



Правительство Нижегородской области

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

5 декабря 2019 г.

№ 918

Об утверждении программы "Активное долголетие в Нижегородской области"

Правительство Нижегородской области **п о с т а н о в л я е т**:

1. Утвердить прилагаемую программу "Активное долголетие в Нижегородской области".
2. Настоящее постановление подлежит официальному опубликованию.

Губернатор



Г.С.НИКИТИН

УТВЕРЖДЕНА

постановлением Правительства
Нижегородской области
от 5 декабря 2019 г. № 918

ПРОГРАММА
"Активное долголетие в Нижегородской области"
(далее – Программа)

1. ПАСПОРТ ПРОГРАММЫ

1.1. Наименование Программы	"Активное долголетие" (далее - Программа)						
1.2. Основания для разработки Программы	<ul style="list-style-type: none"> - Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон № 323-ФЗ); - паспорт национального проекта "Демография", утвержденный президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам (протокол от 24 декабря 2018 г. № 16); - распоряжение Правительства Российской Федерации от 5 февраля 2016 г. № 164-р "Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года"; - приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 января 2016 г. № 38н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "гериатрия" 						
1.3. Государственный заказчик Программы	Министерство здравоохранения Нижегородской области (далее также – Минздрав)						
1.4. Разработчик Программы	Министерство здравоохранения Нижегородской области						
1.5. Цель Программы	Увеличение средней продолжительности жизни, периода активного долголетия и продолжительности здоровой жизни						
1.6. Основные задачи Программы	<ul style="list-style-type: none"> - обеспечение доступности и увеличение эффективности оказания медицинской помощи населению, в том числе старше трудового возраста; - обеспечение комплексности, доступности, эффективности медико-социальной помощи гражданам старшего поколения; - снижение показателя смертности; - снижение показателя инвалидности 						
1.7. Сроки реализации Программы	2019 - 2024 годы						
1.8. Исполнитель основных мероприятий Программы	Министерство здравоохранения Нижегородской области; государственные медицинские организации Нижегородской области (по согласованию)						
1.9. Объемы и источники финансирования Программы (млн. руб.)							
Наименование государственного заказчика	Источник финансирования	Объем финансового обеспечения по годам реализации (млн. рублей)					
		2019	2020	2021	2022	2023	2024

Министерство здравоохранения Нижегородской области	Федеральный бюджет, (в том числе межбюджетные трансферты бюджету)	5,63	0,56	0,56	0,00	0,00	0,00	6,76
1.10. Система организации контроля за исполнением Программы	Контроль за исполнением Программы осуществляет Правительство Нижегородской области							
1.11. Индикаторы достижения цели Программы	<ul style="list-style-type: none"> - охват граждан старше трудоспособного возраста диспансерным наблюдением - 90%; - охват граждан старше трудоспособного возраста профилактическими осмотрами, включая диспансеризацию, - 70%; - охват граждан старше трудоспособного возраста из групп риска вакцинацией против пневмококковой инфекции, проживающих в организациях социального обслуживания, - 95%; - уровень госпитализации на геронтологические койки лиц старше 60 лет на 10 тыс. населения соответствующего возраста - 57,1 							

2. ТЕКСТ ПРОГРАММЫ

XX век ознаменовался революционными изменениями в плане увеличения продолжительности жизни. Важнейшим демографическим феноменом на современном этапе развития человечества стало глобальное увеличение продолжительности жизни людей. Эта демографическая победа и стремительный рост численности населения к середине столетия приведут к выравниванию процентных долей пожилых людей и молодежи в структуре населения мира. Чем старше возрастная группа, тем интенсивнее увеличивается ее численность.

К 2050 году на планете лиц старше 60 лет будет более 2 млрд., они составят 20% населения земного шара. Фактически уже сейчас формируется новая цивилизация долгожителей, при которой на Земле одновременно будут жить не три, как сейчас, а пять и более поколений.

Процесс старения универсален и способен определять ход истории наряду с процессом глобализации. Задача состоит в том, чтобы интегрировать его в общий процесс развития, увязать проблему с другими проблемами в области социально-экономического развития общества, быть ориентированными на активное долголетие.

В России доля лиц старше трудоспособного возраста на 1 января 2016 г. составила 24,6%, к 2025 году ожидается рост до 27%. Демографическая нагрузка на

трудоспособное население увеличилась с 330 на 1000 трудоспособного населения в 2007 году до 412 – в 2015 году. Та же тенденция наблюдается и в Нижегородской области.

Подобное демографическое строение преобразует все аспекты отношений: социальные, политические, экономические, культурные, психологические и духовные. Задачей общества, в связи с этим, является создание условий, обеспечивающих достойное качество жизни граждан старшей возрастной группы, выражающееся не только в продлении жизни, но и в сохранении здоровья, что обеспечивает активное функционирование и независимость. И потому проблема здорового старения приобретает первостепенное государственное значение во всем мире.

Основными приоритетными задачами программы "Активное долголетие" в Нижегородской области являются:

- обеспечение доступности и увеличение эффективности оказания медицинской помощи населению, в том числе старше трудового возраста;
- обеспечение комплексности, доступности, эффективности медико-социальной помощи гражданам старшего поколения;
- снижение показателя смертности.

2.1. Аналитическая часть

В Нижегородской области демографическая ситуация, резко ухудшившаяся в начале 1990-х годов, до сих пор остается весьма неблагоприятной.

Численность населения снижается более высокими темпами, чем в целом по Российской Федерации.

Таблица 1

Динамика среднегодовой численности населения в Нижегородской области в период 1995 – 2018 годов (чел.)

Численность населения	1995 год	2000 год	2005 год	2010 год	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год
Нижегородская область	3720,9	3611,4	3431,1	3317,2	3265,2	3254,0	3241,2	3224,7

Численность населения Нижегородской области в период 1995 – 2018 годов снизилась более чем на 496 тыс. человек. На численность населения оказывает вли-

яние его естественное движение. Представленные в таблице 2 показатели свидетельствуют об устойчивой естественной убыли населения.

Таблица 2

Динамика естественного движения населения Нижегородской области
в период 1995 - 2017 годов (на 1000 чел.)

Год	Рождаемость	Смертность	Естественный прирост
1995	8,0	17,6	- 9,6
2000	7,7	18,1	-10,4
2005	8,9	20,0	-11,1
2010	10,9	17,9	- 7,0
2014	11,9	15,9	- 4,0
2015	12,3	15,5	-3,2
2016	11,9	15,4	-3,5
2017	10,5	14,7	-4,2

Негативная демографическая динамика является результатом значительного превышения числа умерших над числом родившихся. В настоящее время число умерших превышает число родившихся в 1,4 раза. Естественная убыль населения составляет – 4,2 человек на 1000 населения.

С 2000 по 2015 год в Нижегородской области (далее также – регион, область) наблюдался рост рождаемости, связанный с благоприятными сдвигами в возрастном составе населения. Однако, начиная с 2016 года, наблюдается ее снижение. Наблюдается стойкая тенденция к снижению показателя смертности, тем не менее, показатель остается высоким.

Главные причины естественной убыли населения - высокий уровень смертности и низкий показатель рождаемости, не обеспечивающий простое воспроизводство населения.

Таблица 3

Динамика ожидаемой продолжительности жизни населения
Нижегородской области в период 2009 - 2017 годов (лет)

Год	Всего	Мужчины	Женщины
2009	67,09	60,53	73,94
2010	67,01	60,52	73,79
2011	68,48	62,07	74,90
2012	68,98	62,63	75,30
2013	69,42	63,06	75,75
2014	69,53	63,30	75,69
2015	70,17	64,05	76,14
2016	70,75	64,69	76,61
2017	71,88	66,21	77,16

Основными причинами смертности являются заболевания сердечно-сосудистой системы и органов кровообращения. Чаще всего это мужчины в трудоспособном возрасте. При этом следует отметить, что в регионе преобладает женское население, которое составляет более 54%. Это связано с тем, что средняя продолжительность жизни у женщин больше на 11 – 12 лет, чем у мужчин.

Общая численность населения региона с 2009 года сократилась на 3,17% (105932 человек), при этом число людей старше трудоспособного возраста увеличилось на 12,7% (102365 человек).

Общая численность населения региона на начало 2018 года составила 3234752, сократившись по сравнению с 2017 годом на 12961 человека.

Население старше трудоспособного возраста (СТВ) составляет 906383 человека, доля в популяции - 28% (27,6% - 2017 год, 27,2% - 2016 год, 26,7% - 2015 год, 26,2% - 2014 год, 25,8% - 2013 год).

В 36-и районах области и г. Дзержинске (29,2%) доля граждан старше трудоспособного населения превышает средне-областной показатель, в том числе в 26 районах он больше 30% (рисунок 1).

Удельный вес лиц 60 лет и старше от всего населения – 23,57%

Среди населения пенсионного возраста 58% составляют люди старше 65 лет.

77% населения старше трудоспособного возраста проживает в городах, 23% - в сельской местности.

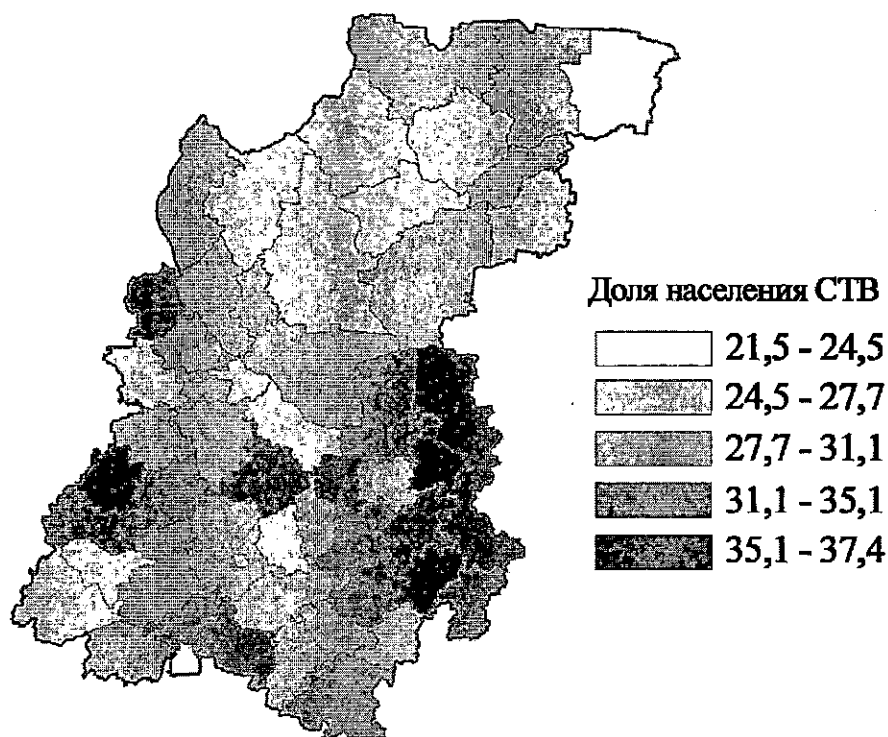


Рисунок 1. Доля населения СТВ

По плотности населения Нижегородская область входит в двадцатку наиболее густонаселенных регионов России (144,1 человек на 1 кв. км).

В связи со старением населения области увеличивается показатель демографической нагрузки на население трудоспособного возраста: если в 2009 году на 1000 человек трудоспособного возраста приходилось 390,3 человек СТВ, то в 2018 году - 508,7. За 10 лет демографическая нагрузка выросла на 30,3%. Изменилась и структура населения СТВ – увеличилась доля лиц старше 60 лет (с 69% до 84%) и старше 80 лет (с 13,6% до 14,7%). Число "долгожителей" (старше 90 лет) выросло с 1% до 1,6% и составило в 2018 году 14892 человек, старше 100 лет – 173.

В регионе сохраняется гендерная диспропорция населения старше трудоспособного возраста: женщин пенсионного возраста почти в 2,6 раза больше, чем мужчин (соответственно 652832 и 253551 человек).

Доля работающих граждан СТВ составляет 14% от числа всего занятого в экономике населения области. Свою трудовую деятельность продолжают 21,3% лиц пенсионного возраста.

Прогрессирующее постарение населения ведет к увеличению социальных расходов государства, пожилые люди являются основными потребителями ресурсов здравоохранения. Состояние их здоровья характеризуется полиморбидностью, выраженными функциональными нарушениями со стороны различных органов и систем, снижающими качество жизни. Эти люди имеют признаки инвалидности и нуждаются в комплексной медико-социальной помощи.

В целом по области общая заболеваемость лиц СТВ по сравнению с 2014 годом увеличилась на 8,3% и составила 2109,8, а первичная заболеваемость увеличилась на 4,6% (665,7), что отражает высокий уровень обращаемости населения, т. е. доступность медицинской помощи.

Таблица 4

Показатели общей и первичной заболеваемости по обращаемости лиц СТВ в Нижегородской области в 2014 – 2018 годах

Показатели	2014	2015	2016	2017	2018
Заболеваемость общая на 1000 чел. СТВ	1947,9	1910,5	1984,1	1974,0	2109,8
Заболеваемость первичная на 1000 чел. СТВ	636,6	661,1	665,3	612,0	665,7
Охват лиц СТВ диспансерным наблюдением (% от общего числа выявленных заболеваний)	24,3	28,1	33,5	35,7	35,8

Таблица 5

Структура общей заболеваемости населения СТВ в Нижегородской области в 2014 и в 2018 годах

Наименование классов заболеваний	2014 год	2018 год
Болезни системы кровообращения	30,4%	32,6%
Болезни органов дыхания	12,6%	14,5%
Болезни глаза и его придаточного аппарата	10,0%	7,5%
Болезни костно-мышечной и соединительной ткани	10,8%	8,6%
Болезни эндокринной системы	6,7%	7,4%
Болезни мочеполовой системы	6,2%	5,6%
Болезни органов пищеварения	4,9%	5,7%
Новообразования	4,1%	4,1%
Травмы, отравления	3,7%	3,5%

В структуре первичной заболеваемости лиц пожилого возраста ведущее место занимают заболевания органов дыхания – 35,6% (в 2014 году - 29,2%), затем следуют болезни органов кровообращения – 11,9% (в 2014 году - 9,4%), травмы - 11,2% (в 2014 году - 11,3%), заболевания кожи и подкожной клетчатки – 6,8% (в 2014 году

- 7,4%), болезни костно-мышечной системы – 6,7% (в 2014 году - 9,8%), патология мочеполовой системы – 5,7% (в 2014 году - 7,8%), болезни глаз – 4,8% (в 2014 году – 7,5%).

В 2018 году впервые признаны инвалидами 10 695 лиц СТБ, что составляет 57,2% от инвалидов всех возрастных групп. Показатель первичного выхода на инвалидность лиц СТБ на 10 тыс. населения соответствующего возраста – 121,5.

Таблица 6

Показатели первичного выхода на инвалидность лиц СТБ
по Нижегородской области за период 2014 – 2018 годов

Показатели	2014	2015	2016	2017	2018
Уровень первичной инвалидности на 10 тыс. чел. СТБ	136,1	120,4	115,5	114,7	121,5
Доля (%) от общего числа лиц, признанных инвалидами	55,5	55,3	55,5	55,8	57,2

Таблица 7

Структура первичной инвалидности по классам заболеваний у лиц СТБ
в Нижегородской области в 2018 году

Классы заболеваний	Доля (%) в структуре первичной инвалидности
Болезни системы кровообращения	48,2
Злокачественные новообразования	32,8
Психические расстройства и расстройства поведения	2,8
Болезни глаза и его придаточного аппарата	2,6
Болезни уха и сосцевидного отростка	2,6
Болезни нервной системы	2,5
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2,4
Болезни органов дыхания	1,2
Болезни моче -половой системы	1,2
Болезни эндокринной системы и нарушения обмена веществ	1,1

Уровень смертности населения старше трудоспособного возраста существенно превышает уровень смертности в других более молодых возрастных группах. Уровень смертности населения в самых старших возрастах в большей степени предопределен уже не социальными, а биологическими факторами.

Показатель смертности населения СТБ в области стабильно снижается и составляет 42,4 случая на 1000 нас. СТБ.

Таблица 8

Показатели смертности лиц СТБ
по Нижегородской области за период 2010 – 2018 годов

Годы	Число умерших пожилых людей на 1 тыс. населения СТБ
2018	42,4
2017	42,1

2016	43,8
2015	44,3
2014	45,3
2013	46,1
2012	47,8
2011	48,9
2010	53,1

Смертность населения СТВ на территории области в 2,9 раза выше показателя общей смертности (14,8 на 1000 населения). Доля пенсионеров от общего числа умерших в 2018 году составила 79,6%.

Медленные изменения показателей демографического развития свидетельствуют о недостаточности мер по пропаганде, выявлению и коррекции факторов риска неинфекционных заболеваний, диагностике и лечению неинфекционных заболеваний на ранних стадиях их развития для профилактики развития, прогрессирования и преждевременной смерти.

Возрождение всеобщей диспансеризации в условиях демографического кризиса становится важным шагом в достижении основной государственной задачи – народосбережения.

Охват граждан СТВ профилактическими осмотрами, включая диспансеризацию, составил в 2018 году 49,2%.

В Нижегородской области отмечается стабильная и значительная положительная динамика охвата диспансерным наблюдением (далее – ДН) пациентов СТВ, что способствует повышению их качества жизни, продлению периода трудовой деятельности.

За 5 лет охват граждан СТВ диспансерным наблюдением увеличился на 47,3% (с 24,3% до 35,8%).

Наибольшие значения показателя отмечается по следующим нозологическим формам – сахарный диабет (92,6%), бронхиальная астма (75,5%), глаукома (81,6%), новообразования (71,5%). Охват ДН пациентов СТВ с сердечно-сосудистыми заболеваниями вырос за 5 лет на 91,9 % (с 27% до 51,8%, в том числе с болезнями, характеризующимися повышенным артериальным давлением с 32,4% до 63,9%, ише-

мической болезнью сердца (далее – ИБС) с 33,4% до 63,8%, цереброваскулярными болезнями с 12% до 27,3%).

Качество организации стационарной помощи населению характеризуется оптимальным соотношением экстренной и плановой госпитализации.

Удельный вес экстренной госпитализации по области снизился за 5 лет с 38,9% до 36,8%, по районам области показатель вырос с 29,3 % до 39,6%.

В расчете на 1000 населения СТВ частота вызовов СМП по области увеличилась с 518,6 до 523,7, по районам по сравнению с 2014 года уменьшилась на 11,3% и составила 521,7.

Наблюдается разброс показателя по районам области, что требует совершенствования принципов взаимодействия с подразделениями скорой медицинской помощи.

Основные показатели здоровья населения старше трудоспособного возраста (СТВ) и деятельности государственных медицинских организаций Нижегородской области

Таблица 9

Показатели распространенности болезней среди населения СТВ в 2016 - 2018 годах

№ п/п	Наименование муниципальных образований (муниципальных районов и городских округов)	На 1000 человек СТВ		
		2016 г.	2017 г.	2018 г.
1	Ардатовский муниципальный район	1173,93	1304,01	1905,58
2	Арзамасский муниципальный район	1293,12	1440,94	1714,03
3	Балахнинский муниципальный район	1670,60	1617,85	1614,96
4	Богородский муниципальный район	1883,77	1654,35	1438,78
5	Большеболдинский муниципальный район	1435,12	1312,54	1714,02
6	Большемурашкинский муниципальный район	2050,61	2284,53	2728,52
7	городской округ город Бор	1329,07	1186,45	1153,43
8	Бутурлинский муниципальный район	1254,08	1291,93	1241,68
9	Вадский муниципальный район	1369,39	1573,72	2190,60
10	Варнавинский муниципальный район	1756,59	1693,52	1472,18
11	Вачский муниципальный район	1566,56	1944,99	1960,57
12	Ветлужский муниципальный район	1468,00	1436,59	1942,91
13	Вознесенский муниципальный район	997,99	887,01	1374,20
14	Володарский муниципальный район	888,94	831,87	716,55
15	городской округ Воротынский	1769,15	2108,91	1998,18
16	Воскресенский муниципальный район	1781,06	1794,40	2349,19
17	городской округ город Выкса	1351,28	1543,30	1751,76
18	Гагинский муниципальный район	1824,88	1854,14	1850,23
19	Городецкий муниципальный район	1399,64	1473,59	1360,78
20	Дальнеконстантиновский муниципальный район	877,26	884,68	1281,78
21	Дивеевский муниципальный район	2139,19	2165,18	2492,03

22	Княгининский муниципальный район	2264,44	2342,71	2636,86
23	Ковернинский муниципальный район	1364,70	1427,98	1278,89
24	Краснобаковский муниципальный район	1368,34	1723,85	2241,30
25	Краснооктябрьский муниципальный район	1646,75	1497,80	1756,37
26	Кстовский муниципальный район	1446,16	1432,51	1500,51
27	городской округ город Кулебаки	1200,54	1389,49	1313,07
28	Лукояновский муниципальный район	2301,57	2370,72	2662,89
29	Лысковский муниципальный район	1939,44	2048,88	2057,58
30	городской округ Навашинский	1089,80	1110,26	1468,19
31	Павловский муниципальный район	2103,11	2290,68	2367,57
32	городской округ город Первомайск	1139,55	1032,38	2198,69
33	городской округ Перевозский	989,72	941,15	731,53
34	Пильнинский муниципальный район	1417,96	1471,81	1055,74
35	Починковский муниципальный район	2114,99	2597,85	2313,37
36	городской округ Семеновский	1694,15	1820,01	1683,47
37	Сергачский муниципальный район	941,55	941,90	1025,32
38	Сеченовский муниципальный район	1175,71	1147,90	1488,96
39	городской округ Сокольский	760,88	691,27	555,30
40	Сосновский муниципальный район	2623,57	2576,51	2606,06
41	Спасский муниципальный район	2226,02	2327,94	2908,85
42	Тонкинский муниципальный район	1542,35	1445,41	1720,02
43	Тоншаевский муниципальный район	2109,22	1861,26	2418,15
44	Уренский муниципальный район	1577,08	1342,83	1226,80
45	городской округ город Чкаловск	1596,60	1688,16	1887,67
46	Шарангский муниципальный район	1442,54	1395,48	2134,87
47	Шатковский муниципальный район	1630,64	1787,81	2203,36
48	городской округ город Шахунья	2059,50	1965,79	2254,60
Итого:		1554,80	1593,90	1693,50
49	городской округ город Арзамас	2066,90	1995,60	2248,57
50	городской округ город Дзержинск	1242,60	1155,22	1157,77
51	городской округ город Н.Новгород	2526,30	2650,93	2872,65
Всего по Нижегородской области:		1984,10	1974,00	2109,83

По муниципальным районам области показатель общей заболеваемости лиц СТВ (1693,5 на 1000 населения) по сравнению с 2017 годом увеличился на 6,2% за счет увеличения распространённости следующих основных нозологий: заболеваний системы кровообращения (+10,4%), заболеваний нервной системы (+9,8%), патологии желудочно-кишечного тракта (+19,2%), болезней органов дыхания (+10,4%), болезней крови (+6,9%), болезней костно-мышечной системы (+5,5%).

В 2018 году наиболее высокий уровень распространённости заболеваний при средне-районном 1693,5 на 1000 населения зарегистрирован в Большемурашкинском (2728,5 на 1000 населения), Сосновском (2606,1 на 1000 населения), Лукояновском (2662,9 на 1000 населения), Княгининском (2636,9 на 1000 населения), Спасском (2908,8 на 1000 населения), Дивеевском (2492,0 на 1000

населения), Воскресенском (2349,2 на 1000 населения), Павловском (2367,6 на 1000 населения) муниципальных районах, что отражает, по нашему мнению, доступность амбулаторно-поликлинической врачебной помощи для пенсионеров. Низкие показатели общей заболеваемости по обращаемости населения СТВ зарегистрированы в городском округе Сокольском (555,3 на 1000 населения), Володарском муниципальном районе (716,5 на 1000 населения), в городском округе Перевозском (731,5 на 1000 населения).

В городском округе город Н.Новгород показатель распространённости заболеваний среди населения СТВ вырос на 8,4% по сравнению с 2017 годом и составил 2872,6 на 1000 населения (2017 год - 2650,9 на 1000 населения). Структура общей заболеваемости: болезни системы кровообращения – 32,2% (в 2017 году - 33%); заболевания органов дыхания – 16,4% (в 2017 году - 14,5%); болезни глаза и его придаточного аппарата – 7,5% (в 2017 году - 7,7%); патология костно-мышечной системы - 8,1% (в 2017 году - 8,6%); заболевания эндокринных органов - 6,5% (в 2017 году - 6,4%), заболевания органов пищеварения – 5,7% (в 2017 году - 5,3%), болезни мочеполовой системы - 4,9% (в 2017 году - 5,2%), травмы и отравления – 3,96% (в 2017 году - 3,7%), новообразования – 3,9% (в 2017 году - 4,6%).

Таблица 10

**Показатели распространённости болезней и
первичной заболеваемости населения СТВ в 2017-2018 гг.**

№ п/п	Наименование классов заболеваний	На 1000 человек СТВ			
		Распространён- ность болезней		Первичная заболева- емость	
		2017 г.	2018 г.	2017 г.	2018 г.
1	Инфекционные и паразитарные заболевания	28,86	31,06	13,09	15,14
2	Новообразования	95,68	86,81	18,14	22,41
3	Болезни крови и кроветворных органов	6,71	6,98	1,32	1,35
4	Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета	148,21	155,32	13,86	12,93
5	Психические расстройства	39,60	39,89	3,15	3,84
6	Болезни нервной системы	31,26	35,97	6,56	5,27
7	Болезни глаза и его придаточного аппарата	157,68	157,87	31,40	31,92
8	Болезни уха и сосцевидного отростка	50,18	50,39	31,80	31,91
9	Болезни системы кровообращения	633,29	687,66	74,61	79,07
10	Болезни органов дыхания	264,40	306,73	206,61	237,23
11	Болезни органов пищеварения	101,68	120,09	20,59	21,80
12	Болезни кожи и подкожной клетчатки	53,67	57,73	31,36	45,31
13	Болезни костно-мышечной системы и соеди-	176,72	180,40	49,55	44,66

	нительной ткани				
14	Болезни мочеполовой системы	115,97	117,93	40,82	37,95
15	Врожденные аномалии	0,12	0,13	0,00	0,00
16	Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния	0,00	0,00	0,00	0,00
17	Травмы и отравления	70,02	74,86	69,12	74,85
Всего		1 974,05	2 109,83	612,00	665,65

Показатель первичной заболеваемости лиц СТВ по муниципальным районам области в 2018 году по сравнению с предыдущим годом снизился на 2,9% и составил 516,9 на 1000 населения. Впервые выявленные заболевания составили 30,5% от числа всех зарегистрированных. Снизился уровень первичной заболеваемости по классам болезней: болезни крови (-18,5%), нервных болезней (-25,6%), заболеваний эндокринной системы (-24%), новообразований (-7,8%), болезней мочеполовой системы (-9,6%), заболеваний костно-мышечной системы (-10,8%), болезни системы кровообращения (-11,1%), травм и отравлений (-2,7%).

Выросла первичная заболеваемость инфекционными и паразитарными заболеваниями (+3,8%), болезнями органов дыхания (+5,9%), заболевания глаза и его придаточного аппарата (+6,8%).

Первичная заболеваемость лиц СТВ в г. Н.Новгороде (913,1 на 1000 населения) по сравнению с 2017 года увеличилась на 18,9%. В её структуре преобладают заболевания органов дыхания (41,6%), затем следуют травмы и отравления (12,5%), болезни органов кровообращения (10,4%), болезни кожи и подкожной клетчатки (9,4%), патология костно-мышечной системы (4,4%), болезни мочеполовой системы (4,3%), заболевания глаза и его придаточного аппарата (3,2%).

Таблица 11

Уровни и структура госпитализации населения СТВ в больничные учреждения районов Нижегородской области в 2017 - 2018 годах

Наименование классов болезней	на 1000 человек населения		Доля (%) в общей госпитализации	
	2017 г.	2018 г.	2017 г.	2018 г.
Инфекционные болезни	3,68	3,99	1,3	1,3
Новообразования	32,40	35,32	11,1	11,5
Болезни крови и кроветворных органов	2,28	2,60	0,8	0,8
Болезни эндокринной системы	10,52	11,54	3,6	3,8
Психические расстройства	4,05	3,75	1,4	1,2
Болезни нервной системы и органов чувств	7,36	7,79	2,5	2,5
Болезни глаза и его придаточного аппарата	19,07	19,36	6,6	6,3
Болезни уха и сосцевидного отростка	1,20	1,31	0,4	0,4

Болезни системы кровообращения	112,43	119,48	38,7	38,9
Болезни органов дыхания	19,42	20,80	6,7	6,8
Болезни органов пищеварения	26,72	27,29	9,2	8,9
Болезни кожи и подкожной клетчатки	3,58	3,66	1,2	1,2
Болезни костно-мышечной системы	17,95	18,64	6,2	6,1
Болезни мочеполовой системы	18,65	19,46	6,4	6,3
Врожденные аномалии	0,06	0,05	0,0	0,0
Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния	0,07	0,19	0,0	0,1
Травмы, отравления	11,37	11,69	3,9	3,8
Всего	305,50	307,30	100,0	100,0

Таблица 12

Показатели стационарного обслуживания населения СТВ в ЛПУ Нижегородской области в 2017 - 2018 годах

№ п/п	Наименование муниципальных образований (муниципальных районов и городских округов)	Уровень госпитализации (на 1000 населения)		Средняя длительность пребывания на койке (в днях)		Летальность (%)	
		2017 год	2018 год	2017 год	2018 год	2017 год	2018 год
1	Ардатовский муниципальный район	168,7	167,1	10,5	12,1	3,3	2,7
2	Арзамасский муниципальный район	126,1	133,2	13,7	14,2	0,0	0,1
3	Балахнинский муниципальный район	203,5	213,9	12,6	12,6	6,4	6,1
4	Богородский муниципальный район	175,3	192,4	11,3	17,8	2,9	2,7
5	Большеболдинский муниципальный район	318,9	308,3	10,3	10,1	1,7	1,9
6	Большемурашкинский муниципальный район	324,5	322,5	12,8	13,1	1,2	1,4
7	городской округ город Бор	187,8	222,9	13,3	11,0	5,9	4,7
8	Бутурлинский муниципальный район	224,8	230,6	10,7	10,7	3,6	4,8
9	Вадский муниципальный район	219,3	237,3	11,3	12,2	1,7	1,4
10	Варнавинский муниципальный район	236,2	248,3	11,2	11,4	2,9	2,2
11	Вачский муниципальный район	163,5	171,3	13,1	13,4	3,7	3,3
12	Ветлужский муниципальный район	297,2	279,7	11,6	12,9	2,6	2,5
13	Вознесенский муниципальный район	188,9	200,2	13,8	13,3	1,2	0,8
14	Володарский муниципальный район	149,9	191,8	9,9	10,4	3,6	3,2
15	городской округ Воротынский	239,6	267,0	14,9	14,5	2,1	1,8
16	Воскресенский муниципальный район	184,0	169,6	10,5	10,8	3,6	3,9
17	городской округ город Выкса	250,7	256,7	10,6	10,0	4,7	4,3
18	Гагинский муниципальный район	207,9	219,6	10,2	9,9	0,9	1,6
19	Городецкий муниципальный район	259,6	261,6	11,4	11,6	5,0	6,0
20	Дальнеконстантиновский муниципальный район	161,1	175,8	11,9	10,6	2,2	2,3
21	Дивеевский муниципальный район	173,3	179,5	10,3	11,1	4,2	4,1
22	Княгининский муниципальный район	242,7	236,8	13,5	12,9	1,8	1,4
23	Ковернинский муниципальный район	217,1	210,7	11,6	11,7	1,2	1,3
24	Краснобаковский муниципальный район	156,8	172,1	11,9	13,1	2,9	4,7
25	Краснооктябрьский муниципальный район	289,5	266,6	10,9	9,5	1,6	1,5

26	Кстовский муниципальный район	199,5	189,3	12,3	12,2	3,6	3,3
27	городской округ город Кулебаки	198,7	200,6	10,0	10,5	4,1	4,5
28	Лукояновский муниципальный район	207,4	213,8	13,7	14,0	2,5	2,6
29	Лысковский муниципальный район	241,2	222,8	12,3	12,6	5,5	6,6
30	городской округ Навашинский	217,9	228,9	10,7	10,3	1,4	2,4
31	Павловский муниципальный район	300,6	308,9	10,2	10,5	3,0	3,0
32	городской округ город Первомайск	190,5	181,7	12,9	11,4	2,1	2,0
33	городской округ Перевозский	162,2	156,9	12,0	11,9	3,4	3,4
34	Пильнинский муниципальный район	184,6	224,4	11,8	10,6	4,5	5,0
35	Починковский муниципальный район	310,9	302,2	10,8	10,8	4,5	4,4
36	городской округ Семеновский	263,0	263,6	12,1	12,5	4,5	3,1
37	Сергачский муниципальный район	238,3	222,6	10,3	11,1	6,5	6,2
38	Сеченовский муниципальный район	190,6	188,7	14,2	14,7	3,3	2,9
39	городской округ Сокольский	218,6	223,5	11,4	10,6	2,3	1,4
40	Сосновский муниципальный район	228,5	217,6	13,2	11,6	3,5	2,7
41	Спасский муниципальный район	299,7	321,1	10,9	11,1	1,2	1,9
42	Тонкинский муниципальный район	267,9	251,8	12,7	12,5	0,8	1,2
43	Тоншаевский муниципальный район	261,1	366,5	13,6	13,1	0,6	0,4
44	Уренский муниципальный район	284,2	280,5	13,4	12,9	3,8	4,8
45	городской округ город Чкаловск	171,4	181,0	12,2	11,9	2,8	3,1
46	Шарангский муниципальный район	193,3	218,2	9,8	10,0	0,2	1,2
47	Шатковский муниципальный район	220,3	222,0	10,7	12,5	4,7	3,5
48	городской округ город Шахунья	241,6	259,1	11,0	10,4	3,0	3,9
49	городской округ город Дзержинск	305,2	248,3	12,0	12,0	3,6	3,5
50	городской округ город Арзамас	446,5	435,7	10,1	10,2	4,8	5,0
Итого:		217,5	227,2	11,7	12,0	3,7	3,6
51	городской округ город Н.Новгород	384,9	378,5	13,3	12,7	3,4	3,6
Всего по Нижегородской области:		305,5	307,3	12,7	12,3	3,5	3,6

Уровень госпитализации населения СТВ по области в 2018 году увеличился на 0,6% по сравнению с предыдущим годом и составил 307,3 на 1000 населения. Средняя длительность лечения в стационаре сократилась на 3,1% и составила 12,3 дня. Больничная летальность увеличилась на 2,9%.

Средне-районный показатель частоты госпитализации лиц СТВ в 2018 году увеличился на 4,5% и составил 227,2 случая на 1000 населения СТВ (2017 год - 217,5 на 1000 населения). Оптимальным считается показатель госпитализации лиц СТВ в пределах 230 - 290 на 1000 населения. Однако, в Арзамасском муниципальном районе (133,2 на 1000 населения), Володарском муниципальном районе (191,8 на 1000 населения), Дальнеконстантиновском муниципальном районе (175,8 на 1000 населения), Вачском муниципальном районе (171,3 на 1000 населения), городском округе Перевозском (156,9 на 1000 населения), Ардатовском муниципальном районе (167,1 на 1000 населения) и других муниципальных

образованиях показатель не превышает 200 случаев на 1000 населения СТВ. Считаем, что в этих муниципальных образованиях Нижегородской области стационарной помощью больные СТВ удовлетворяются далеко не полностью. С другой стороны, в городском округе Арзамасе (435,7 на 1000 населения), а также в Большемурашкинском (322,5 на 1000 населения), Большеболдинском (308,3 на 1000 населения), Тоншаевском (366,5 на 1000 населения), Спасском (321,1 на 1000 населения) муниципальных районах области отмечен высокий уровень госпитализации пожилых пациентов.

Средний по муниципальным образованиям показатель срока пребывания в стационаре – 12,0 дня (2017 год - 11,7). Выше среднего сроки стационарного лечения показали Сеченовский (14,7), Арзамасский (14,2), Лукояновский (14,0) и другие муниципальные районы. Средняя продолжительность лечения пожилых пациентов укорочена в стационарах Краснооктябрьского (9,5), Гагинского (9,9), Шарангского (10,0), Володарского (10,4) и некоторых других муниципальных районов.

По городскому округу город Н.Новгород частота госпитализации пациентов СТВ – 378,5 на 1000 населения (2017 год - 384,9 на 1000 населения), средняя длительность их стационарного лечения – 12,7 дня (2017 год - 13,3 дня), больничная летальность – 3,6% (2017 год - 3,4%). Основным фактором, влияющим на средние сроки госпитализации, считаем выполнение требований стандартов ТФ ОМС и наличие специализированных больничных коек.

Больничная летальность среди пожилого контингента по области в 2018 году составила 3,6%.

Структура летальности: 58,9% - болезни органов кровообращения; 13,2% - онкологические заболевания; 9,2% - патология органов пищеварения. Причиной 5,7% больничной летальности стала эндокринная патология; 4,0% - болезни нервной системы; 3,2% - травмы и отравления.

Высокие показатели больничной летальности лиц СТВ наблюдались в Лысковском (6,6%), Сергачском (6,2%), Балахнинском (6,1%), Городецком (6,0%) муниципальных районах, в городском округе город Арзамас (5,0%). Низкая

больничная летальность пожилых пациентов отмечена в Арзамасском (0,1%), Большеболдинском (1,9%), Тонкинском (1,2%), Тоншаевском (0,4%), Шарангском (1,2%), Гагинском (1,6%), Краснооктябрьском (1,5%), Ковернинском (1,3%), Вознесенском (0,8%), Большемурашкинском (1,4%), Вадском (1,4) муниципальных районах, городском округе Воротынском (1,8), Спасском муниципальном районе (1,9%).

Качество организации стационарной помощи населению характеризуется оптимальным соотношением экстренной и плановой госпитализации. Удельный вес экстренной госпитализации должен составлять 20 - 30%. По муниципальным районам области средний показатель экстренной госпитализации лиц СТВ – 39,6% (2017 год - 37,5%). Высокие показатели в отчётном году отмечаются в Сергачском (80,2%), Вознесенском (63,4%), Уренском (60,3%), Сосновском (50,2%), Пильнинском (48,0%), Богородском (42,5%), Володарском (47,1%) муниципальных районах, в городском округе город Арзамас (48,4%). Низкий уровень экстренной госпитализации в Арзамасском (0,4%), Тонкинском (5,3%), Варнавинском (11,0%), Краснобаковском (7,0%) муниципальных районах.

Таблица 13

Частота выездов скорой медицинской помощи к больным СТВ.
Число посещений на 1 жителя СТВ в 2017 - 2018 годах

№ п/п	Наименование муниципальных образований (муниципальных районов и городских округов)	Число выездов на 1000 населения СТВ		Число посещений на 1 жителя СТВ	
		2017 г.	2018 г.	2017 г.	2018 г.
1	Ардатовский муниципальный район	762,0	797,0	5,0	4,1
2	Арзамасский муниципальный район	471,6	398,6	4,6	5,8
3	Балахнинский муниципальный район	545,3	557,3	4,8	4,6
4	Богородский муниципальный район	582,7	590,7	5,3	4,0
5	Большеболдинский муниципальный район	538,0	612,5	5,5	5,1
6	Большемурашкинский муниципальный район	626,3	627,1	6,7	6,6
7	городской округ город Бор	423,6	419,5	3,8	3,7
8	Бутурлинский муниципальный район	349,0	377,6	5,2	5,9
9	Вадский муниципальный район	597,5	555,1	6,2	9,8
10	Варнавинский муниципальный район	537,9	583,8	8,6	9,3
11	Вачский муниципальный район	498,7	492,5	5,9	6,1
12	Ветлужский муниципальный район	559,2	663,2	7,5	7,8
13	Вознесенский муниципальный район	549,1	588,7	6,8	8,9
14	Володарский муниципальный район	474,5	500,9	7,8	7,8
15	городской округ Воротынский	425,6	503,9	6,4	6,2
16	Воскресенский муниципальный район	283,4	342,0	4,9	5,0
17	городской округ город Выкса	420,5	442,6	3,7	5,0
18	Гагинский муниципальный район	364,1	531,7	4,7	4,6

19	Городецкий муниципальный район	636,6	639,6	5,2	4,8
20	Дальнеконстантиновский муниципальный район	531,1	709,4	5,4	5,0
21	Дивеевский муниципальный район	656,8	622,3	7,7	8,1
22	Княгининский муниципальный район	897,2	916,4	8,6	9,1
23	Ковернинский муниципальный район	427,8	493,8	3,6	2,5
24	Краснобаковский муниципальный район	183,9	645,7	5,8	7,6
25	Краснооктябрьский муниципальный район	414,7	394,9	4,7	4,7
26	Кстовский муниципальный район	494,1	468,8	4,5	4,3
27	городской округ город Кулебаки	599,5	541,8	4,9	4,6
28	Лукояновский муниципальный район	596,6	604,6	6,1	5,4
29	Лысковский муниципальный район	573,3	598,2	8,3	8,5
30	городской округ Навашинский	530,1	555,3	3,1	3,2
31	Павловский муниципальный район	573,8	495,7	6,1	6,4
32	городской округ город Первомайск	470,1	652,1	4,2	3,9
33	городской округ Перевозский	448,7	439,0	8,6	8,5
34	Пильнинский муниципальный район	448,4	392,5	5,6	1,4
35	Починковский муниципальный район	275,3	272,9	7,1	6,2
36	городской округ Семеновский	433,2	436,6	6,8	13,0
37	Сергачский муниципальный район	615,3	652,6	3,6	3,7
38	Сеченовский муниципальный район	431,8	406,0	6,2	7,1
39	городской округ Сокольский	344,7	437,6	4,2	3,9
40	Сосновский муниципальный район	570,9	554,4	7,7	7,4
41	Спасский муниципальный район	449,5	372,0	5,7	5,5
42	Тонкинский муниципальный район	770,8	543,7	6,7	6,2
43	Тоншаевский муниципальный район	648,2	287,8	10,3	10,4
44	Уренский муниципальный район	175,8	678,4	5,9	6,0
45	городской округ город Чкаловск	706,4	514,4	4,2	4,5
46	Шарангский муниципальный район	544,2	546,9	4,8	4,4
47	Шатковский муниципальный район	507,1	538,5	7,2	12,9
48	городской округ город Шахунья	610,8	577,6	5,4	4,5
Итого:		510,3	521,7	5,5	5,7
50	городской округ город Арзамас	460,6	431,1	8,3	7,0
49	городской округ город Дзержинск	502,8	494,4	6,1	5,9
51	городской округ город Н.Новгород	524,6	540,2	8,4	8,5
Территория		515,2	523,7	6,8	6,8

Общее число вызовов СМП к жителям СТВ по муниципальным районам области составило 234317 (2017 год - 226619), по городскому округу город Н.Новгород – 180194 (2017 год - 173463). В расчете на 1000 населения СТВ частота вызовов СМП по муниципальным районам по сравнению с 2017 годом увеличилась на 2,2% и составила 521,7 на 1000 населения; по городскому округу город Н.Новгород - увеличилась на 3% (540,2 на 1000 населения). Средний показатель по области – 523,7 на 1000 населения (2017 год - 515,2 на 1000 населения). Неоправданно высоки показатели вызовов СМП на 1000 населения СТВ по Ардатовскому (797,0), Княгининско-

му (916,4), Дальнеконстантиновскому (709,4) муниципальным районам. Очевидно, что в этих муниципальных образованиях бригады СМП используются нерационально, так как оказывают плановую медицинскую помощь и подменяют собой амбулаторно-поликлиническое звено. С другой стороны, этот показатель низок в Починковском (272,9 на 1000 населения) и Тоншаевском (287,8) муниципальных районах.

Таблица 14

**Динамика первичной инвалидности населения СТВ
в Нижегородской области 2013 - 2018 годах**

	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
На 10 тыс. человек населения	132,	136,1	120,4	115,5	114,7	121,5
Доля (%) от общего числа	58,0	55,5	55,3	55,5	55,8	57,2

В среднем по муниципальным районам показатель первичного выхода на инвалидность по сравнению с 2017 годом увеличился на 6,1% и составил 126,5 на 10 тыс. населения СТВ. В 2018 году показатели первичной инвалидности лиц СТВ на 10 тыс. пожилого населения выше среднерайонного: в городском округе город Выкса (162,1), Краснобаковском (152,2), Тонкинском (303,0) муниципальных районах. Низкие показатели первичного выхода на инвалидность граждан пенсионного возраста отмечены в Краснооктябрьском (60,3), Вачском (67,0), Пильнинском (69,3), муниципальных районах. Существенный разброс показателей по муниципальным образованиям Нижегородской области требует дополнительного изучения организации медико-социальной экспертизы.

Структура первичной инвалидности у лиц СТВ представлена в таблице 15.

Таблица 15

**Структура первичной инвалидности населения СТВ
в Нижегородской области 2017 - 2018 годов**

Классы болезней и отдельные нозологии	На 10 000 населения СТВ		Доля (в %) от общего числа	
	2017 г.	2018 г.	2017 г.	2018 г.
Туберкулез	0,08	0,12	0,07	0,10
Новообразования злокачественные	37,04	39,81	32,27	32,76
Болезни эндокринной системы, из них:	1,19	1,34	1,04	1,10
сахарный диабет	1,10	1,25	0,96	1,03
Психические расстройства	3,98	3,44	3,47	2,83
Болезни нервной системы и органов чувств	3,01	3,02	2,62	2,49
Болезни глаза и придаточного аппарата	3,09	3,22	2,69	2,65
Болезни уха и сосцевидного отростка	2,50	3,18	2,18	2,62
Болезни системы кровообращения, из них:	55,61	58,51	48,44	48,15

болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	0,17	0,12	0,15	0,10
ишемическая болезнь	23,50	23,76	20,48	19,55
цереброваскулярные болезни	25,73	27,05	22,42	22,26
Болезни органов дыхания	1,43	1,50	1,24	1,23
Болезни органов пищеварения	0,99	1,19	0,86	0,98
Болезни костно-мышечной системы	2,79	2,91	2,44	2,39
Травмы, отравления	0,75	0,70	0,65	0,58
Прочие болезни	0,93	0,99	0,80	0,82
Всего по области	114,79	121,52	100,00	100,00

Преобладающее большинство пожилых и старых людей имеет инвалидность и нуждается в самом широком спектре услуг и помощи, оказываемой им медицинскими, социальными и благотворительными организациями. Изменение социального статуса человека в старости диктует необходимость выработки и реализации специфических подходов, форм и методов социальной работы с пожилыми людьми.

По состоянию на 1 января 2019 г. систему социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов составляют 112 государственных организаций, включая:

- 43 дома-интерната общего профиля для граждан пожилого возраста и инвалидов;
- 10 психоневрологических интернатов для лиц, страдающих психическими расстройствами;
- 59 центров социального обслуживания населения.

Общее количество получателей услуг из числа граждан пожилого возраста и инвалидов составляет свыше 60 тысяч (на дому – 41 162 человек, в стационарной форме – 7 182 человек, в полустационарной форме (отделения дневного пребывания) – 12 000 человек).

Для выявления граждан, нуждающихся в социальном обслуживании, ежегодно проводятся подворовые обходы социальными и медицинскими работниками. Опросы на дому проводятся у одиноких и одиноко проживающих граждан в возрасте старше 70 лет и инвалидов 1 и 2 группы.

В 2019 году планируется опросить 191,3 тысяч человек.

С 22 апреля 2019 г. в регионе заработали "поезда здоровья" – междисциплинарные медицинские бригады, сформированные из врачей общей практики и узких

специалистов, бригады оборудованы диагностическим оборудованием, флюорографами, маммографами и т.д. Выезды осуществляются в отдаленные населенные пункты региона. Мобильные бригады центров социального обслуживания осуществляют доставку и сопровождение пожилых граждан, проживающих в сельских населенных пунктах, к "поездам здоровья".

Одновременно с этим производится доставка граждан старшего возраста в центральные районные больницы для проведения диспансеризации и диспансерного обследования.

Сотрудничество с медицинскими организациями позволяет своевременно выявлять нуждающихся в обслуживании граждан, ранее по каким-либо причинам не обратившихся в уполномоченный орган социальной защиты.

Анализ структуры финансовых затрат медицинской помощи гражданам 60 лет и старше

Медицинская помощь населению СТВ оказывается в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Нижегородской области медицинской помощи, ежегодно утверждаемой постановлением Правительства Нижегородской области за счет средств всех источников (ОМС, областной и федеральный бюджет). Отдельный мониторинг медицинской помощи, оказываемой пожилому населению не ведется.

2.2. Цель и задачи Программы

Цель Программы - увеличение средней продолжительности жизни, периода активного долголетия и продолжительности здоровой жизни.

Задачи Программы:

- обеспечение доступности и увеличение эффективности оказания медицинской помощи населению;
- обеспечение комплексности, доступности, эффективности медико-социальной помощи гражданам старшего поколения;
- снижение показателя смертности;
- снижение показателя инвалидности.

2.3. Сроки реализации Программы

Программа реализуется в 2019 - 2024 годах.

2.4. Управление Программой и механизм ее реализации

Механизм реализации Программы основывается на принципах разграничения полномочий и ответственности участников Программы. По всем мероприятиям Программы определены ответственные исполнители, источники и соответствующие объемы финансирования.

Координация деятельности исполнителей мероприятий Программы осуществляется министерством здравоохранения Нижегородской области.

2.5. Ресурсное обеспечение Программы

Таблица 16

Объемы и источники финансирования Программы*
(млн. рублей)

Наименование государственного заказчика	Источник финансирования	Годы						Всего за период реализации Программы
		2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Министерство здравоохранения Нижегородской области	ВСЕГО, в т.ч.	5,6	0,56	0,56	0,00	0,00	0,00	6,76
	Федеральный бюджет	5,6	0,56	0,56	0,00	0,00	0,00	6,76

* финансирование осуществляется в рамках Государственной программы "Развитие здравоохранения Нижегородской области", утвержденной постановлением Правительства Нижегородской области от 26 апреля 2013 г. № 274.

3. Организационные мероприятия по оказанию медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста и подготовке кадров

Таблица 17

3.1. Индикаторы достижения цели Программы

№ п/п	Наименование показателя	Тип показателя	Базовое значение		Период, год					
			Значение	Дата	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1.	Уровень госпитализации на геронтологические койки лиц старше 60 лет на 10 тыс. населения соответствующего возраста	дополнительный	0,0	31.12.2017	13,4	42,8	50,8	57,1	57,1	57,1
2	Число граждан, пролеченных на геронтологических	дополнительный	0	31.12.2017	1,0	3,2	3,8	4,28	4,28	4,28

№ п/п	Наименование показателя	Тип показателя	Базовое значение		Период, год						
			Значение	Дата	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
	койках, тыс.чел.										
3.	Охват граждан старше трудоспособного возраста профилактическими осмотрами, включая диспансеризацию, %	дополнительный	19,2	31.12.2017	25,1	30,1	36,1	55,7	65,3	70,0	
4.	Доля лиц старше трудоспособного возраста, у которых выявлены заболевания и патологические состояния, состоящих под диспансерным наблюдением, %	дополнительный	55,5	31.12.2017	62,5	65,5	68,7	69,1	80,0	90,0	
5.	Охват граждан старше трудоспособного возраста из групп риска вакцинацией против пневмококковой инфекции, проживающих в организациях социального обслуживания, %	дополнительный	8,1	31.12.2017	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0	

Таблица 18

3.2. Сведения о достижении значений индикаторов и непосредственных результатов

№ п/п	Индикатор достижения цели/непосредственный результат (наименование)	Ед. измерения	Значения индикатора достижения цели/ непосредственного результата государственной программы, подпрограммы			Обоснование отклонений значений индикатора/ непосредственного результата на конец отчетного года*
			год, предшествующий отчетному (2018)	отчетный год (2019)		
1	2	3	4	5	6	7
1	Уровень госпитализации на геронтологические койки	на 10 тыс. населения старше 60 лет	1,35	13,4		
2	Охват граждан старше трудоспособного возраста профилактическими осмотрами, включая диспансеризацию	%	49,2	25,1		
3	Доля лиц старше трудоспособного возраста, у которых выявлены заболевания и патологические состояния, состоящие под диспансерным наблюдением	%	75,6	62,5		

4	Охват граждан старше трудоспособного возраста из групп риска, проживающие в организациях социального обслуживания, получивших вакцинацию против пневмококковой инфекции	%		95,0		
---	---	---	--	------	--	--

* значения показателей будут определены по итогам отчетного года.

3.3. Повышение доступности и качества оказания ПМСП

По данным государственной статистической отчетности за 2018 год в структуре учреждений Нижегородской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению (далее – ПМСП), 10 самостоятельных поликлиник, 47 центральных районных больниц, 1 районная больница, 23 городских больницы, в составе которых 45 поликлинических отделений, 3 самостоятельных стоматологических поликлиники, фельдшерско-акушерских пунктов - 816, в том числе 6 передвижных, фельдшерских пунктов – 47.

Объемы ПМСП определены Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Нижегородской области медицинской помощи.

Общее число посещений врача пациентами старше трудоспособного возраста по муниципальным районам области в 2018 году составило 2559459 (на 5% больше показателя 2017 года), в целом по территории – 6017383 посещений (на 2% больше по сравнению с 2017 годом). Число посещений, приходящееся на 1 жителя СТВ в муниципальных районах, по сравнению с 2017 годом увеличилось на 3,6% и составило 5,7. Самые низкие показатели числа посещений врача на 1 жителя СТВ – по Пильнинскому (1,4), Ковернинскому (2,5) муниципальным районам, городскому округу Навашинскому (3,2), Сергачскому муниципальному району (3,7), городскому округу город Бор (3,7), городскому округу город Первомайск (3,9) и городскому округу Сокольскому (3,9). Высокие показатели представили: Тоншаевский муниципальный район (10,4), городской округ Перевозский (8,5), Варнавинский (9,3), Княгининский (9,1), Вадский (9,8) муниципальные районы, городской округ Семеновский (13,0), Шатковский муниципальный район (12,9). По городскому

округу город Н.Новгород показатель составил 8,5 посещения на 1 жителя СТВ (в 2017 году - 8,4), по области в целом – 6,8 посещений (в 2017 год - 6,8).

Общее число посещений на дому пациентов СТВ в Нижегородской области составило 472508, на 1 жителя приходится 0,5 посещения.

В дневных стационарах амбулаторно-поликлинических учреждений области в 2018 году получили медицинскую помощь 38903 человек СТВ (64,4% от числа всех взрослых пациентов, пролеченных в дневных стационарах АПУ), это на 2,1% больше числа лиц СТВ, пролеченных в 2017 году. Стационары на дому были организованы для 4233 (-11,1% по сравнению с 2017 годом) пожилых пациентов (88,7% от числа всех взрослых, пролеченных в стационарах на дому).

В Нижегородской области ежегодно с 2006 года проводятся Декада пожилых людей и Декада инвалидов, в рамках которых в 2018 году проводился комплекс мероприятий по консультативной помощи пожилым гражданам и совершенствованию медико-социального обслуживания престарелых и инвалидов, медицинскую помощь получили свыше 95 тыс. пожилых граждан и инвалидов.

В рамках реализации положений Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 "О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года" и регионального сегмента федерального проекта "Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи" национального проекта "Здравоохранение", с целью обеспечения оптимальной доступности для населения Нижегородской области, в том числе жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях, специализированной медицинской помощи организованы 2 "Поезда здоровья" с использованием передвижных медицинских диагностических комплексов и многопрофильных врачебных бригад. "Северный поезд" предназначен для охвата населения северных и центральных районов Нижегородской области, включая городские округа город Бор и город Дзержинск. Задача "Южного поезда" обследования населения южных районов Нижегородской области, включая городской округ город Арзамас.

В рамках данного мероприятия оказывается специализированная медицинская помощь по профилю "гериатрия". Врачами гериатрами за первое полугодие 2019 года проконсультировано 755 пациентов.

3.4. Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

В Нижегородской области на основе стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания сформирована трехуровневая система оказания специализированной медицинской помощи взрослому населению, направленная на обеспечение доступности для населения современных эффективных медицинских технологий.

По состоянию на 1 января 2018 г. первый уровень (первичная медико-санитарная помощь) включает 169 медицинских организаций (62%), второй уровень (специализированная медицинская помощь) – 77 медицинских организаций (29%), третий уровень (высокотехнологичная медицинская помощь) – 23 медицинских организаций (9%).

По основным профилям оказания специализированной медицинской помощи разработана маршрутизация пациентов

На втором уровне межрайонные центры развернуты на базе 77 государственных и частных медицинских организаций по профилям: сосудистые, травматологические, центры гемодиализа, фтизиатрические, онкологические, инфекционные, наркологические.

На третьем уровне региональные центры развернуты на базе 23 государственных медицинских организаций по профилям: кардиохирургия, нейрохирургия, травматология, токсикология, онкология.

В результате модернизации кардиохирургической службы Нижегородской области функционируют 16 первичных сосудистых отделений и 2 региональных сосудистых центра.

В Нижегородской области создана система оказания онкологической помощи, включающая 1 региональный центр, 3 межрайонных онкологических центра, 87 первичных онкологических кабинетов и 96 смотровых кабинетов.

В соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ с 2014 года высокотехнологичная медицинская помощь оказывается за счет двух источников финансирования – федерального и областного бюджетов и за счет средств обязательного медицинского страхования.

За счет средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования оказывается высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в базовую программу обязательного медицинского страхования.

На территории Нижегородской области высокотехнологичную медицинскую помощь, включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказывают государственные федеральные и областные медицинские организации.

В 2018 году высокотехнологичную медицинскую помощь получили 10 360 человек в возрасте старше 60 лет.

3.5. Развитие организационной структуры гериатрической службы Нижегородской области

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 января 2016 г. № 38н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "гериатрия" в регионе создана трёхуровневая система оказания специализированной медицинской помощи гражданам старшего поколения:

1 уровень (амбулаторно-поликлиническая помощь) – функционирует 26 гериатрических кабинета (целевой показатель – 45) (рисунок 2).

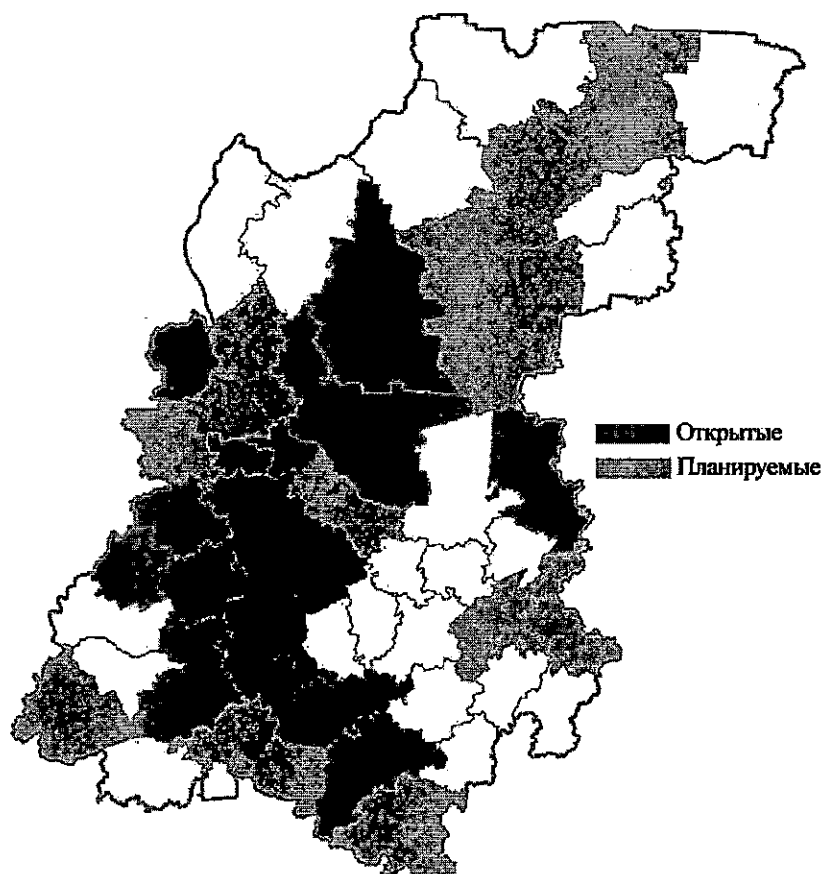


Рисунок 2. Открытие гериатрических кабинетов

2 уровень (стационарная специализированная медицинская помощь) – функционируют 57 геронтологических коек, открытие к концу 2019 года 40 геронтологических коек.

3 уровень – Нижегородский гериатрический центр, на базе которого развернуто 80 геронтологических коек и работает гериатрический кабинет.

Таким образом, в регионе развивается гериатрическая служба, обеспечивающая оказание медицинской помощи по профилю "гериатрия" пациентам пожилого и старческого возраста при наличии старческой астении с целью сохранения или восстановления их способности к самообслуживанию, физической и функциональной активности, независимости от посторонней помощи в повседневной жизни.

С целью укрепления кадрового потенциала осуществлена профессиональная переподготовка 47 врачей-специалистов по специальности "Гериатрия", прошли повышение квалификации 87 медицинских сестры по программе "Сестринское дело в гериатрии".

В Нижегородском гериатрическом центре открыт кабинет телемедицинских технологий с целью консультирования граждан пожилого и старческого возраста и систематического проведения обучающих семинаров по актуальным проблемам геронтологии и гериатрии.

Важная роль в структуре гериатрической службы отводится функционированию палат и отделений сестринского ухода, где больным проводится курс поддерживающего лечения с обеспечением квалифицированного медико-социального ухода.

Актуальность проблемы организации долговременной помощи связана с ростом численности старших возрастных групп (80 лет и старше), в которых многие нуждаются во внешнем уходе.

В Нижегородской области функционирует 848 коек сестринского ухода, где ежегодно получают лечение и медико-социальный уход более 10000 пациентов. Койки сестринского ухода развернуты в лечебных учреждениях 41-го муниципального образования Нижегородской области, в Дзержинском ГВВ и 5-ти медицинских организациях города Н.Новгорода.

Паллиативная помощь взрослому населению в Нижегородской области оказывается на базе 9 медицинских организаций – 167 коек, 8 выездных бригад, 8 кабинетов паллиативной помощи.

В рамках Государственной программы "Развитие здравоохранения Нижегородской области", утвержденной постановлением Правительства Нижегородской области от 26 апреля 2013 г. № 274, на период 2019 – 2020 годов запланировано открытие дополнительно 19 бригад выездных патронажных служб (2019 год – 8 бригад, 2020 год – 9 бригад) и 39 кабинетов паллиативной медицинской помощи (2019 год – 19 кабинетов, 2020 год – 18 кабинетов).

В 2019 году для развития паллиативной медицинской помощи в Нижегородской области выделены денежные средства:

- на оснащение кабинетов паллиативной медицинской помощи, выездных бригад патронажной службы и отделений паллиативной медицинской помощи;

- на обеспечение необходимыми лекарственными препаратами, включая обезболивающие;

- на обеспечение медицинских организаций, оказывающих паллиативную помощь, медицинскими изделиями, в том числе для использования на дому, в соответствии с Порядками оказания помощи взрослому населению и детям в Нижегородской области.

По вопросам оказания паллиативной помощи прошли тематическое обучение 337 врачей и 210 фельдшеров и медицинских сестер.

Созданы 68 "Школ ухода" для родственников по уходу за инкурабельными больными в лечебных учреждениях, участвующих в оказании паллиативной медицинской помощи взрослому населению.

Развивается информационно-аналитическая и просветительская деятельность, направленная на информирование гражданского общества о добровольчестве (волонтерстве), активно ведется работа по привлечению молодежных инициатив в социальных сетях.

В 2019 году с Нижегородской региональной общественной организацией "Линия жизни" заключили договор о сотрудничестве: государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области (далее - ГБУЗ НО) "Городская больница № 47 Ленинского района"; ГБУЗ НО "Городская больница № 1 г. Дзержинска".

3.6. Создание системы долговременного ухода на основе межведомственного взаимодействия

Главная цель системы долговременного ухода – обеспечить людям, нуждающимся в уходе, достойный уровень жизни и максимальную реабилитацию, а также обеспечить поддержку их семьям. Система долговременного ухода будет способствовать изменению самого механизма социального обслуживания. Главная особенность новой системы – так называемый "выявительный принцип". Сотрудники медицинской и социальной служб сами будут определять необходимость той или иной помощи в зависимости от функциональных нарушений и нуждаемости в услугах.

Принципиально важно, чтобы уход, реабилитация, социализация позволяли человеку оставаться полноценным членом общества, поддерживать качество жизни.

В июне 2019 года министерством социальной политики Нижегородской области в Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации направлен проект регионального плана мероприятий ("дорожная карта") по реализации на территории Нижегородской области пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в 2020 году, включающий индикаторы и контрольные показатели, характеризующие эффективность реализации пилотного проекта, а также дополнительные обосновывающие материалы по данному вопросу.

16 августа 2019 г. заключено соглашение между Правительством Нижегородской области, Благотворительным фондом помощи пожилым людям и инвалидам "Старость в радость" и Благотворительным фондом системной помощи пожилым людям "Старшие" о реализации проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, включающего сбалансированное социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы и сиделок, а также по поддержке семейного ухода.

Система долговременного ухода в Нижегородской области будет основана на принципах эффективного взаимодействия с министерством здравоохранения Нижегородской области и включать последовательно реализуемые этапы технологических решений по выявлению граждан, нуждающихся в долговременном уходе, типизации (оценке индивидуальной нуждаемости с учетом данных медицинских организаций), а также работу с гражданами, как комплексное решение по реализации технологий СДУ во всех формах обслуживания населения: стационары, полустационары, на дому (с привлечением специалистов системы здравоохранения).

Работы на этапе выявления будут осуществляться путем передачи данных из пилотных организаций здравоохранения в органы социальной защиты по каналам межведомственного взаимодействия с помощью разрабатываемого ИТ-решения. Форма передачи данных содержит информацию о фамилии, имени и отчестве (при

наличии) потенциального получателя долговременного ухода, его контактные данные, СНИЛС, отметку о получении информированного согласия на обработку и передачу персональных данных и утверждается приказом о межведомственном взаимодействии. Критерии определения категорий граждан, данные о которых необходимо будет передавать в органы соцзащиты: в поликлиниках - результаты анкетирования по методике "Возраст не помеха", в стационарах – возраст 65+ или наличие инвалидности первой группы.

На этапе типизации будет использоваться технология, позволяющая объективно определить наличие стойкого снижения способности человека к самообслуживанию и его зависимости от посторонней помощи. По итогам типизации будет назначаться одна из пяти групп типизации, определяющая объем помощи на дому (максимальный объем помощи для самой тяжелой группы – 28 часов в неделю). С целью формирования оптимального и наиболее актуального для гражданина набора услуг будет осуществляться запрос в органы социальной защиты в отношении каждого человека по актуальным назначениям, противопоказаниям и ограничениям жизнедеятельности. Данные будут передаваться по каналам межведомственного взаимодействия через разрабатываемую ИТ-систему. По результатам проведенной типизации, с учетом полученных данных, в отношении каждого человека будет разрабатываться индивидуальная программа предоставления социальных услуг (далее – ИПКСУ), которая, за счет указанного подхода, будет иметь высокую степень актуальности не только в части обслуживания гражданина, но и в поддержании состояния здоровья гражданина на высоком уровне.

На этапе работы с гражданами в рамках создаваемой система долговременного ухода (далее – СДУ) в Нижегородской области будет реализован следующий набор технологий:

1. В надомной форме обслуживания:

- активизация граждан тяжелых групп ухода (в ходе осуществления работ сотрудниками в рамках увеличенного объема часов обслуживания такой категории граждан – до 28-ми часов в неделю);

- социализация граждан (с применением специализированных технологических решений в полустационарных формах обслуживания);
- регулярные медицинские визиты к гражданам, получающим социальные услуги на дому и не имеющим возможности добраться до поликлиник в силу состояния здоровья ("медицинский патронаж");
- сопровождаемое проживание для граждан с различными дефицитами, включая индивидуальное и коллективное (групповое) проживание.

2. В стационарной форме обслуживания:

- активизация граждан, проживающих в отделениях Милосердия, в том числе с привлечением специалистов-психологов и специалистов лечебной физкультуры (для Домов-интернатов общего типа и психоневрологических интернатов (далее - ПНИ));
- социализация граждан, проживающих в отделениях Милосердия и Активного долголетия, с применением различных программ вовлечения данных граждан в активную общественную жизнь, развития у них различных интересов, а также максимальное возвращение к общению с семьями, родственниками, друзьями, коллегами и проч. (для Домов-интернатов общего типа и ПНИ);
- обучение и образование граждан, проживающих в ПНИ;
- формирование трудовых навыков граждан, проживающих в ПНИ;
- подготовка к сопровождаемому проживанию граждан, проживающих в ПНИ.

Организация реализации указанных выше технологий будет включать этап проведения критериальной оценки каждого гражданина, находящегося на социальном обслуживании в пилотном учреждении, после чего, при наличии положительной оценки, в отношении данного гражданина будет реализовываться соответствующая технология. Таким образом, социальное обслуживание Нижегородской области в пилотных учреждениях будет переведено от этапа реализации отдельных инициатив к следующему этапу – реализации нормативно закрепленных технологических решений.

Данный подход, основанный на реализации комплекса технологических решений, позволит:

1. Максимизировать работу с гражданами, получающими социальные услуги на дому, и предупредить формирование очереди в стационары.

2. Повысить качество жизни граждан, получающих услуги, за счет их всемерной активизации и социализации.

3. Оптимизировать расходы на обслуживание граждан в отделениях Милосердия пилотных стационаров за счет перевода существенной части граждан из категории немобильных и маломобильных в категорию мобильных, обслуживание которых существенно менее затратно.

Внедрение СДУ в Нижегородской области предполагается осуществлять в 3 этапа:

Этап 1 (2021 год): Создание основы СДУ, запуск технологий, реформа региональных НПА, формирование системы межведомственного взаимодействия, внедрение ключевых ИТ-решений. Пилотные - 2 муниципальных образования, 3 стационара соцзащиты и 2 медицинские организации.

Этап 2 (2022 год): запуск технологий по "конвейерному принципу", автоматизация учета всех социальных услуг с помощью ИТ-решения, комплексное внедрение системы контроля качества. Пилотные 6 муниципальных образований, 8 стационаров соцзащиты и 6 медицинских организаций.

Этап 3 (2023 год): тиражирование решений, подключение всех учреждений, муниципальных образований и медицинских организаций Нижегородской области.

Обеспечение защиты информации при обмене данными осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных", от 27 июля 2006 г. № 149-ФЗ "Об информации, информационных технологиях и защите информации".

Таким образом, реализация проекта СДУ будет обеспечивать динамические изменения следующих показателей:

Показатели	Ед.	31.12.2021	31.12.2022	31.12.2023
1. Количество граждан на обслуживании, в т.ч:	Чел.	49 562	54 284	61 242
- на дому	Чел.	42 380	47 318	54 415
- в стационаре	Чел.	7 182	6 966	6 827
2. Доля граждан, которым назначена более легкая группа ухода после года обслуживания в				

СДУ, в т.ч.:				
- на дому	%.	5%	8%	10%
- в стационаре (отделения милосердия)	%	20%	35%	50%
3. Количество граждан, обслуживаемых по технологии "Сопровождаемое проживание"	чел.	120	175	300
4. Количество граждан, обслуживаемых в Центрах дневного пребывания в рамках реализации технологий "Активизация" и "Социализация"	чел.	6 394	12 788	19 182
5. Количество граждан, проживающих в ПНИ и обслуживаемых в рамках технологий "Обучение и образование" и "Формирование трудовых навыков"	чел.	1 670	2 430	3820
6. Доля граждан в тяжелых группах ухода, получающих услуги на дому и охваченных регулярными визитами медицинского персонала	%	40 %	65 %	100 %
7. Доля социальных услуг, оказанных гражданам, информация о которых получена и валидирована с помощью автоматизированной ИТ-системы	%	50 %	80 %	100 %
8. Доля граждан с паллиативной стадией заболевания с выявленным болевым синдромом, которым регулярно оказывается (предоставляется) противоболевая терапия по месту их постоянного проживания	%	100 %	100 %	100 %
9. Доля граждан старше трудоспособного возраста, охваченных комплексными гериатрическими оценками	%	28 %	34 %	56 %
10. Реализация плана мероприятий по созданию комплексной системы реабилитации III этапа	%	25 %	45 %	75 %

По итогам 1 года реализации Программы в Нижегородской области будут запущены:

- технология передачи данных по каналам межведомственного взаимодействия при выявлении граждан, нуждающихся в долговременном уходе;
- технология определения индивидуальной нуждаемости у каждого гражданина с учетом его состояния здоровья и индивидуальных особенностей;
- комплекс технологий по работе с гражданами на дому, полустационарах и стационарах, направленный на повышение качества и продолжительности жизни за счет индивидуального подхода к активизации и социализации в работе с каждым гражданином.

3.7. Мероприятия по разработке и внедрению специфических межведомственных и междисциплинарных программ для граждан пожилого и старческого возраста

№ п/п	Наименование мероприятия	Сроки реализации проекта		Ответственный исполнитель	Характеристика результата
		Начало	Окончание		
1.	<p>Формирование условий для содействия здоровому старению и ведению здорового образа жизни</p> <p>1. Организация Университета "Серебряный возраст", как формы социализации и адаптации пожилых граждан.</p> <p>2. Просвещение граждан пожилого возраста через СМИ по вопросам здорового образа жизни: сбалансированного питания, физической активности, отказа от вредных привычек.</p> <p>3. Организация социокультурных мероприятий (праздничных концертов, спортивных мероприятий).</p> <p>4. Оздоровление пожилых граждан с использованием комплекса физкультурных занятий, элементов дыхательной гимнастики, скандинавской ходьбы</p>	01.01.2020	31.12.2024	Минздрав, главный внештатный гериагр министерства здравоохранения Нижегородской области, главные врачи муниципальных образований Нижегородской области (далее – МО) (по согласованию)	Увеличение числа пожилых граждан, ведущих здоровый образ жизни
2.	<p>Разработка и реализация региональной межведомственной и мультидисциплинарной программы профилактики падений и переломов</p> <p>1. Привлечение внимания общественности к проблеме профилактики падений и переломов у граждан пожилого возраста.</p> <p>2. Дооснащение медицинских и стационарных организаций социального обслуживания современными техническими средствами, профилактирующими падения и переломы у пожилых.</p> <p>3. Создание в ЛПУ и учреждениях социального обслуживания безопасного пространства с целью профилактики падений у пожилых.</p> <p>4. Введение в практику оценки риска па-</p>	01.01.2020	31.12.2024	Минздрав, главный внештатный гериагр министерства здравоохранения Нижегородской области, главные врачи МО (по согласованию)	Снижение падений и переломов

	<p>дений у всех госпитализированных пациентов пожилого возраста.</p> <p>5. Проведение в ЛПУ Школ для пациентов по профилактике падений.</p> <p>6. Обучение медицинских и социальных работников мероприятиям, направленным на профилактику падений пожилых</p>				
3.	<p>Разработка и реализация региональной межведомственной и мультидисциплинарной программы профилактики, ранней диагностики и лечения когнитивных расстройств</p>	01.01.2020	31.12.2024	<p>Минздрав, главный внештатный гериатр министерства здравоохранения Нижегородской области, главный внештатный психиатр министерства здравоохранения Нижегородской области, главы МО (по согласованию), главные врачи МО (по согласованию)</p>	Увеличение периода жизни без когнитивного дефицита
4.	<p>Разработка и реализация региональной межведомственной программы по профилактике и выявлению жестокого обращения с гражданами пожилого и старческого возраста</p>	01.01.2020	31.12.2024	<p>Минздрав, главный внештатный гериатр министерства здравоохранения Нижегородской области</p>	Уменьшение случаев жестокого обращения с гражданами пожилого возраста
5.	<p>Разработка и реализация региональной программы по борьбе с эйджизмом</p>				

	1. Информирование общества о проблеме эйджизма, борьба с негативными установками по дискриминации по возрасту. 2. Выявление фактов эйджизма при оказании медицинской помощи в медицинских и социальных учреждениях и их недопущение	01.01.2020	31.12.2024	главы МО (по согласованию), главные врачи МО (по согласованию), социально ориентированные некоммерческие организации (по согласованию), волонтерские организации (по согласованию)	Уменьшение проявлений эйджизма
6.	Программа вакцинации граждан старше трудоспособного возраста из групп риска, проживающих в организациях социального обслуживания против пневмококковой инфекции	01.01.2019	31.12.2024	Минздрав	Не менее 95% граждан старше трудоспособного возраста из групп риска, проживающих в организациях социального обслуживания, прошли к концу 2024 года вакцинацию против пневмококковой инфекции
	7. Программа проведения профилактических осмотров, включая диспансеризацию, граждан старше трудоспособного возраста	01.01.2019	31.12.2024	Минздрав	Охват граждан старше трудоспособного возраста профилактическими осмотрами, включая диспансеризацию, не менее 70% к концу 2024 года
8.	Программа диспансерного наблюдения лиц старше трудоспособного возраста, у которых выявлены заболевания и патологические состояния	01.01.2019	31.12.2024	Минздрав	Доля лиц старше трудоспособного возраста, у которых выявлены заболевания и патологические состояния, состоящих под диспансерным наблюдением, не менее 90% к концу 2024 года

Разработка и реализация региональной межведомственной и мультидисциплинарной программы профилактики падений и переломов

Согласно оценкам Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) треть людей старше 65 лет падает ежегодно, более половины из них неоднократно. 10 - 15% падений приводит к серьезным повреждениям, например, к травмам головы или переломам бедра. Последствия этих падений являются пятой по распространенности причиной смерти среди пожилых людей. Программа предусматривает обучение медицинских работников, профилактику риска падений, создание безопасной среды в домах и квартирах пожилых граждан. В рамках реализации Программы планируется появление ресурсных центров, где можно арендовать кресло-коляску, трости или функциональную кровать для реабилитации после падения.

Разработка и реализация региональной межведомственной и мультидисциплинарной программы профилактики, ранней диагностики и лечения когнитивных расстройств

Снижение памяти и внимания является самым распространенным спутником старения. До 70% пожилых людей отмечают у себя снижение памяти по сравнению с молодым или средним возрастом. Недостаточная информированность общества, отсутствие внимания к этой проблеме человека может привести к формированию грубого психического расстройства, полностью дезадаптирующего пациента в обществе.

ВОЗ признает деменцию в качестве одного из приоритетов общественного здравоохранения. В мае 2017 г. Всемирная ассамблея здравоохранения одобрила Глобальный план действий сектора здравоохранения по реагированию на деменцию на 2017 – 2025 годы. В мире насчитывается около 50 млн. людей с деменцией. Ежегодно происходит почти 10 млн. новых случаев заболеваний. Деменция одна из основных причин инвалидности и зависимости среди пожилых людей во всем мире.

Руководство ВОЗ по снижению риска развития когнитивных расстройств и деменции содержит основанные на фактических данных рекомендации в отношении мер по снижению изменяемых факторов риска деменции, таких как отсутствие фи-

зической активности и нездоровое питание, а также по контролю медицинских состояний, связанных с деменцией, включая гипертензию и диабет.

Разработка и реализация региональной межведомственной программы по профилактике и выявлению жестокого обращения с гражданами пожилого и старческого возраста

Жестокое обращение с пожилыми, исходя из доклада ВОЗ, является важной проблемой общественного здравоохранения. Предупреждение жесткого обращения с пожилыми - это вопрос прав человека и социальной солидарности. Общество обязано защищать права пожилых людей, искоренять предубеждения в форме негативного отношения общества к людям старшего возраста. Чтобы преодолеть эти явления нужно укреплять социальное единство и солидарность между поколениями.

Разработка и реализация региональной программы по борьбе с эйджизмом

В 2014 году правительства разных стран признали "эйджизм" общим источником, оправданием и движущей силой дискриминации по возрастному признаку. "Эйджизм" оказывает вредное воздействие на здоровье пожилых людей. По данным научных исследований пожилые люди, негативно воспринимающие старение, могут жить на 7,5 лет меньше, чем пожилые люди с позитивным настроением. Для борьбы с "эйджизмом" необходимо новое понимание старения среди всех поколений людей. Такое понимание должно основываться на отказе от устаревшего восприятия пожилых людей в качестве обузы, признание их разнообразного опыта и несправедливости "эйджизма" и готовности к поиску лучшей организации общества.

4. Ожидаемые результаты Программы

Реализация программы "Активное долголетие в Нижегородской области" направлена на увеличение ожидаемой продолжительности жизни граждан старше трудоспособного возраста в Нижегородской области к 2024 году до 76,88 лет.

В целях достижения данного показателя, региональным проектом "Старшее поколение" предусмотрены следующие мероприятия:

- проведение профилактических осмотров и диспансеризации лиц старше трудоспособного возраста (2019 год – 25,1%, 2020 год – 30,1%, 2021 год – 36,1%, 2022 год – 55,7%, 2023 год – 65,3%, 2024 год – 70,0%);

- увеличение доли лиц старше трудоспособного возраста, у которых выявлены заболевания и патологические состояния, находятся н под диспансерным наблюдением (2019 год – 62,5%, 2020 год – 65,5%, 2021 год – 68,7%, 2022 год – 69,1%, 2023 год – 80,0%, 2024 год – 90,0%);

- оказание специализированной медицинской помощи гражданам старше трудоспособного возраста в областном гериатрическом центре и геронтологических отделениях (2019 год – 1,0 тыс. человек, 2020 год – 3,2 тыс. человек, 2021 год – 3,8 тыс. человек, 2022 год – 4,28 тыс. человек, 2023 год – 4,28 тыс. человек, 2024 год – 4,28 тыс. человек);

- проведение вакцинации против пневмококковой инфекции лиц старше трудоспособного возраста из групп риска, проживающих в организациях социального обслуживания (2019 год – 95,0%, 2020 год – 95,0%, 2021 год – 95,0%, 2022 год – 95,0%, 2023 год – 95,0%, 2024 год – 95,0%);

- проведение дополнительных скринингов лицам старше 65 лет, проживающих в сельской местности, на выявление отдельных социально-значимых неинфекционных заболеваний (90,0% к концу 2024 году);

- увеличение удельного веса негосударственных организаций социального обслуживания (2019 год – 11,2%, 2020 год – 12,4%, 2021 год – 13,6%, 2022 год – 15,4%, 2023 год – 17,2%, 2024 год – 19,1%).

Проводимые мероприятия позволят сформировать современную модель долговременной медико-социальной помощи гражданам пожилого и старческого возраста на принципах преемственности ведения пациента при оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, и межведомственного взаимодействия служб здравоохранения и социальной защиты с целью создания социальных условий, обеспечивающих укрепление здоровья и устойчивое увеличение продолжительность жизни, повышение творческой, социальной и трудовой активности, мотивацию к ведению гражданами здорового образа жизни.
