



ПРАВИТЕЛЬСТВО ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 11 декабря 2019 г. № 776-пП
г.Пенза

Об утверждении региональной программы "Системная поддержка и повышение качества жизни граждан старшего поколения в Пензенской области"

В целях реализации Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 "О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года" и государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения", утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 (с последующими изменениями), руководствуясь Законом Пензенской области от 22.12.2005 № 906-ЗПО "О Правительстве Пензенской области" (с последующими изменениями), Правительство Пензенской области **п о с т а н о в л я е т**:

1. Утвердить прилагаемую региональную программу "Системная поддержка и повышение качества жизни граждан старшего поколения в Пензенской области".

2. Определить, что региональная программа "Системная поддержка и повышение качества жизни граждан старшего поколения Пензенской области" реализуется в рамках Соглашения о реализации регионального проекта "Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения", включая государственную программу Пензенской области "Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014 - 2024 годы", утвержденную постановлением Правительства Пензенской области от 02.10.2013 № 743-пП "Об утверждении государственной программы Пензенской области "Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014 - 2024 годы" (с последующими изменениями).

3. Настоящее постановление действует в части, не противоречащей закону Пензенской области о бюджете Пензенской области на очередной финансовый год.

4. Настоящее постановление опубликовать в газете "Пензенские губернские ведомости" и разместить (опубликовать) на "Официальном интернет-портале правовой информации" (www.pravo.gov.ru) и на официальном сайте Правительства Пензенской области в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

5. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на Вице-губернатора Пензенской области.

Губернатор
Пензенской области И.А. Белозерцев



УТВЕРЖДЕНА
постановлением Правительства
Пензенской области
от 11.12.2019 № 776-пП

**Региональная программа
"Системная поддержка и повышение качества жизни
граждан старшего поколения в Пензенской области"**

**ПАСПОРТ
региональной программы
"Системная поддержка и повышение качества жизни
граждан старшего поколения в Пензенской области"**

Наименование региональной программы	"Системная поддержка и повышение качества жизни граждан старшего поколения в Пензенской области"
Ответственные исполнители региональной программы	Министерство здравоохранения Пензенской области Министерство труда, социальной защиты и демографии Пензенской области
Основание для разработки региональной программы	Соглашение о реализации регионального проекта "Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения (Старшее поколение)", утвержденного Губернатором Пензенской области от 30.01.2019
Срок реализации региональной программы	2020 - 2024 годы
Задачи региональной программы	Формирование условий для содействия здоровому старению и ведению здорового образа жизни граждан пожилого и старческого возраста. Организация проведения профилактических мероприятий лицам старше трудоспособного возраста. Охват диспансеризацией лиц старше трудоспособного возраста - не менее 90%. Развитие преемственности служб и развитие диспансерного наблюдения пожилых граждан, более 80% будут охвачены диспансерным наблюдением. Создание системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, включая сбалансированные социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому. Оказание специализированной и первичной медицинской помощи по профилю "гериатрия".

Утверждение и реализация дорожной карты - Плана мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи гражданам пожилого возраста, гражданам, полностью или частично утратившим способность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться.

Оказание специализированной медицинской помощи по профилю "гериатрия" в геронтологическом отделении, ежегодно не менее 1 600 пациентов.

Иммунизация против пневмококковой инфекции граждан старше трудоспособного возраста из групп риска, проживающих в организациях социального обслуживания.

Основные мероприятия региональной программы

Проведение профилактических мероприятий лицам старше трудоспособного возраста.

Осуществление динамического наблюдения лиц старше трудоспособного возраста, у которых выявлены заболевания и патологические состояния, находящихся под диспансерным наблюдением.

Оказание специализированной и первичной медицинской помощи по профилю "гериатрия".

Проведение вакцинации против пневмококковой инфекции лицам старше трудоспособного возраста из групп риска, проживающих в организациях социального обслуживания.

Цель, показатели и сроки реализации региональной программы

Охват граждан старше трудоспособного возраста профилактическими осмотрами, включая диспансеризацию, к 2024 году - не менее 70%.

Охват граждан старше трудоспособного возраста, у которых выявлены заболевания и патологические состояния, находящихся под диспансерным наблюдением, к 2024 году - не менее 90%.

Оказание специализированной медицинской помощи ежегодно не менее 1600 лицам старше трудоспособного возраста.

Проведение вакцинации против пневмококковой инфекции лицам старше трудоспособного возраста из групп риска, проживающих в организациях социального обслуживания, к 2024 году - не менее 95%.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Аналитическая часть.
 - 1.1. Анализ и прогноз демографической ситуации в регионе.
 - 1.2. Анализ социального статуса и условий проживания граждан 60 лет и старше в контексте доступности медицинской помощи и потенциального риска утраты автономности и потребности в условиях системы долговременного ухода.
 - 1.3. Анализ структуры заболеваемости, инвалидности и смертности граждан старше 60 лет.
 - 1.4. Анализ структуры оказания медицинской помощи гражданам 60 лет и старше с анализом структуры финансовых затрат.
 - 1.5. Оказание первичной медико-санитарной помощи.
 - 1.6. Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.
2. Организационные мероприятия по оказанию медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов и подготовке кадров.
3. План мероприятий по разработке и внедрению специфических межведомственных и междисциплинарных программ для граждан пожилого и старческого возрастов.
4. Ожидаемые результаты реализации программы "Системная поддержка и повышение качества жизни граждан старшего поколения".

Региональная программа
"Системная поддержка и повышение качества жизни
граждан старшего поколения в Пензенской области"

1. Аналитическая часть

1.1. Анализ и прогноз демографической ситуации в регионе

Пензенская область в современных границах образована 4 февраля 1939 г., является субъектом Российской Федерации и входит в состав Приволжского федерального округа (ПФО). Административный центр - город Пенза, расположен в 650 км к юго-востоку от Москвы. Административно-территориальное устройство Пензенской области: 3 городских округа (в том числе один со статусом ЗАТО), 27 муниципальных районов.

Из 1 411 населенных пунктов Пензенской области в 630 (44,6%) численность населения насчитывает от 1 до 100 человек (малочисленные населенные пункты), в 104 населенных пунктах (7,4%) население отсутствует и существует объективная тенденция к росту числа таких населенных пунктов.

Пензенская область расположена в европейской части России, на Восточно-Европейской (Русской) равнине, граничит с Республикой Мордовия, Рязанской, Саратовской, Тамбовской и Ульяновской областями. Площадь - 43,3 тыс. кв. км. С севера на юг область протянулась на 204 км, с запада на восток - на 330 км.

Пензенская область лежит в умеренном географическом поясе, на стыке лесной, лесостепной и степной зон. Территория имеет равнинный, слегка всхолмленный рельеф, расчлененный сетью балок и оврагов, сложный и многообразный ландшафт, сравнительно развитую речную сеть с живописным пойменным строением, наблюдается большое разнообразие почв, животного и растительного мира.

Численность населения Пензенской области по состоянию на 01.01.2018 года - 1 331 655 человек. Доля городского населения составляет 68,3% (по ПФО и России соответственно 71,5 % и 74 %), сельского - 32,7 % (по ПФО и России - 28,5 % и 26,0 % соответственно).

Численность населения по муниципальным образованиям области за 2007 - 2017 годы сокращалась неравномерно. Негативные демографические процессы в Пензенской области наиболее остро протекали в Земетчинском районе (коэффициент естественной убыли - 14,0 промилле) и Малосердобинском районе (коэффициент естественной убыли - 12,3 промилле). Также высокий уровень естественной убыли населения отмечался в Бековском, Белинском, Иссинском, Камешкирском, Лунинском, Наровчатском, Неверкинском, Никольском, Пачелмском и Сердобском районах.

Практически во всех районах области естественная убыль сельского населения вдвое превышала убыль городского населения, только в Городищенском и Каменском районах убыль городского и сельского населения равны, а в Никольском и Сердобском районах убыль городского населения превышает убыль сельского.

Наиболее крупные города области показали наибольшую устойчивость населения. Если в областном центре наблюдался даже некоторый рост численности населения (с 509 197 до 524 632 человек), то во втором по численности городе Кузнецке произошло снижение численности (с 88 917 до 84 267 человек). В малых городах падение было более значительным.

Рост населения наблюдался в ряде рабочих поселков: Мокшан, Башмаково, Лунино, Колышлей, Беково, Чаадаевка, Евлашево.

Можно выделить четыре группы районов по динамике населения за 2006 - 2016 годы:

- прирост населения - Пензенский и Бессоновский районы (соответственно 11,1% и 12,5%) и Городищенский район, имеющий незначительную отрицательную динамику (0,8 %);

- убыль населения за рассматриваемый период 5 - 9% - Башмаковский, Бековский, Кузнецкий, Лунинский, Мокшанский, Спасский и Шемышейский районы;

- убыль населения за рассматриваемый период 9,1 - 12,1 % - Колышлейский, Лопатинский, Наровчатский, Нижнеломовский, Камешкирский, Пачелмский районы;

- наибольшая убыль населения - Белинский, Земетчинский, Каменский, Малосердобинский, Иссинский, Неверкинский, Никольский, Сердобский, Сосновоборский, Тамалинский и Вадинский районы (17,0 %, 20,1 %, 17,3 %, 15,0 %, 13,6 %, 15,9 %, 13,4 %, 24,0 %, 14,1 %, 17,3 %, 13,7 % соответственно).

Принимаемые за последние годы меры по обеспечению доступности и качества медицинской помощи, ежегодное увеличение объемов первичной и вторичной медицинской профилактики, тиражирование методики роста вовлеченности населения в ведение здорового образа жизни в совокупности позволили положительно повлиять на демографическую ситуацию и сохранить стабильную динамику по снижению уровня смертности населения.

За 5 лет смертность населения сократилась на 4,1%, с 14,7 в 2013 году до 14,1 на 1000 населения в 2017 году.

С 2013 года смертность трудоспособного населения уменьшилась на 12,6% с 539,5 до 471,3 на 100 тыс. населения в трудоспособном возрасте.

Динамика показателя смертности населения, 2013 - 2018 годы

Наименование показателя	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.*
Смертность населения на 1000 населения	14,7	14,8	14,8	14,5	14,1	14,4
Смертность населения в трудоспособном возрасте на 100 тыс. населения трудоспособного возраста	539,5	547,0	524,2	508,5	471,3	474,1

Уровень смертности населения варьируется от 21,2 - 19,4 в Вадинском, Пачелмском, Никольском районах до 14,0 - 10,8 на 1 000 населения в областном центре и городах областного значения.



Доля умерших в возрасте 60 лет и старше, 2013 - 2018 годы

Наименование показателя	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.*
Доля умерших старше 60 лет, %	75,9	76,1	77,4	78,0	79,2	79,5

Доля умерших в данной возрастной группе за 5 лет выросла на 4,3% с 75,9% до 79,2%.

Наибольшая доля умерших старше 60 лет в Наровчатском районе - 84,6%, Сосновоборском районе - 84,1% и Башмаковском районе - 83,3%, наименьшая в Спасском районе - 76,5%, Бессоновском районе - 76,0% и Колышлейском районе - 75,8%.



Средний возраст умерших по годам, 2013 - 2017 годы

Наименование показателя	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Средний возраст умерших, лет	71,5	71,5	72,0	72,42	73,19

Средний возраст умерших за 5 лет вырос на 1,69 года с 71,5 года до 73,19 года.



Наибольший показатель среднего возраста умерших в Наровчатском и Сосновоборском районах - по 74,2 года, Лопатинском районе - 73,8 года.

Наименьший в Колышлейском районе - 69,3 года, Кузнецком районе - 69,8 года и Бессоновском районе - 70,1 года.

Смертность населения в трудоспособном возрасте существенно различается в муниципальных образованиях.

Наибольший показатель в Вадинском районе - 775,0, Никольском районе - 758,2 и Пачелмском районе - 734,2 на 100 тыс. трудоспособного населения.

Наименьший показатель в г. Пензе - 361,2, Башмаковском районе - 398,9 и Сосновоборском районе - 436,1 на 100 тыс. трудоспособного населения.

Стандартизированный коэффициент смертности населения по основным классам причин в Пензенской области за 2017 год составил 940,1 на 100 тыс. населения, что ниже среднероссийского уровня на 2,1% (Россия - 960,5 на 100 тыс. человек).

Динамика стандартизированного коэффициента смертности населения по основным классам причин, 2013 - 2017 годы

Наименование показателя	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Стандартизированный коэффициент смертности населения по основным классам причин на 100 тыс. населения	1047,2	1038,3	1027,8	992,3	940,1



Ожидаемая продолжительность жизни составляет 73,34 года, по данному показателю Пензенская область занимает 21-е место в Российской Федерации (72,7 года).

**Динамика ожидаемой продолжительности жизни
при рождении, 2013 - 2017 годы**

Наименование показателя	Единица измерения	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год (прогноз)
Ожидаемая продолжительность жизни	лет	71,54	71,63	72,12	72,53	73,34	73,52

Однако демографическая нагрузка на трудоспособное население в регионе остается тяжелой, доля лиц старше трудоспособного возраста в структуре постоянного населения ежегодно увеличивается:

- на 1000 лиц трудоспособного возраста приходится 813 человек нетрудоспособного возраста (Россия - 764);
- доля лиц старше трудоспособного возраста составляет - 29,1%;
- средний возраст жителей - 42,14 года (Россия - 39,68 года);
- доля лиц трудоспособного возраста - 55,5%;
- доля женщин фертильного возраста - 23%.

**Динамика основных показателей демографической нагрузки
на трудоспособное население, 2013 - 2018 годы**

Наименование показателя	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Доля лиц старше трудоспособного возраста, %	26,8	27,4	27,9	28,5	29,1	29,6
Средний возраст жителей, лет	41,51	41,69	41,83	41,97	42,14	42,36
Прирост количества лиц старше трудоспособного возраста к уровню прошлого года, тыс. человек	5294	5347	6189	6173	4930	4672
Доля лиц трудоспособного возраста, %	58,5	57,7	56,8	55,9	55,1	54,4
Доля женщин фертильного возраста, %	24,0	23,5	23,2	22,9	22,6	22,4

Средний возраст жителей, лет



Самые "старые" муниципальные образования - Земетчинский район, где средний возраст населения 46,37 года, Малосердобинский - 45,50 года, Никольский - 45,09 года.

Самые "молодые" - Пензенский район - 40,68 года, Бессоновский - 40,74 года и г. Пенза - 40,83 года.

По данным на 01.01.2018 в числе застрахованных граждан, прикрепленных для медицинского обслуживания к медицинским организациям, доля лиц старше трудоспособного возраста - 29,6%.

При этом в муниципальных образованиях, составляющих конгломерацию города Пензы, данный показатель значительно ниже и составляет в Пензенском районе - 26,1%, в Бессоновском районе - 27,4%, в Городищенском районе - 27,7%.

В городах областного значения доля лиц старше трудоспособного возраста немного выше: в г. Кузнецке - 29,3%, г. Пензе - 30,6%, в г. Заречном - 30,7%.

Наиболее сложная демографическая ситуация с неблагоприятным прогнозом возрастных характеристик постоянного населения отмечается в Никольском районе - 33,3%, Иссинском районе - 33,5%, Земетчинском районе - 33,7%. При этом Земетчинский район максимально удален от областного центра - 230 км. Группы "возрастного" риска в этих районах составляют соответственно 10,5 тыс. человек, 3,5 тыс. человек и 7,3 тыс. человек.

Таким образом, в ближайшее десятилетие существует риск дальнейшего роста смертности в связи с увеличением доли старшей возрастной группы.

Анализ инвалидности лиц в возрасте 60 лет и старше за 2014 - 2018 годы

1. Уровень первичной инвалидности лиц в возрасте 60 лет и старше в Пензенской области (на 10 тысяч соответствующего населения).

Годы	2014	2015	2016	2017	2018
	119,2	121,5	128,6	128,0	124,0

Уровень первичной инвалидности лиц в возрасте 60 лет и старше в регионе увеличивается.

2. Уровень повторной инвалидности лиц в возрасте 60 лет и старше в Пензенской области (на 10 тысяч соответствующего населения).

Годы	2014	2015	2016	2017	2018
	200,1	213,75	227,9	248,4	240,3

В динамике за наблюдаемый период отмечается рост повторной инвалидности лиц в возрасте 60 лет и старше.

Совокупный интенсивный показатель инвалидности населения (первичный и повторный) в возрасте 60 лет и старше (на 10000 соответствующего населения) составил:

2014 год - 319,2;
 2015 год - 335,3;
 2016 год - 356,5;
 2017 год - 376,5;
 2018 год - 364,2.

В целом в регионе идет постоянный рост инвалидности у лиц в возрасте 60 лет и старше по всем нозологическим формам заболеваний.

Структура первичной инвалидности лиц в возрасте 60 лет и старше по полу, классам болезней, тяжести инвалидности

Первичная инвалидность является одним из основных показателей, характеризующих состояние здоровья населения.

На территории региона отмечается рост показателей первичной инвалидности у лиц в возрасте 60 лет и старше.

Структура первичной инвалидности лиц в возрасте 60 лет и старше по полу (абсолютное число, %)

Годы	Общее число инвалидов	В том числе			
		мужчин		женщин	
		абсолютное число	%	абсолютное число	%
1	2	3	4	5	6
2014	4244	1857	43,8	2387	56,2
2015	4397	1992	45,3	2405	54,7
2016	4725	2164	45,8	2561	54,2
2017	4762	2175	45,7	2587	54,3
2018	4662	2122	45,5	2540	54,5

В структуре первичной инвалидности лиц в возрасте 60 лет и старше по полу преобладают женщины, их удельный вес равен 56,2 - 54,7 - 54,2 - 54,3 - 54,5% в 2014 - 2015 - 2016 - 2017 - 2018 годах соответственно.

Структура первичной инвалидности лиц 60 лет и старше по классам болезней (%):

Наименование болезней	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
1	2	3	4	5	6
Туберкулез	0,07	0,1	0,2	0,01	0,06
Болезни, вызванные ВИЧ	0	0	0,02	0	0
Злокачественные новообразования	32,7	37,5	35,0	35,4	33,7
Болезни эндокринной системы	2,1	1,3	1,9	1,7	1,6
Психические расстройства	2,0	2,7	1,6	1,4	2,5
Болезни нервной системы	2,1	2,1	2,5	2,6	2,5
Болезни глаза и придаточных пазух	3,1	3,3	3,9	3,1	3,3
Болезни уха и сосцевидного отростка	1,2	1,5	3,5	3,7	2,5
Болезни системы кровообращения	40,9	39,5	38,9	41,3	42,3
Болезни органов дыхания	1,6	1,4	1,9	1,5	1,1
Болезни органов пищеварения	0,9	0,5	1,0	0,9	0,9
Болезни костно-мышечной системы	8,6	5,4	5,5	4,4	5,0
Болезни мочеполовой системы	0,6	0,8	1,0	0,9	1,5
Травмы всех локализаций	2,8	2,6	2,2	2,0	2,0
Последствия производственных травм	0,2	0,07	0,02	0,04	0,06
Профессиональные болезни	0	0	0,02	0,02	0
Прочие болезни	1,0	1,2	1,0	0,9	1,1

Ранжирование первичной инвалидности лиц в возрасте 60 лет и старше по классам болезней показало следующее.

Первое ранговое место занимает инвалидность вследствие болезней системы кровообращения. Удельный вес болезней системы кровообращения в структуре первичной инвалидности лиц в возрасте 60 лет и старше составил 40,9 - 39,5 - 38,9 - 41,3 - 42,3% в 2014 - 2015 - 2016 - 2017 - 2018 годах соответственно.

Второе ранговое место занимают злокачественные новообразования, их удельный вес в структуре первичной инвалидности лиц в возрасте 60 лет и старше составил 32,7 - 37,5 - 35,0 - 35,4 - 33,7% в 2014 - 2015 - 2016 - 2017 - 2018 годах соответственно.

Третье место занимают болезни костно-мышечной системы с удельным весом 8,6 - 5,4 - 5,5 - 4,4 - 5,0% в 2014 - 2015 - 2016 - 2017 - 2018 годах соответственно.

**Структура первичной инвалидности лиц в возрасте 60 лет и старше
по тяжести инвалидности (абсолютное число)**

Годы	Всего	1 группа	2 группа	3 группа
1	2	3	4	5
2014	4244	1042	1451	1751
2015	4397	1100	1451	1846
2016	4725	1273	1502	1950
2017	4762	1273	1518	1971
2018	4662	1281	1420	1961

В регионе наметилась стойкая тенденция к увеличению числа впервые признанных инвалидами и утяжелению первичной инвалидности у лиц в возрасте 60 лет и старше.

**Структура первичной инвалидности лиц в возрасте 60 лет и старше по тяжести
инвалидности (% и уровни на 10 тыс. соответствующего населения)**

Годы	1 группа		2 группа		3 группа	
	%	уровень	%	уровень	%	уровень
2014	24,5	29,3	34,2	40,7	41,2	49,2
2015	25,0	30,4	33,0	40,1	42,0	51,0
2016	26,9	34,6	31,8	40,9	41,3	53,1
2017	26,7	34,2	31,9	40,8	41,4	51,5
2018	27,5	34,1	30,5	37,8	42,1	52,1

За наблюдаемый период отмечается рост инвалидности 1 группы с 24,5% в 2014 году до 27,5% в 2018 году. Удельный вес инвалидов 1 и 2 групп за наблюдаемый период более 50 процентов.

**Структура повторной инвалидности лиц в возрасте 60 лет и старше
по классам болезней, тяжести инвалидности, полу**

Повторная инвалидность - это та часть инвалидов, которые проходят переосвидетельствование. Именно с этим контингентом проводится основная работа по реабилитации.

**Структура повторной инвалидности лиц в возрасте 60 лет и старше
по тяжести инвалидности (абсолютное число)**

Годы	Всего	1 группа	2 группа	3 группа
2014	7124	1183	1905	4036
2015	7733	1277	2247	4209
2016	8374	1393	2605	4376
2017	9240	1490	2754	4996
2018	9036	1461	2668	4907

Число граждан в возрасте 60 лет и старше, повторно признанных инвалидами, ежегодно увеличивается.

Структура повторной инвалидности лиц в возрасте 60 лет и старше по тяжести инвалидности (% и уровни на 10 тыс. соответствующего населения)

Годы	1 группа		2 группа		3 группа	
	%	уровень	%	уровень	%	уровень
2014	16,4	26,4	26,7	53,5	56,6	113,3
2015	16,5	35,3	29,1	62,1	54,4	116,3
2016	16,6	37,9	31,1	70,9	52,3	119,1
2017	16,1	40,1	29,8	74,0	54,1	134,3
2018	16,2	38,9	29,5	70,9	54,3	130,5

В структуре повторной инвалидности лиц 60 лет и старше по тяжести инвалидности за наблюдаемый период преобладает 3 группа: 56,6 - 54,4 - 52,3 - 54,1 - 54,3. Доля инвалидов 2 группы: 26,7 - 29,1 - 31,1 - 29,8 - 29,5. Удельный вес инвалидов 1 группы равен 16,4 - 16,5 - 16,6 - 16,1 - 16,2. В целом структура повторной инвалидности за наблюдаемый период не изменилась.

Структура повторной инвалидности лиц в возрасте 60 лет и старше по полу (абсолютное число, %)

Годы	Общее число инвалидов	В том числе			
		мужчин		женщин	
		абсолютное число	%	абсолютное число	%
2014	7124	3348	47,0	3776	53,0
2015	7733	3642	47,1	4091	52,9
2016	8374	4027	48,1	4347	51,9
2017	9240	4468	48,3	4772	51,7
2018	9036	4413	48,8	4623	51,2

В структуре повторной инвалидности лиц в возрасте 60 лет и старше по полу преобладают женщины, их удельный вес равен 53,0 - 52,9 - 51,9 - 51,7 - 51,2% в 2014 - 2015 - 2016 - 2017 - 2018 годах соответственно.

Структура повторной инвалидности лиц в возрасте 60 лет и старше по классам болезней (%)

Классы болезней	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Болезни системы кровообращения	39,6	39,3	34,1	34,1	34,7
Злокачественные новообразования	30,7	33,3	27,8	27,8	29,6
Болезни костно-мышечной системы	8,8	8,4	7,8	7,5	6,9

Ранжирование повторной инвалидности лиц в возрасте 60 лет и старше по классам болезней показало следующее:

1 ранговое место занимают инвалиды вследствие болезней системы кровообращения, их удельный вес в структуре повторной инвалидности снизился с 39,6% в 2014 году до 34,7% в 2018 году;

2 место занимают инвалиды вследствие злокачественных новообразований, их удельный вес в структуре повторной инвалидности без существенной динамики;

3 место занимают инвалиды вследствие болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани с удельным весом 6,9% в 2018 году против 8,8% в 2014 году.

1.2. Анализ социального статуса и условий проживания граждан 60 лет и старше в контексте доступности медицинской помощи и потенциального риска утраты автономности и потребности в услугах системы долговременного ухода

На сегодняшний день в муниципальных районах Пензенской области 630 населенных пунктов с численностью жителей от 1 до 100 человек с общей численностью населения 20 082 человека.

По нормативным документам медицинское обслуживание жителей этих населенных пунктов осуществляется мобильными медицинскими бригадами не реже двух раз в год.

В 2018 году за счет средств федерального (30,3 млн. рублей) и областного (0,9 млн. рублей) бюджетов для этих целей приобретены 6 передвижных медицинских комплексов.

Разработано Положение об использовании передвижных медицинских комплексов при организации деятельности мобильных медицинских бригад, утвержден план-график работы передвижных медицинских комплексов на I квартал 2019 года. С декабря 2018 года медицинская помощь оказана более 5 тыс. сельских жителей.

В регионе имеются 25 передвижных медицинских комплексов (8 передвижных диагностических комплексов, 13 флюорографов и 4 маммографа).

Для проведения объективного анализа социального статуса и условий проживания граждан 60 лет и старше в целях определения уровня доступности медицинской помощи и потенциального риска утраты автономности и потребности в услугах системы долговременного ухода необходимо привлечь межведомственные рабочие группы, созданные в каждом муниципальном образовании, из числа медицинского работника, социального работника и представителя администрации муниципального образования.

Выявление граждан, имеющих потенциальный риск утраты автономности и потребности в услугах системы долговременного ухода, должно стать первостепенной задачей в становлении и развитии системы долговременного ухода на территории Пензенской области.

1.3. Анализ структуры заболеваемости, инвалидности и смертности граждан старше 60 лет

В структуре смертности населения старше 60 лет за 2017 год на первом месте смертность от болезней системы кровообращения - 56,7%, на втором - от новообразований - 12,8%, на третьем - от симптомов, признаков и отклонений от нормы - 7,7%.

За 5 лет отмечается снижение доли умерших от болезней системы кровообращения с 73,1% в 2013 году до 56,7% в 2017 году и рост смертности от симптомов, признаков и отклонений и нормы с 1,2% до 7,7%.

	2013 год			2017 год			
	МКБ	человек	структура в %		МКБ	человек	структура в %
1	2	3	4	5	6	7	8
Всего умерших	A00-T98	15216	100,0	Всего умерших	A00-T98	14920	100,0
от болезней системы кровообращения	I00-I99	11128	73,1	от болезней системы кровообращения	I00-I99	8465	56,7
от новообразований	C00-D48	2011	13,2	от новообразований	C00-D48	1904	12,8
от болезней органов дыхания	J00-J99	551	3,6	от симптомов, признаков и отклонений от нормы, выявленных при клинических лабораторных исследованиях, не классифицированных в других рубриках	R00-R99	1154	7,7
от болезней органов пищеварения	K00-K92	532	3,5	от болезней нервной системы	G00-G98	1069	7,2
от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	S00-T98	508	3,3	от болезней органов пищеварения	K00-K92	658	4,4
от симптомов, признаков и отклонений от нормы, выявленных	R00-R99	182	1,2	от травм, отравлений и некоторых других последствий	S00-T98	542	3,6

1	2	3	4	5	6	7	8
при клинических лабораторных исследованиях, не классифици- рованных в других рубриках				внешних причин			
от болезней мочеполовой системы	N00-N99	108	0,7	от болезней органов дыхания	J00-J99	476	3,2
от болезней нервной системы	G00-G98	60	0,4	от болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	312	2,1
от психических расстройств и расстройства поведения	F01-F99	49	0,3	от психических расстройств и расстройства поведения	F01-F99	139	0,9
от болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	44	0,3	от болезней мочеполовой системы	N00-N99	136	0,9
от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	A00-B99	24	0,2	от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	A00-B99	23	0,2
от болезней кожи и подкожной клетчатки	L00-L98	7	0,0	от болезней кожи и подкожной клетчатки	L00-L98	20	0,1

В структуре заболеваемости за 2017 год:

на первом месте болезни системы кровообращения - 31,7%,

на втором - болезни костно-мышечной системы - 9,7%,

на третьем - болезни органов дыхания - 9,3%.

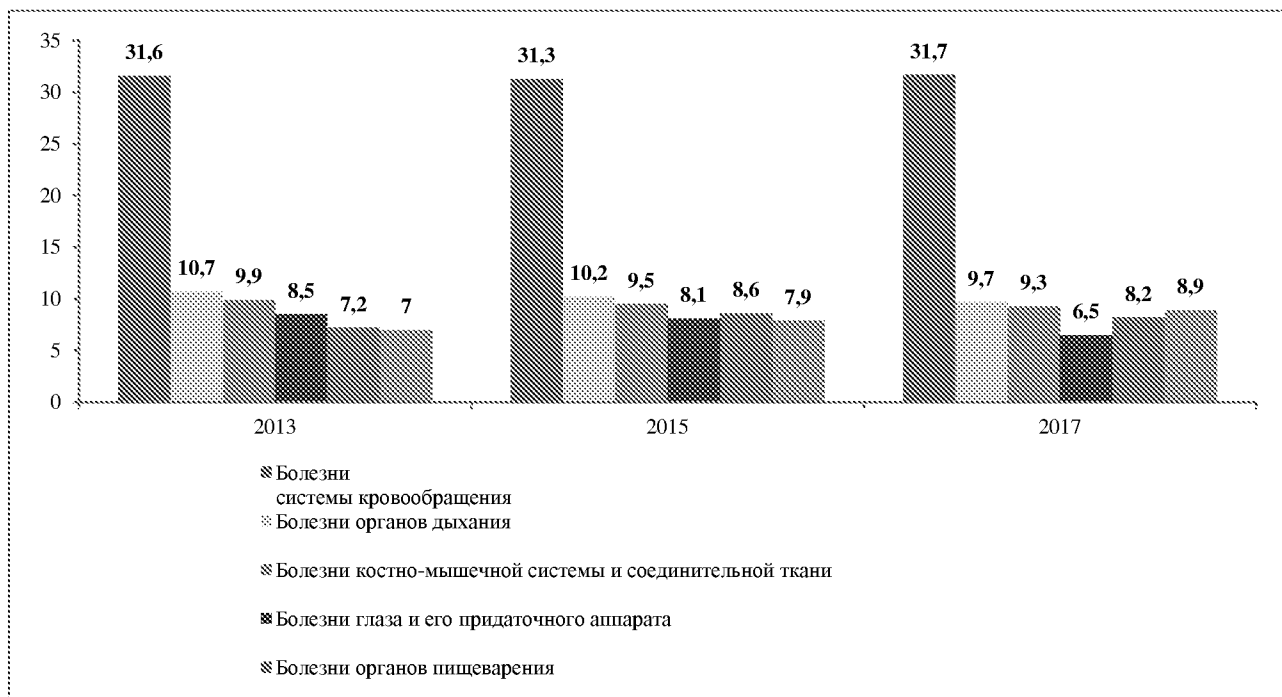
Структура заболеваемости за 5 лет значительно не менялась.

Вместе с тем отличительной особенностью динамики заболеваемости лиц старше 60 лет является:

- снижение доли болезней глаза и его придаточного аппарата с 8,% до 6,5%, что связано с высоким уровнем доступности хирургических методов в офтальмологии, в том числе с применением высокотехнологичной медицинской помощи;

- рост доли болезней системы пищеварения с 7,2% до 8,2%, болезней эндокринной системы с 7% до 8,9%, что в том числе может быть связано с высокой долей лиц, имеющих фактор риска нерационального питания. Так, по данным диспансеризации, в 2017 году каждый второй пациент в данной возрастной группе имел этот фактор риска.

Динамика заболеваемости лиц старше 60 лет, 2013 -2017 годы, %



1.4. Анализ структуры оказания медицинской помощи гражданам 60 лет и старше с анализом структуры финансовых затрат

С 2015 года в системе здравоохранения Пензенской области проведены организационно-структурные мероприятия по территориальному планированию медицинской помощи в соответствии с действующими нормативными актами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В настоящее время сеть подведомственных медицинских организаций приведена в соответствие с нормативными требованиями.

Для оказания медицинской помощи в Пензенской области создана трехуровневая система оказания медицинской помощи.

На первом уровне функционируют:

- 2 городские поликлиники,
- 10 районных больниц,
- 17 участковых больниц,
- 69 врачебных амбулаторий,
- 303 ФАПа и 204 фельдшерских пункта,
- 253 домовых хозяйства первой помощи.

Второй уровень оказания помощи представлен:

- 5 межрайонными центрами,

- 2 городскими клиническими больницами,
- 1 госпиталем для ветеранов войн.

Третий уровень оказания помощи - это многопрофильные больницы, оказывающие специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь.

Создание трехуровневой системы позволило привести структуру и мощность коечного фонда в соответствие с требованиями федеральных нормативных актов и внедрить порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации по основным профилям (педиатрия, акушерство-гинекология, кардиология, неврология, острые нарушения мозгового кровообращения, гастроэнтерология, травматология, урология, эндокринология, ревматология, туберкулез, онкология и др.).

Правильное распределение ресурсов между первичным и стационарным звеном позволяет ежегодно выполнять установленные Минздравом России нормативы по диспансеризации, профилактическим осмотрам.

Ежегодно увеличивается охват населения иммунизацией против гриппа, пневмококковой инфекции.

Особое внимание уделено формированию защитной прослойки среди пациентов старших возрастных групп, что, в первую очередь, связано с предупреждением возможных осложнений заболеваний сердечно-сосудистой системы, сахарного диабета и хронических болезней органов дыхания у лиц этой категории после перенесенных ОРВИ и гриппа.

В 2017 году против гриппа привито 599,6 тыс. человек, в том числе лиц старше трудоспособного возраста - 263,8 тыс. человек.

В 2018 году работа по иммунизации населения была продолжена, иммунизированы всего 705,7 тыс. человек, в том числе лиц старших возрастных групп - 295,1 тыс. человек.

Таким образом, только за два последних года доля лиц старших возрастов, охваченных иммунизацией против гриппа, выросла с 85,5% до 95% от числа лиц соответствующей возрастной категории.

Активными темпами проводится иммунизация населения против пневмококковой инфекции, всего привито 106,1 тыс. человек, охват иммунизацией против пневмококковой инфекции - 7,96% населения.

В дальнейшем работа по иммунизации населения должна быть продолжена с акцентом на профилактику пневмококковой инфекции, гриппа и ОРВИ среди лиц старших возрастных групп с достижением следующих целевых показателей:

- 95% лиц группы риска старше 60 лет, находящихся в закрытых учреждениях социального обслуживания;
- не менее 95% пациентов с сахарным диабетом в возрасте 60 лет и старше против пневмококковой инфекции;
- удержание объемов иммунизации не менее 95% граждан в возрасте 60 лет и старше иммунизацией против гриппа.

Коморбидность пациентов старших возрастов, особенности течения сопутствующих и конкурирующих заболеваний у больных данной возрастной категории в сочетании с недостаточным уровнем приверженности к назначенному лечению обуславливают увеличение количества посещений к врачам поликлиники в динамике на 2,2%.

В связи с чем сложилась объективная потребность в активном привлечении лиц старше трудоспособного возраста ко всем видам профилактических мероприятий и увеличении доли лиц старшего и пожилого возраста, ежегодно охваченных профилактическими осмотрами, в том числе в 2019 году - 25,7% с последующим ростом до 70,0% лиц соответствующих возрастов.

Анализ структуры оказания медицинской помощи гражданам 60 лет и старше

Показатель/ годы	2013	2014	2015	2016	2017	% дина- мика
1	2	3	4	5	6	7
Численность застрахованных лиц старше 60 лет	313 199	317 446	316 088	321 709	326 724	+4,3
Количество посещений к врачам	2247951	2243791	2344874	2366206	2396533	+6,6
Количество посещений на 1000 человек	7177,4	7068,3	7418,4	7355,1	7335,0	+2,2
Количество госпитализаций в круглосуточном стационаре	93293	83426	85569	89412	91907	-1,5
Количество госпитализаций на 1000 человек	297,9	262,8	270,7	277,9	281,3	-5,6
в том числе по экстренным показаниям	42481	39362	48116	57836	57499	
Доля экстренных госпитализаций, %	45,5	47,2	56,2	64,7	62,6	+37,4
Количество госпитализаций в дневном стационаре	32094	36093	37614	38111	39091	+21,8
Количество госпитализаций в дневной стационар на 1000 населения	102,5	113,7	119,0	118,5	119,6	+16,8
Количество вызовов скорой медицинской помощи	170653	177577	175883	177550	181407	+6,3
Количество вызовов скорой медицинской помощи на 1000 населения	544,9	559,4	556,4	551,9	555,2	+1,9

1.5. Оказание первичной медико-санитарной помощи

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается в условиях 303 ФАП и 204 ФП. Всего для медицинского обслуживания к ФАП и ФП прикреплены 203,4 тыс. сельских жителей, в том числе 31,8 тыс. лиц старше 70 лет (15,6%).

В первичном звене 100% застрахованных лиц прикреплены к медицинским организациям и распределены между врачами.

В 2017 году сформированы 574 участка для обслуживания взрослого населения. Среднее количество жителей на участке - 1 727 человек, что соответствует нормативу.

Анализ половозрастного состава населения на терапевтических прикрепленных участках показывает, что из 574 участков на 86 доля лиц старше трудоспособного возраста превышает 40% и достигает максимально 49,9% и 47,1% - в Сердобском районе, 46,3% - в Лунинском районе.

В 2017 году из 394,2 тысячи прикрепленных для медицинского обслуживания граждан старше 60 лет диспансеризацию прошли 67,3 тыс. человек (17,1%).

Анализ результатов диспансеризации за последние 5 лет демонстрирует существенный, почти на 20%, рост доли лиц 3 группы здоровья среди лиц старше 60 лет, с 71,2% до 91%, что является существенным фактором риска при прогнозировании "здорового" старения населения.

Охват диспансеризацией и диспансерным наблюдением лиц старше 60 лет

Показатель / годы	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1	2	3	4	5	6
Численность граждан старше 60 лет, прошедших диспансеризацию	68256	63257	68350	74888	67339
1 группа здоровья	3141	1061	1469	1120	1077
2 группа здоровья	16488	11702	9619	5839	4988
3 группа здоровья	48627	50494	57262	67929	61274
Динамика доли лиц с группами здоровья, %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1 группа здоровья, %	4,6	1,7	2,1	1,5	1,6
2 группа здоровья, %	24,2	18,5	14,1	7,8	7,4
3 группа здоровья, %	71,2	79,8	83,8	90,7	91,0

Доминирующая третья группа здоровья среди лиц старших возрастов и, как следствие, рост лиц, нуждающихся в оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях, диспансерном наблюдении, предполагают наличие потенциального риска утраты автономности и потребности в услугах системы долговременного ухода у части этой категории граждан.

Анализ диспансеризации в 2017 году в разрезе муниципальных образований демонстрирует существенный разрыв показателя охвата диспансеризацией лиц старших возрастных групп от 8,6% в Бессоновском районе до 21,2% в Мокшанском и Земетчинском районах.

Данный фактор создает предпосылки для неравномерного охвата профилактическими мероприятиями лиц старше трудоспособного возраста, что на фоне сверхвысокой доли 3 группы здоровья усугубляет риск инвалидизации и смертности в данной возрастной группе.

Охват диспансерным наблюдением (взрослые старше трудоспособного возраста (с 55 лет у женщин и с 60 лет у мужчин))

	Охват диспансерным наблюдением от зарегистрированных заболеваний, %				
	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Зарегистрировано заболеваний - всего	26,0	27,2	33,6	33,8	35,4

В связи с изложенным, в целях равнодоступности данного вида медицинской помощи охват старших возрастных групп населения профилактическими осмотрами должен составлять не менее 70% ежегодно.

Охват диспансерным наблюдением населения старше трудоспособного возраста за 5 лет вырос с 26,0% в 2013 году до 35,4% в 2017 году, но является недостаточным для обеспечения медицинской составляющей "здорового" старения населения.

По области охват диспансерным наблюдением отличается от 49,4% в Городищенском, 48,1% Каменском и 47,7% Наровчатском районах до 26,5% в Шемышейском, Бессоновском - 28,2% и Городской поликлинике - 28,0%.

В связи с чем доля лиц старших возрастных групп с зарегистрированными хроническими неинфекционными заболеваниями, обеспечивающими максимальный вклад в показатели смертности и инвалидизации населения, а это болезни системы кровообращения, сахарный диабет и злокачественные новообразования, должна постепенно увеличиваться и к 2024 году составлять не менее 90% от числа зарегистрированных больных.

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

Перераспределение ресурсов между круглосуточным и дневным стационаром, в том числе перевод части объемов медицинской помощи из круглосуточного в дневной стационар, привели к росту количества госпитализаций пациентов в дневной стационар на 16,8% при сокращении количества госпитализаций на круглосуточные койки на 5,6%.

Вместе с тем рост количества коморбидных пациентов среди старших возрастных групп, имеющиеся проблемы в организации лекарственного обеспечения пациентов на амбулаторном этапе, в том числе связанные

с несовершенством действующего законодательства, а именно "двойного" механизма лекарственного обеспечения лиц, признанных инвалидами и отказавшихся от ДЛО, недостаточный уровень информированности населения о первых признаках заболеваний, а также преобладающая доля среди лиц старших возрастов, отказывающихся изменить привычный уклад жизни, в том числе в части изменения режима и типа питания, физической нагрузки и т.д., приводит к росту доли лиц, нуждающихся в оказании специализированной медицинской помощи по экстренным показаниям.

Таким образом, негативной тенденцией, свидетельствующей о неблагоприятном прогнозе старения населения на фоне высокого уровня потребности в оказании специализированной, в том числе геронтологической, медицинской помощи, является рост с 45,5% до 62,6% доли экстренных госпитализаций на фоне увеличения количества вызовов скорой медицинской помощи на 1,9% лицами старшего и пожилого возраста.

В связи с изложенным в Пензенской области к 2018 году сложились объективные предпосылки для создания полноценного этапа оказания специализированной геронтологической помощи населению и оказания геронтологической помощи не менее чем 1,84 тыс. пациентов ежегодно.

Частота экстренных госпитализаций лиц старше 60 лет, 2013 - 2017 годы

	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	
Количество госпитализаций на 1000 человек	297,9	262,8	270,7	277,9	281,3	-5,6
в том числе по экстренным показаниям	42481	39362	48116	57836	57499	
Доля экстренных госпитализаций, %	45,5	47,2	56,2	64,7	62,6	+37,4

Кроме того, проведенный ретроспективный анализ показал прямую зависимость потребности пожилого и старшего населения в оказании специализированной медицинской помощи в экстренной форме от охвата населения услугами дневного стационара и амбулаторно-поликлинической помощью.

Так, из 18 муниципальных образований, население которых в наименьшей степени обращается в поликлинику (от 3871,5 на 1000 населения в Нижне-ломовском районе до 6897,6 - в Белинском районе), доля экстренных госпитализаций значительно превышает среднеобластной уровень в 11 муниципальных образованиях (61%), в том числе в названных районах - 72,1% и 67,6% соответственно.

Анализ оказания высокотехнологичной медицинской помощи (далее - ВМП) демонстрирует равнодоступность данного вида помощи для лиц старших возрастных групп и лиц трудоспособного возраста.

Так, из более чем 4,4 тыс. человек, получивших ВМП в 2018 году за счет средств федерального и областного бюджета, 2 250 человек (51%) - лица старше трудоспособного возраста.

Максимальная потребность пациентов данной возрастной группы отмечена по профилям ВМП:

Код ВМП	Профиль ВМП	Количество человек	%
1	2	3	4
14.00	Сердечно-сосудистая хирургия	782	34,8
11.00	Офтальмология	528	23,5
09.00	Онкология	156	6,9
08.00	Нейрохирургия	102	4,5

Аналогичная ситуация складывается с доступностью ВМП, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования. В 2017 году в сравнении с 2013 годом обеспеченность лиц старше 60 лет ВМП выросла в 4,3 раза, с 23,7 до 100,8 на 10 тысяч населения.

Оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам 60 лет и старше за счет средств ОМС

Показатель/годы	2013	2014	2015	2016	2017
1	2	3	4	5	6
Численность застрахованных лиц старше 60 лет на 1 января календарного года	313 199	317 446	316 088	321 709	327 107
количество случаев ВМП		753	1836	2824	3298
количество пациентов, которым оказана ВМП		700	1728	2635	3100
Показатель обеспеченности населения ВМП, на 10,0 тысяч населения		23,7	58,1	87,8	100,8

2. Организационные мероприятия по оказанию медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов и подготовке кадров

Высокая доля лиц старше трудоспособного возраста, приведенные выше риски неблагоприятного прогноза старения населения, в том числе за счет увеличения абсолютного количества лиц старших возрастных групп в структуре постоянного населения региона, обуславливают необходимость принятия организационных решений в части создания условий для обеспечения доступности качества медицинской помощи пожилым гражданам.

В целях структурирования объемов и определения маршрутизации медицинской помощи лицам пожилого и старшего возраста на территории Пензенской области с 2016 года начато внедрение Порядка оказания медицинской помощи по профилю "гериатрия", утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.01.2016 № 38н.

В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю "гериатрия" в Пензенской области назначен главный внештатный специалист-гериатр Министерства здравоохранения Пензенской области.

Профессиональную переподготовку по специальности "гериатрия" прошли 13 врачей (5 врачей стационара, 8 врачей амбулаторного звена), завершают подготовку 4 врача. Для укомплектования планируемых к открытию гериатрических кабинетов необходимо подготовить еще 6 врачей-гериатров.

Ежегодно врачи-гериатры проходят обучение в рамках НМО. 3 врача-гериатра приняли участие во всероссийском форуме "Россия - территория заботы".

Повышение квалификации по гериатрии прошли 62 врача первичного звена.

112 средних медицинских работников прошли обучение на цикле "Современные аспекты сестринского дела в гериатрии", 37 из них получили соответствующие сертификаты.

С 01.07.2018 на базе ГБУЗ "Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн" открыт областной гериатрический центр, прием осуществляют два врача-гериатра и два врача-невролога, прошедших подготовку по вопросам пирамидальных нарушений.

За профессиональной помощью еженедельно обращаются по 60 - 70 пациентов.

Проведены консультативные выезды врачей-гериатров в районы области, осмотрено 249 человек.

В 2019 году в рамках федеральной программы "Старшее поколение" были осмотрены на дому с проведением комплексной гериатрической оценкой врачом-гериатром 613 человек, из них ветеранов и инвалидов ВОВ - 430 человек.

Для завершения формирования амбулаторно-поликлинического этапа оказания гериатрической помощи необходимо открытие 16 кабинетов врачей-гериатров.

Предлицензионная подготовка завершена, в ближайшее время будут открыты 4 кабинета. В 2019 году планируется открыть 9 кабинетов.

26.10.2018 и 22.11.2019 в г. Пензе организованы региональные научно-практические конференции "Гериатрия - инвестиции в будущее".

В результате маршрутизация больных при оказании первичной медико-санитарной помощи по профилю "гериатрия" представлена следующим образом:

Вид медицинской помощи	Первичная специализированная медико-санитарная помощь	
1	2	
Медицинские работники, оказывающие медицинскую помощь по профилю	Врачи-гериатры ГБУЗ "Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн" при взаимодействии с: - врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики, врачами по медицинской реабилитации, врачами по лечебной физкультуре, врачами-физиотерапевтами, иными врачами-специалистами; - работниками, имеющими высшее немедицинское образование (логопедами, медицинскими психологами, инструкторами-методистами по лечебной физкультуре)	
Порядок обращения	По направлению врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу	
Условия оказания медицинской помощи	Гериатрические отделения (кабинеты) ГБУЗ "Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн"	
	На дому при вызове медицинского работника	
Результат оказания медицинской помощи	Комплексная гериатрическая оценка пациента с формированием долгосрочного индивидуального плана проведения профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, а также плана социальной и психологической адаптации	
Распределение муниципальных образований по зонам обслуживания ГБУЗ "Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн"	Гериатрические отделения ГБУЗ "Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн"	
	г. Пенза Мокшанский район Лунинский район Шемышейский район Лопатинский район Иссинский район	Гериатрическое отделение ГБУЗ "Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн" (4 - для г. Пензы, 2 - для муниципальных районов)
	г. Кузнецк Кузнецкий район Камешкирский район Сосновоборский район Неверкинский район	Кузнецкое гериатрическое отделение ГБУЗ "Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн" (3)

1	2	
	Гериатрические кабинеты ГБУЗ "Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн"	
	Бессоновский район	Бессоновский гериатрический кабинет ГБУЗ "Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн"
	Городищенский район	Городищенский гериатрический кабинет ГБУЗ "Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн"
	Каменский район Белинский район Тамалинский район Башмаковский район	Каменский гериатрический кабинет ГБУЗ "Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн"
	Нижнеломовский район Вадинский район Земетчинский район Наровчатский район Пачелмский район Спасский район	Нижнеломовский гериатрический кабинет ГБУЗ "Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн"
	Никольский район	Никольский гериатрический кабинет ГБУЗ "Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн"
	Пензенский район	Пензенский гериатрический кабинет ГБУЗ "Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн"
	Сердобский район Малосердобинский район Колышлейский район Бековский район	Сердобский гериатрический кабинет ГБУЗ "Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн"

Для формирования стационарного этапа оказания гериатрической помощи в Пензенской области с 01.07.2016 на базе ГБУЗ "Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн" открыто первое геронтологическое отделение на 30 коек,

01.01.2017 - мощность геронтологического отделения увеличена до 60 коек,
 01.10.2018 - мощность геронтологического отделения увеличена до 73 коек.
 Обеспеченность населения геронтологическими койками приведена в соответствие с нормативами.

В 2018 году на гериатрических койках пролечены 1 647 пациентов.
 За 10 месяцев 2019 года пролечены 1375 человек.

Маршрутизация больных при оказании специализированной медицинской помощи по профилю "гериатрия" в плановом порядке:

Условия оказания помощи	Стационарная помощь
Перечень медицинских организаций	Гериатрическое отделение ГБУЗ "Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн"
Врачи, оказывающие медицинскую помощь по профилю	Врачи-гериатры
Вид медицинской помощи	Специализированная геронтологическая помощь
Порядок обращения	Врачи-специалисты других специализированных отделений медицинских организаций после оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, с установленным диагнозом, нуждающиеся в медицинской реабилитации в стационарных условиях
	Врачи-специалисты гериатрических отделений (кабинетов) ГБУЗ "Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн"

В рамках диспансеризации осуществляется опрос (анкетирование) в целях выявления у граждан в возрасте 72 лет и старше риска падений, жалоб, характерных для остеопороза, депрессии, сердечной недостаточности, некорригированных нарушений слуха и зрения - факторов риска старческой астении.

С 01.01.2019 в Гериатрическом центре организовано ведение регистра больных со старческой астенией. По состоянию на 01.04.2019 в Регистре - 255 пациентов. По состоянию на 01.10.2019 в Регистре - 1330 пациентов.

Одновременно Гериатрический центр является организационно-методическим, идеологическим и методологическим центром в организации медицинского обслуживания ветеранов и инвалидов Великой Отечественной войны.

В рамках подготовки к празднованию 75-й годовщины со Дня Победы в Великой Отечественной войне перед Гериатрическим центром поставлена задача провести комплексную гериатрическую оценку 100% ветеранов и инвалидов ВОВ с формированием долгосрочного индивидуального плана проведения профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, а также плана социальной и психологической адаптации.

В регионе активно реализуются мероприятия по повышению информированности граждан по вопросам охраны здоровья старшего поколения.

Осуществляется медико-просветительская программа, направленная на привлечение внимания гражданского общества к решению проблем пожилых людей, популяризацию потенциала и достижений геронтологии и гериатрии как современных направлений медицины, способствующих продлению периода активного долголетия.

В 2018 году проведены профилактические и информационные мероприятия:

- специалистами кафедры неврологии Российской медицинской академии НПО в ГБУЗ "ПОКБ им. Бурденко" прочитан курс лекций для врачей-неврологов, организована "Школа пациентов" для больных паркинсонизмом, проведен обучающий лекторий для родственников,

- в ККЗ "Октябрь" состоялся обучающий профилактический лекторий для жителей города с участием главных внештатных специалистов Министерства,

- в фойе здания организована "площадка здоровья" по определению факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний,

- 26 октября в Пензе состоялась научно-практическая конференция с участием главного внештатного гериатра Минздрава России О.В. Ткачевой,

- информационно-профилактические мероприятия проведены для членов клуба людей старшего поколения "Ровесники" (3 мероприятия с охватом 140 человек).

30.06.2019 состоялась региональная конференция "Актуальные вопросы гериатрии".

В 2018 году в медицинских организациях была организована работа 19 школ "Активное долголетие" с охватом 1 551 человек.

Для членов клуба "Содружество" (опекуны и попечители) обучающий семинар и комплексное медицинское обследование с охватом 20 человек.

Проведен 81 семинар с просветительской целью для врачей-неврологов, врачей общей практики и для родственников пациентов.

На базе ГБУЗ "Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн" для пожилых жителей Пензенской области 17.10.2019 проведен лекторий на тему "Профилактика падений", "Физическая активность пожилых", "Правильное питание пожилых".

Главный внештатный специалист-гериатр Министерства проводит тренинги для врачей первичного звена по клиническим рекомендациям "Методические рекомендации по профилактическому консультированию пациентов 75 лет и старше с целью профилактики развития и прогрессирования старческой астении", "Уход за пожилыми ослабленными больными", "Предупреждение жестокого обращения с пожилыми людьми в учреждениях здравоохранения", "Профилактика преждевременного старения у женщин". В 2018 году - 63 выезда, в 2019 году - 19.

3. План мероприятий по разработке и внедрению специфических межведомственных и междисциплинарных программ для граждан пожилого и старческого возрастов

№ п/п	Наименование задачи / мероприятия	Сроки	Результаты / ответственные
1	2	3	4
1	Задача: формирование условий для содействия здоровому старению и ведению здорового образа жизни граждан пожилого и старческого возраста		
1.1	Приказом Министерства от 06.02.2019 № 9-о утвержден План-график на 2019 год вакцинации против пневмококковой инфекции граждан старше трудоспособного возраста из групп риска, проживающих в организациях социального обслуживания	май - ноябрь 2019 года	В 8 подведомственных медицинских организациях будет осуществлена иммунизация против пневмококковой инфекции 1 450 пациентов из числа граждан старше трудоспособного возраста из групп риска, проживающих в ГАСУС, ранее не привитых против пневмококковой инфекции
1.2	Иммунизация пациентов групп риска. Охват не менее 95% пациентов с сахарным диабетом в возрасте 60 лет и старше иммунизацией пневмококковой вакциной	по плану иммунизации	Главные врачи МО, имеющих прикрепленное население
1.3.	Иммунизация пациентов групп риска. Охват не менее 95% граждан в возрасте 60 лет и старше иммунизацией против гриппа	по плану иммунизации	Главные врачи МО, имеющих прикрепленное население
1.4	Утверждение плановых объемов профилактических осмотров лиц старше трудоспособного возраста	январь, ежегодно	Министерство В 2019 году не менее 25,7% лиц старше трудоспособного возраста охвачены

1	2	3	4
	<p>для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население:</p> <ul style="list-style-type: none"> - диспансеризация 1 раз в три года, - диспансеризация 1 раз в два года, - профилактические осмотры 		<p>профилактическими осмотрами, включая диспансеризацию. В 2024 году - не менее 70% лиц старше трудоспособного возраста охвачены профилактическими осмотрами, включая диспансеризацию</p>
1.5	<p>Организация передвижных форм работы по медицинскому обслуживанию населения, проживающего в населенных пунктах с числом жителей менее 100 человек</p>	<p>январь - декабрь, ежегодно</p>	<p>Организация работы 6 передвижных медицинских комплексов по графику, утверждаемому Министерством. Охват не менее 25,7% от числа взрослых лиц, прошедших профилактические осмотры с использованием передвижных форм работы</p>
1.6	<p>Организация работы подведомственных медицинских организаций по осуществлению диспансерного наблюдения за лицами старше трудоспособного возраста, у которых выявлены заболевания и патологические состояния</p>	<p>в течение года</p>	<p>В 2019 году взято под диспансерное наблюдение не менее 58,3 % лиц старше трудоспособного возраста, у которых выявлены заболевания и патологические состояния. К 2024 году взято под диспансерное наблюдение не менее 90 % лиц старше трудоспособного возраста, у которых выявлены заболевания и патологические состояния</p>
1.7	<p>Продолжение функционирования геронтологического центра и геронтологического отделения в ГБУЗ "Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн"</p>	<p>в течение года</p>	<p>Открытие 16 гериатрических кабинетов. Внедрение клинических рекомендаций по ведению пожилых пациентов, имеющих ранние признаки утраты способности к самообслуживанию, наиболее распространенные заболевания, а также имеющих несколько хронических заболеваний, связанных с возрастом, рекомендуемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.</p>

1	2	3	4
			<p>Формирование современной модели 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 сохранения или восстановления способности граждан к самообслуживанию, физической и функциональной активности, независимости от посторонней помощи в повседневной жизни</p>
1.8	<p>Проведение комплексной гериатрической оценки 100% ветеранов и инвалидов ВОВ с формированием долгосрочного индивидуального плана проведения профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, а также плана социальной и психологической адаптации</p>	ежегодно	<p>Гериатрический центр ГБУЗ "Пензенский областной госпиталь ветеранов войн"</p>
1.9	<p>Приобретение автотранспорта в целях осуществления доставки лиц старше 65 лет, проживающих в сельской местности, в медицинские организации</p>	31.12.2019	<p>Министерство труда, социальной защиты и демографии Пензенской области</p>
1.10	<p>Проведение дополнительных скринингов лицам старше 65 лет, проживающим в сельской местности, на выявление отдельных социально значимых неинфекционных заболеваний, оказывающих вклад в структуру</p>	с 01.01.2020 01.12.2024	<p>Министерство Медицинские организации, имеющие прикрепленное население</p>

1	2	3	4
	<p>смертности населения, с возможностью доставки данных лиц в медицинские организации</p>		
1.11	<p>Проведение масштабной информационно-разъяснительной работы среди лиц старших возрастов по вопросам прохождения профилактических осмотров и диспансеризации. Подготовка и размещение в средствах массовой информации не менее 12 публикаций (сюжетов, статей и т.д.) по вопросам профилактического обследования лиц старших возрастов</p>	ежемесячно	<p>Министерство Министерство труда, социальной защиты и демографии Пензенской области медицинские организации, имеющие прикрепленное население ГБУЗ "Пензенский областной центр медицинской профилактики"</p>
1.12	<p>Оказана государственная поддержка производства телевизионных и радиопрограмм, телевизионных документальных фильмов, направленных на поддержку и повышение качества жизни граждан старшего поколения, создание в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" тематических интернет-ресурсов. В 2019 году обеспечено не менее 5000 просмотров телевизионных и радиопрограмм, телевизионных документальных фильмов, интернет-сайтов, направленных на поддержку и повышение качества жизни граждан старшего поколения</p>	ежегодно	<p>Министерство Министерство труда, социальной защиты и демографии Пензенской области Министерство культуры и туризма Пензенской области (по согласованию) медицинские организации, имеющие прикрепленное население ГБУЗ "Пензенский областной центр медицинской профилактики"</p>

1	2	3	4
1.13	Проведение торжественных мероприятий, посвященных Международному дню семьи, Дню семьи, любви и верности	ежегодно	Государственные учреждения культуры и искусства Пензенской области (по согласованию), муниципальные учреждения культуры
1.14	Организация работы семейных клубов, клубов молодых семей в учреждениях культуры	ежегодно	Муниципальные учреждения культуры (по согласованию)
1.15	Организация и проведение в учреждениях культуры выставок семейного творчества	ежегодно	Государственные учреждения культуры Пензенской области, муниципальные учреждения культуры (по согласованию)
1.16	Оказание консультативной юридической помощи по вопросам семейных отношений	ежегодно	ГБУК "Пензенская областная библиотека им. М.Ю. Лермонтова"
1.17	Проведение конкурсов, акций, направленных на укрепление семейных ценностей	ежегодно	Государственные учреждения культуры Пензенской области, муниципальные учреждения культуры
1.18	Подготовка методических материалов в помощь специалистам муниципальных учреждений культуры по организации работы с семьями	ежегодно	ГБУК "Пензенская областная библиотека им. М.Ю. Лермонтова", ГКУК "Пензенская областная библиотека для детей и юношества", ГБУК "Пензенский областной Дом народного творчества"
1.19	Участие в мероприятиях, направленных на развитие активности родительской общественности: родительских собраний, советов отцов в образовательных учреждениях	ежегодно	Государственные учреждения культуры Пензенской области, муниципальные учреждения культуры
1.20	Распространение информационных материалов, направленных на укрепление семейных ценностей и приоритетов,	ежегодно	Государственные учреждения культуры Пензенской области, муниципальные учреждения культуры

1	2	3	4
	в том числе на формирование позитивного образа семьи, формирование активной жизненной позиции в обществе		
1.21	Организация и проведение мероприятий в сфере культуры, направленных на удовлетворение творческих потребностей граждан старшего поколения (клубы по интересам, творческие фестивали, смотры и конкурсы с участием граждан старшего поколения)	ежегодно	Государственные учреждения культуры Пензенской области, муниципальные учреждения культуры
1.22	Проведение праздничных мероприятий, посвященных Дню пожилого человека	ежегодно	Государственные учреждения культуры Пензенской области, муниципальные учреждения культуры
1.23	Организация и проведение мероприятий в сфере культуры, направленных на удовлетворение творческих потребностей граждан старшего поколения (клубы по интересам, творческие фестивали, смотры и конкурсы с участием граждан старшего поколения)	ежегодно	Государственные учреждения культуры Пензенской области, муниципальные учреждения культуры
1.24	Создание спортивных площадок на базе организаций социального обслуживания населения психоневрологического типа	ежегодно	Организации социального обслуживания
1.25	Приобретение оборудования в организации социального обслуживания населения для групп по скандинавской ходьбе	ежегодно	Организации социального обслуживания
1.26	Создание групп по скандинавской ходьбе в организациях социального	ежегодно	Организации социального обслуживания населения

1	2	3	4
	обслуживания населения с общим количеством участников не менее 250 человек		
1.27	Разработка и реализация межведомственной программы профилактики падений и переломов	31.12.2020	Министерство Министерство труда, социальной защиты и демографии Пензенской области ГБУЗ "Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн" Гериатрический центр медицинские организации, имеющие прикрепленное население
1.28	Разработка и реализация межведомственной программы профилактики, ранней диагностики и лечения когнитивных расстройств	31.12.2020	Министерство ГБУЗ "Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн" Гериатрический центр ГБУЗ "Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова" медицинские организации, имеющие прикрепленное население
1.29	Разработка и реализация межведомственной программы по профилактике и раннему выявлению жесткого обращения с гражданами пожилого и старческого возрастов	31.12.2021	Министерство Министерство труда, социальной защиты и демографии Пензенской области ГБУЗ "Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн" Гериатрический центр медицинские организации, имеющие прикрепленное население Управление МВД России по Пензенской области (по согласованию)
1.30	Разработка и реализация программы по борьбе с эйджизмом	31.12.2021	Министерство Министерство труда, социальной защиты и демографии Пензенской области ГБУЗ "Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн" Гериатрический центр медицинские организации,

1	2	3	4
			имеющие прикрепленное население Управление МВД России по Пензенской области (по согласованию)
1.31	Проведение мероприятий по профилактике виктимного поведения в отношении граждан пожилого возраста	ежегодно	Организации социального обслуживания населения
1.32	Развитие системы социального обслуживания граждан старшего поколения. Ориентация на индивидуальную оценку нуждаемости граждан старшего поколения. Создание условий для оказания услуг в сфере социального обслуживания организаций различных организационно-правовых форм собственности	ежегодно	Министерство труда, социальной защиты и демографии Пензенской области
1.33	Вовлечение граждан пожилого возраста в добровольческую деятельность	ежегодно	Министерство труда, социальной защиты и демографии Пензенской области организации социального обслуживания населения
1.34	Развитие стационарозамещающей технологии "Мобильная бригада"	ежегодно	Министерство труда, социальной защиты и демографии Пензенской области организации социального обслуживания населения
1.35	Оказание эффективной поддержки семьям, предоставляющим гражданам старшего поколения родственный уход	ежегодно	Министерство труда, социальной защиты и демографии Пензенской области организации социального обслуживания населения
2	Задача: создание системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами как составной части мероприятий, направленных на развитие и поддержание функциональных способностей граждан старшего поколения, включающей сбалансированные социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы и сиделок, а также поддержку семейного ухода		

1	2	3	4
2.1	<p>В 2019 году два муниципальных образования Пензенской области участвуют в пилотном проекте по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, включающей сбалансированные социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы и сиделок, а также поддержку семейного ухода (далее - система долговременного ухода)</p>	31.12.2019	<p>Утверждение регионального плана мероприятий "Дорожная карта по реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода (СДУ) для граждан пожилого возраста и инвалидов в Пензенской области", включающего мероприятия по:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определению механизмов совершенствования порядка выявления граждан, нуждающихся в предоставлении социальных и медицинских услуг; - совершенствованию критериев оценки обстоятельств, ухудшающих условия жизнедеятельности граждан; - определению информационной системы, на базе которой будет осуществляться интеграция и (или) синхронизация информационных систем, содержащих сведения в сфере социального обслуживания, социальной защиты, охраны здоровья граждан, оценку штатной численности и укомплектованности государственных организаций, оказывающих социальные и медицинские услуги; - совершенствованию профессионального образования и профессионального обучения, а также дополнительного профессионального образования работников организаций социального обслуживания и медицинских организаций; - совершенствованию определения объемов финансирования социальных и медицинских услуг, включая порядок формирования тарифов на соответствующие услуги

1	2	3	4
2.2	В систему долговременного ухода в двух пилотных муниципальных образованиях в 2019 году включено не менее 8 процентов лиц старшего трудоспособного возраста, признанных нуждающимися в социальном обслуживании	31.12.2019	Утверждение регионального плана мероприятий "Дорожная карта по реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода (СДУ) для граждан пожилого возраста и инвалидов в Пензенской области", предусматривающего включение в систему не менее 8% граждан старшего трудоспособного возраста, признанных нуждающимися в социальном обслуживании. Проведение анализа результатов внедрения системы долговременного ухода в пилотных муниципальных образованиях в 2019 году
2.3.	В 2020 году четыре муниципальных образования Пензенской области участвуют в пилотном проекте по созданию системы долговременного ухода	31.12.2020	Актуализация регионального плана мероприятий "Дорожная карта по реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода (СДУ) для граждан пожилого возраста и инвалидов в Пензенской области", включающего мероприятия по: <ul style="list-style-type: none"> - определению механизмов совершенствования порядка выявления граждан, нуждающихся в предоставлении социальных и медицинских услуг; - совершенствованию критериев оценки обстоятельств, ухудшающих условия жизнедеятельности граждан, определению информационной системы, на базе которой будет осуществляться интеграция и (или) синхронизация информационных систем, содержащих сведения в сфере социального обслуживания, социальной защиты, охраны

1	2	3	4
			<p>здоровья граждан, оценку штатной численности и укомплектованности государственных организаций, оказывающих социальные и медицинские услуги;</p> <p>- совершенствованию профессионального образования и профессионального обучения, а также дополнительного профессионального образования работников организаций социального обслуживания и медицинских организаций;</p> <p>- совершенствованию определения объемов финансирования социальных и медицинских услуг, включая порядок формирования тарифов на соответствующие услуги</p>
2.4.	<p>В систему долговременного ухода в четырех пилотных муниципальных образованиях в 2020 году включено не менее 12 процентов лиц старше трудоспособного возраста, признанных нуждающимися в социальном обслуживании</p>	31.12.2020	<p>Актуализация регионального плана мероприятий "Дорожная карта по реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода (СДУ) для граждан пожилого возраста и инвалидов в Пензенской области", предусматривающего включение в систему не менее 8 процентов граждан старше трудоспособного возраста, признанных нуждающимися в социальном обслуживании. Проведение анализа результатов внедрения системы долговременного ухода в пилотных муниципальных образованиях в 2021 году</p>
2.5.	<p>В 2021 году восемь муниципальных образований Пензенской области участвуют в пилотном проекте по созданию системы</p>	31.12.2021	<p>Актуализация регионального плана мероприятий "Дорожная карта по реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода (СДУ) для граждан пожилого возраста и</p>

1	2	3	4
			<p>инвалидов в Пензенской области", включающего мероприятия по:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определению механизмов совершенствования порядка выявления граждан, нуждающихся в предоставлении социальных и медицинских услуг; - совершенствованию критериев оценки обстоятельств, ухудшающих условия жизнедеятельности граждан, определению информационной системы, на базе которой будет осуществляться интеграция и (или) синхронизация информационных систем, содержащих сведения в сфере социального обслуживания, социальной защиты, охраны здоровья граждан, оценку штатной численности и укомплектованности государственных организаций, оказывающих социальные и медицинские услуги; - совершенствованию профессионального образования и профессионального обучения, а также дополнительного профессионального образования работников организаций социального обслуживания и медицинских организаций; - совершенствованию определения объемов финансирования социальных и медицинских услуг, включая порядок формирования тарифов на соответствующие услуги
2.6.	В систему долговременного ухода в восьми пилотных муниципальных	31.12.2021	Актуализация регионального плана мероприятий "Дорожная карта по реализации пилотного

1	2	3	4
	образованиях в 2021 году включено не менее 16 процентов лиц старше трудоспособного возраста, признанных нуждающимися в социальном обслуживании		проекта по созданию системы долговременного ухода (СДУ) для граждан пожилого возраста и инвалидов в Пензенской области", предусматривающего включение в систему не менее 8% граждан старше трудоспособного возраста, признанных нуждающимися в социальном обслуживании. Проведен анализ результатов внедрения системы долговременного ухода в пилотных муниципальных образованиях в 2022 году
2.7.	Во всех муниципальных образованиях Пензенской области в 2022 году функционирует система долговременного ухода	01.01.2022	Актуализация регионального плана мероприятий "Дорожная карта по реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода (СДУ) для граждан пожилого возраста и инвалидов в Пензенской области" в соответствии с утвержденной типовой межведомственной "дорожной картой" (приказ Минтруда России и Минздрава России) по реализации системы долговременного ухода

Министерством здравоохранения Пензенской области утвержден приказ от 10.06.2019 № 114 "О реализации на территории Пензенской области порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.11.2017 № 965н". За 2019 год федеральными учреждениями Москвы проконсультирован 41 человек, по результатам проведенных консультаций 3 пациента направлены на оказание высокотехнологической медицинской помощи по профилю "кардиология", 1 человек по профилю "эндокринология". Телемедицинские консультации были проведены на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко".

4. Ожидаемые результаты реализации программы "Системная поддержка и повышение качества жизни граждан старшего поколения"

Ожидаемые результаты реализации программы "Системная поддержка и повышение качества жизни граждан старшего поколения" соответствуют целевым индикаторам регионального проекта "Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения "Старшее поколение".

1. Увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 67 лет.

2. К 2024 году повысить охват лиц старше трудоспособного возраста, у которых выявлены заболевания и патологические состояния, диспансерным наблюдением до 90 процентов.

3. Программа направлена на увеличение обращаемости в медицинские организации по вопросам ведения здорового образа жизни, а также на достижение национальной цели по росту ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2024 году.

4. К 2024 году планируется создание в Пензенской области системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста, обеспечение сбалансированного социального обслуживания в полустационарной и стационарной форме, а также предоставление социальных услуг на дому и медицинской помощи с привлечением патронажной службы и сиделок.

№ п/п	Наименование показателя	Годы реализации плана мероприятий						
		2017	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Число граждан, пролеченных на геронтологических койках, тыс. человек	1,58	1,6	1,84	1,84	1,84	1,84	1,84
2.	Охват граждан старше трудоспособного возраста профилактическими осмотрами, включая диспансеризацию, %	19,19	25,7	30,7	36,7	55,7	65,3	70,0
3.	Доля лиц старше трудоспособного возраста, у которых выявлены заболевания и патологические состояния, находящихся под диспансерным наблюдением, %	51,31	58,3	62,1	66,5	69,1	80,0	90,0

5. Население стареет более быстрыми темпами, чем в прошлом. Необходимо произвести в равной мере глубокие изменения в способе формулирования политики здравоохранения для стареющего населения и способе оказания услуг. Многообразие в жизнеспособности и медицинских потребностях пожилых людей не случайно. Оно проистекает из событий, происходящих на протяжении всей жизни, которую можно изменить, что подчеркивает значение подхода, основанного на всем жизненном цикле. Большинство пожилых людей со временем будут иметь многочисленные проблемы здоровья. Пожилой возраст не означает зависимость. В отличие от распространенных утверждений, старение гораздо меньше влияет на расходы здравоохранения, чем другие факторы, включая высокую стоимость новых медицинских технологий.

Здоровое старение - это нечто большее, чем просто отсутствие болезней. Для большинства пожилых людей наибольшее значение имеет поддержание функциональной способности. Предоставление комплексной помощи, сосредоточенной на потребностях пожилых людей позволит изменить систему здравоохранения от моделей, основанных на лечении болезней. И дать возможность пожилым людям жить в комфорте и безопасности.

Более продолжительная жизнь является ценным ресурсом. Возможности, которые возникают в связи с увеличением продолжительности жизни, в значительной степени будут зависеть от одного ключевого фактора - здоровья. Если люди проживут эти дополнительные годы жизни в хорошем здоровье, их способности реализовывать то, что они считают ценным, будут мало отличаться от способностей более молодых людей. Если же эти дополнительные годы будут сопровождаться снижением физических и умственных способностей, последствия для самих пожилых людей и для общества будут гораздо более негативными.

Большинство проблем здоровья, с которыми сталкиваются пожилые люди, связаны с хроническими состояниями, особенно с неинфекционными заболеваниями. Многие из них поддаются профилактике или могут наступить позднее в результате здорового образа жизни. Другие проблемы здоровья могут быть эффективно преодолены, если они выявлены достаточно рано. Поэтому проблема старения населения требует всесторонних мер со стороны систем здравоохранения.

Изменения, связанные со старением, рассматриваются в контексте всего жизненного цикла. Учитывая уникальный характер вопросов, возникающих в более пожилом возрасте, и ограниченное внимание к проблемам данного периода, необходимо сосредоточение на второй половине жизни.

Изменение восприятия здоровья и старения.

Нет типичного пожилого человека.

Необходимо предоставить как можно большему числу людей возможности достичь таких положительных траекторий старения.

Разрушить многочисленные препятствия, которые ограничивают продолжение социального участия и вклада пожилых людей. Всесторонние меры общественного здравоохранения в ответ на старение населения должны учитывать и их потребности.

Разнообразие в пожилом возрасте не является случайным.

Некоторое разнообразие наблюдается в пожилом возрасте, отражает генетическую наследственность, большинство проистекает из физических и социальных условий, в которых мы живем. Они включают наш дом, социальное окружение и сообщество и могут влиять на здоровье непосредственно или с помощью препятствий или стимулов, которые оказывают воздействие на наши возможности, решения и поведение.

Взаимосвязи с окружающей нас средой варьируются в зависимости от многих личностных характеристик, включая семью, в которой родились, а также половую или этническую принадлежность.

Различные виды влияния окружающих условий часто коренным образом изменяются этими характеристиками и ведут к неравенствам в отношении здоровья, а если они являются несправедливыми и предотвратимыми, то и к системному неравенству в состоянии здоровья для определенных групп людей. Значительная часть широких различий в жизнеспособности и обстоятельствах пожилого возраста основывается на кумулятивном воздействии условий таких системных неравенств на протяжении всей жизни.

Пожилой возраст не подразумевает зависимость.

Общество рассматривает пожилого человека стереотипным образом, который приводит к дискриминации отдельных людей или групп на основе только их возраста. Эйджизм - дискриминация по возрасту. Одним из распространенных стереотипов дискриминации пожилых людей является утверждение, что они зависимы и обременительны.

Пожилые люди вносят вклад многочисленными путями, которые являются менее ощутимыми с экономической точки зрения, например, оказывая эмоциональную поддержку в периоды стресса или предоставляя советы в решении трудных проблем.

Старение населения увеличит расходы на медицинскую помощь, но не настолько, насколько ожидалось.

Пожилой возраст ассоциируется с увеличением потребностей, связанных со здоровьем, их связь с расходами на медицину и использование медицинских услуг неоднозначна.

Поскольку все больше людей вступают в более старший возраст, предоставление людям возможности вести долгую и здоровую жизнь может фактически уменьшить давление на увеличение расходов здравоохранения.

При этом в более старших возрастных группах расходы на медицинское обслуживание и уход в последний год жизни растут меньше, чем в более молодых возрастных группах.

Семидесятилетние - это не новые шестидесятилетние, но могли бы ими быть.

Снижение жизнеспособности обычно начинается гораздо раньше, поэтому сравнить истинную способность людей, которые проживут еще 10-20 лет, с функциональной способностью предыдущих поколений, остается в значительной степени неизвестным.

Смотреть вперед, а не назад.

Одновременно со старением населения происходят многие другие крупные социальные изменения. Старение в будущем будет сильно отличаться от опыта предыдущих поколений.

Урбанизация и глобализация сопровождаются увеличением миграции и ослаблением регулирования рынков труда. Для пожилых людей с востребованными квалификациями и гибкими финансовыми условиями создают новые возможности. Другим пожилым людям остается наблюдать, как более молодые поколения

мигрируют в районы быстрого роста, тогда как они остаются в более бедных сельских районах без родственников и систем социальной защиты, к которым они традиционно могли обратиться за поддержкой.

Растущая численность пожилых людей, которым может потребоваться помощь, означает, что старые модели семейной помощи более не являются устойчивыми.

Технологические изменения также сопровождают старение и создают возможности, которые никогда ранее не существовали. Например, Интернет может обеспечить постоянную связь с семьей независимо от расстояния, доступ к информации, которая может помочь пожилому человеку. Технические средства для инвалидов, такие как слуховые аппараты, являются более функциональными и более доступными, чем в прошлом, а носимые на себе электронные устройства предоставляют новые возможности для мониторинга за состоянием здоровья и персонализации медпомощи.

Необходимо сконцентрироваться на создании возможностей для пожилых людей, чтобы они могли управлять своим изменяющимся миром и находить новые, лучшие и более продуктивные способы жизни.

Средства, затраченные на пожилых людей, являются инвестицией, а не расходами.

Средства, расходуемые на систему здравоохранения, долгосрочную помощь и создание более широкой благоприятной среды, часто отражаются как расходы. Необходимо принять другой подход. Такие расходы должны считаться инвестициями, создающими возможности и, следовательно, обеспечивающими благополучие и вклад пожилых людей. Такие инвестиции также позволяют обществу выполнить свои обязательства в отношении основных прав пожилых людей.

Например, инвестиции в долгосрочную помощь помогут пожилым людям со значительной потерей функциональных способностей вести достойную жизнь, а также могут помочь женщинам оставаться в составе трудовых ресурсов и содействовать социальной сплоченности в результате разделения рисков в обществе.

Старение, здоровье и функционирование

Что такое старение?

На биологическом уровне старение связано с аккумулярованием самых разнообразных повреждений на молекулярном и клеточном уровне. Со временем эти повреждения ведут к постепенному уменьшению физиологических запасов и к повышенному риску многочисленных болезней, а также к общему спаду индивидуальной жизнеспособности. Конечным результатом является смерть. Однако эти изменения не являются ни линейными, ни последовательными и имеют лишь слабую связь с количеством прожитых человеком лет.

Пожилым возрастом часто сопряжен со значительными изменениями, помимо биологических потерь. Они включают изменение ролей и положения в обществе, а также необходимость приспосабливаться к потере близких.

Пожилые люди выбирают, как правило, меньше по количеству, но более значимые цели и виды деятельности, оптимизируют свои способности с помощью практики и новых технологий и компенсируют потерю некоторых способностей посредством поиска других способов выполнения задач. Цели, мотивационные приоритеты и предпочтения, как представляется, также претерпевают изменения. Хотя некоторые из этих изменений могут определяться адаптацией к потере, другие отражают продолжающееся психологическое развитие в пожилом возрасте, которое может быть связано с развитием новых ролей, точек зрения и многих взаимосвязанных социальных контекстов. Эти психосоциальные изменения могут объяснить, почему во многих местах пожилой возраст может быть периодом повышенного субъективного благополучия.

Поэтому при разработке мер системы здравоохранения важно рассмотреть не только те подходы, которые компенсируют потери, связанные с пожилым возрастом, но и те, которые могут усилить жизнестойкость и личностный рост.

Здоровье в пожилом возрасте.

К 60-летнему возрасту инвалидность и смерть часто являются результатом связанных с возрастом потерь слуха, зрения и движения, а также неинфекционных заболеваний, включая болезнь сердца, инсульт, хронические респираторные нарушения, рак и деменцию.

Присутствие этих состояний здоровья ничего не говорит о воздействии, которое они могут оказывать на жизнь пожилого человека.

Старение также связано с повышенным риском наличия одновременно более одного хронического состояния (мультиморбидность).

В пожилом возрасте возникают другие состояния здоровья, которые не охвачены традиционными классификациями болезней. Они могут быть хроническими (старческая дряхлость, распространенность которой у людей старше 65 лет может составлять около 100%) или острыми (делирий, который может быть результатом многочисленных детерминант - столь же разнообразных, как и инфекции или побочные эффекты хирургии).

Сложность состояний здоровья и функциональности пожилых людей поднимает фундаментальные вопросы о том, что мы подразумеваем под понятием здоровья в пожилом возрасте, как мы его измеряем и как мы можем ему содействовать. Необходимы новые концепции, определяемые не только присутствием или отсутствием болезней, но также воздействием этих состояний на функционирование и благополучие пожилого человека. Всесторонние оценки этих состояний являются гораздо лучшими прогностическими показателями выживания и других результатов здоровья, чем присутствие отдельных болезней или даже количество сопутствующих заболеваний (степень коморбидности).

Здоровое старение.

Здоровье и функционирование для пожилого возраста определяет и разграничивает два важных понятия:

- индивидуальная жизнеспособность, которая относится к совокупности всех физических и психических способностей, которые человек может использовать в любой момент времени;

- окружающие условия, в которых живут пожилые люди и с которыми они взаимодействуют.

Сочетание индивидов и окружающих их условий, а также взаимодействие между ними является функциональной способностью, определяемой как связанные со здоровьем атрибуты, которые позволяют людям существовать и делать то, что у них есть основания ценить.

Основываясь на этих двух понятиях, здоровое старение как процесс развития и поддержания функциональной способности, обеспечивающей благополучие в пожилом возрасте.

Центральным для такого осмысления здорового старения является понимание того, что ни истинная способность, ни функциональная способность остаются постоянными. Обе они, как правило, снижаются по мере увеличения возраста, варианты жизненного выбора или вмешательство в различные моменты жизненного цикла будут определять путь или траекторию каждого индивида.

Здоровое старение является процессом, относящимся к каждому пожилому человеку, поскольку опыт здорового старения каждого человека может всегда стать более или менее позитивным. Например, траектория здорового старения людей с деменцией или продвинутой стадией болезни сердца может улучшиться, если они имеют доступ к приемлемой для них медицинской помощи, которая оптимизирует их жизнеспособность, если они живут в благоприятных условиях.

Концепция системы здравоохранения для здорового старения

Всесторонние действия системы здравоохранения в отношении старения необходимо предпринять в неотложном порядке.

Многочисленные отправные точки могут быть определены для практических мер по содействию здоровому старению, но у всех у них будет одна цель: довести до максимума функциональную способность. Этого можно достичь двумя путями: посредством развития и поддержания индивидуальной жизнеспособности и посредством предоставления возможности людям со сниженной функциональной способностью выполнять важные для них действия.

Если потребности каждого пожилого человека будут учтены, то функциональная способность каждого пожилого человека улучшится. Добиться этого могут помочь четыре приоритетных действия:

- согласование систем здравоохранения с потребностями пожилых людей, которым они сейчас служат;
- разработка систем долгосрочной помощи;
- создание благоприятных условий для людей пожилого возраста;
- улучшение измерения, мониторинга и понимания.

Согласование систем здравоохранения с потребностями групп пожилого населения, которым они сейчас служат.

По мере того как люди стареют, их потребности в отношении здоровья становятся более хроническими и сложными. Медицинская помощь учитывает многоплановые требования пожилого возраста комплексным образом, оказывается более эффективной, чем услуги, которые просто реагируют на конкретные болезни независимо друг от друга. Однако пожилые люди часто сталкиваются с услугами, предназначенными для лечения острых состояний или симптомов, которые решают проблемы здоровья несвязанным и фрагментарным образом и без координации между учреждениями и периодами времени. Результатом является медицинская помощь, которая не только не может адекватно удовлетворить потребности пожилых людей, но и может вызвать значительные расходы для них самих и для системы здравоохранения.

Поэтому содействие здоровому старению заключается не в том, чтобы сделать больше того, что уже сделано. Напротив, необходимо создать такие системы здравоохранения, которые могут обеспечить приемлемый доступ к комплексным услугам, сконцентрированным на потребностях пожилых людей. Такие системы показали лучшие результаты для пожилых людей и не являются более дорогостоящими, чем традиционные услуги. Создание и поддержание функциональной способности пожилого населения - главный вклад служб здравоохранения, достижение этого будет доведено до максимума индивидуальной жизнеспособностью.

Разработка новых подходов, с помощью которых можно будет оказывать сконцентрированную на пожилых людях и комплексную помощь, учитывая в то же время потребность в неотложной помощи, которая остается важной в более молодом возрасте.

Три ключевых подхода:

- разработка и обеспечение доступа к службам, которые оказывают сконцентрированную на пожилых людях и комплексную помощь;
- ориентация систем на поддержание индивидуальной жизнеспособности;
- обеспечение наличия постоянных и надлежащим образом подготовленных кадровых ресурсов.

Службы, которые оказывают сконцентрированную на пожилых людях и комплексную помощь

Предоставление сконцентрированной на пожилых людях помощи и обеспечение доступа к ней потребуют организации систем вокруг потребностей и предпочтений пожилых людей, а также таких служб, которые будут ориентированы на пожилую возраст и тесно связаны с семьями и сообществами.

Ключевые действия:

- обеспечение получения пожилыми людьми полной диспансеризации и единого общего для всех служб плана помощи, ориентированного на оптимизацию их жизнедеятельности;
- создание служб, расположенных как можно ближе к местам проживания пожилых людей, включая оказание услуг на дому, а также предоставление помощи сообществом;

- создание структур предоставления услуг, которые содействуют оказанию помощи многодисциплинарными бригадами;
- оказание поддержки пожилым людям в самообеспечении посредством поддержки со стороны сверстников, обучения, информирования и консультирования;
- обеспечение наличия медицинской продукции, вакцинации и технологий, необходимых для оптимизации их индивидуальной жизнеспособности.

Системы, ориентированные на поддержание индивидуальной жизнеспособности

Сосредоточение на индивидуальной жизнеспособности потребует изменения медико-санитарной и административной информации, способов, с помощью которых осуществляется мониторинг эффективности, финансовых механизмов и стимулов.

Ряд действий:

- адаптация информационных систем для сбора, анализа и представления данных об истинной способности;
- адаптация мониторинга эффективности, механизмов вознаграждения и финансирования для поощрения помощи, которая оптимизирует способность;
- создание клинических руководств по оптимизации индивидуальной жизнеспособности и обновление существующих руководств, чтобы их воздействие на способность было ясным.

Постоянные и надлежащим образом подготовленные работники здравоохранения

Потребуется наличие базисных геронтологических и гериатрических навыков, а также более широких компетенций, необходимых для работы в системах комплексного оказания помощи, включая компетенции, связанные с коммуникациями, коллективной работой, а также информационные и коммуникационные технологии.

Ключевые действия, которые могут быть предприняты:

- предоставление базисной подготовки по гериатрическим и геронтологическим вопросам во время дослужебной подготовки и на курсах повышения квалификации для всех медицинских работников;
- включение основных гериатрических и геронтологических компетенций во все медицинские курсы обучения;
- обеспечение наличия такого количества врачей-гериатров, которое удовлетворяет потребностям населения, и поощрение создания гериатрических отделений;
- рассмотрение потребностей в новых кадрах (координаторы и консультанты по самопомощи) и расширение ролей существующих сотрудников, таких как коммунальные работники здравоохранения, для координации медицинской помощи пожилым людям на уровне семьи.

Разработка систем для оказания долгосрочной помощи.

Главная роль в системе долгосрочной помощи должна заключаться в поддержании уровня функциональной способности у пожилых людей, которые потеряли или рискуют потерять значительную часть своей жизне-способности, и в обеспечении соответствия этой помощи их основным правам, фундаментальным свободам и достоинству человека. Это потребует признания их стремления к благополучию и уважению.

Системы долгосрочной помощи имеют многочисленные потенциальные преимущества, помимо того, что они дают возможность зависимым от посторонней помощи пожилым людям жить достойной жизнью. Эти преимущества включают сокращение нецелесообразного использования служб оказания медицинской помощи в острых случаях, оказание помощи семьям для избежания катастрофических медицинских расходов.

Система долгосрочной помощи должна быть основана на партнерских связях с семьями, сообществами. Определены три подхода, которые будут чрезвычайно важными для разработки систем оказания долгосрочной помощи:

- создание базы, необходимой для системы долгосрочной помощи;
- создание и поддержание стабильных и надлежащим образом подготовленных кадров;
- обеспечение качества долгосрочной помощи.

Основные принципы системы долгосрочной помощи:

- признание долгосрочной помощи в качестве важного общественного блага;
- назначение четкой ответственности за разработку системы долгосрочной помощи и планирование достижения данной цели;
- создание справедливых и устойчивых механизмов для финансирования долгосрочной помощи;
- определение ролей правительства и развитие служб, которые будут необходимы для их выполнения.

Основные принципы системы здравоохранения для здорового старения определяют общую цель - оптимизировать функциональную способность.

Дать возможность пожилым людям делать то, что они считают ценным, это включает возможности:

- удовлетворять свои потребности;
- учиться, развиваться и принимать решения;
- сохранять мобильность;
- устанавливать и поддерживать отношения;
- вносить вклад.

Эти возможности позволяют пожилым людям безопасно стареть в том месте, которое они считают подходящим, продолжать личностное развитие, вносить вклад в жизнь сообщества и сохранять автономность и здоровье.

Меры, необходимые для содействия этим способностям, имеют различные формы, но осуществляются двумя различными способами:

- создание и поддержание индивидуальной жизнеспособности либо путем уменьшения рисков, поощрения здорового поведения, либо путем устранения препятствий для этого, либо путем предоставления услуг, содействующих жизнеспособности;

- предоставление возможности для большей функциональной способности человеку с определенным уровнем жизнеспособности.

Борьба с эйджизмом

Преодоление дискриминации пожилых потребует формирования и внедрения в сознание всех поколений нового понимания старения.

Ключевые действия:

- проведение информационных кампаний для расширения знаний и углубления понимания старения среди средств массовой информации, широких слоев населения;

- принятие законодательства против дискриминации по возрастному признаку;

- обеспечение сбалансированного представления старения в средствах массовой информации.

Обеспечение прогресса в области здорового старения потребует гораздо лучшего понимания связанных с возрастом вопросов и тенденций. Это потребует фундаментальных изменений - не только того, что мы делаем, но и того, как мы осмысливаем само старение.
