

УДК 614.2+364(485)

**СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ: ОПЫТ ШВЕЦИИ**

**Рождественская Елена Михайловна<sup>1</sup>,**  
elena.rojdestvenskaya@gmail.com

**Ермушко Жанна Александровна<sup>1</sup>,**  
ermu@mail.ru

<sup>1</sup> Национальный исследовательский Томский политехнический университет,  
Россия, 634050, г. Томск, пр. Ленина, 30.

**Рождественская Елена Михайловна**, старший преподаватель Школы инженерного предпринимательства Национального исследовательского Томского политехнического университета.

**Ермушко Жанна Александровна**, кандидат экономических наук, доцент Школы инженерного предпринимательства Национального исследовательского Томского политехнического университета.

*В условиях перехода к экономике знаний от качества социально-экономической политики государства будет зависеть качество человеческого капитала как основного ресурса новой экономической системы. Актуальной проблемой становится институциональный дизайн социально-экономических механизмов государственного управления. **Целью** работы является анализ уровней сопряженного функционирования системы здравоохранения и социальной защиты в социально ориентированной экономике Швеции. **Методы исследования:** сравнительно-сопоставительный анализ статистических и научных материалов, институциональный подход к моделированию экономического содержания государственной социальной политики. **Результаты.** На основе анализа материалов Йенчепингского университета выявлены положительные и отрицательные воздействия от взаимодействия бизнеса и государства в данных сферах. Разработана институциональная модель системы здравоохранения и социальной защиты в Швеции. Рассмотрены основные источники финансирования выделенных сегментов системы, дана экспертная оценка возможности внедрения шведского опыта в практику функционирования системы здравоохранения и социальной защиты в России. Рассмотрены и систематизированы лучшие практики работы с пожилыми людьми на примере коммуны г. Йенчепинг. Сделан вывод о том, что шведские практики характеризуются как передовые уникальные методы организации государства всеобщего благосостояния.*

**Ключевые слова:** Зарубежные практики, система здравоохранения, социальная защита, распределение доходов, система налогообложения, государственное регулирование, опыт Швеции.

**Введение**

Реформа системы здравоохранения и социальной защиты в Швеции началась сравнительно давно, в 30-е годы 20 столетия, и является наиболее успешной по результативности. Следовательно, опыт именно этой страновой экономики интересен для исследования, системного анализа и возможности внедрения лучших практик в российскую действительность.

Швеция была одной из первых наций, которая столкнулась с проблемой быстрого старения населения, т. е. с феноменом так называемой «седой революции» [1]. В последние 25 лет наблюдается особенно быстрое увеличение доли населения в возрасте 85 лет и старше (рис. 1). Особенно высокий процент 85-летних людей среди женщин Швеции, у мужчин этот процент ниже [2]. Структура населения Швеции изменялась

настолько быстро, что из треугольника в 1990-е годы она трансформировалась в прямоугольник в 2012 году, что говорит о значительном увеличении количества зрелых и пожилых людей по отношению к молодым и детям.

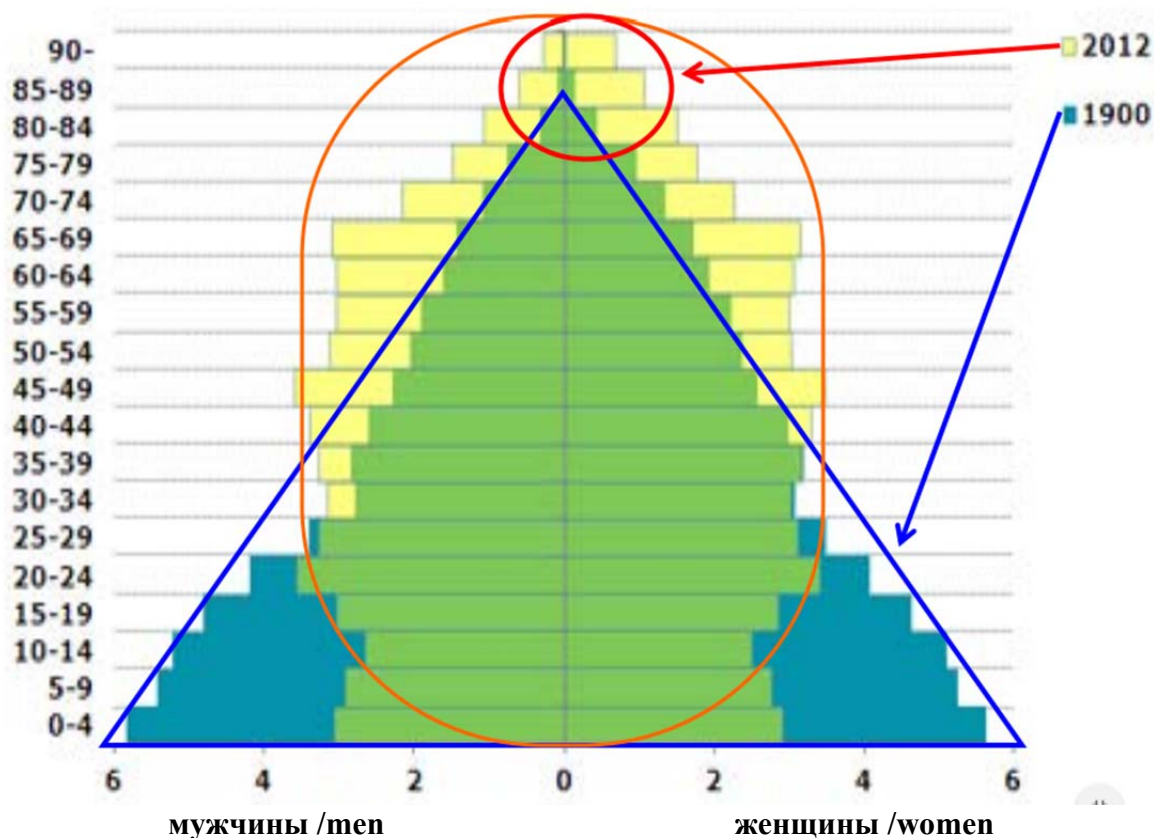


Рис. 1. Половозрастная структура населения Швеции 1900 года в сравнении с 2012 годом [3]

Fig. 1. Sweden population makeup according to sex and age in 1900 compared to 2012 [3]

В связи с данным обстоятельством для правительства Швеции стал актуальным вопрос о системе государственного регулирования социальной работы. Чтобы ответить на этот вопрос, следует обратиться к структуре государственного управления в Швеции и изучить систему перераспределения доходов [4].

В Швеции 7 окружных советов и 13 регионов – все вместе 20 региональных институтов. Они несут ответственность в том числе за больничный уход и первичную помощь. Данные региональные институты для поддержания процесса функционирования системы здравоохранения и социальной защиты могут нанимать сотрудников всех профессий [5].

Каждый окружной совет состоит из нескольких муниципалитетов. Шведские муниципалитеты сами устанавливают ставку подоходного налога для своих жителей и принимают решение о том, как эти деньги должны расходоваться. Такая система называется муниципальным самоуправлением. В стране 290 муниципальных образований несут ответственность за уход за пожилыми людьми, включая домашнее здравоохранение (кроме Стокгольма), но муниципалитеты не нанимают врачей, а только прочий медицинский персонал [6].

Внутри каждого муниципалитета есть так называемая муниципальная комиссия, которая представляет собой группу чиновников, занимающихся работой в определенной сфере, относящейся к компетенции муниципалитета, например в сфере школьного образования, медико-социального обслуживания пожилых людей, социальной службы, досуга и культуры.

С наступлением старости и появлением потребностей в помощи пожилой человек может обратиться в муниципалитет по месту жительства, который помогает людям преклонного возраста оставаться дома. Если пожилой человек не справляется без посторонней помощи, он может переехать в центр медико-социального обслуживания, где есть специальное жилье с обслуживающим персоналом и услугами по уходу. Если пожилой человек нуждается в получении места в доме-интернате для престарелых, нужно обратиться к муниципальным чиновникам, принимающим решение о предоставлении такой услуги. Инспектор по оказанию помощи определяет, можно ли данному пожилому человеку выделить квартиру в доме-интернате. Места в этом учреждении распределяются прежде всего среди тех, кто больше всего нуждается в помощи и уходе.

Муниципалитет может предложить медицинский уход и обслуживание на дому. Такие услуги оказывает социальная служба помощи на дому [7].

Финансирование всей системы здравоохранения и социальной защиты идет за счет государственных расходов бюджета. Система сбора налогов трехуровневая (рис. 2).

Система налогообложения Швеции Sweden Taxation	Национальный уровень (ставки действуют на всей территории страны) National level (national rates)
	Региональный уровень (региональные ставки налогов различны в зависимости от региона) Regional level (regional rates)
	Уровень коммун/муниципалитетов (различаются даже в пределах одного региона) Municipality level (local rates)

*Рис. 2. Налоговая система в Швеции*

*Fig. 2. Fiscal system in Sweden*

Законодательная база для функционирования системы здравоохранения и социальной защиты представлена в Швеции двумя основными правовыми актами: Акт о системе здравоохранения и Акт о социальной службе. В основе законодательной системы заложены принципы экономической и социальной безопасности, равенства в условиях жизни и проактивности общества.

Равенство в условиях жизни подразумевает недискриминационный доступ к социальным сервисам и государственным институтам вне зависимости от пола, возраста, расы и других признаков. Проактивность общества – это способ функционирования и взаимодействия в рамках гражданского общества при созданных механизмах инициирования новых идей и решений каждым членом такого общества, делегирование центра управления системой здравоохранения и социальной защиты на места и за счет локальных налогоплательщиков.

*Акт о системе здравоохранения* [8]:

«§ 1. К здравоохранению в соответствии с настоящим Законом относятся: медицинская профилактика, обследование и лечение заболеваний и травм. Здравоохранение также включает медицинскую транспортировку. В случае стоматологической помощи существуют специальные правовые положения. Закон (1992: 567).

§ 2. Цель здравоохранения – здоровье населения и забота о равных условиях получения качественной медицинской помощи для всех. Тем, кто больше всего нуждается в медицинской помощи, следует оказывать преференциальный доступ к уходу. Закон (1997: 142)».

*Акт о социальной службе* [9]:

«§ 1. Процесс оказания социальных услуг основан на принципах демократии и солидарности:

- экономическое и социальное обеспечение;
- равенство условий жизни;
- активное участие в жизни общества».

Средняя продолжительность жизни в Швеции составляет приблизительно 81 год для мужчин и 85 лет для женщин [10]. На сегодняшний день государство может профинансировать оказание социальной защиты только около 42 % от общего числа нуждающихся в социальной поддержке, остальная часть потребностей обеспечивается за счет неформальных институтов [11].

### **Методология исследования**

Основной научной проблемой теории благосостояния является поиск механизмов улучшения уровня и качества жизни общества в целом. Но если с вопросом измеримости благосостояния определенная ясность имеется (в современной экономической теории используется термин благополучие [12]), то лучшая модель благосостояния как институциональный механизм еще не названа. Общепризнанным является глубокий интерес, проявляемый к моделям Скандинавских стран, построенным на основе ориентации на развитие личности и социума в целом в сочетании с капиталистически-рыночными механизмами [1, 3, 4, 13–15].

Термины «благосостояние» и «благополучие» следует различать. Благосостояние – это категория экономической науки, в том время как благополучие используется в других областях знания и является категорией мультидисциплинарной. При желании подчеркнуть мультидисциплинарный характер проблемы следует использовать категорию благополучия, а категория благосостояния прекрасно гармонирует в экономическом контексте в рамках исследования материального и нематериального уровня и качества жизни как проблемы теории благосостояния.

Исследование выполнено на основе сравнительно-сопоставительного анализа материалов, полученных в ходе прохождения стажировки в Институте геронтологии Йенчепингского университета (30 Октября – 3 Ноября 2017, г. Йенчепинг). В центре внимания находится проблема институционального оформления системы здравоохранения и социальной защиты в модели благосостояния стран Скандинавского полуострова на основе выделения опыта Швеции как ведущей скандинавской страновой экономики. Путем системного подхода к решению проблемы выделяются элементы экономической подсистемы государственных практик социальной работы. Рассматриваются лучшие практики социально-экономической политики в отношении граждан третьего и четвертого возраста на основе изучения опыта в муниципалитете г. Йенчепинга.

### **Шведские практики в области здравоохранения и социальной защиты пожилых людей**

Система здравоохранения и социальной защиты Швеции рассматривается в данной статье на примере коммуны г. Йенчепинга. Численность региона составляет 330 179 жителей (или 13 коммун/муниципалитетов) – это пятый по численности регион в Швеции [16].

Выделяются следующие основные направления в области здравоохранения и социальной защиты пожилых людей в г. Йенчепинге [4]:

1. Сестринские дома / дома престарелых.
2. Мобильные гериатрические и паллиативные бригады.
3. Госпиталь/больница.
4. Социальная служба.
5. Поликлиника.

Швеция имеет давнюю традицию государственного, муниципального финансирования системы здравоохранения и социальной защиты, и государство несет ответственность за бедных, незащищенных, больных и пожилых людей, которые не могут поддерживать себя или получать поддержку от семьи.

Формальный уход по старости финансируется за счет местных налогов на основе сложной национальной формулы перераспределения налоговых поступлений.

Пример деятельности, выполняемой муниципалитетом: г. Йенчепинг включает в себя следующие функции:

- охранная сигнализация;
- домашние справочные службы (включая «питание на колесах»);
- дневной уход / отдых;
- дома престарелых.

Доля пожилых людей, получающих помощь от Службы поддержки, уменьшилась за последние несколько лет, хотя фактическое число пожилых людей, получающих помощь в виде домашних услуг, увеличилось. Примерно 3 % пожилых людей в возрасте 65–79 лет и примерно 20 % 80-летних получали домашние услуги в 2013 году [3].

В 2008 году Шведское национальное управление здравоохранения и благосостояния предложило осуществить реформу в области здравоохранения в связи с увеличением числа людей преклонного возраста. Предложено было сместить акцент с формальной институциональной помощи пожилым людям (госпиталь и дома престарелых) на приоритет ухода на дому за нуждающимися и пожилыми людьми. В связи с этими изменениями в направлениях политики социальной защиты и здравоохранения качественно меняется и сама структура данных сфер. Например, на современном этапе развития системы здравоохранения появляются мобильные и паллиативные группы/бригады, обслуживание пожилых людей на дому [17].

Региональный совет г. Йенчепинга принял решение провести данную реформу в 2012–2013, и ответственность за оказание домашней медицинской помощи пожилым людям была передана окружными советами 13 различным муниципалитетам [18]. Общая цель этого проекта заключалась в том, чтобы проанализировать качество функции поддержания здоровья пожилых людей на дому после реформы, по сравнению с качеством данной функции до процесса реформирования с учетом разных точек зрения. Несмотря на то, что значительное количество функций по уходу перешло на уровень домашнего обслуживания, эффект от реформы недостаточно изучен до сих пор, т. к. не исследовано в нужном объеме отношение пожилых людей о качестве домашнего ухода. Очень важно учитывать их мнение, когда общество планирует улучшение качества

ухода за пожилыми людьми. Например, большое значение имеет представление пожилых людей о компетентности, непрерывности и доступности помощи на дому, нет количественных измерителей степени удовлетворенности контингента качеством оказываемых услуг, нет сравнительных характеристик сопряженности данных измерителей с показателями качества жизни на национальном уровне.

Муниципалитет г. Йенчепинга предоставляет поддержку семье пожилых родственников с 1990-х годов. С 2009 года в рамках муниципалитета действуют «Группы поддержки семьи», задача которых научить родственников оказывать помощь пожилым родственникам. На современном этапе продолжается процесс развития системы поддержки семьи пожилых людей в г. Йенчепинге, муниципалитет развивает данную систему поэтапно и на постоянной основе [19].

В рамках развития проактивности общества в сфере социальной поддержки пожилых людей развиваются проекты специальных клубов «для тех, кому за» по типу кофейни. В рамках этой активности пожилые люди получили возможность собираться вместе в уютном месте, планировать мероприятия, устраивать различные конкурсы, совместные поездки. Такой клуб помогает оставаться вовлеченным в социальную жизнь, поддерживает постоянные социальные контакты. Организация работает за счет средств коммуны и имеет внебюджетные заработки от выручки с продажи чая/кофе и выпечки. В клубе работают волонтеры в возрасте от 65 лет.

В регионе г. Йенчепинга действуют три госпиталя [20]:

- Риховская региональная больница;
- госпиталь Хогланд Эксьо;
- госпиталь Варнамо.

Они оказывают специализированную помощь в области (рис. 3):

- диагностики;
- лабораторные образцы;
- лечение;
- реабилитация.

• Скорая медицинская помощь/Acute care
• Детская и подростковая медицинская помощь/Child- and adolescent medical care
• Детская и подростковая психиатрическая помощь/Child- and adolescent psychiatric care
• Поведенческая медицина/Behavioral medicine unit
• Гериатрическая клиника/Geriatric clinic
• Реабилитационный центр/Rehabilitation centre
• Блок технической поддержки/Technical aids unit
• Дерматологическая клиника/Dermatological clinic
• Клиника инфекционных заболеваний/Infectious diseases clinic
• Хирургическая клиника/Surgical clinic
• Физиология клиники/Clinic fysiology
• Гинекология и др./Gynaecology

*Рис. 3. Основные направления деятельности Риховской региональной больницы (г. Йенчепинг, Швеция) [21]*

*Fig. 3. Activities of Ryhov County Hospital in Jönköping, Sweden [21]*

Рассмотрим систему устройства госпиталя на примере Риховской региональной больницы, которая занимает призовые места как лучший госпиталь Швеции [22]. В день в госпитале обслуживается в среднем 60 пациентов, рождается 5 детей, проводится порядка 300 радиодиагностик, включая МРТ и маммограммы, 25 человек сдают кровь как доноры, проводится около 5300 лабораторных анализов, поступает 13 000 телефонных звонков и 12 000 писем, вывозится до 3 тонн мусора [21].

В основном направления деятельности шведского госпиталя не отличаются от аналогичного российского. Однако следует выделить работы гериатрической клиники, что для российской действительности является новым и неизученным направлением. Гериатрическое отделение занимается лечением пожилых людей. Согласно Постановлению Правительства от 2005 года в Швеции приходится порядка 5,5 медицинских специалистов на каждые 100 тыс. жителей. В апреле 2016 года гериатрическое отделение в Рейхофе было реорганизовано, удалось сократить количество койко-мест с 55 в общем до 21. Такая оптимизация стала возможна благодаря нововведениям в области здравоохранения (рис. 4).



Рис. 4. Нововведения системы здравоохранения пожилых людей (г. Йенчепинг, Швеция). Составлено на основе [3, 4, 11, 18, 23]

Fig. 4. Developments on health care system of elderly in Jönköping, Sweden [3, 4, 11, 18, 23]

В результате введения новых мобильных практик работы и смещения акцентов на обеспечение ухода на дому, количество пациентов выросло при общем сокращении койко-мест [2, 5–7, 11]. Так, в среднем, паллиативные бригады (выезжают для медикаментозного облегчения последних дней) обслуживают 60–80 пациентов, мобильные гериатрические бригады – 90–100 пациентов, т. е. фактически произошло расширение зоны обслуживания с 55 пациентов до порядка 200 (почти в 4 раза!) [22]. Качество медицинской и социальной помощи возросло, расходы на обеспечение системы стали еще эффективнее. Кроме того, сократилось среднее количество дней в госпитале до 4–5 в среднем благодаря системе кооперации с социальной защитой и поликлиниками [16]. В Швеции не принято лечить простые и неопасные заболевания по типу простуды в госпитале, обычно в этом случае назначается парацетамол и обильное питье. Антибиотики в строгом запрете для лечения в бытовых условиях и отпускаются по рецепту.

Мобильные гериатрические бригады – это нововведения г. Йенчепинге и инициатива заведующего гериатрическим отделением Индиры Лиесто [23]. Такие бригады

оснащены оборудованием мобильной лаборатории для проведения всевозможных анализов и диагностики на дому у пациента. В подразделении работает пять докторов и пять медсестер. Этот состав обслуживает 90–100 пациентов в месяц на дому, частота визита зависит от предписания врача. Основная цель создания таких бригад – разгрузить госпиталь от пациентов, которые, по сути, нуждаются только в диагностике и контроле хода лечения в пожилом возрасте. Ранее такие пациенты доставлялись в госпиталь на 4–5 дней для проведения комплексной диагностики и контроля хода лечения и специальных назначений препаратов. Теперь стало возможно проводить все эти процедуры на дому у пациента с возможностью оперативного обмена информацией с госпиталем.

Таким образом, подводя итог вышеперечисленным преимуществам системы здравоохранения и социальной защиты пожилых людей в Швеции, предлагаем систематизированный итог в виде таблицы.

*Таблица 1. Лучшие практики социальной работы с пожилыми людьми в Швеции*  
*Table 1. Best practices for social work with elderly in Sweden*

Наименование практики работы с пожилыми Social care patterns	Характеристика Description
Дом престарелых Nursing [4, 17, 18]	<p>Обслуживание пациентов, которые нуждаются в приходе на дом социального работника чаще 8 раз в день. Предоставляется комната площадью 40–45 м<sup>2</sup>, с отдельным санузлом. Все помещение оборудовано для комфортного проживания лиц различного физического здоровья и возможностей, имеются специальные палаты для лиц с весом свыше 100 кг (просторнее). В случае если одному из супругов требуется специальный уход 24/7, а второму нет, то в доме имеются комнаты для совместного проживания. Стоимость проживания порядка 20000 шведских крон, что по текущему курсу составляет примерно 150 тыс. рублей в год. В таких домах живет приблизительно 1 % населения Швеции.</p> <p>Care for patients who need a social worker visit more than 8 times a day. There is a room of 40–45 m<sup>2</sup> with a separate bathroom. All premises are equipped for comfortable living of persons of different physical health and abilities; there are special rooms for persons weighing more than 100 kg (more spacious). If one of the spouses requires special care 24/7, and the other does not, the house has rooms for cohabitation. The cost of accommodation is about 20000 SEK, which at the current rate is about 150 thousand rubles per year. Approximately 1 % of Sweden's population lives in such houses.</p>
Послегоспитальное обслуживание Outpatient care [1, 13, 17]	<p>Предполагает совместную работу госпиталя и социальной службы муниципалитета. За счет средств коммуны организуется встреча пациента на дому, адаптируется жилье под новые потребности в связи с временной/частичной утратой физических способностей. По рекомендации врача устанавливается определенный режим прихода социального ассистента, который выполняет широкий спектр работ по дому и уходу. До 65 лет количество часов социальной службы может увеличиваться в зависимости от потребностей, после 65 лет часы не увеличиваются. В случае высокой необходимости в стороннем уходе человек помещается под сестринский уход.</p> <p>It involves the joint work of the hospital and the social service of the municipality. At the expense of the commune a meeting of the patient at home is organized, housing is adapted for new needs due to temporary/partial loss of physical abilities. On the recommendation of the doctor, a certain mode of arrival of a social assistant is established, who performs a wide range of work on home and care. Up to the age of 65, the number of hours of social service may increase depending on the needs, after 65 years, the hours do not increase. If there is a high need for outside care, the person is placed under nursing care.</p>



<p>Паллиативные бригады Palliative teams [14, 18, 23]</p>	<p>Такие бригады служат средством облегчения последних дней пациентов. Предназначены не только для пожилых людей, а для лиц всех возрастов начиная с 18 лет. Такие группы не специализируются на лечении определенных заболеваний, а оказывают, скорее, общую поддерживающую терапию с использованием морфинов. Such teams serve as a means of facilitating the last days of patients. Designed not only for the elderly, but for people of all ages from 18 years. Such teams are created not for treatment of certain diseases, but to provide more general supporting therapy with the use of morphine.</p>
<p>Мобильные гериатрические бригады, госпиталь Рихов, г. Йенчепинг Mobile geriatric teams, Hospital Ryhov, Jonkoping [10, 23]</p>	<p>Назначается врачом пациентам старше 75 лет и более 3-х обращений в госпиталь за истекшее полугодие. Расписание приезда такой бригады зависит от случаев, в среднем один раз в 2–3 месяца. Мероприятие носит профилактический характер, обеспечивает более точную диагностику, является мерой контроля состояния пациента. В случае необходимости бригада оборудована достаточно, чтобы доставить пациента в госпиталь. Appointed by the doctor at the age of the patient over 75 years and more than 3 visits to the hospital for the past 6 months. The schedule of arrival of such teams depends on occasions, on average once every 2–3 months. The event is preventive in nature, provides a more accurate diagnosis, it is a measure of monitoring the patient's condition. If necessary, the team is equipped to transport the patient to the hospital.</p>
<p>Клуб общения «Хорнан», г. Йенчепинг Communication centre «Hornnan», Jonkoping [24]</p>	<p>Такие клубы предназначены строго для лиц 65+, все посетители и штат волонтеров отвечает требованиям. В клубе присутствует администратор, который выполняет функции управления, в основном экономические и административные. Программа мероприятий предлагается самими посетителями и составляется с учетом их предпочтений и при непосредственном участии. Клуб решает задачу включенности пожилых людей в общество, создания и поддержания социальных связей и коммуникаций. При клубе все работы выполняют волонтеры, возраст которых обязательно должен быть 65+, что поддерживает вовлеченность таких граждан в социальную среду и популяризирует активный образ жизни в третьем и четвертом возрасте [25]. Such centres are strictly for 65+ persons, all visitors and volunteer staff meet the requirements. The club has an administrator who performs management functions, mainly economic and administrative. The programme of activities is offered by the visitors themselves and it is tailored to their preferences and with direct participation. The centre solves the problem of inclusion of elderly people in society, creation and maintenance of social relations and communications. All the work is provided by volunteers, whose age must necessarily be 65+, which supports the involvement of such citizens in social environment and promotes active lifestyle at the third and fourth ages</p>

Таким образом, шведские практики в области здравоохранения и социальной работы представляют особый научный интерес как передовые уникальные методы организации государства всеобщего благосостояния.

### Дискуссия

Шведская система здравоохранения и социальной защиты финансово довольно затратная. На содержание одного пенсионера тратится порядка 500 000 шведских крон в год, что материально обеспечивает 5-6 налогоплательщиков при средней ставке подоходного налога 32 % [5, 16]. При российской практике взимания подоходного налога в 13 % такой объем финансовых затрат неприемлем. Хотя хотелось бы отметить, что основной секрет успеха системы здравоохранения и социальной защиты в Швеции – это не только высокие ставки налогов но и эффективное государственное управление системой перераспределения полученных государством доходов.



*Рис. 5. Схема взаимодействия институтов социальной защиты и системы здравоохранения (г. Йенчепинг, Швеция) [11]*  
*Fig. 5. Interaction pattern between social and health care institutes in Jönköping, Sweden [11]*

### Заключение

В ходе рассмотрения лучших практик в области здравоохранения и социальной работы на примере г. Йенчепинг [1, 4, 10, 13, 14, 17, 18, 23, 24] были выявлены следующие элементы подсистемы:

- система перераспределения бюджетных средств в основном находится на уровне муниципальных образований наряду с организацией системы социальной защиты;
- система здравоохранения носит превентивный характер, стоимость услуг госпиталя крайне высокая из-за высокой доли постоянных затрат, используются мобильные практики для оказания помощи на дому и диагностики;
- особое внимание уделяется послегоспитальному уходу и социальным коммуникациям, муниципалитет организует не только «скорую помощь» для пожилых людей, но и социальную среду, проводит работу с родственниками по обучению правилам основного ухода и т. п.

Таким образом, что же можно взять из опыта шведской разновидности государства всеобщего благоденствия для совершенствования российской системы здравоохранения и социальной защиты пожилых людей? Конечно, механически перенести опыт социального обеспечения в Швеции на российскую почву невозможно. В Швеции высокий уровень социальной защищенности сочетается с высокой занятостью, а социальное обеспечение, финансируемое за счет перераспределения через налоги и государственный бюджет высокой доли доходов населения, носит универсальный характер. В российской практике при наличии пропорциональной системы взимания подходно-

го налога перераспределение средств в пользу социальной сферы в таком объеме, как в Швеции, – невозможно. Для нас шведский опыт важен тем, что существующая государственная система перераспределения налогов позволяет проводить сильную социальную политику и является эффективным путем использования денег налогоплательщиков. Следовательно, как комплексную модель шведский опыт перенести не получится, но возможно делегирование управленческих решений на местный уровень в сфере здравоохранения и социальной защиты с целью повысить эффективность принятия решений, создать механизм реализации инициативных локальных социальных проектов за счет местных налогов, реформировать систему перераспределения в целом, исходя из положительного зарубежного опыта.

*Исследование выполнено на базе Томского политехнического университета при финансовой поддержке Министерства образования и науки Российской Федерации в рамках выполнения научно-исследовательских работ по направлению «Оценка и улучшение социального, экономического и эмоционального благополучия пожилых людей», договор № 14.Z50.31.0029.*

### Список литературы

1. Aday L.A., Andersen R. A framework for the study of access to medical care // Health services research. – 1974. – № 9. – P. 208–220.
2. Reciprocal patterns of support of very old people and their families / M. Ernsth-Bravell, M. Jegermalm, E. Fransson, S. Zarit // Gerontologist. – 2016. – № 56. – P. 215–215.
3. Ernsth-Bravell M. Reforms in the old age care in Sweden – for better or worse? / Jonkoping: Jonkoping University, School of Health and Welfare, 2012. – 61 p.
4. How different countries allocate long-term care resources to older users: a comparative snapshot / J. Campbell, N. Ikegami, C. Gori, F. Barbabella, R. Chomik, F. D'Amico, H. Holder, T. Ishibashi, L. Johansson, H. Komisar, M. Ring, H. Theobald // Long-term care reforms in OECD countries: successes and failures. – Bristol: Policy Press, 2016. – P. 47–76.
5. Henning C., Ahnby U., Osterstrom S. Senior Housing in Sweden: a New Concept for Aging in Place // Social Work in Public Health. – 2009. – № 24 (3). – P. 235–254. DOI: 10.1080/19371910802595307.
6. Lagergren M. The systems of care for frail elderly persons: the case of Sweden // Aging Clinical and Experimental Research. – 2002. – № 14. – P. 252–257.
7. Home healthcare teams' assessments of pain in care recipients living with dementia: a Swedish exploratory study / C.E. Karlsson, M.E. Bravell, K. Ek, I. Bergh // International Journal of Older People Nursing. – 2015. – № 10. – P. 190–200. DOI: 10.1111/ijn.12072
8. Health Care Act // Sweden Sverige. URL: <https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/> (дата обращения: 27 ноября 2017).
9. Social Services Act // International Labour Organization. URL: [http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p\\_lang=en&p\\_isn=60673](http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=60673) (дата обращения: 27 ноября 2017).
10. Jegermalm M., Sundstrom G. Stereotypes about caregiving and lessons from the Swedish panorama of care // European Journal of Social Work. – 2015. – № 18. – P. 185–197. DOI: 10.1080/13691457.2014.892476
11. Concurrent validity of the Swedish version of the life-space assessment questionnaire / S. Fristedt, A.S. Kammerlind, M.E. Bravell, E.I. Fransson // BMC Geriatrics. – 2016. – № 16. DOI: 10.1186/s12877-016-0357-4. URL: [https://www.researchgate.net/publication/309796417\\_Concurrent\\_validity\\_of\\_the\\_Swedish\\_version\\_of\\_the\\_life-space\\_assessment\\_questionnaire](https://www.researchgate.net/publication/309796417_Concurrent_validity_of_the_Swedish_version_of_the_life-space_assessment_questionnaire) (дата обращения: 27 ноября 2017).
12. Рождественская Е.М. Проконкурентный порядок как условие непрерывного благополучия общества. – Томск: СГТ, 2016. – 106 с.
13. Bravell M.E., Berg S., Malmberg B. Health, functional capacity, formal care, and survival in the oldest old: a longitudinal study // Archives of Gerontology and Geriatrics. – 2008. – № 46. – P. 1–14. DOI: 10.1016/j.archger.2007.02.003
14. Bravell M.E., Berg S., Malmberg B. End-of-life care in the oldest old // Palliative & Supportive Care. – 2010. – № 8. – P. 335–344. DOI: 10.1017/S1478951510000131
15. Social position and health in old age: the relevance of different indicators of social position / K. Avlund, B.E. Holstein, M. Osler, M.T. Damsgaard, P. Holm-Pedersen, N.K. Rasmussen // Scandinavian Journal of Public Health. – 2003. – № 31. – P. 126–136. DOI: 10.1080/14034940210134130

16. Schon P., Lagergren M., Kareholt I. Rapid decrease in length of stay in institutional care for older people in Sweden between 2006 and 2012: results from a population-based study // Health and Social Care in the Community. – 2016. – № 24. – P. 631–638. DOI: 10.1111/hsc.12237
17. Sooner or later? A study of institutionalization in late life / M.E. Bravell, S. Berg, B. Malmberg, G. Sundstrom // Aging Clinical and Experimental Research. – 2009. – № 21. – P. 329–337.
18. How older people perceive and experience sense of security when moving into and living in a nursing home: a case study / M. Bostrom, M.E. Bravell, A. Bjorklund, J. Sandberg // European Journal of Social Work. – 2017. – № 20. – P. 697–710. DOI: 10.1080/13691457.2016.1255877
19. Szebehely M., Trydegard G.-B. Home care for older people in Sweden: a universal model in transition // Health & Social Care in the Community. – 2012. – № 20. – P. 300–309. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2011.01046.x
20. Sigurdardottir S.H., Bravell M.E. Interaction between older caregivers and other helpers // Gerontologist. – 2011. – № 51. – P. 497–497.
21. Ryhov County Hospital. URL: <http://www.rjl.se/lanssjukhusetryhov> (дата обращения: 27 ноября 2017).
22. Cederberg J. Today's medicine visited the winners of the «Best Hospital» in 2016. That's how it looked // Dagens Medicin. URL: <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2017/01/18/se-bilder-fran-de-basta-sjukhusen/> (дата обращения: 27 ноября 2017).
23. Liesto Indira. Geriatric clinic / Jongkoping: Region Jonkopings lan, Ryhov County Hospital, 2017, 26 p.
24. Lundgren D., Ernsth-Bravell M., Kareholt I. Leadership and the psychosocial work environment in old age care // International Journal of Older People Nursing. – 2016. – № 11. – P. 44–54. DOI: 10.1111/opn.12088
25. Darin-Mattsson A., Fors S., Kareholt I. Different indicators of socioeconomic status and their relative importance as determinants of health in old age // International Journal for Equity in Health. – 2017. – № 16. URL: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-017-0670-3> (дата обращения: 27 ноября 2017). DOI: 10.1186/s12939-017-0670-3

*Поступила 04.12.2017 г.*

UDC 614.2+364(485)

**HEALTH AND SOCIAL CARE IN SWEDEN**

**Elena M. Rozhdestvenskaya**<sup>1</sup>,  
elena.rojdestvenskaya@gmail.com

**Zhanna A. Ermushko**<sup>1</sup>,  
ermu@mail.ru

National Research Tomsk Polytechnic University,  
30, Lenin avenue, Tomsk, 634050, Russia.

**Elena M. Rozhdestvenskaya**, Cand. Sc., senior lecturer, National Research Tomsk Polytechnic University.

**Zhanna A. Ermushko**, Cand. Sc., associated professor, National Research Tomsk Polytechnic University.

*In the knowledge economy the quality of human capital makes up new economic system. To enhance national capital, the state faces with the need to improve the design socio-economic mechanisms of public administration. **The aim** is to analyze jointed levels of the health and social care system in socio-oriented economy of Sweden. **Methods:** comparative analysis of statistical and research materials, the institutional approach to modeling the economic subsystem of governmental social policy. **Results.** We identified positive and negative impacts from cooperation of business and government in these areas using Jönköping University research data; developed institutional pattern to health and social care system in Sweden; analyzed subsystem funding and expertly assessed the possibility to implement the Swedish experience into Russian health and care system.*

**Key words:** Foreign practices, health care, social care, income distribution, tax system, state regulation, Sweden case.

*The research was carried out at Tomsk Polytechnic University and financially supported by the Ministry of Education and Science of the Russian Federation within the research work in the area «Estimation and improvement of social, economic and emotional well-being of senior citizens», agreement no. 14.Z50.31.0029.*

**REFERENCES**

1. Aday L.A., Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health services research*, 1974, no. 9, pp. 208–220.
2. Ernsth-Bravell M., Jegermalm M., Fransson E., Zarit S. Reciprocal patterns of support of very old people and their families. *Gerontologist*, 2016, no. 56, pp. 215–215.
3. Ernsth-Bravell M. *Reforms in the old age care in Sweden -for better or worse?* Jonkoping, Jonkoping University, School of Health and Welfare, 2012. 61 p.
4. Campbell J., Ikegami N., Gori C., Barbabella F., Chomik R., D'Amico F., Holder H., Ishibashi T., Johansson L., Komisar H., Ring M., Theobald H. How different countries allocate long-term care resources to older users: a comparative snapshot. *Long-term care reforms in OECD countries: successes and failures*. Bristol, Policy Press, 2016. pp. 47–76.
5. Henning C., Ahnby U., Osterstrom S. Senior Housing in Sweden: A New Concept for Aging in Place. *Social Work in Public Health*, 2009, no. 24 (3), pp. 235–254. DOI: 10.1080/19371910802595307.
6. Lagergren M. The systems of care for frail elderly persons: the case of Sweden. *Aging Clinical and Experimental Research*, 2002, no. 14, pp. 252–257.
7. Karlsson C.E., Bravell M.E., Ek K., Bergh I. Home healthcare teams' assessments of pain in care recipients living with dementia: a Swedish exploratory study. *International Journal of Older People Nursing*, 2015, no. 10, pp. 190–200. DOI: 10.1111/opn.12072
8. Health Care Act. *Sweden Sverige*. Available at: <https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/> (accessed 27 November 2017).

9. Social Services Act. *International Labour Organization*. Available at: [http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p\\_lang=en&p\\_isn=60673](http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=60673) (accessed 27 November 2017).
10. Jegermalm M., Sundstrom G. Stereotypes about caregiving and lessons from the Swedish panorama of care. *European Journal of Social Work*, 2015, no. 18, pp. 185–197. DOI: 10.1080/13691457.2014.892476
11. Fristedt S., Kammerlind A.S., Bravell M.E., Fransson E.I. Concurrent validity of the Swedish version of the life-space assessment questionnaire. *BMC Geriatric*, 2016, no. 16. DOI: 10.1186/s12877-016-0357-4. Available at: [https://www.researchgate.net/publication/309796417\\_Concurrent\\_validity\\_of\\_the\\_Swedish\\_version\\_of\\_the\\_life-space\\_assessment\\_questionnaire](https://www.researchgate.net/publication/309796417_Concurrent_validity_of_the_Swedish_version_of_the_life-space_assessment_questionnaire) (accessed 27 November 2017).
12. Rozhdestvenskaya E.M. *Prokonkurentny poryadok kak uslovie nepreryvnogo blagopoluchiya obshchestva* [Pro-competitive order as a condition for the continuous well-being of society]. Tomsk, STT Publ., 2016. 106 p.
13. Bravell M.E., Berg S., Malmberg B. Health, functional capacity, formal care, and survival in the oldest old: A longitudinal study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2008, no. 46, pp. 1–14. DOI: 10.1016/j.archger.2007.02.003
14. Bravell M.E., Berg S., Malmberg B. End-of-life care in the oldest old. *Palliative & Supportive Care*, 2010, no. 8, pp. 335–344. DOI: 10.1017/S1478951510000131
15. Avlund K., Holstein B.E., Osler M., Damsgaard M.T., Holm-Pedersen P., Rasmussen N.K. Social position and health in old age: the relevance of different indicators of social position. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2003, no. 31, pp. 126–136. DOI: 10.1080/14034940210134130
16. Schon P., Lagergren M., Kareholt I. Rapid decrease in length of stay in institutional care for older people in Sweden between 2006 and 2012: results from a population-based study. *Health and Social Care in the Community*, 2016, no. 24, pp. 631–638. DOI: 10.1111/hsc.12237
17. Bravell M.E., Berg S., Malmberg B., Sundstrom G. Sooner or later? A study of institutionalization in late life. *Aging Clinical and Experimental Research*, 2009, no. 21, pp. 329–337.
18. Bostrom M., Bravell M.E., Bjorklund A., Sandberg J. How older people perceive and experience sense of security when moving into and living in a nursing home: a case study. *European Journal of Social Work*, 2017, no. 20, pp. 697–710. DOI: 10.1080/13691457.2016.1255877
19. Szebehely M., Trydegard G.-B. Home care for older people in Sweden: a universal model in transition. *Health & Social Care in the Community*, 2012, no. 20, pp. 300–309. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2011.01046.x
20. Sigurdardottir S.H., Bravell M.E. Interaction between older caregivers and other helpers. *Gerontologist*, 2011, no. 51, pp. 497–497.
21. *The official website of the Ryhov County Hospital in Jonkoping Sweden*. Available at: <http://www.rjl.se/lanssjukhusetryhov> (accessed 27 November 2017)
22. Cederberg J. Today's medicine visited the winners of the «Best Hospital» in 2016. That's how it looked. *Dagens Medicin*. Available at: <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2017/01/18/se-bilder-fran-de-basta-sjukhusen/> (accessed 27 November 2017)
23. Liesto Indira. *Geriatric clinic*. Jonkoping, Region Jonkopings lan, Ryhov County Hospital, 2017, 26 p.
24. Lundgren D., Ernsth-Bravell M., Kareholt I. Leadership and the psychosocial work environment in old age care. *International Journal of Older People Nursing*, 2016, no. 11, pp. 44–54. DOI: 10.1111/opn.12088
25. Darin-Mattsson A., Fors S., Kareholt I. Different indicators of socioeconomic status and their relative importance as determinants of health in old age. *International Journal for Equity in Health*, 2017, no. 16. Available at: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-017-0670-3> (accessed 27 November 2017). DOI: 10.1186/s12939-017-0670-3

Received: 4 December 2017.