

ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ МЕНЕДЖМЕНТ ЖӘНЕ МАРКЕТИНГТІҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО МЕНЕДЖМЕНТА И МАРКЕТИНГА

ACTUAL PROBLEMS OF MODERN MANAGEMENT AND MARKETING

УДК 338.24

Т.П. Притворова¹, Д.Е. Бектлеева¹, Г.С. Казизова²

¹Карагандинский государственный университет им.Е.А.Букетова;

²НИИ регионального развития, Караганда
(E-mail: nii_region@mail.ru)

Стратегический анализ системы длительного ухода в Казахстане: базовые характеристики, ограничения и возможности развития

Представлен стратегический анализ системы длительного ухода в Казахстане. Характеристика институционального обеспечения системы осуществлена по основным системообразующим элементам, разделенным на два уровня. Первый уровень определяет источники финансирования системы, критерии допуска в систему и взаимосвязанные с ними методы идентификации потребностей претендента на услуги. Системообразующие элементы второго уровня определяют совместные платежи и оплату труда неформальных попечителей. Выявлены базовые характеристики системы длительного ухода, ее слабые стороны и ограничения развития. На основе опроса в форме открытого интервью менеджеров всех уровней и работников системы длительного ухода определены возможности преодоления слабых сторон системы длительного ухода.

Ключевые слова: специальные социальные услуги, система длительного ухода, источники и методы финансирования системы, критерии допуска в систему, методы идентификации потребностей, соплатежи, монетизация.

Система предоставления специальных социальных услуг обеспечивает помощь граждан, которые в настоящий момент не могут самостоятельно заботиться о личной (семейной) жизни или принимать участие в общественной жизни. Основным нормативно-правовым актом, регулирующим право граждан на предоставление услуг длительного ухода, является Закон РК «О специальных социальных услугах» от 29 декабря 2008 г. № 114-IV. Согласно закону основными задачами государственной политики в сфере предоставления специальных социальных услуг являются:

- 1) создание условий для преодоления трудной жизненной ситуации в случае ее возникновения;
- 2) обеспечение гарантированным объемом специальных социальных услуг;
- 3) обеспечение соблюдения стандартов оказания специальных социальных услуг;
- 4) развитие системы мониторинга и оценки качества предоставляемых специальных социальных услуг;
- 5) обеспечение развития системы предоставления специальных социальных услуг;
- 6) осуществление государственного контроля за соблюдением законодательства Республики Казахстан о специальных социальных услугах;
- 7) развитие международного сотрудничества в сфере предоставления специальных социальных услуг [1].

Решение данных задач в системе длительного ухода требует определенного институционального обеспечения [2–5]. Характеристика институционального обеспечения системы длительного ухода в

Казахстане может быть сделана по основным системообразующим элементам, разделенным нами на два уровня.

Первый уровень определяет источники финансирования системы, критерии допуска в систему и взаимосвязанные с ними методы идентификации потребностей претендента на услуги [6–9]. Системообразующие элементы и механизмы первого уровня в Республике Казахстан позволяют идентифицировать ее как:

- 1) систему, финансируемую из налогов;
- 2) систему, ограничивающую вход по критериям пенсионного возраста, медицинским показаниям (инвалидность) и одинокого проживания в пределах населенного пункта;
- 3) систему, использующую только качественную оценку потребностей, при отсутствии четкой методики количественной оценки требуемого уровня ухода в часах работы персонала.

Системообразующие элементы второго уровня определяют:

- 1) совместные платежи;
- 2) оплату труда неформальных попечителей.

В целом базовыми характеристиками системы длительного ухода в Казахстане являются следующие:

- источник формирования ресурсов — бюджет;
- предоставление усреднённой услуги с достаточно широким доступом в систему, так как институциональные барьеры (нормы) либо отсутствуют, либо их достаточно легко обойти, так как процедура проверки и санкции за нарушение отсутствуют;
- функционирующая непрерывная цепочка оказания услуги (стационар, полустационар, ухода на дому).

В то же время можно выделить следующие слабые стороны системы длительного ухода в Казахстане:

- сметная модель распределения ресурсов системы;
- низкая адресность услуги: отсутствие порога входа в систему в объеме часов требуемого ухода или жизненно-важных услуг;
- методика оценки потребностей является формальной и не устанавливает связь между объемом жизненных потребностей и затратами труда социального работника по уходу;
- совместные платежи с клиентами и их детьми в системе отсутствуют;
- отсутствие учета и вознаграждения неформального ухода на основе монетизации специальных услуг;
- усредненная услуга на дому не позволяет индивидуализировать качество услуг для клиента.

Основными ограничениями в развитии системы длительного ухода в Казахстане являются:

- нормативно-правовая база фактически поддерживает институциональную высокозатратную для бюджета форму, связанную с отсутствием барьеров входа, отсутствием системы соплатежей, отсутствием возможностей обслуживать клиента на дому при высоком уровне потребностей;
- жесткий стандарт ССУ для стационаров с высокими нормами персонала на обслуживание инфраструктуры, на питание и одежду для клиентов, а также и широким перечнем услуг, которые не всегда выполняют даже государственные учреждения (например, профреабилитации);
- отсутствие специализированных отделений геронтологических услуг, которые могли бы принимать клиентов раз в год на лечение и в целом поддерживать их пребывание на дому;
- отсутствие монетизации услуг ССУ, хотя бы отдельных видов, что сдерживает развитие рынка услуг и предложение их со стороны некоммерческих и частных организаций;
- оценка проблем управления системой: финансирование, организация предоставления услуг и их возможности в удовлетворении индивидуальных потребностей клиентов.

Для определения возможностей преодоления слабых сторон системы длительного ухода нами был проведен опрос в форме открытого интервью менеджеров всех уровней и работников системы длительного ухода. Объем выборки представлен в таблице 1.

Объем и структура выборочного опроса менеджеров и работников системы длительного ухода, экспертов

№	Структурные подразделения системы	Категории респондентов	Количество респондентов	Примечание
1	Министерства здравоохранения и социального развития РК	Линейные менеджеры	2	Департамент социальных услуг
2	Областное управление координации занятости и социальных программ	Руководители отделов социальных нормативов и социальной помощи	3	Восточно-Казахстанская, Карагандинская, Павлодарская области
3	Городские и районные организации социального обслуживания на дому	Руководители городских и районных организаций надомного обслуживания	9	гг.Караганда, Сарань, Шахтинск, Бухаржырауский
		Консультанты по социальной работе организаций надомного обслуживания	9	р-н, Осакаровский р-н Карагандинской области;
		Социальные работники по уходу	54	Глубоковский р-н, г.Зыряновск, г.Усть-Каменогорск, Зыряновский р-н Восточно-Казахстанской области
4	Медико-социальные учреждения для инвалидов и престарелых	Руководители или заместители руководителей МСУ	5	г.Абай, г.Жезказган, г.Шахтинск (Шахан), г.Караганда (2 МСУ)

Примечание. Составлено авторами с использованием источника [10].

Для выявления полной картины функционирования рынка специальных социальных услуг были проведены экспертные опросы 4 частных организаций стационарного типа и 2 некоммерческих организаций, оказывающих услуги на дому.

Рассмотрим результаты опросов по категориям респондентов.

1. Государственные менеджеры высшего уровня оценивают систему длительного ухода как предоставляющую качественные услуги, в сравнении с субъектами частного сектора, услуги которых более низкого уровня. Системообразующие элементы оцениваются ими следующим образом:

– Финансирование системы рассматривают в аспекте проблем распределения бюджетных ресурсов и неудовлетворенности методом сметного финансирования МСУ, полустационаров и организаций надомного обслуживания. Считают, что необходим переход на нормативно-подушевое финансирование, которое позволит унифицировать расходы бюджета на клиента, независимо от региона проживания и уровня его потребностей. Действующая модель сметного финансирования расценивается как устаревшая и приводящая к чрезмерной дифференциации расходов на одного клиента в разных областях Казахстана.

– Идею введения страховой модели, как дополнительного источника финансовых ресурсов системы, не рассматривают как реальную в связи с тем, что стране в ближайшее время предстоит запуск системы медицинского страхования, а проблема бюджетных расходов на содержание системы длительного ухода остро не стоит.

– Вопросы корректировки условий предоставления услуг с целью усиления адресности их предоставления клиентам с более высоким уровнем потребностей не рассматриваются. Новый Стандарт специальных услуг введен в 2015 г. и в этом аспекте изменений не содержит. Введение порога входа в систему в часах ухода или перечню услуг по эффективному опыту развитых стран, так же как и проверка нуждаемости (доход, имущество), не предполагается. Есть осознание актуальности проверки претендентов на условия отсутствия детей (супруга) в стране, так как экспертные оценки по-

зволяют сделать вывод о значительной (до 50 %) доле клиентов домов престарелых, имеющих родственников в стране. Сама методика оценки потребностей не предполагается к изменению, даже как количественный подход и балльная оценка для облегчения нормирования труда работников сферы.

– Вопросы реализации принципа солидарности, т.е. совместных платежей, как с клиентами, так и с их детьми (супругами), за оказание специальных социальных услуг не рассматриваются и не считаются вопросами ближайшего будущего.

– Вопросы учета неформального ухода на основе монетизации специальных социальных услуг или оплаты труда родственников, ухаживающих за инвалидами и престарелыми, как временных социальных работников не рассматриваются и актуальными не считаются.

Эксперты данной группы хотели бы развития форм самоуправления для удовлетворения престарелыми и инвалидами потребностей в услугах типа объединенных домохозяйств, в которых люди сами оказывают помощь друг другу.

Итак, государственными менеджерами не обращается внимание на экономическую неэффективность и социальную уязвимость действующей системы длительного ухода. Экономическая неэффективность начинается с отсутствия порога входа, усиливается отсутствием проверки условий предоставления услуг, связанных с наличием родственников, совместных платежей со стороны клиентов и их детей (и/или супругов). Говоря о деинституционализации системы, государственные менеджеры упускают то, что нормативно-правовая база фактически поддерживает институциональную высокозатратную для государственного бюджета форму, связанную с отсутствием возможностей обслуживать клиента на дому при высоком уровне потребностей и поддерживаемую отсутствием системы соплатежей.

2. Государственные менеджеры областного уровня обозначили проблемы системы длительного ухода следующим образом:

– Главными уязвимыми нормативно-правовыми положениями системы считают: её бесплатность для всех, возможность заявить на словах отсутствие родных (детей, супруга) и отсутствие проверки заявления потенциального клиента. Такой институциональный порядок определяет бесконечно увеличивающийся поток клиентов в стационар, которые, по сути, ничем не ограничены в своих действиях и никак не участвуют в расходах государства на пожизненное содержание инвалида или престарелого в условиях достаточно дорогостоящей услуги.

– Отсутствие обязательств соплатежей или других форм материального участия в процессе оказания услуги со стороны клиентов приводит к тому, что престарелые могут поступить на постоянное место жительства в стационар, при этом сдавать свою квартиру и иметь доход на удовлетворение своих нужд. Особенно это касается столиц, где доходы от сдачи жилья внаем имеют значительную величину.

– Значительные затраты в содержании человека в стационаре складываются за счет высокого удельного веса затрат на инфраструктуру и некоторых прямых затрат, в частности обязательств по обеспечению одеждой по достаточно широкой номенклатуре. Доля затрат на инфраструктуру составляет примерно 50–53 %, на одежду и мягкий инвентарь достигает 7 % в удельных затратах на клиента, в то время как требуется далеко не всем.

3. Государственные менеджеры городского уровня оценили актуальные проблемы системы следующим образом:

– До сих пор корректно не разделены функции между медицинскими и социальными службами при оказании услуг на дому, т.е. они не могут сами договориться о четком их разделении. В результате на социальное обслуживание, как на более слабого партнера, ложится большая нагрузка.

– Непонятна и неправильна институциональная норма, при которой можно иметь детей в соседнем городе, которые никак не участвуют в жизни своего родителя — ни финансово, ни фактически, но считают, что государство должно оказывать ему бесплатные услуги (как это прописано в законе). При этом ещё и пенсия родителя оказывается объектом интереса детей.

– Существует проблема ухода за престарелыми и инвалидами с высоким уровнем потребностей в уходе, при этом семья состоит из двух человек, причем второй (дети, супруг) не имеет возможности официально работать. В этом случае многие стремятся оформить инвалидность, для того чтобы получать пособие на услуги сопровождения. В результате клиент получает пособие на услуги сопровождения, а фактически ему оказывается родственником (или кем-то другим) услуга патронажного ухода. Семей с такими проблемами немного, но они есть. Получается, что дети или супруг ока-

зывают своему близкому человеку услугу, иногда круглосуточного ухода, но вследствие этого не имеют возможности работать. Если учесть, что такой индивид может придерживаться такого образа жизни достаточно долго, 10–20 лет, то за это время семья скатывается в нищету.

4. Руководители организаций социальной помощи на дому оценивают элементы действующей системы следующим образом:

– Считают официальную методику оценки потребностей неконкретной и трудно реализуемой на практике. Используют её формально для заполнения требуемых форм отчетности. Отсутствие количественной методики оценки потребностей в уходе компенсируют опытом работы и приблизительным планированием затрат времени по ориентировочно определяемым группам клиентов для обеспечения более или менее равномерной нагрузки на социальных работников по уходу.

– В сельской местности, в связи с преобладанием неблагоустроенных домов, в которых проживают клиенты, и отсутствием внутриселского транспорта, затраты времени даже на клиентов со средним уровнем потребностей гораздо более значительны, чем предполагается в нормативно-правовой базе.

– Главной проблемой действующей системы считают отсутствие специализированного отделения геронтологических услуг для помещения на временное пребывание и лечение клиентов со средним и высоким уровнем потребностей. Частично это компенсирует клиника сестринского ухода, но пребывание дольше одного месяца в этой клинике невозможно. В связи с этим клиентов, нуждающихся в уходе за пределами дневного рабочего времени, необходимо отправлять в стационар, даже если они этого не желают.

– В организациях надомного ухода фактически не выделяются средства на материальное обеспечение деятельности социального работника по уходу, на повышение их квалификации. Социальные работники по уходу не имеют квалификационных навыков по уходу за клиентами с высоким уровнем потребностей, т.е. за ослабленными, лежачими клиентами, хотя и не нуждающимися в конкретной медицинской помощи.

5. Социальные работники по уходу выделили следующие несовершенства системы:

– Отсутствие барьера входа в систему в виде объема потребностей в уходе приводит к тому, что больше половины клиентов, обслуживаемых системой, могут все услуги оказывать себе сами. Они используют социального работника для оплаты коммунальных услуг, мытья полов и окон, приготовления обедов и т.д. Сами в это время делают свои дела или просто совершают прогулки.

– Одновременно клиенты со средним и высоким уровнем потребностей недополучают внимания и услуг от социального работника по уходу, так как нормы обслуживания не позволяют ему обеспечивать для клиента необходимое ему индивидуальное качество услуг.

6. Некоммерческие и частные организации, действующие на рынке специальных социальных услуг, оценили проблемы участия в предложении услуг клиентам за счет средств государственного бюджета следующим образом: высокие требования официального Стандарта специальных социальных услуг, которые неприемлемы для частных организаций, и не по фактическому положению дел не выполняются и государственными организациями. Эти требования касаются:

А) *качества оказываемых услуг*. Например, в рамках услуги социально-трудовой реабилитации с целью формирования трудовых навыков, знаний и умений лицам старше восемнадцати лет, инвалидам и престарелым, исходя из их индивидуальных потребностей, назначаются виды трудовой деятельности, обеспечивающие активное участие получателей услуг в мероприятиях по обучению доступным профессиональным навыкам, способствующим восстановлению их личностного и социального статуса:

– проведение лечебно-трудовой деятельности осуществляется в специально организованных кабинетах (мастерских) и обеспечивает создание в организациях стационарного типа таких условий, которые позволят вовлечь получателей услуг в различные формы жизнедеятельности с учетом состояния их здоровья;

– для формирования посильных трудовых навыков у лиц старше восемнадцати лет и инвалидов, а также для восстановления утерянных бытовых навыков у престарелых и лиц старше восемнадцати лет организовываются фронтальные или индивидуальные занятия;

– мероприятия по обучению доступным профессиональным навыкам, восстановлению личностного и социального статуса проводятся в специально оборудованных кабинетах;

- профессиональная реабилитация инвалидов способствует максимально возможному восстановлению их профессиональных навыков и овладению новыми профессиями;
- профессиональная ориентация детей с нарушениями ОДА, инвалидов сопровождается мероприятиями, способными помочь им в выборе профессии;
- мероприятия по обследованию имеющихся трудовых навыков у получателей услуг проводятся с учетом их индивидуальных особенностей, степени ограничения возможностей, физического и психического состояния получателей услуг.

В условиях отсутствия во многих регионах профессиональных реабилитационных центров и отсутствия в государственных учреждениях профреабилитационных услуг, профессиональной ориентации требование представляется явно завышенным для частных стационаров.

Б) *структуры персонала*, в которой согласно стандарту заложено огромное количество обслуживающих инфраструктуру должностей, что для частного учреждения неприемлемо. Кроме этого, нормы питания и одежды для клиентов, заложенные в Стандарте, также представляются экспертам из частного и некоммерческого сектора завышенными.

Кроме этого, экспертами частных и некоммерческих организаций отмечается отсутствие монетизации специальных социальных услуг в Республике Казахстан, которая реально обеспечит условия равной конкуренции между государственным, коммерческим и некоммерческим секторами и будет способствовать притоку части клиентов из государственного сектора. Причем клиенты эти придут не за инфраструктурой, а за реальными услугами, которые оказываются организацией.

Подводя итоги данного исследования, можно выделить следующие возможности для трансформации системы длительного ухода в Казахстане:

- переход на нормативно-подушевое финансирование и удельные затраты на клиента [11, 12];
- введение официальной методики оценки потребностей, устанавливающей связь между уровнем требуемого ухода и нагрузкой на работников, оказывающих прямые услуги клиенту. Это станет основой моделирования затрат учреждения, а также расчета цены при изменении статуса МСУ с РКГП на ПХВ (Право хозяйственного ведения), что позволяет привлекать клиентов с рынка;
- введение официального порога входа в систему в часах требуемого ухода или перечня действий, которые клиент не может выполнить самостоятельно, для улучшения принципа адресности предоставления услуг;
- улучшение равномерности территориального доступа к ССУ как созданием домов малой вместимости комбинированного типа, так и поддержкой домохозяйств, в которых граждане совместно проживают и оказывают помощь друг другу;
- пересмотр содержания Стандартов услуг с позиций: 1) применения эффективных методов, технологий и средств оказания услуг; 2) включение только существенных нормативов ресурсообеспечения (персонал, оказывающий прямые услуги, средства реабилитации и т.п.);
- введение принципа солидарного участия гражданина, его семьи и государства в предоставлении услуг длительного ухода (соплатежи);
- монетизация ССУ, что создаст предпосылки для учета услуг неформального ухода и будет способствовать развитию конкуренции на рынке специальных социальных услуг.

Список литературы

- 1 Закон Республики Казахстан от 29 декабря 2008 г. № 114-IV «О специальных социальных услугах» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 03.12.2015 г.). — [ЭП]. Режим доступа: <http://www.zakon.kz/61236-zakon-respubliki-kazakhstan-ot-29.html>.
- 2 Fernandez J.-L., Forder J., Trukeschitz B., Rokosova M., McDaid D. How can European states design efficient, equitable and sustainable funding systems for long-term care for older people? Health systems and policy analysis, policy brief. — 2009. — 11. — [ER]. Access mode: www.euro.who.int/__data/assets/.../E92561.pdf.
- 3 Wanless D., Forder J., Fernandez J-L et al. Securing good care for older people: taking a long term view. — London: King'sFund, 2006.
- 4 American Association of Retired Persons. European experiences with longterm care: France, the Netherlands, Norway and the UK. — Washington, DC: AARP Public Policy Institute, 2006.
- 5 Commission of the European Communities. Long-term care in the European Union. Brussels: Commission of the European Communities, DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2008. — [ER]. Access mode: http://ec.europa.eu/employment_social/news/2008/apr/long_term_care_en.pdf, accessed 9 April 2009). 36

6 NFO Systems. Three Social Research and MORI Scotland. Public attitudes to the provision of free personal care // Health and community care research findings No. 3. — Edinburgh: Scottish Executive Central Research Unit, 2001.

7 Matthews R.J., Smith L.K., Hancock R.M. et al. Socioeconomic factors associated with the onset of disability in older age: a longitudinal study of people aged 75 years and over // Social Science and Medicine. — 2005, 61 (7). — P. 1567–1575.

8 Fernandez J.L., Forder J. Consequences of local variations in social care on the performance of the acute health care sector // Applied Economics. — 2008, 40 (12):1503–1518.

9 Da Roit B., Le Bihan B., Oesterle A. Long-term care policies in Italy, Austria and France: variations in cash-for-care schemes // Social Policy and Administration. — 2007, 41 (6). — P. 653–671.

10 Об утверждении стандартов оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 26 марта 2015 г. — № 165. — [ЭР]. Режим доступа: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31081071

11 Притворова Т.П., Бектлеева Д.Е., Утебаева Ж.К., Жанайдарова Г. Развитие предоставления специальных социальных услуг на дому // Вестн. регионального развития. — 2011. — № 4 (30). — С. 4–93.

12 Определение единого подхода к финансированию специальных социальных услуг и нормативной потребности в организациях, предоставляющих специальные социальные услуги, с учетом регионального аспекта. Отчет НИИ регионального развития по гранту ПРООН, 2012. — 180 с.

Т.П. Притворова, Д.Е. Бектлеева, Г.С. Казизова

Қазақстандағы ұзақ уақыт күту жүйесінің стратегиялық талдауы: негізгі сипаттары, дамуының шектеулері мен мүмкіндіктері

Мақалада Қазақстандағы ұзақ уақыт күту жүйесінің стратегиялық талдауы көрсетілген. Жүйенің институционалдық қамсыздандырудың сипаттамасы екі деңгейге бөлінген негізгі құрылымдық элементтер арқылы орындалады. Бірінші деңгей жүйенің қаржыландыру көздерін, жүйеге кіру белгілерін және олармен өзара байланысты үміткердің көрсетілетін қызметтерді қажетсіну бойынша сәйкестендірудің әдістерін анықтайды. Екінші деңгейдегі жүйе құрушы элементтері бейресми қамқоршылардың бірлескен төлемдері мен еңбекақы төлемдерін сипаттайды. Ұзақ уақыт күту жүйесінің негізгі сипаттарымен қоса оның әлсіз жақтары мен дамуының шектеулері айқындалды. Барлық деңгейлі менеджерлерімен ұзақ уақыт күту жүйесінің қызметкерлерден ашық интервью түрінде алынған сауалнама бойынша ұзақ уақыт күту жүйесінің әлсіз жақтарын еңсерудің мүмкіншіліктері анықталды.

T.P. Pritvorova, D.E. Bektleeva, G.S. Kazizova

Strategic analysis of the long-term care system in Kazakhstan: basic characteristics, restrictions and possibilities of development

The article presents a strategic analysis of long-term care system in Kazakhstan. Institutional support characteristics of the system are carried out for the main strategic elements, which are divided into two levels. The first level defines the sources of system funding, the criteria for admission in to the system and interrelated with them methods of identification needs for services. Strategic elements of the second-level elements determine the co-payments and remuneration for the work of informal guardians. Basic characteristics of long-term care system, its weaknesses and limitations of development were identified. Based on the survey in the form of an open interview of managers and employees of all levels of the system of long-term care opportunities to overcome the weaknesses of the long-term care system were identified.

References

- 1 The Law of the Republic of Kazakhstan dated December 29, 2008, № 114-IV «About special social services» (with amendments and additions as at 03.12.2015). — [ER]. Access mode: <http://www.zakon.kz/61236-zakon-respubliki-kazakhstan-ot-29.html>
- 2 Fernandez J.-L., Forder J., Trukeschitz B., Rokosova M., McDauid D. *How can European states design efficient, equitable and sustainable funding systems for long-term care for older people? Health systems and policy analysis, policy brief*, 11. 2009, [ER]. Access mode: www.euro.who.int/__data/assets/.../E92561.pdf.
- 3 Wanless D., Forder J., Fernandez J-L et al. *Securing good care for older people: taking a long term view*, London: King'sFund, 2006.
- 4 *American Association of Retired Persons. European experiences with longterm care: France, the Netherlands, Norway and the UK*. Washington, DC: AARP Public Policy Institute, 2006.

- 5 Commission of the European Communities. Long-term care in the European Union. Brussels: Commission of the European Communities, DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2008, [ER]. Access mode: http://ec.europa.eu/employment_social/news/2008/apr/long_term_care_en.pdf, accessed 9 April 2009). 36
- 6 *NFO Systems, Three Social Research and MORI Scotland. Public attitudes to the provision of free personal care. Health and community care research findings No. 3*, Edinburgh: Scottish Executive Central Research Unit, 2001.
- 7 Matthews R.J., Smith L.K., Hancock R.M. et al. *Socioeconomic factors associated with the onset of disability in older age: a longitudinal study of people aged 75 years and over*, *Social Science and Medicine*, 2005, 61 (7): 1567–1575.
- 8 Fernandez J.L., Forder J. *Applied Economics*, 2008, 40 (12): 1503–1518.
- 9 Da Roit B., Le Bihan B., Oesterle A. *Social Policy and Administration*, 2007, 41 (6): 653–671.
- 10 On approval of standards for providing special social services in the sphere of social protection of the population. The Order of the Minister of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan dated March 26, 2015, 165, [ER]. Access mode: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31081071
- 11 Pritvorova T.P., Bektleeva D.E., Utebaeva J.K., Zanjadarova G. *Bulletin of regional development*, 2011, 4 (30), p. 4–93.
- 12 Determination of the unified approach to the financing of special social services and regulatory needs for organizations that provide specialized social services, taking into account the regional aspects. Report of the Scientific Research Institute of Regional Development according to the grant from UNDP, 2012, 180 p.

Репозиторий КАРМ