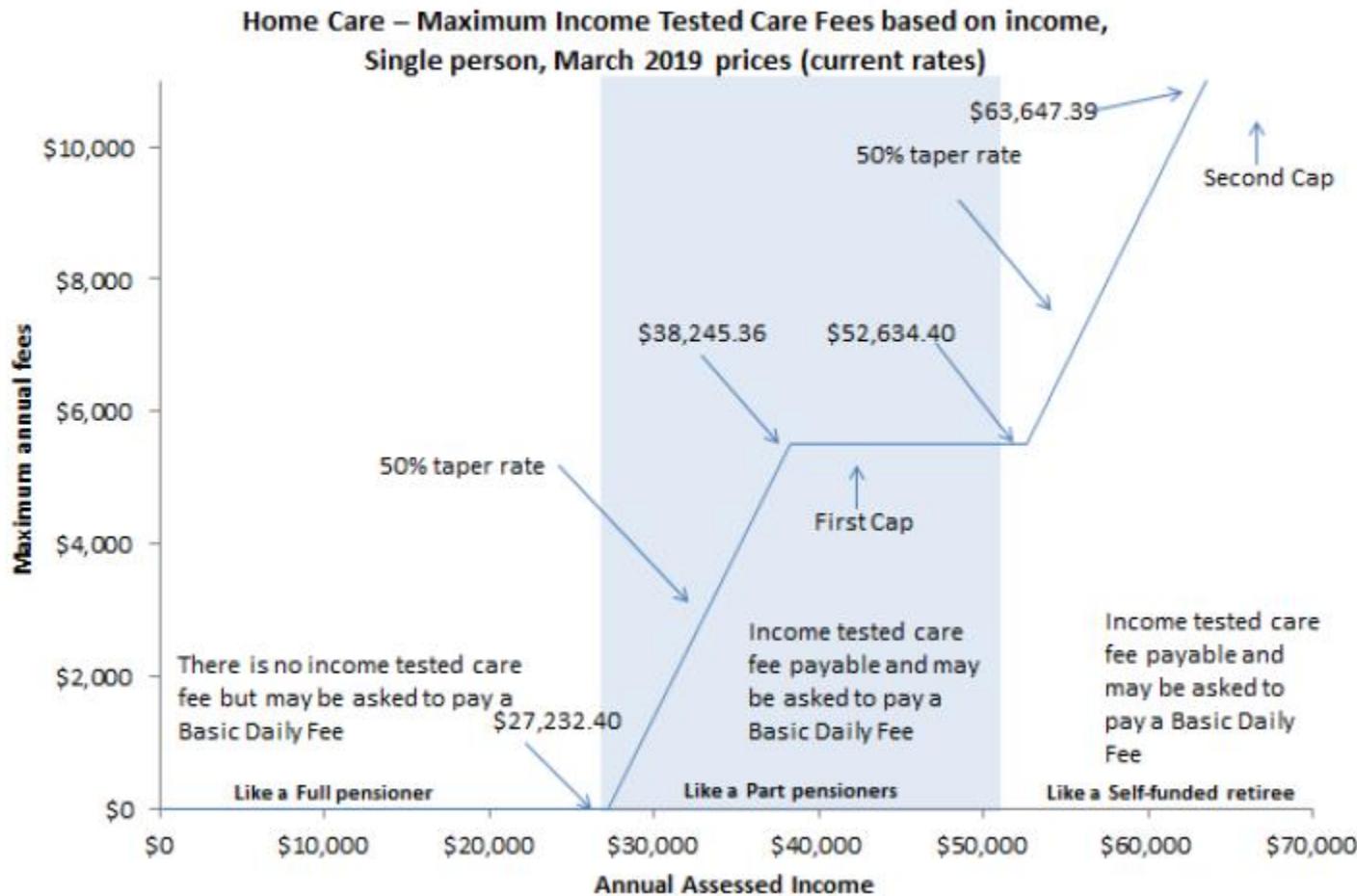
**Chart 8.9: Number of operational residential aged care places required 2017-18 to 2027-28**



Текущие места, высвобождающиеся, новые места

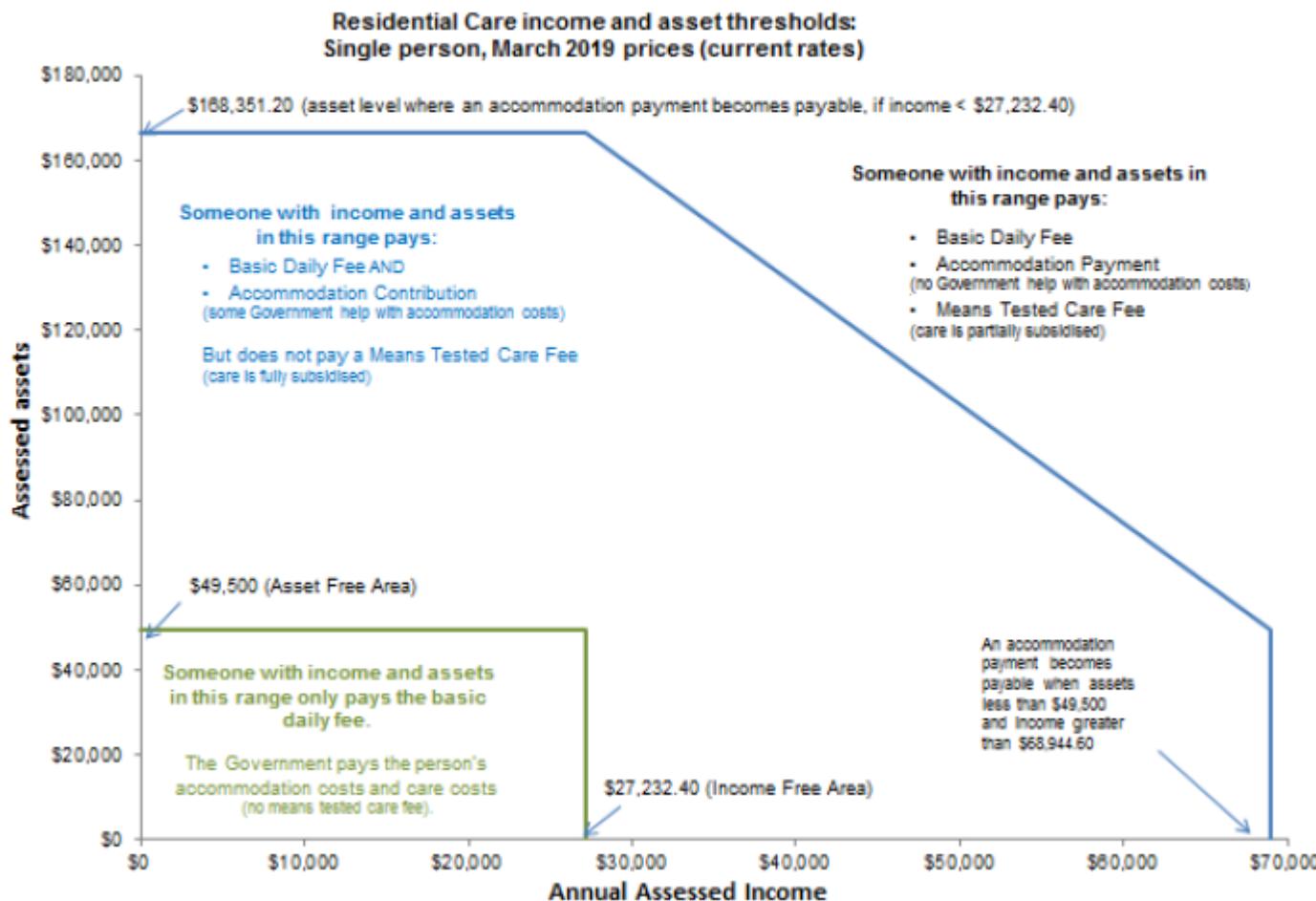
# Проверка нуждаемости для определения финансовой программы ухода на дому

Figure E.1 Current income testing for home care (post 1 July 2014)



# Проверка нуждаемости для определения финансовой программы ухода в стационаре

Figure E.2 Current means testing for residential care (post 1 July 2014)



#6

## Пример развития индустрии ухода в московском регионе

# Старение населения – вызов для социальной инфраструктуры Москвы

**12,5**  
млн.чел.

население г. Москвы

**3,4**  
млн.чел.

в т.ч.  
старше трудоспособного возраста  
(55+/60+)

Использование данных и прогнозов

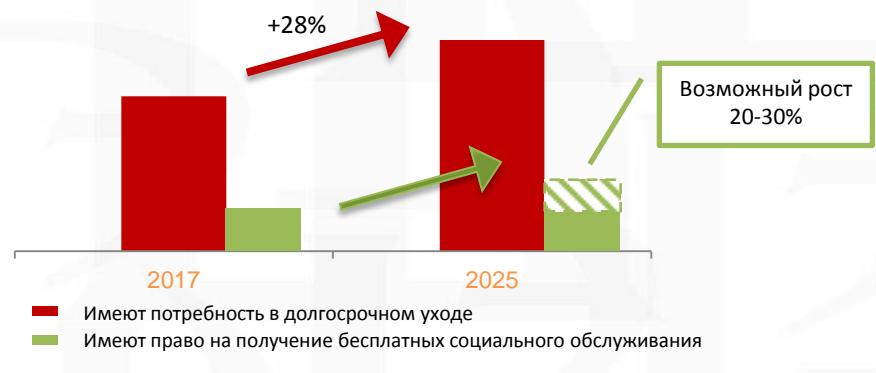
Данные микропереписи 2015 года  
Демографический прогноз ВШЭ  
Сравнительные оценки ОЭСР и ВОЗ  
Статистика long-term care по UK

Позволяет оценить количество граждан  
нуждающихся в постоянном уходе  
по состоянию здоровья

## Текущие демографические тренды

- ✓ Увеличивается продолжительность жизни
- ✓ Увеличивается доля лиц в возрасте старше трудоспособного
- ✓ Увеличивается доля лиц нуждающихся в постоянном уходе

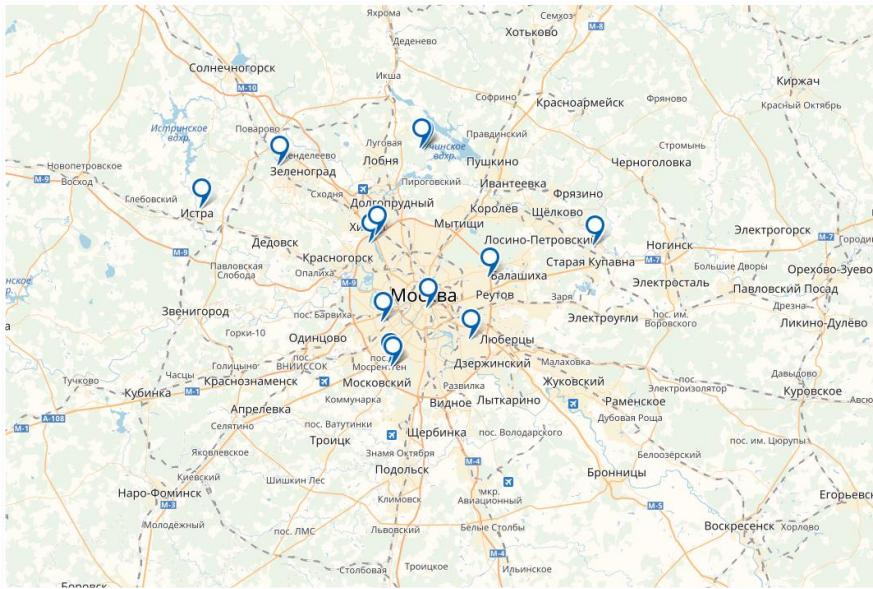
Население Москвы - стареет



Необходимо подготовить дополнительную инфраструктуру  
с учетом ожидаемого роста потребности в уходе

# Формирование новой инфраструктуры ухода

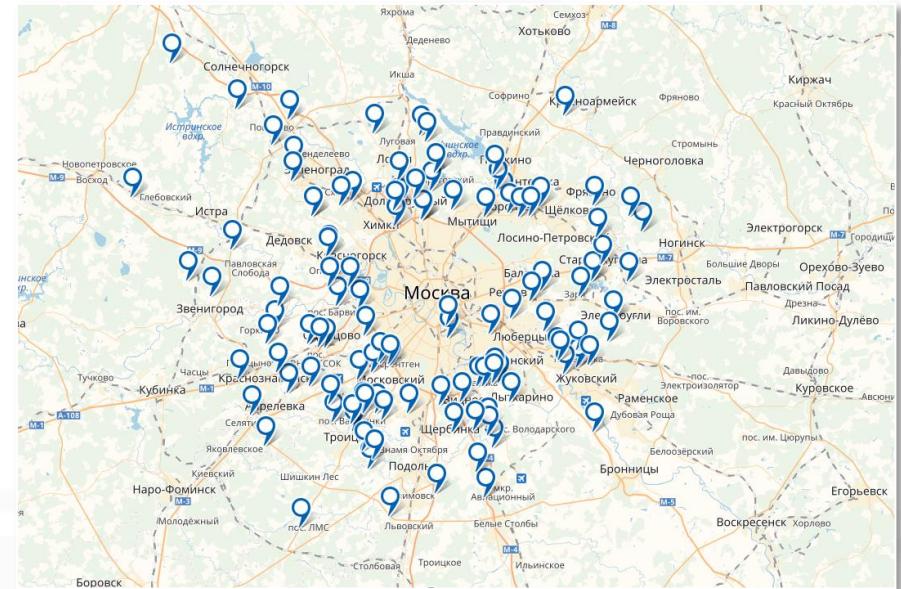
## Государственные учреждения



Общее количество коек - 16 000

ПНИ и ПВТ обеспечивают реализацию системы социального обслуживания граждан, признанных нуждающимися в стационарном уходе, за счет бюджетных средств

## Частные компании



Общее количество коек - до 10 000

Частные операторы оказывают платные услуги гражданам, нуждающимся в постоянном постороннем уходе

В рамках 442-ФЗ частный оператор может быть включен в реестр поставщиков социальных услуг

# Примерная матрица потребности в уходе

Необходимо уточнить критерии  
отнесения граждан к категории  
нуждающихся и размера  
господдержки

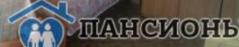
## Потребность в постоянном постороннем уходе

|                                 | Самостоятельные   | Надомный уход                             | Стационары   |
|---------------------------------|---|---|--|
| Нет - 80%                       | Бесплатно<br>(в силу закона)                                  | Московское долголетие<br>120 тыс. человек | Социальные работники<br>129 тыс.чел.<br><br>ПНИ и ПВТ<br>16,2 тыс.мест                                 |
| Возможность<br>платных<br>услуг | Частичная оплата/<br>субсидирование<br>(социальная поддержка) | родственники<br>250-340 тыс.чел.          | «Скрытая очередь»<br>«Неплатежеспособный<br>спрос»   |
| Да - 20%                        | Платные услуги<br>(дополнительные сервисы)                    | сиделки - 30-50 тыс.чел.                  | до 100 платных мест в ПВТ/ПНИ<br>Частные операторы – 1-2 тыс. мест<br>«Серый» сектор – до 10 тыс. мест |
|                                 | Более 3 млн.человек<br>старше пенсионного возраста            | Экспертные оценки<br>до 450 тыс.чел.      | Экспертные оценки<br>От 50 до 90 тыс.чел.  |

3,4 млн. москвичей  
старше пенсионного возраста

# Учреждения, входящие в систему ДТиСЗН Москвы

Пансионат для ветеранов труда №29



Пансионат для ветеранов труда №31



Пансионат для престарелых Берёзовая роща

Пансионат для ветеранов труда №1



Московский дом-пансионат Российской акад



# Частные компании, включенные в реестр поставщиков социальных услуг



SENIOR GROUP  
HIGH QUALITY SENIOR CARE



Российские и международные  
операторы, заявивших о планах работы  
в московском регионе

Жёлтый Крест  
пансионаты и дома престарелых



100+  
пансионат для  
пожилых людей

СОЮЗ  
центр для пожилых людей

Идиллия  
ГОРОДСКИЕ РЕЗДЕНИЯ  
для пожилых людей

СЕРЕБРЯНЫЙ ВЕК  
уход и сервисы для пожилых



PROGES  
Your Family Company

ORPEA  
GROUPE

PALMENTAL

СБЕРБАНК

# Примеры неформальной работы «серого» сектора

Центр реабилитации для пожилых Королев



Цена: 1200 руб./сут.  
Вместимость: 30 мест  
Адрес: Жд. станция Большово (40 минут от Ярославского вокзала на электричке, затем 5 минут пешком)  
Борчан линия: +7 (499) 350-79-50  
[ЗАБРОНИРОВАТЬ](#)  
[Подробнее →](#)

Дом престарелых в Истре



Цена: 1100 руб./сут.  
Вместимость: 30 мест  
Адрес: Моск. обл., городской округ Истра, коттеджный поселок Дубрава  
Борчан линия: +7 (495) 108-35-17  
[ЗАБРОНИРОВАТЬ](#)  
[Подробнее →](#)

Пансионат для пожилых Добро — Ногинский район



Цена: 1500 руб./сут.  
Вместимость: 30 мест  
Адрес: Московская область, поселок «Колонтаево», ул. Новая Слобода 4  
[ЗАБРОНИРОВАТЬ](#)  
[Подробнее →](#)

Пансионат для пожилых в Бутово



Цена: 1300 руб./сут.  
Вместимость: 47 мест  
Адрес: г. Москва, мкр. Южное Бутово, 10 мин. пешком от метро "Бунинские Аллеи"  
Борчан линия: 7 (499) 350-79-50  
[ЗАБРОНИРОВАТЬ](#)  
[Подробнее →](#)

Дом для престарелых в Голиково Уютный дом



Цена: 916 руб./сут.  
Вместимость: 15 мест  
Адрес: Московская область, Солнечногорский р-он, деревня Голиково, дом 63  
Борчан линия: +7 (495) 108-32-50  
[ЗАБРОНИРОВАТЬ](#)  
[Подробнее →](#)

Пансионат для пожилых — хоспис в Красногорске



Цена: 1000 руб./сут.  
Вместимость: 30 мест  
Адрес: мкр. Опалиха, Ново-Никольская улица  
Борчан линия: 7 (499) 350-79-50  
[ЗАБРОНИРОВАТЬ](#)  
[Подробнее →](#)



# Структура московского рынка стационарного ухода

- Входят в ДТиСЗН г.Москвы
- 16 200 мест в 30 учреждениях
- Загруженность 99%
- Стоимость - ~4 тыс.руб/сутки
- Медицина – в минимальном объеме с учетом профиля учреждения
- Высокий моральный и физических износ зданий, переполненность и нехватка мест, предубеждения и недоверие к качеству сервиса
- Для соответствия современным стандартам требуется полная реновация значительной части объектов

## Частные операторы



- Взаимодействуют с ДТиСЗН
- До 1500 мест в 10-15 объектах
- Загруженность 80%
- Стоимость – от 2 до 7 тыс.руб/сутки
- Медицина- присутствует в разном объеме
- Возможны нарушения отдельных элементов СанПин и СНИПов, высокая инвестиционная нагрузка на тариф и недобросовестная ценовая конкуренция с «серым» рынком
- Участвуют в реестре поставщиков социальных услуг и раскрывают информацию о своей деятельности
- Стремятся к best practice



## Серый рынок - «Коттеджи»

- Неконтролируемый сегмент
- До 10 000 коек – 300-500 объектов
- Загруженность 90%
- Стоимость – от 900 до 2000 руб/сутки
- Медицина – практически отсутствует, используют аутсорсинг медуслуг
- Несоответствие используемых помещений требованиям СНИПов и СанПин, пожарной безопасности, риски низкого качества ухода и питания, несоблюдение налоговых режимов
- Эксплуатируется острая нехватка мест в стационарах с низшей ценовой категорией
- При появлении регуляторных требований – уйдут с рынка

# Диалог и баланс интересов -



**HACO**

национальная ассоциация участников социального обслуживания



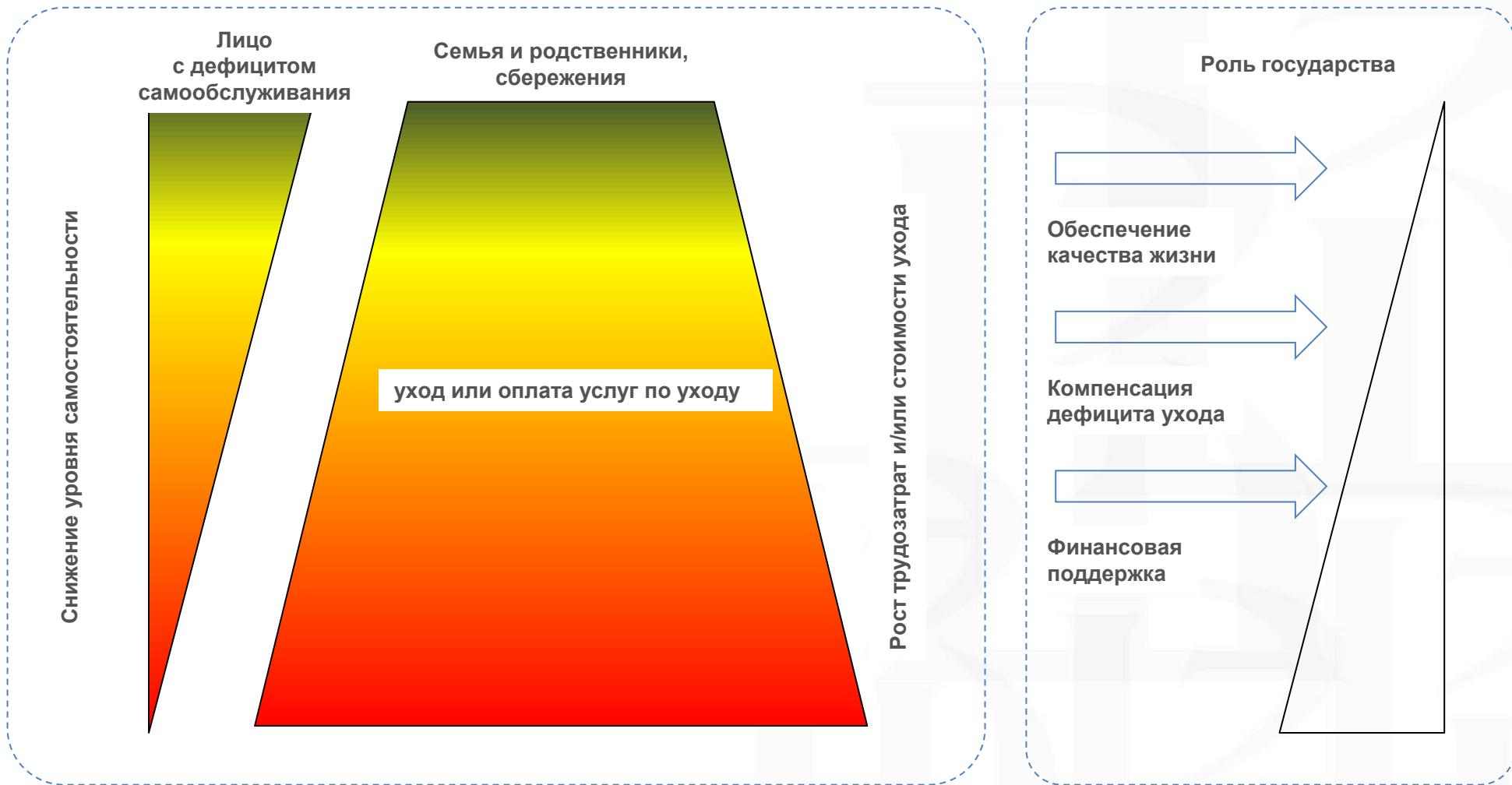
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ

# #7 Уроки и выводы

# 442-ФЗ и изменение роли региональных властей



# Качество жизни – определение роли государства



# Текущая структура формального и неформального ухода

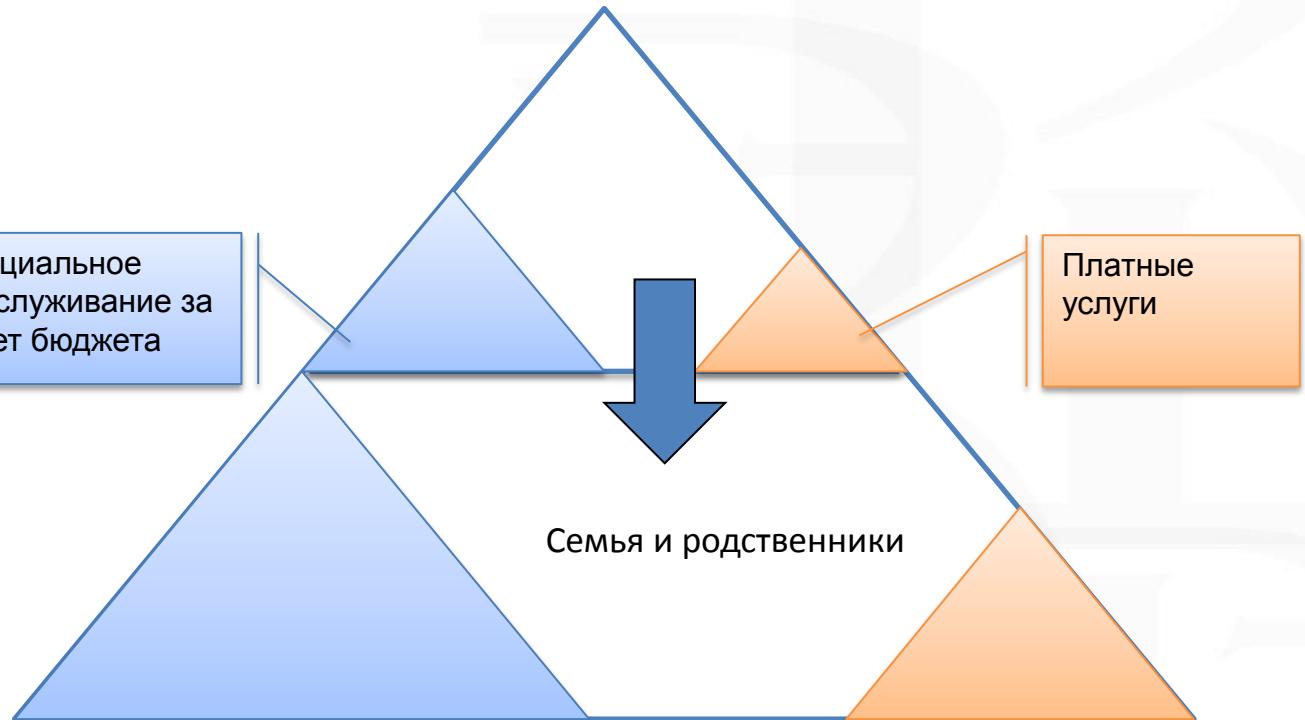
## Потребность в уходе

В стационарной форме

Социальное  
обслуживание за  
счет бюджета

В форме ухода на дому

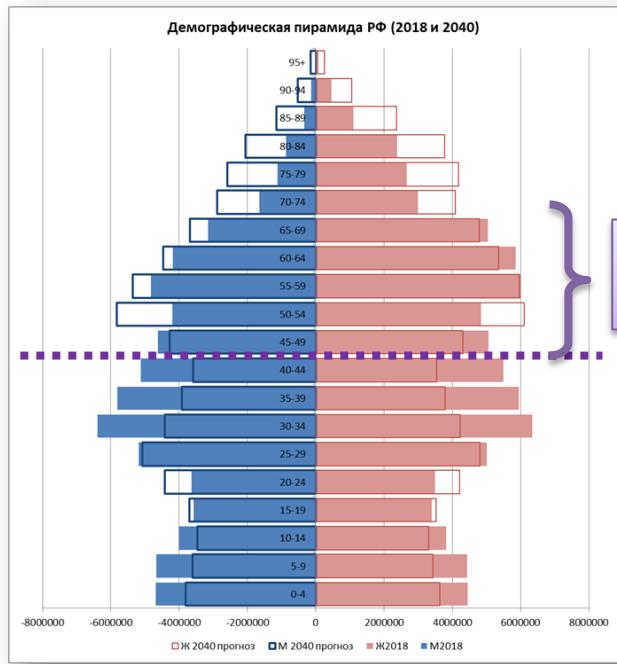
Платные  
услуги



### Критерии социального обслуживания:

- Дефицит самообслуживания
- Одиноко-проживающий
- Низкий уровень дохода

# Зарубежный опыт страхования расходов по постоянному постороннему уходу



Дополнительный тариф взносов в ФСС



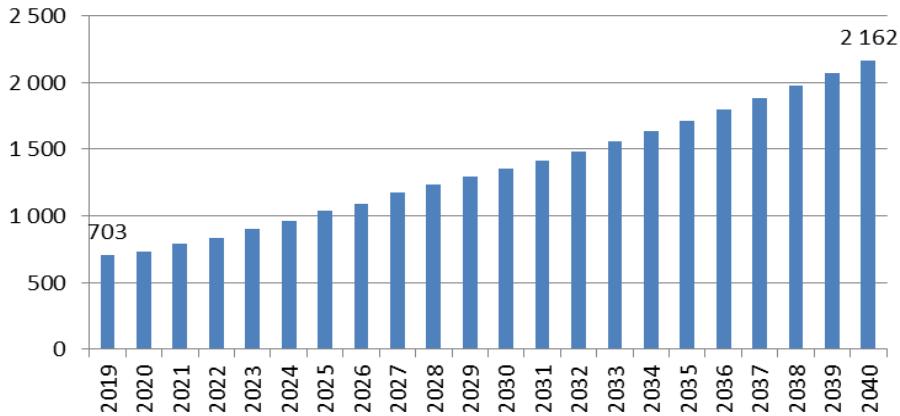
В случае введения нового вида социального страхования появляется дополнительный источник финансирования расходов по постоянному постороннему уходу для граждан со значительным дефицитом самообслуживания, не имеющих права на социальное обслуживание за счет бюджетных средств

## Примеры реализации

- Германия
- Япония

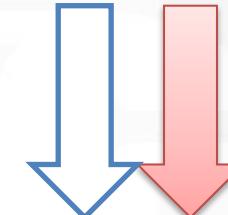
# Примерные параметры нового вида социального страхования

Доходы ФСС

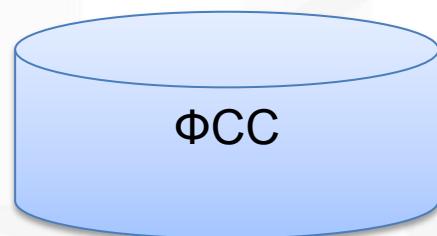


- Доходы ФСС в 2019 году составляют примерно 700 млрд рублей
- С учетом прогноза роста заработной платы и текущих ставок страховых взносов бюджет ФСС вырастет с 700 до 2164 млрд рублей

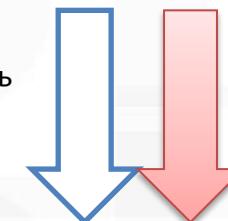
Текущий тариф  
5,4% ФОТ



Дополнительный  
тариф, уплачиваемый  
работниками 45+  
от 1% от ФОТ

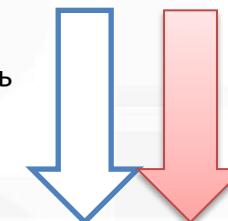


Временная  
нетрудоспособность



Компенсация расходов  
связанных с  
постоянным  
посторонним уходом

Производственные  
травмы и  
реабилитация



Выплачивается  
родственникам и/или  
организациям,  
оказывающим уход

# Стратегическое планирование доступности услуг и инфраструктуры ухода

- Федеральные органы исполнительной власти, региональные администрации и эксперты не имеют достоверных оценок реальной потребности в уходе и прогноза на ближайшие годы
  - Известно что потребность в уходе увеличивается с возрастом
  - Очевиден рост потребности в уходе за счет демографической волны
  - Очевиден рост потребности в уходе за счет увеличения продолжительности жизни
- Отсутствие прогнозов затрудняет стратегическое планирование
  - Ошибки в планировании государственных ресурсов, выделяемых на социальное обслуживание
  - Временной лаг между принятием решения и созданием новой инфраструктуры
  - Возрастающий дефицит инфраструктуры ухода будет приводить к снижению качества жизни

Потребность  
в капитальных  
инвестициях (CAPEX)  
**600-900** млрд.рублей

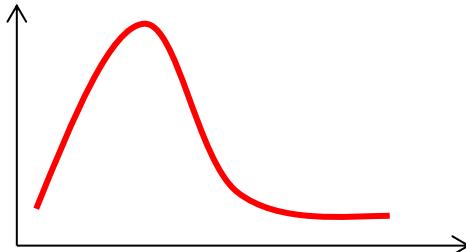
Увеличение текущего  
финансирования  
(OPEX)  
**150-200** млрд.рублей в год

# Стратегические развилики для развития инфраструктуры ухода

- Текущая модель финансирования не обеспечивает устойчивой базы для осуществления ухода
- Тарифы на оказания услуг не отвечают экономической действительности
- Финансирование осуществляется преимущественно в форме госзаказа для государственных бюджетных учреждений

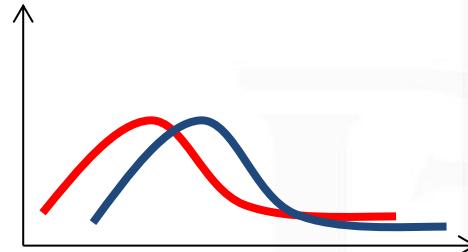
**Политическое решение об  
обеспечении потребности в  
инфраструктуре для пожилых**

**За счет  
государственных  
инвестиций**



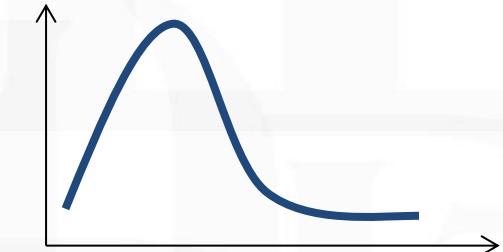
- Значительные бюджетные инвестиции в создание инфраструктуры для пожилых
- Сохранение системы государственных ПНИ и ПВТ и текущего порядка работы
- Отсутствие конкуренции и стимулов для совершенствования системы ухода

**В формате  
государственно-  
частного  
партнерство**



- Совместные инвестиции в создание инфраструктуры, в тч за счет предоставления участков, помещений и налоговых льгот

**За счет частных  
инвестиций**



- Создание благоприятных условий для инвестиций в сектор ухода
- Гарантию загрузки и недискриминационный доступ к бюджетному финансированию пациентов, выбравших частных провайдеров
- Учет в тарифе социальных услуг расходов на CAPEX и его амортизацию