

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА И ГОСУДАРСТВЕННОЙ
СЛУЖБЫ ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»
(РАНХиГС)

МЕТОДЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ И АКТИВНЫМ ДОЛГОЛЕТИЕМ НАСЕЛЕНИЯ
СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РОССИИ:
ПЕРСПЕКТИВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

Габуева Л.А.

Москва

2020

АННОТАЦИЯ

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ДЕМОГРАФИЯ, ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НАСЕЛЕНИЯ, СТАРШИЕ ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ, ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПО ОСНОВНЫМ КЛАССАМ БОЛЕЗНЕЙ, ПРИЧИНЫ СМЕРТНОСТИ СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ, МОДЕЛИ ОПЛАТЫ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ; ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

На рубеже 2020 года в системе государственного управления и медицинского страхования России определились национальные приоритеты, сформированные майским 2018 года, февральским 2020 года Указами Президента Российской Федерации.

В этой связи для принятия региональных программ государственных гарантий обеспечения граждан России бесплатной медицинской помощью, сопряженных с федеральными проектными решениями и индикативными показателями, требуется уточнение методических подходов для принятия адекватных финансовых обязательств.

Анализ предшествующих результатов организации и финансирования медицинской помощи населению старше трудоспособного возраста в отечественном здравоохранении с 2020 года претерпевает существенные изменения. Параллельно принимаются новые методические рекомендации Минздрава России по концепциям диагностирования старческой астении и проведения комплексной гериатрической оценки на уровне учреждений первичного звена здравоохранения. Минтруд России в 2019 году выпускает профессиональные стандарты, меняющие трудовые функции и медицинские практики врача-гериатра, врача паллиативной помощи.

Необходимость сопряженности индикаторов национальных проектов «Демография», «Здравоохранение», нормативных правовых актов федерального органа управления в здравоохранении, региональных практик проектного управления здоровьем и активным долголетием позволили выдвигать научные гипотезы и давать практические предложения об основных трендах совершенствования методов управления и моделей финансирования медицинской помощи населению старше трудоспособного возраста в 2020-2024 годах.

СПИСОК ИСПОЛНИТЕЛЕЙ

д.э.н., проф., зав. научно-исследовательского сектора Л.А. Габуева
центра подготовки управленческих кадров
здравоохранения ИОМ

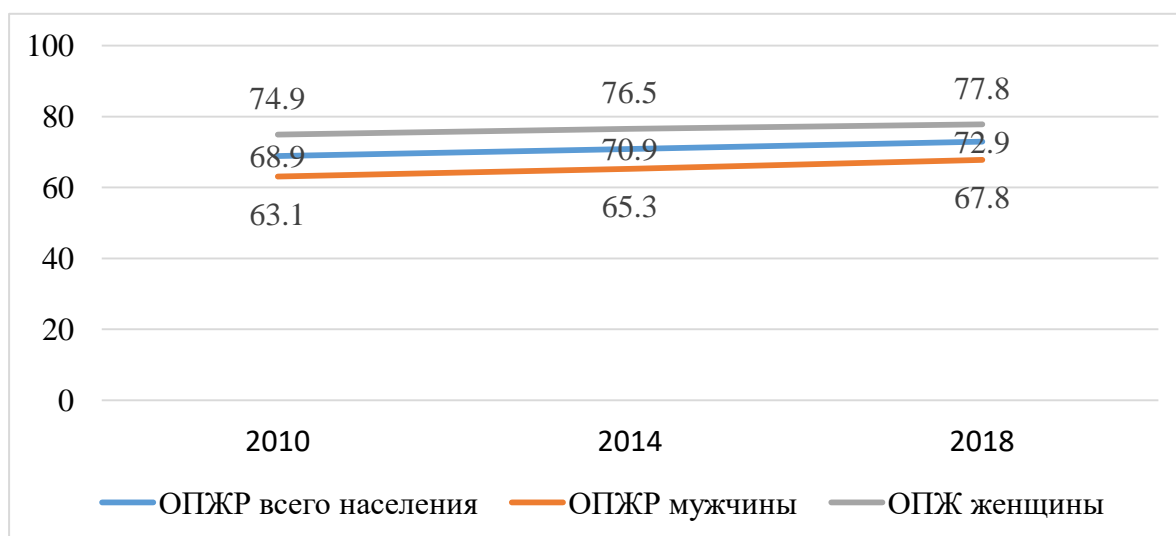
СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
1 Особенности показателей заболеваемости и смертности населения старше трудоспособного возраста в федеральных округах России и мире за последние 5 лет (2014- 2018 гг.).....	9
2 Место медицинской помощи старшему поколению в моделях общественного здравоохранения России	33
3 Региональные особенности проектного управления здоровьем населения старше трудоспособного возраста	45
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	65
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	77

ВВЕДЕНИЕ

Повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет (к 2030 году – до 80 лет) предусматривается в качестве фокусного направления Указа Президента России №204 [1]. Надо сказать, что это достаточно амбициозная задача, выполнение которой зависит от эффективности всего комплекса мер, направленных на поддержание индивидуальных характеристик здоровья населения старше трудоспособного возраста и работы служб системы здравоохранения и социального обеспечения.

Отметим, что при рождении (ОПЖР) по данным Росстата за 2010-2018 гг. показывает положительную динамику среди всего населения, как для мужчин и для женщин (рисунок 1).



Примечание - Составлено авторами по данным Статистический сборник «РОССИЯ В ЦИФРАХ 2019 [110].

Рисунок 1 - Динамика показателей ОПЖ при рождении у всего населения России, мужчин и женщин в 2010-2018 гг., количество лет

Также на протяжении последних 14 лет (2005-2018 гг.) наблюдается положительная динамика показателя ожидаемая продолжительность предстоящей жизни (ОППЖ) мужчин, женщин старше трудоспособного возраста (таблица 1).

Таблица 1 – ОППЖ мужчин, достигших 60 лет и женщин достигших 55 лет, число лет, данные Росстата [2]

Год	Для мужчин, достигших 60 лет	Для женщин, достигших 55 лет
2005	13,26	22,85
2006	13,89	23,32
2007	14,20	23,77
2008	14,28	23,88
2009	14,52	24,23
2010	14,58	24,23
2011	15,14	24,85

Продолжение таблицы 1

2012	15,38	25,05
2013	15,73	25,36
2014 (С Р.Крым)	15,86	25,52
2015	15,96	25,62
2016	16,08	25,80
2017	16,46	26,14
2018	16,56	26,28

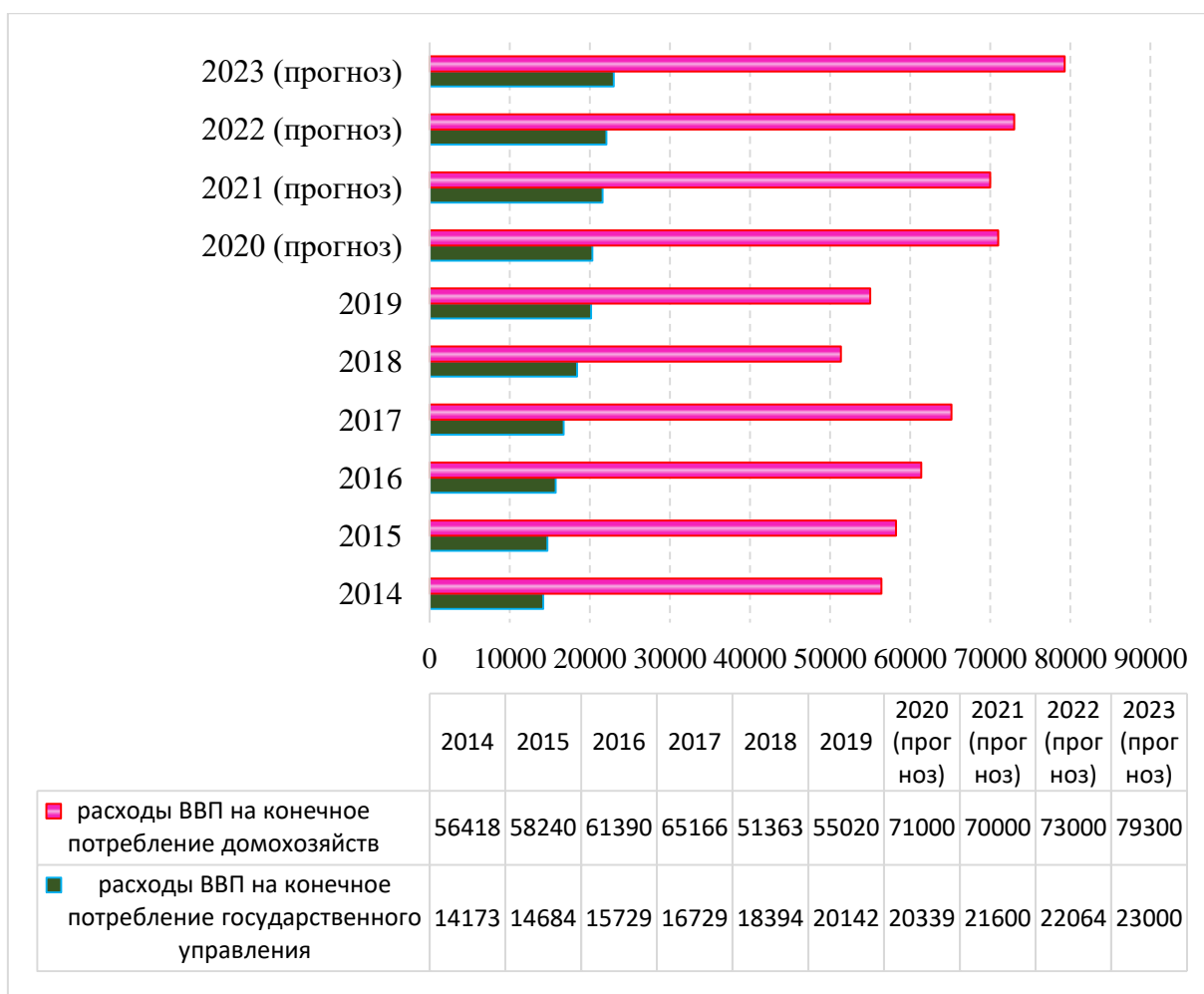
Данные свидетельствуют о необходимости усиления внимания всех уровней управления в здравоохранении на данную половозрастную тенденцию увеличения ОПЖР, ОППЖ, которая неизбежно повлечет за собой перераспределение компетенций организаторов здравоохранения, затронет методы планирования объемы медпомощи и механизмы тарификации услуг в государственных программах.

По статистике национальных счетов России по всем отраслям экономики в 2016, 2017, 2018 году в структуре валовой добавленной стоимости деятельность в области здравоохранения и оказания социальных услуг составляла по годам соответственно: 3,2% или 2 479,2 млрд. рублей в 2016 году; 3,1% или 2577,84 млрд. рублей в 2017 году; 3,4% процента или 3 155,2 млрд. рублей (Статистический сборник «Россия в цифрах. 2019», таб. 12.3, стр.192 и таб. 12.1 стр.190) [2].

При этом, в структуре общероссийского выпуска доля данной отрасли экономики находилась на уровне 2,5 % в каждый год рассматриваемого периода, что соответственно составляло в 2016 году 3846,43 млрд. рублей; в 2017 году-4158,23 млрд. рублей; в 2018 году- 4638,35 млрд. рублей (в сопоставимых ценах) (таб.12.2, стр.191; таб. 12.1 стр.190 [2]).

На рисунке 2 представим наглядно достигнутые за 2014-2019 гг. и прогнозные в 2020-2023 годах значения доли конечного потребления домохозяйств и государственного управления в ВВП.

Как видно, наблюдается устойчивый рост расходов на государственное управление в отраслях народного хозяйства, что в структуре расходования ВВП по годам 2014-2018 находится в диапазоне от 17,4% в 2018 году до 18,3% в 2016 году. При этом, средний размер конечного потребления государственного управления за указанный период находился на уровне 17,9%. При переносе тренда на прогнозные периоды до 2023 года можно ожидать роста расходов ВВП на конечное потребление государственного управления до 23000 млрд. рублей (рисунок 2).



Примечание - Составлено автором по данным статистического сборника Росстата за 2019 год «Россия в цифрах. 2019» [2], таблица 12.7, стр. 196.

Рисунок 2 - Динамика расходов ВВП на конечное потребление домохозяйств и государственного управления в России в 2014-2023 годах, млрд. рублей

В этих условиях, введение в постоянную практику управления здравоохранением проектного подхода сможет обеспечить рациональность государственных расходов на управление.

Как известно, начиная с бюджетного планирования 2014 года выделение бюджетных ассигнований тяготеет к принципам проектного управления. В унисон с этим, в 2018-2020 гг. в здравоохранении российских регионов активно внедряется проектное управление - как ключевой инструмент достижение стратегических целей и приоритетных задач, включая управление здоровьем и активным долголетием населения старше трудоспособного возраста.

В сфере здравоохранения проектирование обретает свои особенности. Так, с одной стороны, - сфера подвержена строгим правилам, регламентам и отраслевым законодательным актам, определившим стандарты оказания услуг, клинические рекомендации лечения болезней, нормы расходования ресурсов и т.д. С другой стороны –

система оказания медицинской помощи очень субъективирована: так как большинство медицинских услуг построены по принципу «человек-человек».

Говоря о финансовых условиях проектного управления в сфере здравоохранения отметим, из федерального бюджета Российской Федерации на здравоохранение выделяется в 2019 году в объеме 655,0 млрд. рублей; в 2020 -918,0 млрд. руб. и в 2021 гг.- 856,1 млрд. рублей. При этом, на реализацию национального проекта «Здравоохранение» за период 2019–2024 годов (6 лет) до объявления поручений Президента России (январь 2020 года) было предусмотрено - 1,6 трлн. рублей [3].

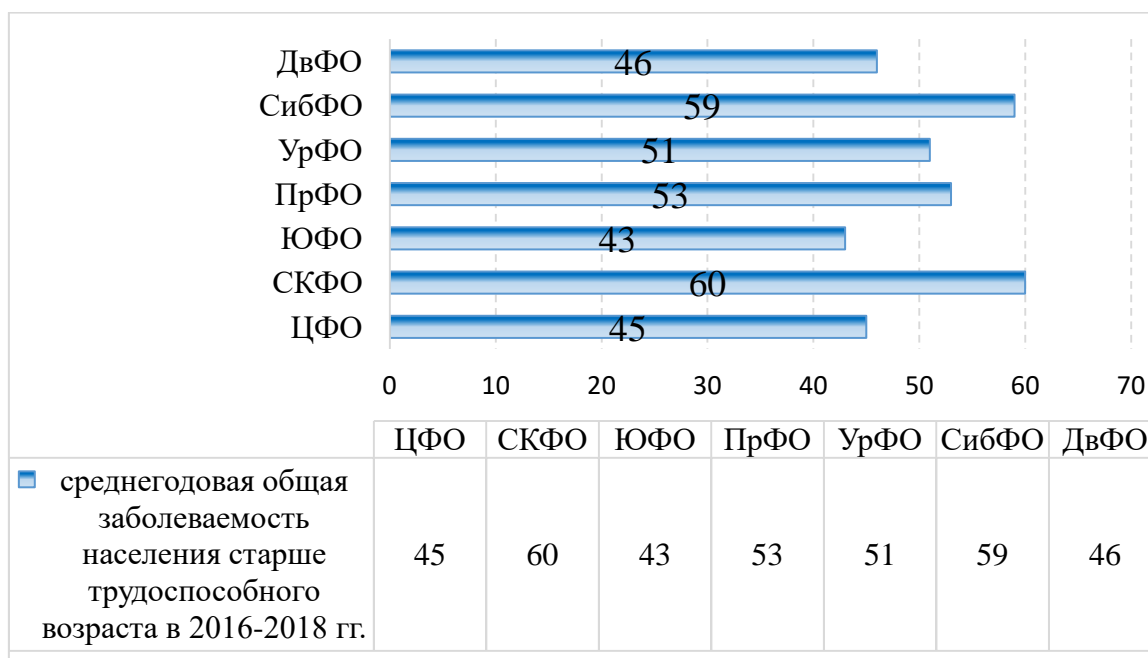
Несмотря на существенное увеличение затрат консолидированного бюджета здравоохранения России в последнее десятилетие (с 2010 по 2020 годы), уровень общественного здоровья, характеризуемый средней продолжительностью жизни и общей смертностью населения, пока не растет такими темпами, чтобы приблизиться к аналогичным показателям за рубежом.

Это подчеркивает важность сближения мировых научных знаний по поддержанию функционального статуса пожилых, дающего возможность поддержания их активного долголетия. В противном случае может существенно увеличиться нагрузка на системы общественного здравоохранения, а государственные ресурсы могут неэффективно перераспределяться по национальным счетам здравоохранения.

1 Особенности показателей заболеваемости и смертности населения старше трудоспособного возраста в федеральных округах России и мире за последние 5 лет (2014-2018 гг.)

Отметим, что показатели заболеваемости среди населения трудоспособного возраста России по инфекционными и неинфекционными заболеваниями фиксируются на стабильно высоких отметках с 2014 года и по настоящее время, о чем свидетельствуют данные официальной статистики. Так, по данным Минздрава России [4], в целом по Российской Федерации заболеваемость населения старше трудоспособного возраста в 2018 году повысилась и составила 202 603,7 зарегистрированных заболевания на 100 тыс. соответствующего населения (в 2017 году 199 962,2).

Общая заболеваемость населения Российской Федерации старше трудоспособного возраста (с 55 лет женщины, с 60 лет мужчины) по всем классам, группам болезней и отдельным впервые установленным диагнозам в период 2016-2018 гг., по данным департамента мониторинга заболеваемости, анализа и прогнозирования Минздрава РФ [4], в год составляет около 19,07 млн. регистрируемых больных или около 52,0 тысяч случаев на 100 000 населения данной возрастной группы. Общая заболеваемость в федеральных округах РФ в среднегодовом исчислении не превышает 60,0 тыс. случаев на каждые 100 000 (Северо-Кавказский федеральный округ) и не опускалась ниже 43,0 тыс. случаев на 100 000 населения соответствующей возрастной группы (Южный федеральный округ) (рисунок 3).



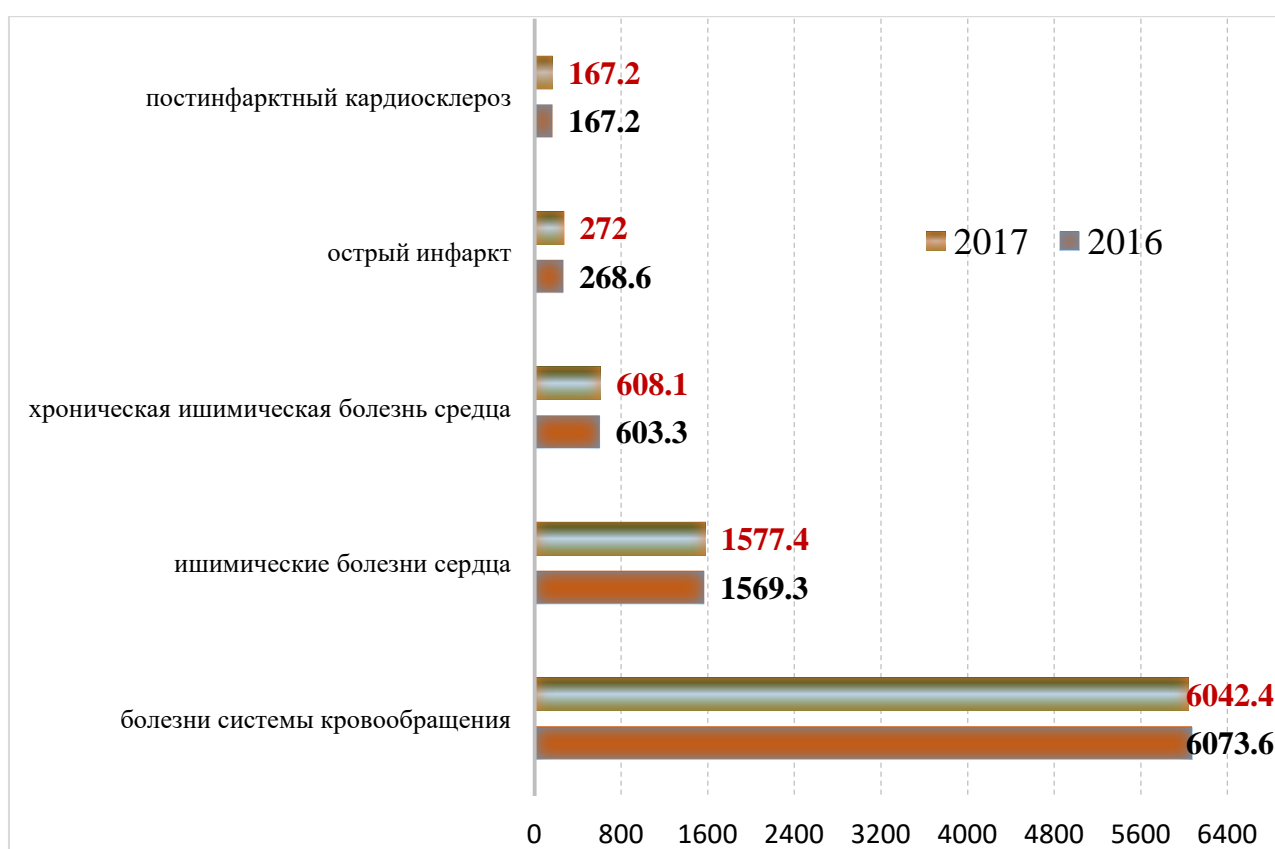
Примечание – Составлено авторами по данным МЗ РФ [4], [5], [6].

Рисунок 3 - Общая заболеваемость от всех болезней населения России старше трудоспособного возраста в среднем в год (2016-2018 гг.) в разрезе федеральных округов,

тысяч случаев на 100 000 соответствующего населения

На ключевых позициях ежедневной работы органов управления здравоохранения во всех федеральных округах РФ по предупреждению распространенности общей заболеваемости среди населения старше трудоспособного возраста остаются в 2016-2018 гг. болезни сердца и сердечно-сосудистых заболеваний, случаи онкологических болезней и болезни нервной системы, а также иные виды регистрируемых проблем со здоровьем данной категории населения представим ниже в контент-анализе.

Среди болезней системы кровообращения у пожилых граждан чаще всего наблюдаются диагнозы: ишемическая болезнь, инфаркты (с осложнениями), инсульты и прочие (рисунок 4).



Примечание - Составлено авторами на основе данных Минздрава РФ [4].

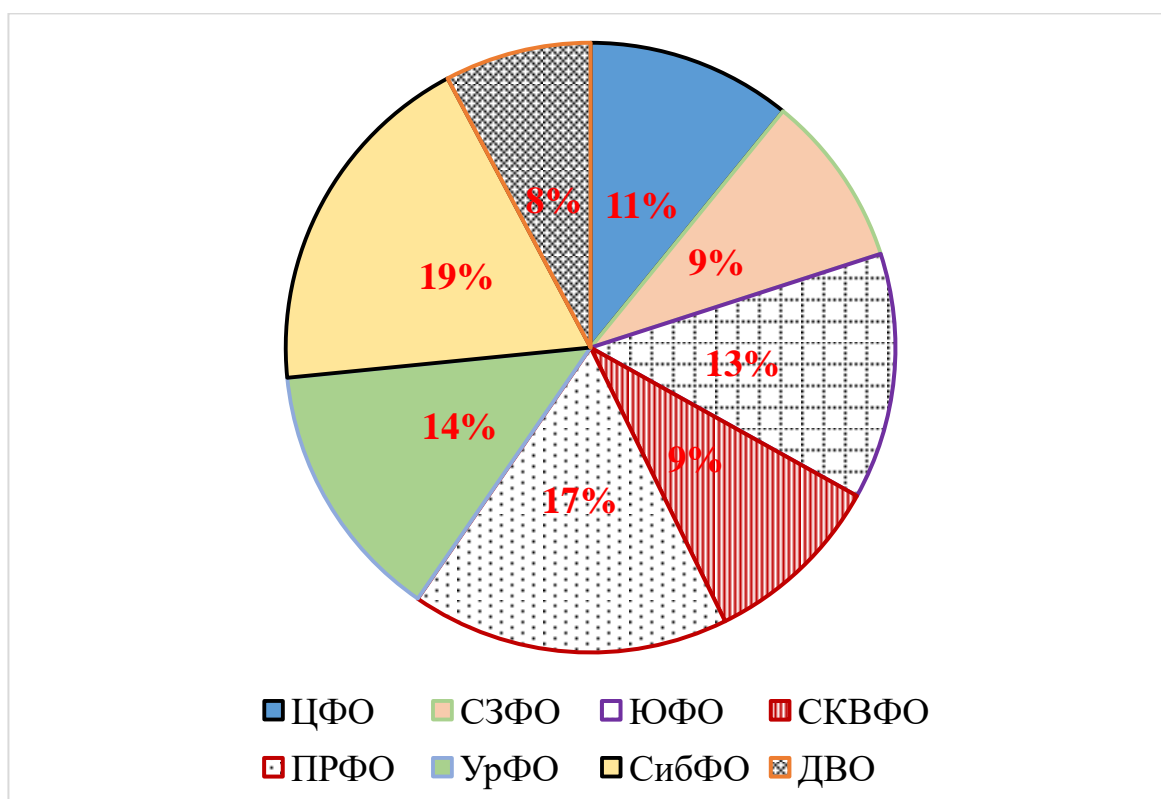
Рисунок 4 - Статистика сердечно-сосудистых заболеваний у лиц старше трудоспособного возраста в РФ, 2016-2017 гг. , случаев на каждые 100 000 населения соответствующей группы

Отметим, что заболевания сердца и запущенные случаи ИБС у групп лиц пожилого и старческого возраста могут заканчиваться острыми инфарктами миокарда. Так, в 2017 году по сравнению с 2016 годом наблюдается рост инфарктов: фиксировалось 4,6 случая на каждые 100 000 населения старше 60 лет. Последствия инфаркта могут у данной группы граждан РФ заканчиваться инвалидизацией и (или) нарушением двигательной активности, параличом конечностей, в следствие не очень быстрого восстановления

функций организма. Часто наблюдается развитие кардиосклероза. Все это существенно нарушает качество жизни.

Кроме того, в последнее время констатируются случаи повторных инфарктов среди населения России старше трудоспособного возраста. По Российской Федерации в 2018 году таких случаев зарегистрировано 51,13 на каждые 100 000 населения старше трудоспособного возраста.

Статистика 2018 года по повторным инфарктам у населения старше трудоспособного возраста в разрезе федеральных округов представлена на рисунке 5 (доля ФО-федерального округа в регистрируемой статистике повторных инфарктов на 100000 соответствующего населения).



Примечание - Составлено авторами по данным МЗ РФ[4], [5].

Рисунок 5 - Доля федеральных округов РФ в регистрируемых в РФ случаях повторных инфарктов у лиц старше трудоспособного возраста, 2018 год, % от общего количества на 100 000 населения старше трудоспособного возраста

Как видно на рисунке 5, наибольшее значение показателя повторных инфарктов на 100 000 населения старше трудоспособного возраста зарегистрировано в 2018 году в Сибирском федеральном округе (СибФО) – доля его составляет 19% или 72, 47 случая на 100 000 человек в возрасте 60+. Наименьшая доля (8% всех повторных инфарктов в РФ на 100 000 населения соответствующей возрастной группы) приходится на Дальневосточный федеральный округ, где их регистрировалось в 2018 году 29, 99 на 100 000 населения.

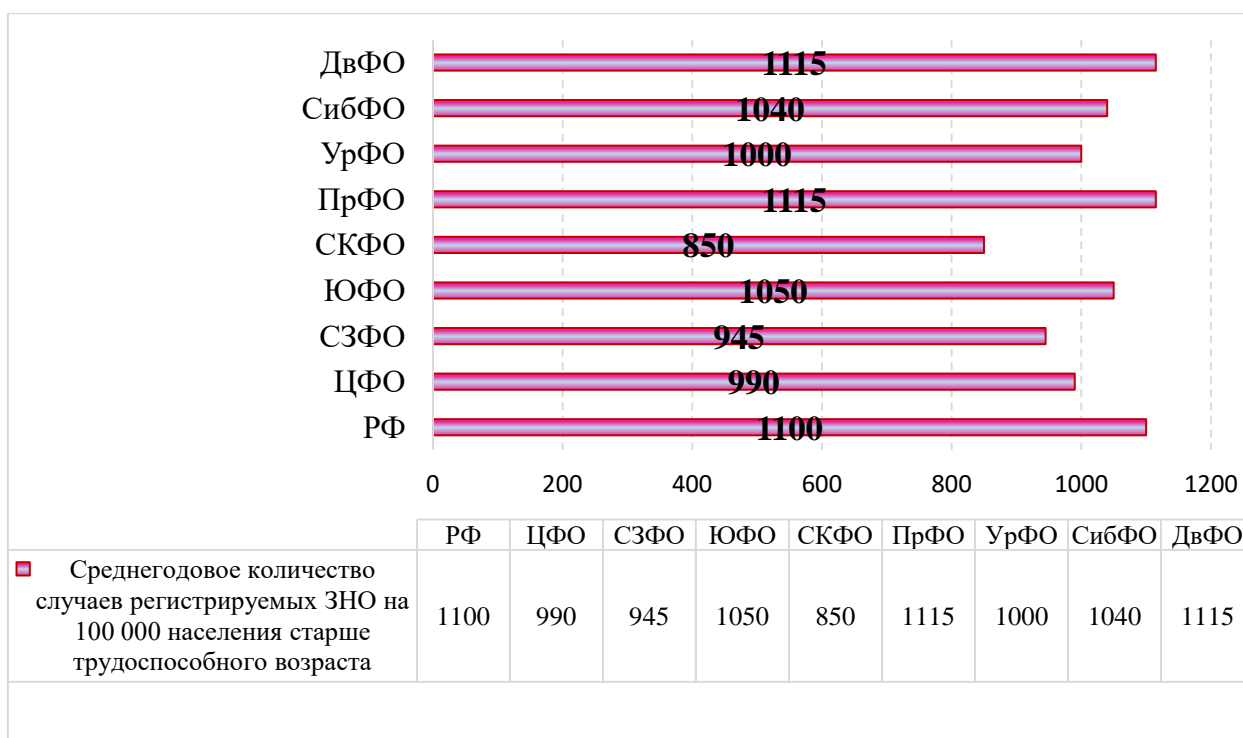
Доли в районе 9% -11% от всех случаев повторных инфарктов у пожилых граждан

(цифры не превышают 38 повторных инфаркта на 100000 населения трудоспособного возраста) зафиксированы в федеральных округах: Северо-западном (35,25) и Северо-Кавказском (37,15). Около 13-14% всех повторных инфарктов в системе здравоохранения России в 2018 году было обеспечено соответственно в ЮрФО (50,32 случая на 100000 населения старше трудоспособного возраста) и УрФО (53, 25 случая на 100 000) (рисунок 5).

Медицинские работники кардиологических отделений, палат интенсивной терапии наблюдают сложное течение болезней системы кровообращения у пожилых и стариков. Часто приходится сталкиваться с тяжелыми и необратимыми последствиям сердечно-сосудистых заболеваний пожилых лиц, которые приводят к нарушениям мозгового кровообращения. Такие последствия требуют специальных восстановительных программ и работы мультидисциплинарных команд медицинских работников, врачей параклиники, социальных работников.

Остановимся также на распространенности и особенностях течения онкологических заболеваний у пожилых. На рисунке 6 наглядно представим среднегодовую (2016-2018 гг.) динамику злокачественных новообразований (далее – ЗНО), как впервые поставленного и зарегистрированного диагноза у лиц старше трудоспособного возраста по федеральным округам.

Отметим, что на рисунке 6 видно, что общероссийскую статистику (1000-1020 случаев в 2016 и 2018 гг. соответственно на 100 000 населения старше трудоспособного возраста) сравнительно превысили в ДвФО и держат на нижнем пороге в Северо – Кавказском округе.



Примечание - Составлено авторами на основании [4], [5].

Рисунок 6 - Среднегодовое (2016-2018 гг.) количество случаев, статистически регистрируемых ЗНО на 100 000 населения старше трудоспособного возраста по РФ и федеральным округам РФ

В таблице 2 обобщим статистические данные ЗНО у мужчин и женщин разных возрастных групп в сравнении.

Таблица 2 - Заболеваемость населения злокачественными новообразованиями по полу и возрастным группам: зарегистрировано заболеваний у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни в 2005-2018 г.

Всего половозрастные группы	годы					
	2005	2010	2015	2016	2017	2018
мужчины	219093	237982	270046	273585	281902	285949
женщины	250102	278892	319335	325763	335275	338760
в том числе в возрасте, лет:						
20 – 39						
мужчины	6826	7704	8568	8527	8647	8364
женщины	13052	15365	18105	18613	18875	18967
40 – 59						
мужчины	69760	74037	73920	73118	72892	71189
женщины	82892	90418	94557	95532	95523	95040
60 и более						
мужчины	140286	154080	185309	189589	197967	204010
женщины	152272	171306	204622	209586	218831	222750

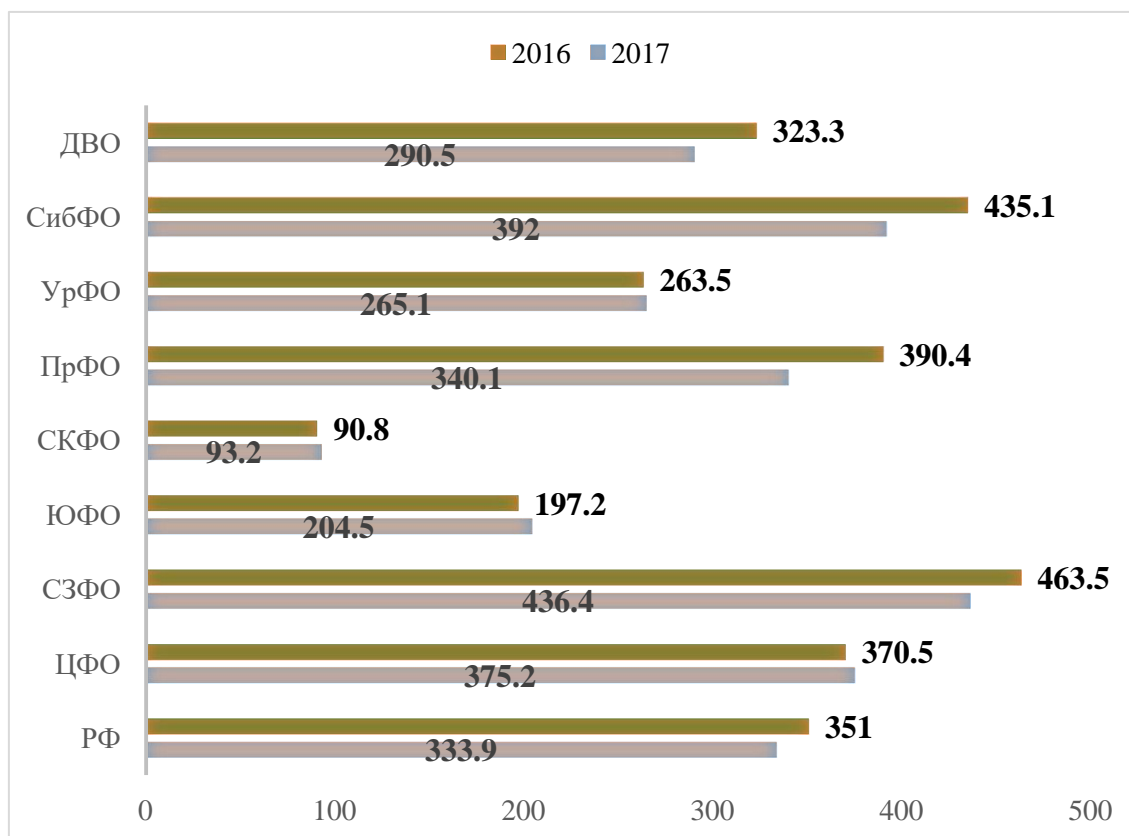
Примечание

1 Составлено авторами на основе таблицы 2.8 [5].

В целом по таблице 2 видно, что кардинального роста выявления заболеваемости всего населения не произошло, увеличение выявленных случаев можно отнести на эффект от профилактических осмотров и диспансеризации.

В старшем зрелом и пожилом возрасте (60 лет и более) мужчины фактически «догнали» женщин по впервые в жизни выявленным случаям онкозаболеваний: у женщин в 2005 г. такие случаи составляли 152272 , в 2018 году - 222750 случаев, а у мужчин 140286 и 204010 случаев соответственно в 2005, 2018 годах (таблица 2).

Представим наглядно на рисунке 6 динамику психических расстройств у лиц старше трудоспособного возраста в 2016-2017 гг. по РФ и федеральным округам.



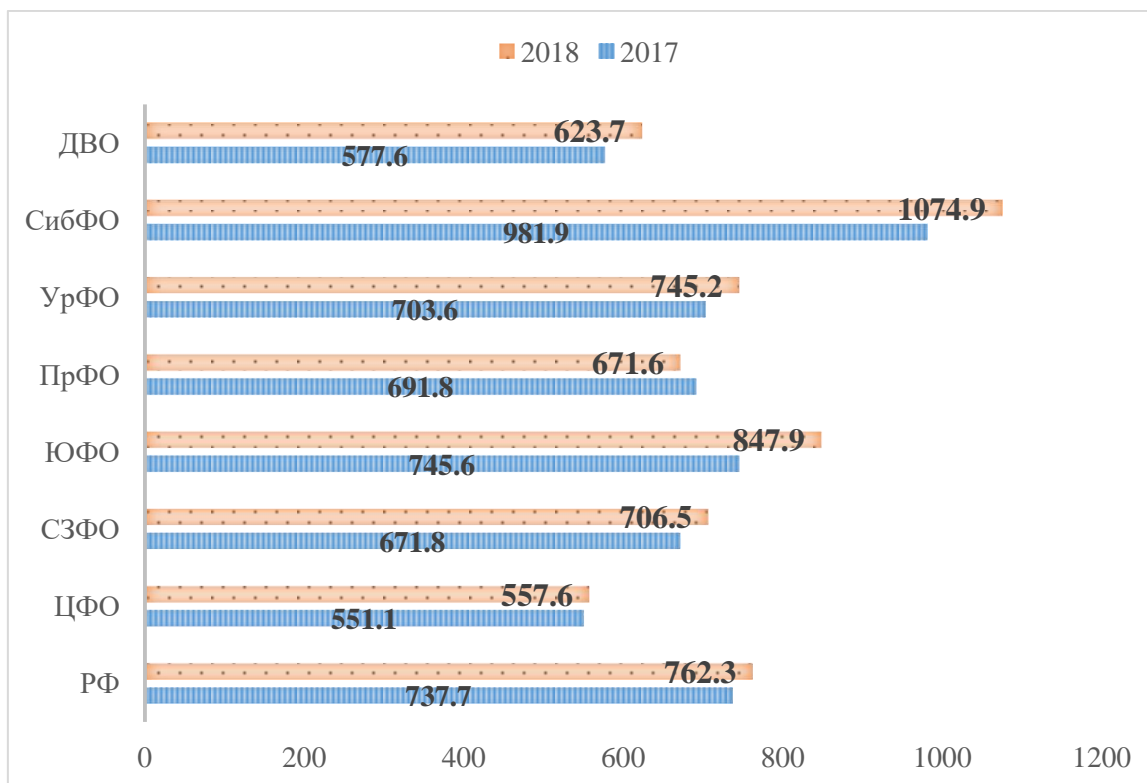
Примечание - Составлено авторами на основе МЗ РФ[4].

Рисунок 6 - Динамика случаев психических расстройств и расстройств поведения у лиц старше трудоспособного возраста, на 100000 в разрезе федеральных округов в 2016-2017 гг.

Как видно на рисунке 6, есть позитивная динамика по психическому здоровью населения в большинстве федеральных округов и в целом по федерации.

На фоне таких психосоматических состояний у пожилых граждан нередко отмечаются дегенеративные заболевания нервной системы, сопровождающиеся нарушениями движений и речи, не часто, но встречаются случаи рассеянного склероза. По РФ случаи постановки диагноза рассеянный склероз у лиц старше трудоспособного возраста в 2017-2018 гг. находятся в диапазоне 1100-1200 случаев или около 3 диагнозов на 100 000 населения данной возрастной группы.

В 2018 году по сравнению с 2017 годом во всех федеральных округах, кроме Приволжского ФО, наблюдается рост регистрируемых заболеваний нервной системы у граждан старше трудоспособного возраста (рисунок 7).

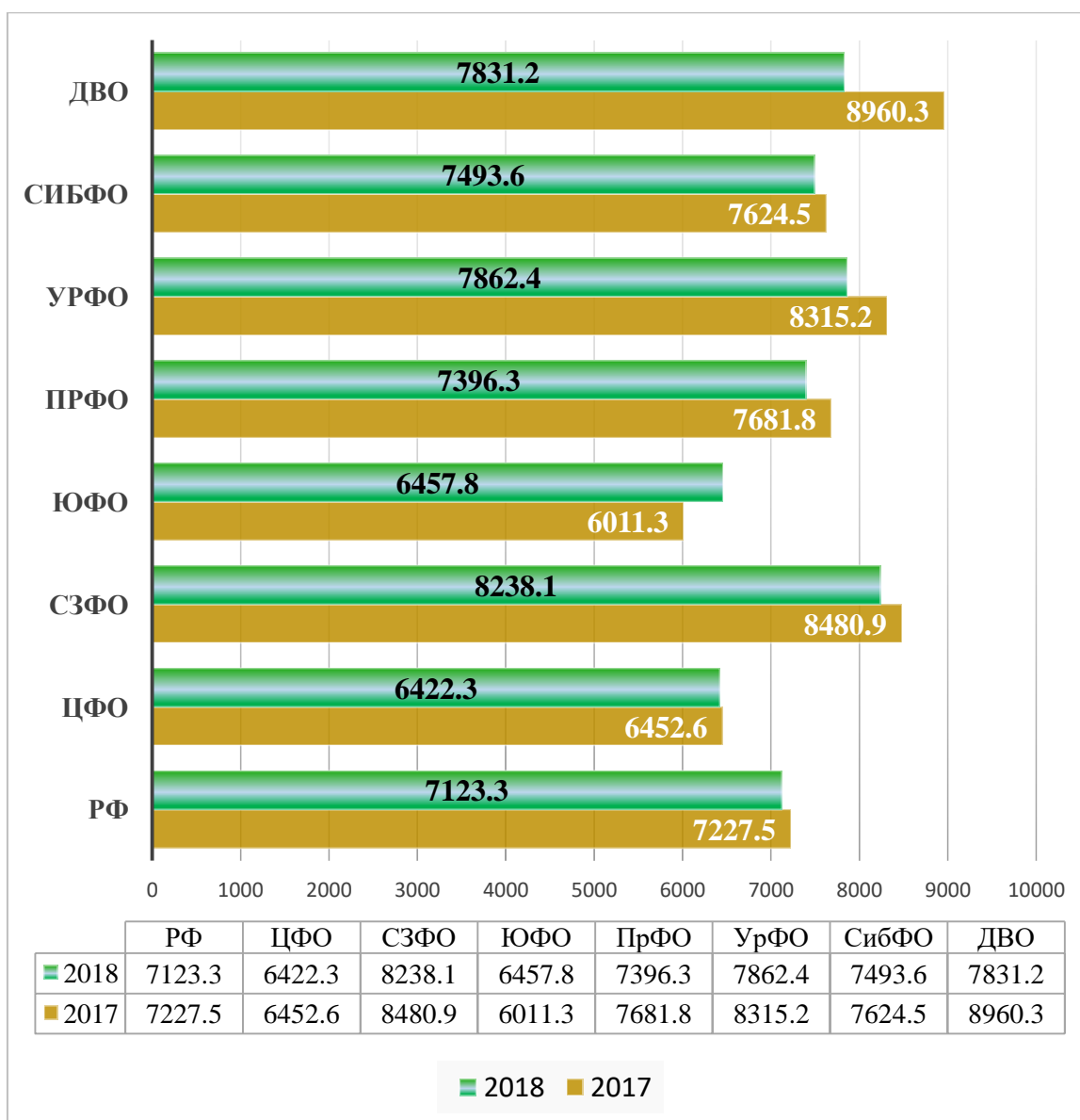


Примечание - Составлено авторами по данным МЗ РФ[4], [5].

Рисунок 7 - Сравнительные данные о статистически выявленных случаях заболеваний нервной системы у населения старше трудоспособного возраста в федеральных округах, Российской Федерации в целом в 2017-2018 гг., случаев заболеваний на 100 000 населения

Максимальные значения заболеваемости в расчете на 100 000 населения старше трудоспособного возраста выявлены в Сибирском федеральном округе: от 981,9 случая до 1074,9 соответственно в 2017 и 2018 гг. Минимальные значения – в Центральном федеральном округе (от 551,1 до 557,6 на 100 000 населения старше трудоспособного возраста в 2017 и 2018 годах соответственно) (рисунок 7).

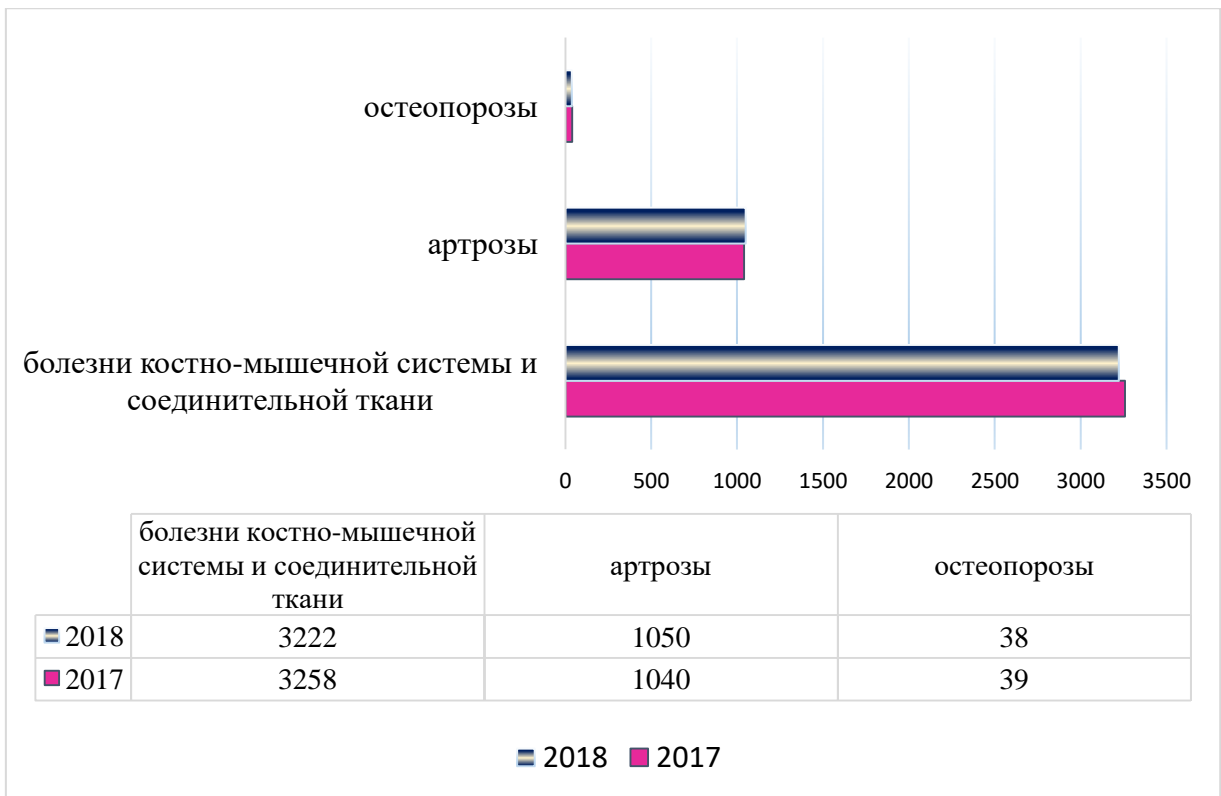
Статистику травматизма, отравлений и других последствий внешних причин заболеваний представим наглядно на рисунке 8.



Примечание - Составлено авторами по данным МЗ РФ[4], [5].

Рисунок 8 - Динамика регистрируемых травм, отравлений и других воздействий внешних причин на здоровье лиц старше трудоспособного возраста в 2017-2018 гг. в расчете на 100000 населения старше трудоспособного возраста в разрезе федеральных округов

На рисунке 9 представим динамику больных с заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани, артрозами, остеопорозами в возрастной группе старше трудоспособного возраста в 2017-2018 гг. в Российской Федерации, которые существенным образом отягощают последствия травм и ход выздоровления пациентов.

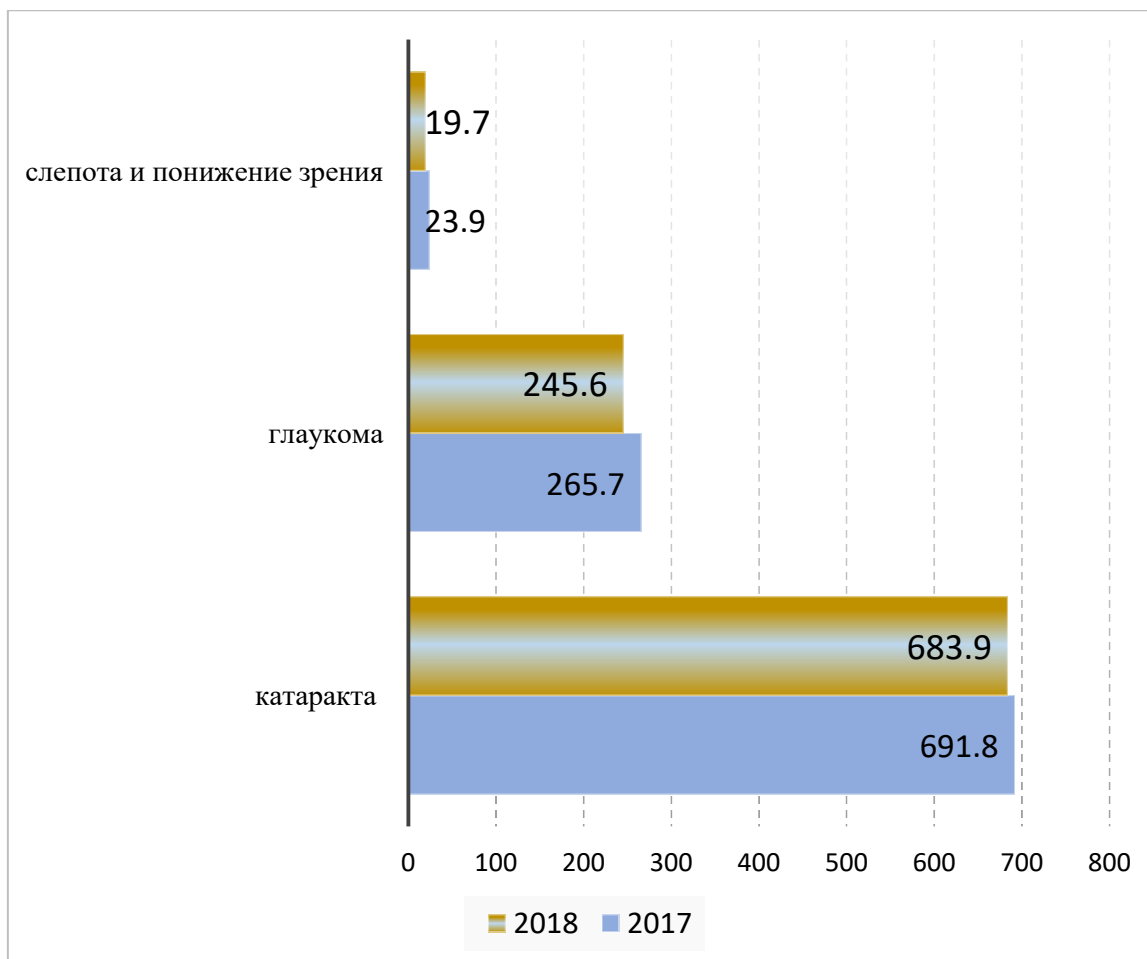


Примечание - Составлено авторами на основе данных МЗ РФ[4], [6].

Рисунок 9 - Сравнительные данные о некоторых болезнях костно-мышечной системы у пожилых гражданах России в 2017-2018 гг. в расчете на 100000 населения старше трудоспособного возраста

Кроме того, большинство пациентов старших возрастных групп испытывает потребность в подборе очков и очковой оптики в виду *развития дегенеративных проблем со зрением*. Многим бывает показаны офтальмологические операции на глазах, связанные с удалением глаукомы и катаракты.

На рисунке 10 наглядно представим регистрируемые случаи обращения пожилых граждан за медицинской помощью, связанной с болезнями глаз.



Примечание - Составлено авторами по данным МЗ РФ[4], [7].

Рисунок 10 - Динамика изменения регистрируемых случаев основных заболеваний глаз населения старше трудоспособного возраста в Российской Федерации в 2017-2018 гг. в расчете на 100 000 населения соответствующего возраста

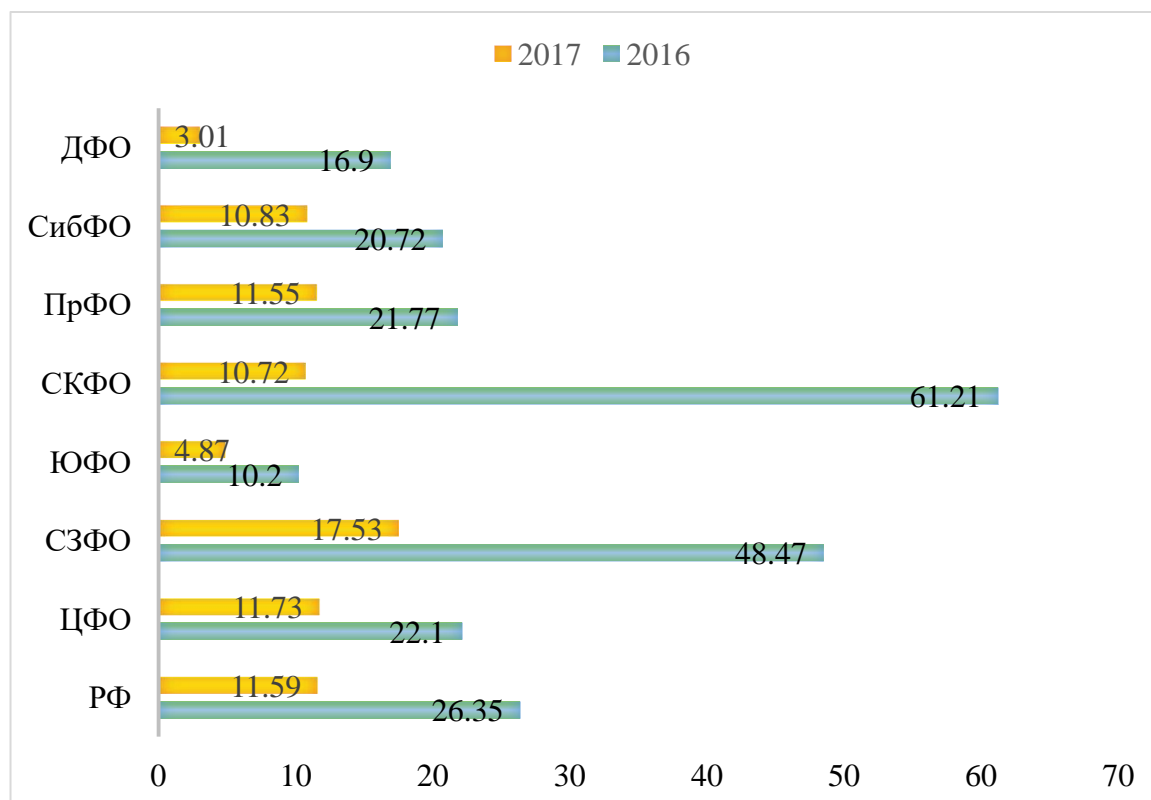
Как видно на рисунке 10, отмечается некоторое замедление процессов снижения зрения среди лиц старше трудоспособного возраста в 2018 году по сравнению с 2017 годом по всем трем заболеваниям глаз в расчете случаев, статистически фиксируемых как обращения за медицинской помощью, на 100 000 населения данной возрастной группы: катаракта – на 7,9 случаев (с 691,8 до 683,9); глаукома – на 20,1 случая (с 265,7 до 245,6); слепота и снижение зрения – на 4,2 случая (с 23,9 до 19,7).

Очень часто у пожилых граждан наблюдаются изменения в функциях *органов дыхания*, отмечаются болезни данной системы организма. В медицинских организациях часто для анализируемой возрастной категории лиц отмечается нуждаемость в респираторной поддержке вследствие дыхательной недостаточности. Зачастую требуется подключение на всех стадиях лечения основного диагноза еще и к длительной кислородотерапии, иногда,- в условиях барокамер по назначению неврологов, кардиологов, психотерапевтов и других врачей-специалистов.

Болезни органов дыхания зарегистрированы в 2017 году на уровне 5 037 736 случаев или 13 732,4 на 100 000 населения старше трудоспособного возраста.

В связи с распространением угрозы COVID-19 именно данная возрастная категория граждан – граждане старше 60 лет, - оказалась наиболее уязвимой перед лицом заболевания.

При этом, хочется привести статистику сезонного гриппа, которым ежегодно болели в некоторые годы, предшествующие 2019 году, люди старших возрастов (рисунок 11).



Примечание - составлено авторами по данным МЗ РФ[4].

Рисунок 11 - Динамика 2016-2017 гг. заболеваемости сезонным гриппом лиц старше трудоспособного возраста по федеральным округам из расчета количества случаев заболеваний на 100 000 населения соответствующей возрастной группы

Как видно на рисунке 11, в лидерах, например, в 2017 году по зарегистрированным больным с диагнозом «грипп» находился Северо-западный федеральный округ (17,53 случая гриппа на 100 000 населения старше трудоспособного возраста). Например, в 2016 году в лидерах был Северо-Кавказский федеральный округ – 61,21 случая на 100 000. Всего по РФ в 2017 году, например, было зарегистрировано 4253 случая сезонного гриппа (против 9576 случаев в 2016 году), а на каждые 100000 человек старше трудоспособного возраста в стране в 2017 году приходилось в среднем 11,59 зарегистрированных больных с диагнозом «грипп» (в 2016 году – 26,35 случая на 100000 человек) (рисунок 11).

В случаях возникновения пандемии гриппа в Росздравнадзоре РФ имеется нормативный расчет потребности в лекарственных средств, нуждаемости в госпитализациях, а также в аппаратах искусственной вентиляции легких¹. Для расчетов материально-технических запасов на случай пандемии гриппа в методических рекомендациях приводится расчет:

- 1) 10% населения может стать потенциально переболевшими лицами,
- 2) Из этих 10% населения потенциальны больных 10% может потребоваться госпитализация,
- 3) В том числе 1,2% из госпитализированных может потребоваться искусственная вентиляция легких (ИВЛ) (норматив - 200 единиц аппаратов ИВЛ на 1млн. населения), т.е. потребуется порядка 29 000 свободных аппаратов ИВЛ в случае пандемии гриппа,
- 4) Для госпитализации потенциальных нуждающихся больниц могло бы потребоваться порядка 184 000 свободных коек.

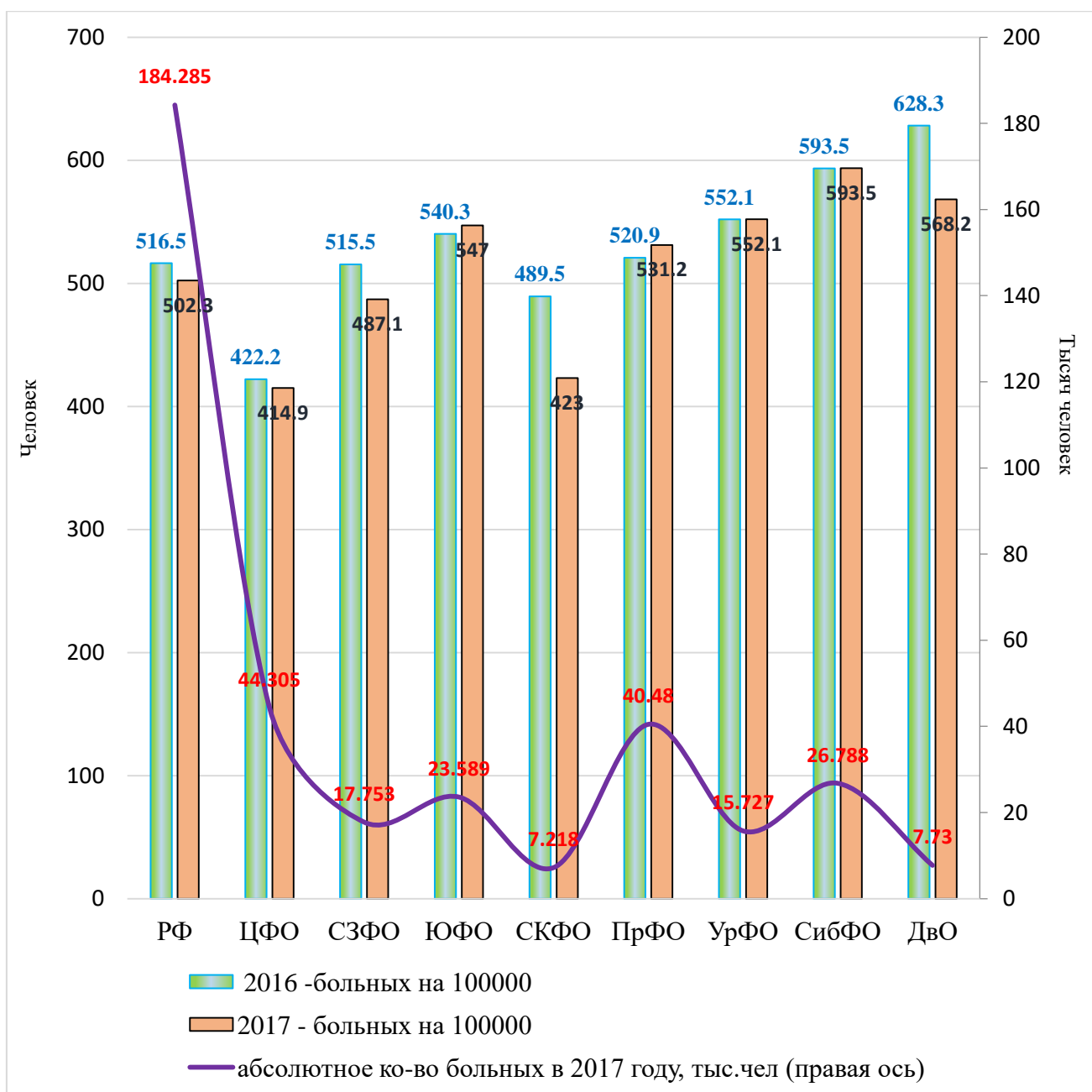
Цена одного аппарата ИВЛ составляет порядка 28-30 000 евро.

Приведем статистические данные (по данным издания «Ведомости»[8]) некоторых ресурсных характеристик сети здравоохранения России на рубеже 2020 года, характеризующих готовность к пандемиям, массовым инфекционным заболеваниям. На 100 000 населения страны в 2020 году приходилось: 40 развернутых инфекционных коек, 5 инфекциониста, 9 эпидемиолога и около 28 аппаратов ИВЛ. От 50 до 80 ИВЛ на 100 000 населения имеется в ХМАО, Ставропольском крае, Камчатке и др. 20 аппаратов ИВЛ и менее 20 в расчете на 100 000 населения имеется сегодня в таких субъектах РФ как: Р. Алтай, Приморский и Красноярский край, Омская область, Р. Кабардино-Балкарская и др.

При этом, пневмония иногда сопровождала госпитализированные случаи сезонных заболеваний ОРВ, гриппа у пожилых граждан страны, что объясняется наличием сопутствующей (накопленной за долгую жизнь) патологией органов дыхания.

На рисунке 12 представим, например, по итогам 2017 года количество зарегистрированных больных с диагнозом «пневмония» по федеральным округам РФ.

¹ По данным «ведомости» Vedomosti. ru (09.04. 2020 года).



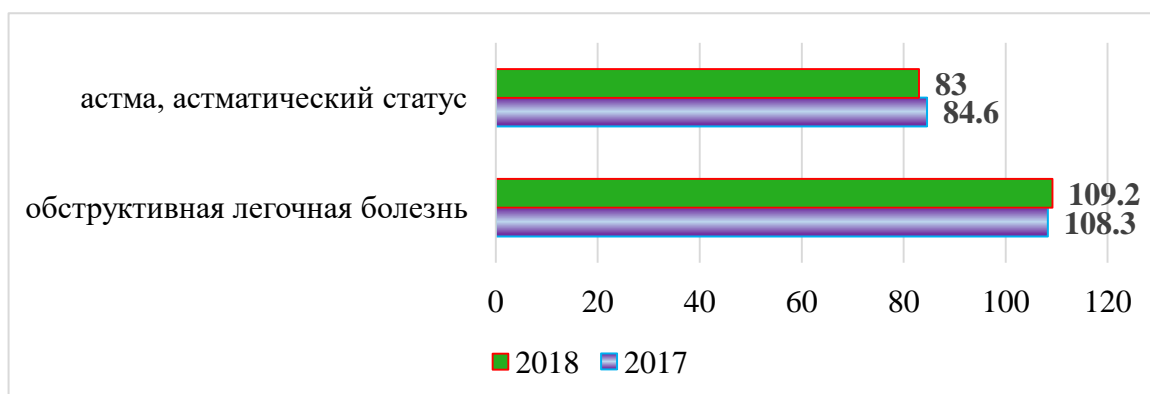
Примечание - Составлено авторами на основании данных МЗ РФ [4].

Рисунок 12 - Сравнительная динамика больных пневмонией в абсолютном измерении среди лиц старше трудоспособного возраста в федеральных округах и Российской Федерации и в расчете на 100 000 населения округов (России) в данной возрастной группе в 2016-2017 гг.

В 2018 году в Российской Федерации было зарегистрировано более 41,0 тысяч больных старше трудоспособного возраста с диагнозом «хроническая обструктивная легочная болезнь», что на 100000 населения данной возрастной группы составило более 110 случаев заболеваний.

На рисунке 13 представим динамику иных легочных заболеваний у граждан старше трудоспособного возраста, регистрируемых в 2017-2018 гг. в Российской Федерации.

Как видно на рисунке 13, наблюдается незначительное, но все же снижение больных, зарегистрированных по диагнозам, связанным с болезнями легких и астмой в 2017-2018 гг.



Примечание - Составлено авторами на основании данных МЗ РФ [4], [6].

Рисунок 13 - Сравнительные данные о регистрируемых болезнях легких и астматическом статусе населения старше трудоспособного возраста в Российской Федерации в 2017-2018 гг. в расчете на 100000

Инфекционные и некоторые паразитарные болезни в 2016-2017 гг. регистрировались у лиц старше трудоспособного возраста в России на уровне 499,8 и 506,0 тысяч больных соответственно по годам.

На рисунке 14, видна динамика в 2016-2017 гг. количества случаев инфекций и некоторых паразитарных болезней на 100000 населения старше трудоспособного возраста: 1375,4 -1378,2 случаев соответственно.

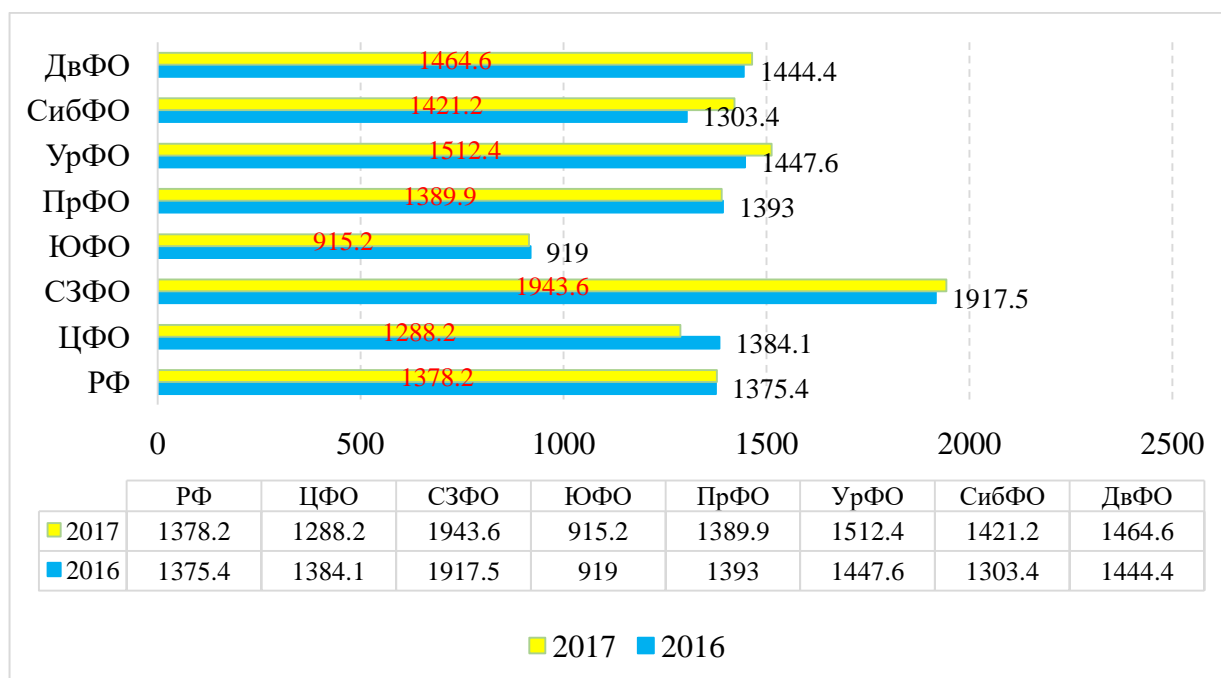
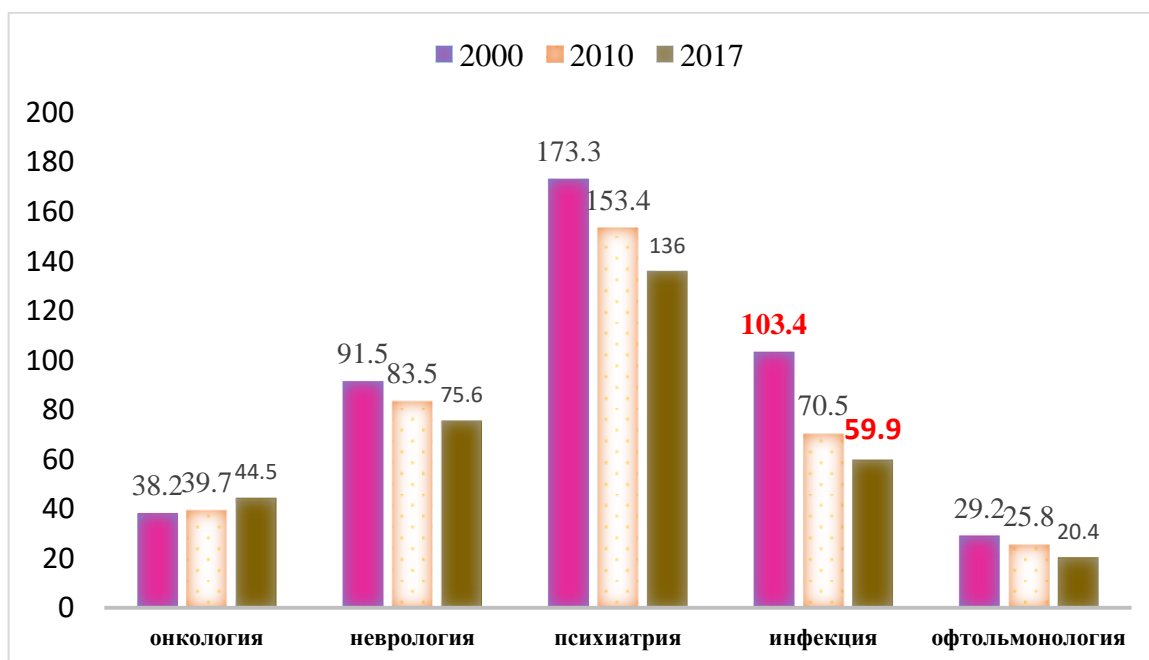


Рисунок 14 - Динамика в 2016-2017 гг. инфекционных и некоторых паразитарных заболеваний у лиц старше трудоспособного возраста в РФ и Федеральных округах, случаев на 100 000 данной группы лиц (по данным [4])

Опережает общероссийский показатель больных на 100 000, как видно, Северо-Западный федеральный округ (1917, 5 и 1943,6 случаев на 100 000 в 2016 и 2017 годах соответственно; самые низкие цифры среди всех округов РФ (919,1 и 915,2 случая заболеваний на 100 000 населения в 2016 и 2017 гг) статистика зафиксировала в Южном федеральном округе. (рисунок 14).

В связи с эпидемической ситуацией весны 2020 года в российских регионах, г. Москва в средствах массовой информации стали активно публиковать оперативные сведения о заболевших и умерших от нового коронавируса, а также приводить цифры по заболеваемости и смертности от инфекций в периоды, предшествующие пандемии.

На почти 1 200, 0 тысяч больничных коек в отечественном здравоохранении в канун 2020 года под инфекционных больных развернуто не более 59,0 тысяч профильных коек Для сравнения (рисунок 15) в 2000 году – 103,4 тыс. коек, в 2010 году – около 70,5 тысяч).



Примечание - Составлено авторами по данным Росстата [6].

Рисунок 15 - Динамика сокращения коечного фонда всех рассматриваемых профилей (кроме онкологии) в стационарных ЛПУ с 2000 по 2017 гг., тыс. коек

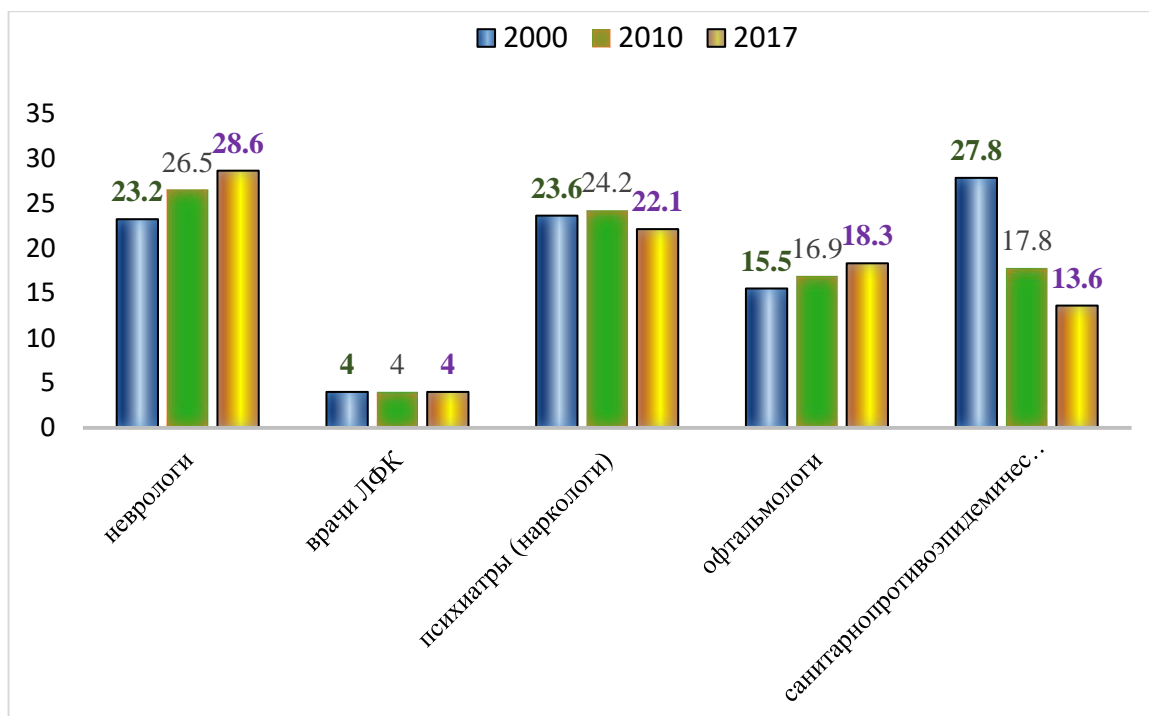
В этих условиях, при ликвидации пандемии субъектам Российской Федерации из резервного фонда Правительства выделили более 33,4 млрд. рублей на оснащение дополнительно создаваемого или перепрофилируемого коечного фонда медицинских организаций для оказания помощи больным новой коронавирусной инфекцией [9].

В рамках борьбы с пандемией внесены изменения в Правила ОМС[10], которые предусматривают возможность увеличения авансирования медицинских организаций до 100%.

Также внесены изменения в тарифные соглашения регионов России. Они предусматривают: увеличение подушевого норматива финансирования медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях; установление отдельного тарифа на оплату тестирования групп риска на выявление COVID-19 в лабораториях, допущенных Роспотребнадзором РФ к проведению таких исследований, и на оплату медпомощи пациентам с COVID-19 в зависимости от степени тяжести их состояния. В условиях угрозы распространения новой коронавирусной инфекции Федеральный фонд ОМС будет вести мониторинг финансовой устойчивости бюджетов территориальных фондов ОМС[10].

Отметим, что врачей – инфекционистов в России в 2018 году насчитывалось 6880 человек, что на 10% меньше, чем в 2011 году.

На рисунке 16 представим динамику сокращения врачей разных специальностей, работающих с населением старше трудоспособного возраста, особенно, обращает внимание 2-х кратное сокращение врачей санитарно-противоэпидемической группы и врачей по общей гигиене с 2000 по 2017 гг.



Примечание - Составлено на основании [2].

Рисунок 16 - Динамика изменения количества врачей-специалистов с 2000 по 2017 год, тыс. человек

С учетом вышесказанного, отметим, что модели организации первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи населению в возрасте 60+ должны учитывать особенности заболеваемости и осложнений хода течения лечения. Так называемые «болезни старения населения» не могут не найти своего места при районировании коечного фонда, в графике работы кабинетов гериатрической помощи, при планировании объемов выездных патронажных бригад и бригад паллиативной медицинской помощи.

Отметим, что вслед за ранжированием первых мест диагнозов заболеваемости, причинами смертности населения старшего трудоспособного возраста в отечественной статистике также являются: болезни сердца (55% всех смертей), старость (старческая астения) - 16% всех смертей, прочие причины включая травмы и онкологические заболевания около 29% [4].

На начало 2019 года смертность лиц старше трудоспособного возраста продолжает сокращаться. Так, если в 2013 году она составила 42,2 чел. на 1000 человек, то в 2014 году – 40,4 чел. на 1000 человек, в 2015 году – 40,1 чел. на 1000 человек, в 2016 году по – 39,4 чел. на 1000 человек, в 2017 году – 38,0 чел. на 1000 человек, в 2018 году – 37,7 чел. на 1000 человек [4].

Таблица 3 - Возрастные коэффициенты смертности мужчин-россиян после 50 лет (умершие на 1000 человек населения соответствующей возрастной группы)

Возраст	Возрастной коэффициент смертности мужчин после 50 лет			
	год			
	2005	2010	2015	2018
50 – 54	26,7	18,6	15,0	13,4
55 – 59	33,9	26,3	21,4	19,2
60 – 64	46,3	37,1	31,6	29,3
65 – 69	58,1	49,9	41,5	40,4
70 и более	105,8	95,2	91,9	85,4
в трудоспособном возрасте ²	13,0	9,9	8,3	7,3

Примечание

1 Составлено авторами на основе таблицы 1.5 раздела «Демография» / Здравоохранение в России 2019. Статистический сборник. Росстат. М. 2019 – 170 с.[2].

По данным таблицы 3 видно, что к 70-ти годам сохранилось в живых менее 40% от 100% 50-летних мужчин.

² Мужчины 16 – 59 лет, женщины 16 – 54 года.

В таблице 4 приведем возрастные коэффициенты смертности женщин после 50-ти лет.

Таблица 4 - Возрастные коэффициенты смертности женщин россиянок после 50 лет (умершие на 1000 человек населения соответствующей возрастной группы)

Возраст	Возрастной коэффициент смертности женщин после 50 лет			
	Год			
	2005	2010	2015	2018
50 – 54	8,1	5,9	5,0	4,6
55 – 59	11,7	9,1	7,4	6,8
60 – 64	16,4	13,1	11,0	10,0
65 – 69	23,6	20,1	16,6	15,9
70 и более	78,1	69,8	70,8	67,7
в трудоспособном возрасте ³	3,4	2,6	2,3	2,1

Примечание

1 Составлено авторами на основе таблицы 1.5 раздела «Демография» / Здравоохранение в России 2019. Статистический сборник. Росстат. М. 2019 – 170 с.[2].

Как видно из таблицы 4, в целом возрастные коэффициенты смертности женщин в разы меньше, чем у мужчин той же возрастной когорты (таблица 3). По данным возрастных коэффициентов смертности 2005 года, к 70 -ти годам сохранилось в живых около 70% от 100% 50-летних женщин.

Несмотря на значительную разницу между мужской и женской смертностью в трудоспособном возрасте, назвать благополучной ситуацию с женской смертностью в 2005 г. и в 2018 г. нельзя. Если в 2005 г. не доживала до пенсионного возраста каждая 7-8-я женщина, то в 2018 г. – каждая 12-я. Положение же с мужской смертностью остается катастрофическим (таблица 3).

Отметим, что статистика смертности населения мира показывает стабилизацию в динамике ее основных причин. В таблице 5 проанализируем «болезни-миллионники» в причинах смерти населения мира [11].

³ Мужчины 16 – 59 лет, женщины 16 – 54 года.

Таблица 5 - Некоторые ведущие причины смертности населения мира в прошедшей пятилетке (с 2012 до 2016 гг.) с учетом среднего тренда

№ п/п	Причина смертности населения мира	Смертность в среднем в год (2012- 2016гг), млн. чел
1	Ишемическая болезнь сердца и инсульт	15,2
2	Хроническая обструктивная болезнь легких и инфекции нижних дыхательных путей	6,0
3	Рак легкого, трахеи и бронхов	1,7
4	Диабет	1,6
5	Старческая деменция	1,4
6	Травмы и ДТП	1,4
7	Туберкулез	1,3
8	ВИЧ (СПИД)	1,0
9	Итого восемь смертельных диагнозов	29,6
10	Всего смертей по разным причинам	56, 9

Примечание

1 Составлено авторами [11, 12].

Как видно, таблица 5 наглядно демонстрирует следующее. Из 56,9 млн. случаев смерти во всем мире в 2016 г. более половины (52%) или 29,6 млн. случаев были вызваны восьмью указанными в таблице причинами. Как видно, первое место занимает ишемическая болезнь сердца и инсульт, которые уносят больше всего человеческих жизней – в 2016 г. в общей сложности 15,2 миллиона. Последние 15 лет эти заболевания остаются ведущими причинами смерти в мире.

Самой смертоносной инфекционной болезнью остается на протяжении последних 5-7 лет вирусная пневмония и инфекции нижних дыхательных путей, приводящие к обструктивным изменениям ткани легких, несовместимые с жизнью. В среднем в год на протяжении 2012-2016 гг. в мире от этого умерли 6,0 млн. человек, что вместе с раком легких, трахеи и бронхов (1,7 млн. человек) составляет почти 26% от всех восьми смертоносных диагноза (таблица 5).

Диабет уносит ежегодно около 1,6 млн. человеческих жизней (с 2012-2016 гг.), против менее 1 млн. в 2000 году.

Отметим, что особенно важно для исследований причин смертности в старших возрастных группах, что в мире смертность от деменции возросла более чем в два раза, в связи с чем это заболевание стало 5-й ведущей причиной смерти в мире на рубеже 2017 года против 14-го места в 2000 г. Отметим, что с таким диагнозом за рассматриваемый период в среднем в год умерло 1,4 млн. человек (таблица 5).

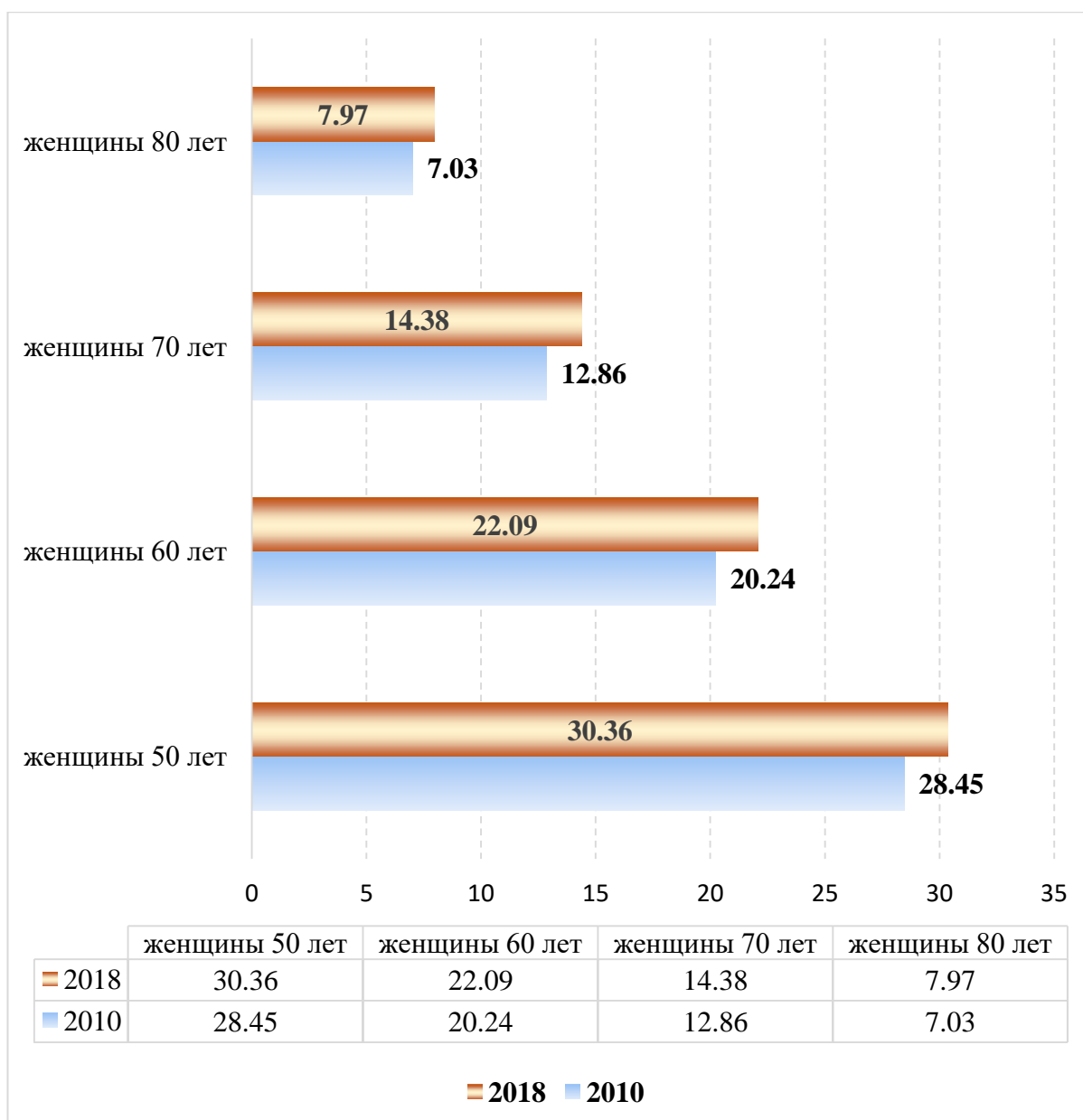
Аналогичным образом, и от туберкулеза за этот период умерло меньше людей, однако он по-прежнему относится к числу ведущих причин смерти, унеся 1,3 млн. человеческих жизней в 2016 году. ВИЧ/СПИД в 2016 г. стал причиной смерти около 1,0 млн. человек против 1,5 млн. человек в 2000 году. В результате ДТП погибли 1,4 млн. человек, три четверти из которых (74%) – мужчины. При этом, травмы как причина ДТП унесли к началу 2017 г. почти 4,9 миллиона человек. Более четверти (29%) этих случаев смерти были связаны с ДТП. (таблица 4).

Показатели смертности населения существенно снижают ожидаемую продолжительность жизни (ОПЖ).

В медико-демографической статистике населения России измеряется показатель «ожидаемая продолжительность предстоящей жизни» (далее – ОППЖ). Отметим, что при его измерении в возрастных группах старшего поколения в последние годы фиксируется положительная динамика в 2013-2018 гг. Так возросла для мужчин, достигших 60 лет показатель изменился– с 15,73 лет в 2013 году до 16,56 лет в 2018 году, а для женщин, достигших 55 лет – с 25,36 до 26,28 лет, соответственно.

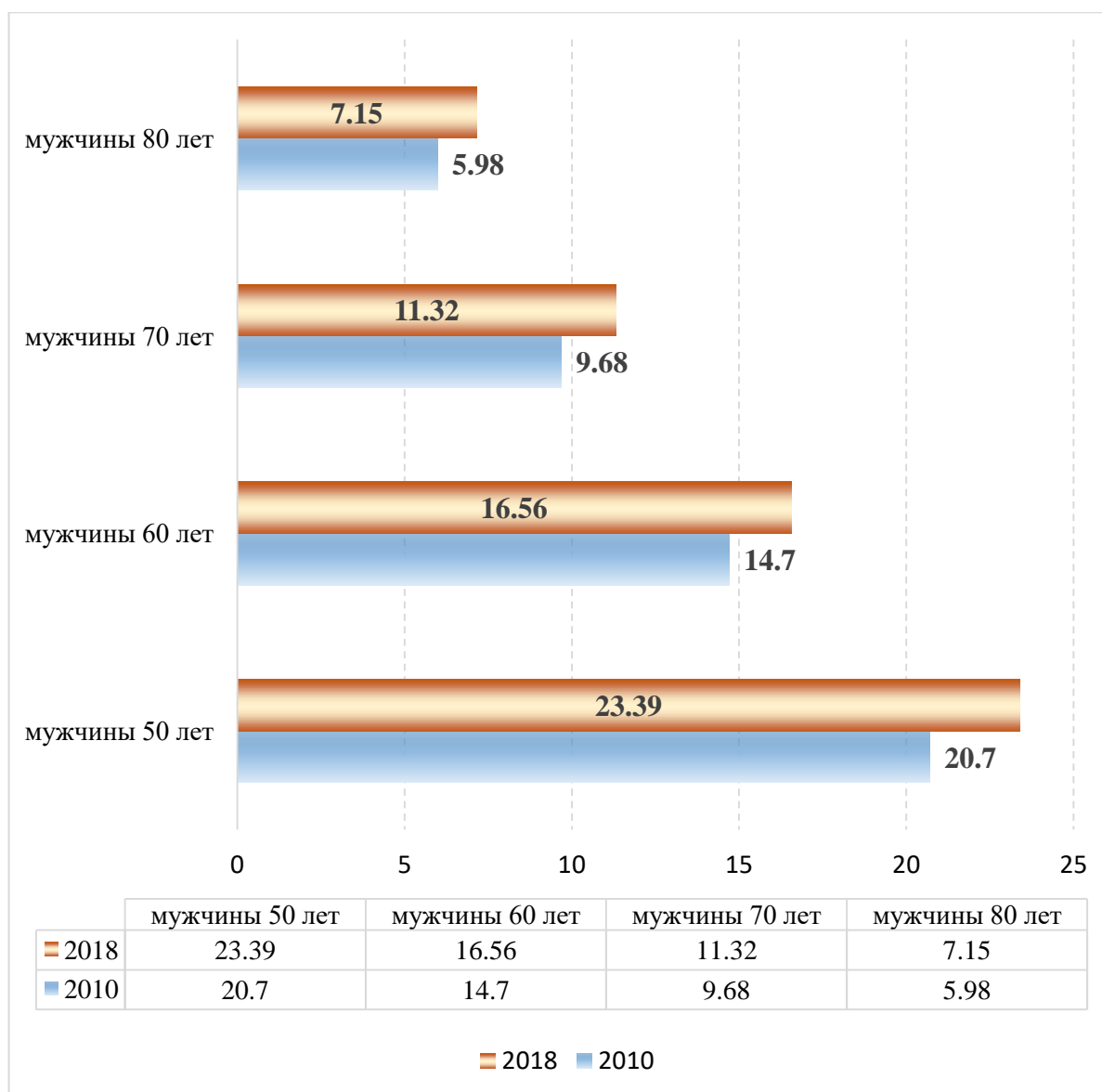
У нас вызвала интерес динамика показателей ОППЖ у мужского и женского населения России.

Наглядно динамику данных о количестве лет ОППЖ населения старше трудоспособного возраста, достигших 50-60-70-80 летнего возраста в 2010 и в 2018 годах представим на рисунке 17 – для женщин и на рисунке 18 – для мужчин.



Примечание – Составлено авторами с учетом [5].

Рисунок 17 – Динамика показателя ОПЖ у женщин, достигших 50-60-70-80-летнего возраста в 2010 и в 2018 годах, лет



Примечание – Составлено авторами по данным [5].

Рисунок 18 - Динамика показателя ОПЗЖ у мужчин, достигших 50-60-70-80-летнего возраста в 2010 и в 2018 годах, лет

Отметим, что в медико-демографических оценках в последнее время набирает методологическую силу показатель – ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ) или показатель «средняя ожидаемая продолжительность здоровой жизни (СОПЗЖ)».

Отметим, что в 2019 году Министерство экономического развития России и находящийся в его административном управлении Росстат выпустили документ на 3 страницах, в котором дано пояснение термина «ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ)», в основе количественной оценки которого лежат возрастные показатели смертности и состояние здоровья человека [13]. В расчетах показателя Министерства и Росстата используются некоторые допущения:

– Методика заимствована из зарубежной учетно-отчетной практики (метод Салливана), со свойственной ей системой сбора исходной информации,

– Для количественной оценки предлагается сложная формула, ряд элементов формулы еще только предстоит количественно определить - включены в план федеральных статистических работ,

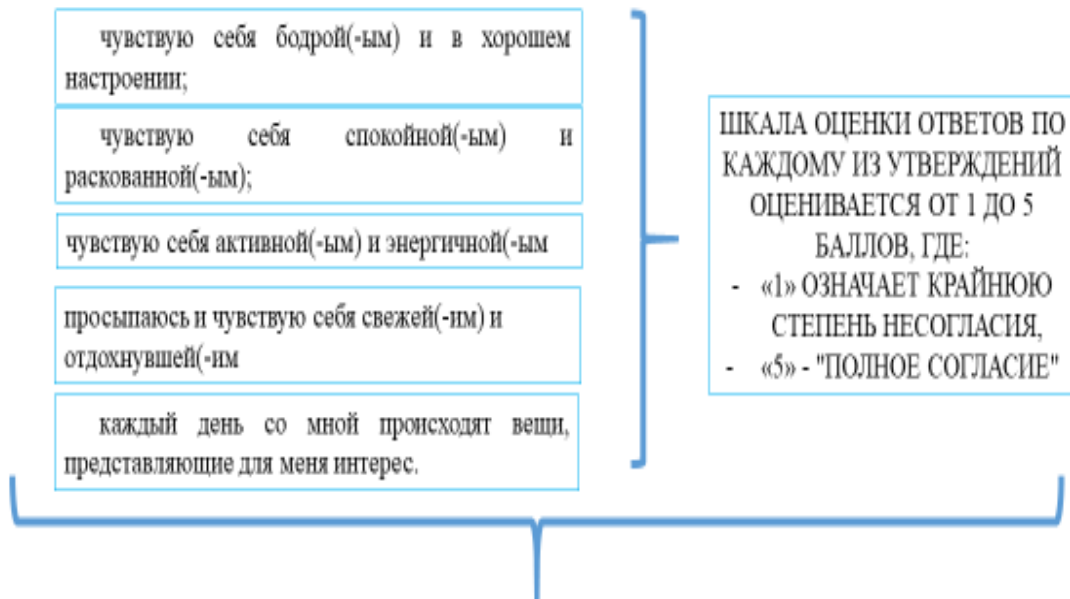
– Возрастной диапазон здоровой жизни для категории граждан старше трудоспособного возраста может потребовать дополнительной половозрастной градации элементов формулы.

Особую сложность, на наш взгляд, может представлять самооценка своего состояния здоровья населением старше трудоспособного возраста.

Например, отметим, что в зарубежной практике уже давно практикуются мониторинги по оценкам субъективного состояния пожилых граждан, как в части их личного физического здоровья, так и в части психического статуса, самочувствия.

В российской статистике только с 2020 года [14], например, начат данный подход. Так, запланирована оценка восприятия жизни пожилыми гражданами на основе бальной системы измерения 5 ответов респондентов на вопросы об их психологическом настрое (рисунок 19).

ОЦЕНКА ВОСПРИЯТИЯ ЖИЗНИ - ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЗИТИВНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ (НАСТРОЯ) ГРАЖДАНИНА СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА



РЕСПОНДЕНТА ОТНОСЯТ К ЛИЦУ

- С ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКОЙ СВОЕГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ (ЗДОРОВЬЯ), ЕСЛИ ПО ИТОГАМ ОТВЕТОВ НА 5 ВОПРОСОВ ОН НАБРАЛ ОТ 13 ДО 25 БАЛЛОВ,
- С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ НЕБЛАГОПОЛУЧИЕМ, - ЕСЛИ ОН НАБРАЛ МЕНЕЕ 13 БАЛЛОВ

Примечание - Составлен авторами на основе [14]

Рисунок 19 - Новая статистическая оценка психологического статуса населения старше трудоспособного возраста в России с 2020 года

Нам представляется возможным, преобразовать предлагаемую Министерством экономического развития России методику и сделать акцент на расчет доли здорового населения в когортах: 60-74 года, 75-89 лет и 90 лет и старше. Тогда расчет можно представить с помощью выражения (1):

$$\text{СОПЗЖ } 60-90 = 1/4 \cdot 60-90 \cdot \Sigma 9060 \cdot (D_{60-74} + D_{75-89} + D_{90+}) \cdot \text{Чч/лет } 60-90 \quad (1)$$

Основными шагами адаптации показателя СОПЗЖ60-90 в практику системы здравоохранения могут стать:

Обновление статистических форм о заболеваемости, смертности населения старше трудоспособного возраста и деятельности организаций системы здравоохранения и социального обеспечения (обслуживания),

Включение показателя в индикаторы паспорта национального проекта

⁴ Для примера, СОПЗЖ для женщин с учетом выхода на пенсию в 60 лет. При расчете СОПЗЖ для мужчин можно брать интервал 65+.

«Демография»,

Добавление его в систему показателей результативности работы руководителей органов управления (через систему KPI) и учреждений здравоохранения (социального обеспечения) – через систему «эффективных контрактов».

Наряду с выше названными индексами ОПЖ, ОППЖ, ОПЗЖ и СОПЗЖ, использование которых может носить характер планового индикативного элемента при планировании госпрограмм в здравоохранении важное место должны занимать вопросы совершенствования методических подходов учета заболеваемости пожилых граждан.

С учетом вышесказанного, нам представляется, что сеть многопрофильных медицинских организаций не всегда готова работать населением старших возрастов. Помимо отягощения основных заболеваний сопутствующей патологией, такие пациенты, требуют, порой, доврачебной помощи, общения за рамками ограниченного по нормам времени врачебно-сестринского приема, в том числе на дому. В общей сети здравоохранения пока не установлен законный персонифицированный статус долговременного квалифицированного медицинского сопровождения пожилых граждан, а распространен болезнь-ориентированный принцип оказания им медицинской помощи, такой, как и другим группам взрослого населения.

Рассмотрим особенности существующей и перспективной модели оказания медицинской помощи населению старше трудоспособного возраста в российской практике последних лет.

2 Место медицинской помощи старшему поколению в моделях общественного здравоохранения России

Потребность в госпитализации по отдельным видам специализированной медицинской помощи (кардиология, эндокринология, пульмонология, урология, офтальмология, неврология, психиатрия и другим) для лиц старших возрастов в 1,5 - 3 раза превышает аналогичные показатели для трудоспособного населения [15].

Потребность в амбулаторно - поликлинической помощи у пожилых в 2 - 4 раза выше, чем у лиц трудоспособного возраста [15]

Для совершенствования подходов к диагностике, лечению и реабилитации лиц пожилого и старческого возраста планируется разработка и внедрение в практику здравоохранения новых клинических рекомендаций по ведению не менее 6-ти⁵ наиболее распространенных заболеваний, связанных с возрастом на принципах концепции СА

⁵ Онкология (включая ЗНО), сердечно-сосудистые заболевания, патология нервной системы, заболевания органов дыхания, травмы и психические расстройства поведения и пр.

(старческой астении) и методах КГО (комплексной гериатрической оценки). Кроме того, как известно, по методикам ВОЗ, к которым склоняются врачи России, оценки функционального состояния и здоровья пожилых граждан включают 5 аспектов: повседневную деятельность; психическое здоровье; физическое здоровье (болезни); социальный статус; экономический статус [16].

Процесс старения человека многие авторы [17, 18,19] условно делят на 4 периода: профилактика, полиморбидность, уязвимость и зависимость. Это ступени лестницы жизни: восхождения, нисхождения и упадка, для которых характерно следующее.

1) Профилактика – первая ступень начинается при рождении или еще раньше и у многих является самым долгим этапом. Для начала жизни имеются службы охраны здоровья матери и ребенка, однако образ жизни родителей может не соответствовать рекомендациям медицины. Надо дать детям и родителям понимание, что им предстоит прожить 100 лет, и они сами несут ответственность за верное направление жизненного пути. Всех манит вкусная еда, игры, интернет, но все это работает против профилактики заболеваний. Слишком многие обогащаются из-за нездоровых привычек населения, которое расплачивается за них болезнями. Привязанность к виртуальному пространству уничтожает социальные связи, стремление к семейным ценностям, что в будущем обернется одинокой и беспомощной старостью. Люди молодого и зрелого возраста не склонны заботиться о своем положении в старости, это не заложено в генах и дается недостаточно информации в СМИ,

2) Полиморбидность может начаться раньше или позже, это зависит от мер профилактики на 1 ступени. В среднем у двух третей 65-летних обнаруживаются две или более хронических болезни; у 85% людей, достигших 85 лет, врачи находят полиморбидность (мультиморбидность) – сочетание множества болезней. Почти всегда это хронические заболевания, имеющие необратимый характер. При первых признаках хронических заболеваний надо принимать меры, чтобы замедлить появление физических или психических осложнений

Нынешняя система здравоохранения нацелена на вмешательство при заболеваниях. Она плохо врачует пожилых пациентов с полиморбидностью, оказывает слабую поддержку. Эйджизм – дискриминация по возрасту, нацеливает научные исследования и практические разработки на людей молодого или зрелого возраста. Специализированная медицина приводит к путанице несогласованных назначений, что порождает неблагоприятные последствия. Для решения проблемы в медицине появляются координаторы и менеджеры, что не решает проблемы, т.к. они также отвечают за узкие участки работы. Нынешнее разделение медицины по отдельным органам и болезням д.б.

преодолено. Общемединские знания снова должны стать высоким искусством,

3) Уязвимость возникает из-за множества болезненных процессов. Незначительные нарушения могут приводить к ухудшению и катастрофе. Важно на самой ранней стадии распознать повышенную уязвимость и применять медицинскую помощь с большой осторожностью. Не стандарт лечения заболевания должен быть в приоритете, а состояние самого пациента и его пожелания. Отказ от медицинского вмешательства, как вариант, врачи предлагают редко. Если на этой стадии 85-летнему человеку предлагать операцию с последующей химиотерапией, надо подробно объяснить последствия. Хорошо, когда пациент наблюдается у домашнего врача и мнение того учитывается при планируемых вмешательствах. Позиция домашнего врача как «лейб-медика своего пациента» в будущем должна быть усилена,

4) Зависимость. На этом этапе перед старыми людьми возникает угроза быстро утратить способность управления своей жизнью. Важно, чтобы близкие могли выступать от их имени, защищать их права, принимать за них решения. Каждый сам ответственен за то, чтобы найти себе доверенное лицо, которое будет принимать решения, зная пожелания пожилого человека. Цель состоит в том, чтобы сохранять ощущение полноты жизни, а не просто отдалять наступление смерти.

Концепция старческой астении (СА) посвящена не только всестороннему изучению состояний внутренних резервов организма, обусловленных возрастными особенностями функционирования органов и тканей, но может быть фундаментом уточнения трудовых функций медиков и соцработников[16].

При ее внедрении в практику с учетом тестов и опросников у врачей-участковых (ВОП) в команде с гериатром и (или) врачом по паллиативной помощи в первичном звене здравоохранения появится возможность для прогнозирования более благоприятных исходов жизненного цикла у людей пожилого и старческого возраста [13, 20].

Основой концепции является понимание неоднородности популяции людей пожилого и старческого возраста и того, что не только возраст и (или) наличие хронических заболеваний определяют прогноз для жизни и здоровья пациента пожилого возраста и выбор оптимальной тактики его ведения. Развитие СА сопровождается снижением физической и функциональной активности, адаптационного и восстановительного резерва организма, повышает риск развития неблагоприятных исходов - госпитализаций в 1,2 - 1,8 раз, развития функциональных дефицитов в 1,6 - 2,0 раза, смерти в 1,8 - 2,3 раза, физических ограничений в 1,5 - 2,6 раз, падений и переломов в 1,2 - 2,8 раз [15, 20, 21]

Использование отечественными медицинскими работниками принципов СА и

правил КГО начато, по сути, только с 2020 года, когда заработали новые клинические рекомендации Минздрава и общества геронтологов России [16]. Такие рекомендации не могут быть неизменными и должны постоянно обновляться с учетом новых российских и международных данных по эпидемиологии форм заболевания, методам и тактике диагностики, способам медикаментозного лечения и показаниям для направления на хирургические вмешательства.

Диагностика синдрома СА состоит из двух этапов:

1 этап - скрининг СА выполняется любым медицинским работником, контактирующим с пациентом 60 лет и старше, в первую очередь - врачом общей практики, врачом терапевтом-участковым, семейным врачом;

2 этап – КГО выполняется врачом-гериатром, медицинской сестрой и другими участниками мультидисциплинарной команды [8].

На рисунке 20 представим обобщения мер направленных на борьбу с последствиями снижения физиологического резерва и функций многих систем организма; факторов, приводящих к повышенной уязвимости организма пожилого человека для многих болезней.



Примечание – Составлено авторами на основе клинических рекомендаций Минздрава РФ и методических разработок общества гериатров России, 2018 г. [16].

Рисунок 20 - Схема новой парадигмы работы с пожилыми гражданами в системе здравоохранения на основе концепции СА (старческой астении) и ее механизмов,

реализуемых при использовании КГО (комплексной гериатрической оценки)

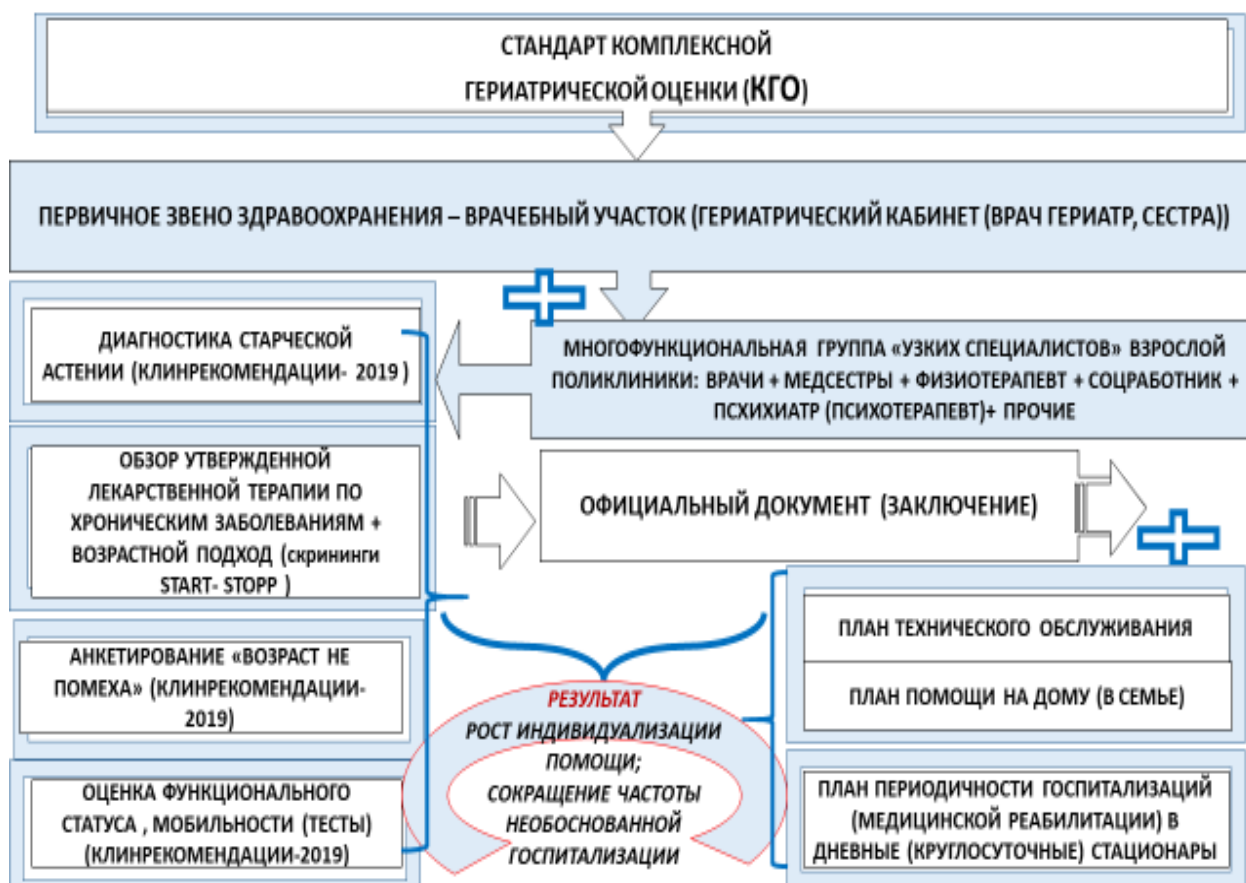
Для построения новой модели оказания медицинской помощи пожилым, основанной на принципах СА и механизмах КГО, по нашему мнению, следует избегать принятого в традиционной системе социальной защиты термина «медико-социальная помощь». Ведь наличие данного термина требует для него институциональных систем-дублирующих учреждения системы здравоохранения, без соблюдения, принятых в них новых подходов.

Сеть гериатрических центров, домов дневного пребывания и других учреждений соцобеспечения, предполагает наличие штатных нормативов медиков, для которых правила применения СА и КГО пока не являются основным регламентирующим документом в работе с пожилыми гражданами, лицами старческого возраста и долгожителями. Если оставить неизменными параллельно действующие институты системы здравоохранения и социального обеспечения, то требуется сблизить практические механизмы помощи пожилым на единых методических и законодательных принципах.

Нам представляется, что формирование эффективных программ долговременной медицинской помощи, рассматриваемой группе граждан, должно начинаться с разработки межведомственного стандарта комплексной гериатрической оценки (СКГО) всех потенциальных потребителей услуг: здравоохранения, социального обеспечения.

Для системы здравоохранения содержание СКГО место новой парадигмы медицинского обслуживания пожилых граждан, лиц старческого возраста и долгожителей изображено на рисунке 21.

Акцент в предлагаемой схеме сделан на работу первичного звена здравоохранения – врачебного участка (врача общей (семейной) практики), где территориальное население всех половозрастных групп прикреплено на бесплатную и гарантированную государством амбулаторно-поликлиническую помощь.



Примечание – Составлено авторами.

Рисунок 21 - Содержание стандарта комплексной гериатрической оценки (СКГО) территориального населения старших возрастных групп и его место в системе амбулаторно-поликлинического обслуживания населения

Использование результатов СКГО позволит принимать решение о планах технической мощи (средства реабилитации и пр.), адаптации домашнего быта и среды жизнедеятельности пожилого гражданина, а также определить план-график госпитализаций, как в уже развернутую сеть учреждений социального обеспечения, так на перепрофилированные мощности медицинских организаций.

Органы управления здравоохранением, основываясь на принципах концепции СА смогут заранее определить регламенты обслуживания «возрастных» пациентов в поликлиниках и стационарах, утвердить маршрутизацию и формы организации работы медицинских организаций с такими контингентами пациентов в условиях все возрастающей потребности общества обеспечить старшему поколению активное долголетие.

Одним из первых шагов в этом направлении может быть выделение в структуре мед. организаций отдельного направления работы – гериатрическая (гериатрическая +паллиативная) помощь с установлением соответствующих объемно-финансовых нормативов для планирования и оплаты фактических медицинских вмешательств для групп лиц: пожилого (60-74), старческого возраста (75-89), долгожителей (свыше 90).

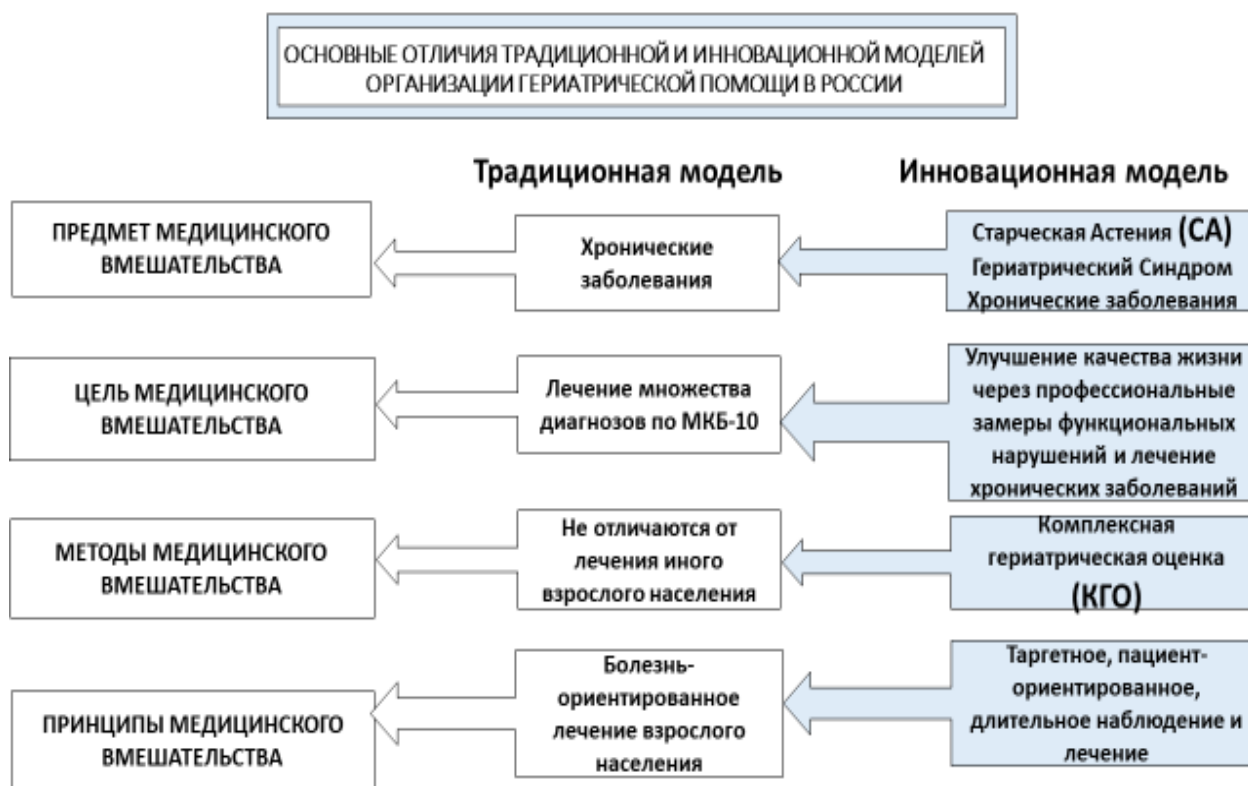
Достижение экономического эффекта от введения в практику здравоохранения данного подхода можно ожидать, как минимум от:

Сокращения неэффективного использования рабочего времени врачей поликлиники на приемах граждан старших возрастных групп без использования принципов СА и подходов к стандартизации КГО,

Сокращения непрофильной госпитализации пожилых на койки многопрофильных стационаров без учета специфики диагностики СА .

Наличие медико-социального, экономического эффекта от перехода на долговременную multidisciplinary работу с СА на основе использования в практике первичного звена здравоохранения и на этапе специализированной медицинской помощи СКГО позволило авторам схематично представить новую модель гериатрической помощи (рисунок 21).

Как видно на рисунке 22, основной зоной медицинской неэффективности и главным финансовым риском медицинских организаций при работе с пожилыми гражданами в существующей модели является предмет, цель и методы медицинских вмешательств, основанные на общем болезнь-ориентированном подходе к лечению взрослого населения страны.

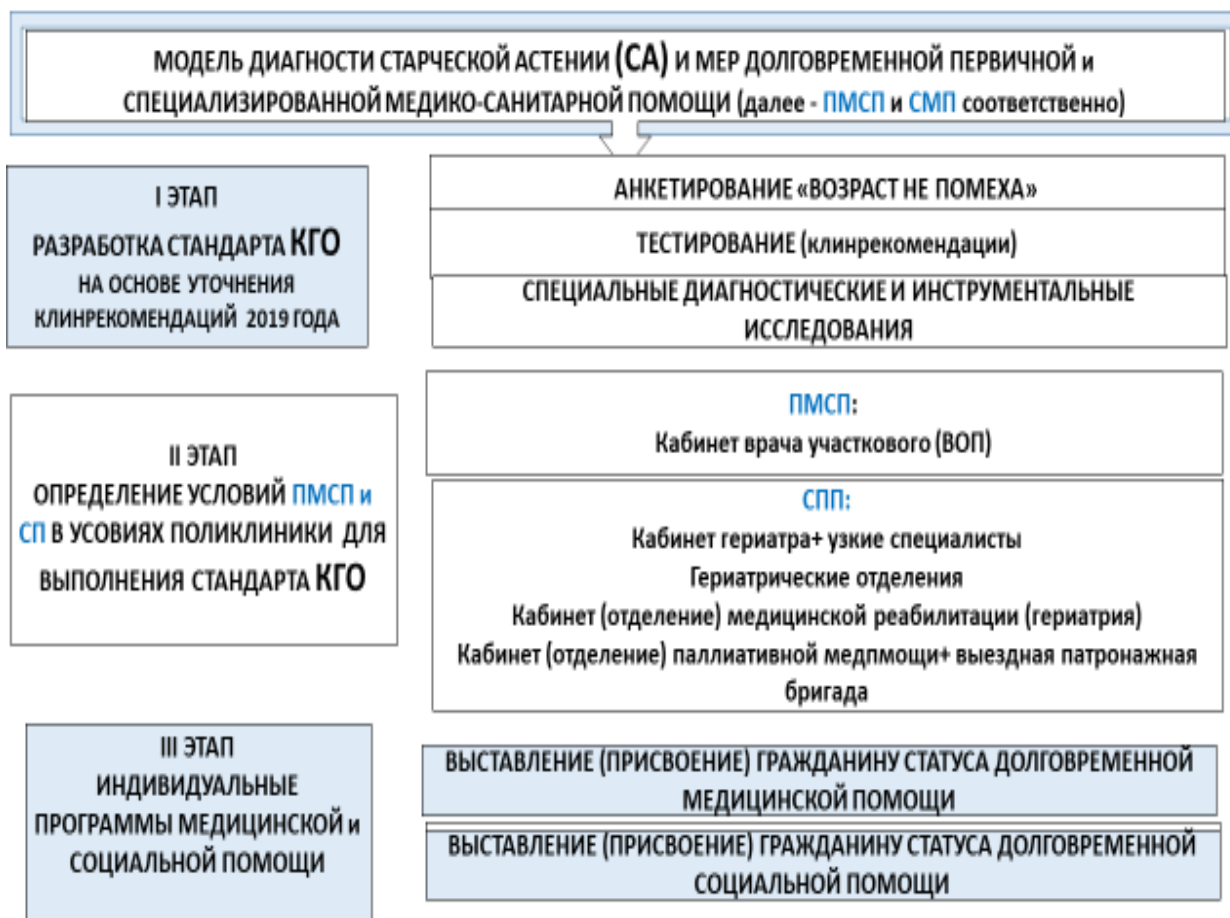


Примечание – Составлено авторами.

Рисунок 22 - Обобщенная оценка существующей и новой модели гериатрической помощи в РФ

При этом, итогом нового сценарного моделирования гериатрической помощи

можно считать межведомственный подход (здравоохранение+ социальное обеспечение) пожилых граждан, который схематично представим на рисунке 23.



Примечание – Составлено авторами.

Рисунок 23 - Присвоение лицам пожилого, старческого возраста и долгожителям «статуса долговременной медицинской (социальной-при необходимости) помощи в новой модели гериатрической помощи

В таблице 6 мы укрупненно изобразим подходы к ранжированию групп лиц пожилого и старческого возраста (долгожителей) с учетом требований статуса долговременной медицинской (социальной) помощи.

Парадигма долговременной медицинской помощи пожилым гражданам и лицам старческого возраста (долгожителям) предполагает рост коммуникаций между всеми уровнями медицинских организаций субъектов РФ и учреждениями санаторно-курортного лечения (таблица 6).

Таблица 6 - Диагностируемые по стандарту КГО состояния здоровья лиц пожилого и старческого возраста, долгожителей для целей формирования институциональной среды долговременной медицинской (социальной) помощи

Ранг статуса пациента	Диагностируемый медицинский статус пациентов по стандарту КГО	Степень функциональной (базовой, инструментальной) независимости	Медицинская организация по профилям медицинской помощи
Первый	Сохраненное здоровье; динамика результатов при купировании хронических заболеваний	Функциональная независимость	Гериатрический кабинет поликлиники для взрослых. 1-2 раза в год –гериатрическое отделение дневного стационара и (или) таргетная программа медицинской реабилитации 1 раз в год санаторно-курортное лечение
Второй	Преастения	Функциональная независимость	1 раз в три месяца - гериатрическое отделение поликлиники (дневной) стационар 1-2 раза в год стационарная специализированная медицинская помощь в отделении медицинской реабилитации (гериятрия) 1 раз в год санаторно-курортное лечение
Третий	Легкая СА Умеренная СА	Функциональная зависимость	Гериатрическое отделение стационара с предоставлением долговременной специализированной медицинской помощи. Этапность и преемственность долговременной помощи: поликлиника+стационар+ выезд на дом (патронажная бригада) + гериатрическое отделение стационара
Четвертый	Тяжелая СА Очень тяжелая СА	Функциональная зависимость (завершающий этап жизни)	Гериатрическая (паллиативная) бригада поликлиники (помощь на дому) + Гериатрическое (паллиативное) отделение круглосуточного стационара + паллиативный хоспис (дом сестринского ухода)
Пятый	Терминальное заболевание Тяжелая СА (очень тяжелая СА)	Функциональная зависимость (завершающий этап жизни)	

Примечание

1 Составлено авторами.

Однако, систематизация мер поддержки пожилых в учреждениях здравоохранения (внебольничных, больничных, санаторно-курортных) требует дальнейшего совершенствования.

Как показано в таблице 5, в которой авторы не претендуют на точность ранговых групп, можно избрать данный сценарный подход при планировании государственных программ пожилым в условиях увеличения их доли среди всех половозрастных групп потребителей услуг здравоохранения.

Ежегодные программы медицинских вмешательств, разработанные на базе утвержденных клинических рекомендаций СА и методических подходах СКГО станут, по нашему мнению, альтернативой для существующих бюджетно-страховых способов

При этом, потребуется еще какое-то время, чтобы появились подготовленные по новым профессиональным стандартам врачи.

Отметим, что врача-гериатра и (или) врача паллиативной помощи, начали готовить по-новому компетентностному подходу на основе профессиональных стандартов, разработанных Минтрудом России в 2019 году соответственно для оказания гериатрической [22] и паллиативной помощи [23].

При этом отметим, что в период 2017-2018 гг. снижено количество работников с высшим медицинским (фармацевтическим) иным высшим образованием, предоставляющих медицинские услуги на 5 844 человек (с 566 016 до 560 172 человек). Количество средних медицинских работников и (или) фармацевтического персонала и персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг уменьшилось в анализируемые годы на 32 652 чел. (с 1 353 193 до 1 320 541). Младшего медицинского персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг стало в отрасли меньше в 2018 году на 137 035 чел. (снижение с 423 940 в 2017 году до 286 904 человек в 2018 году) [7].

Отметим, что численность социальных работников в последние годы стабилизировалась на цифре около 166, 0 тысяч человек [5].

Наряду с данной категорией персонала в системе социального обеспечения трудятся медицинские работники служб и учреждений социального обеспечения. Как и все медицинские работники с высшим образованием медицинских организаций, после июня 2016 года кадровый состав, работающий с пожилым контингентом (в соцобеспечении, в медицине) должен быть переведен на новые унифицированные должностные инструкции, ориентируясь на освоение трудовых функций, рекомендуемых новым профессиональным стандартом врача-гериатра [22].

Стандарт предполагает, в частности подготовку в ординатуре по специальности

"гериатрия". При получении ординатуры, интернатуры по специальности "общая врачебная практика (семейная медицина)" или "терапия" специалисты могут пройти программу профессиональной переподготовки по специальности "гериатрия". Стандартом предусмотрено, что основная трудовая функция врача-гериатра состоит в оказании медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста при наличии гериатрических синдромов и заболеваний и (или) состояний с целью сохранения или восстановления их способности к самообслуживанию, физической и функциональной активности, независимости от посторонней помощи в повседневной жизни [22].

В профессиональных навыках врача-гериатра также прописана обязанность проводить диагностические обследования пациентов пожилого и старческого возраста с целью установления диагноза и определения функционального статуса. Предусматривается, что этот врач обязан знать и применять в практической работе методы КГО, включающие оценку физического состояния, функционального статуса, психического здоровья и социально-экономических условий пациента. Врач должен знать методы профилактики СА, уметь сформировать программу для здорового образа жизни и санитарно-гигиенического просвещения населения данной возрастной группы пациентов.

Как было сказано выше, на всех этапах качественного сопровождения пациентов старших возрастных групп требуется применение навыков выявления гериатрических синдромов и заболеваний и (или) состояний с учетом возрастных изменений органов и систем организма человека, а также использование международных и отечественных подходов (скринингов) для корректного назначения лечения пациентам пожилого и старческого возраста в стационаре (поликлинике, на дому), контроль его эффективности и безопасности. Все это входит в практическую работу врача-гериатра.

Доктор, получивший квалификацию по гериатрии без сомнения сможет назначить и проконтролировать эффективность медицинской реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста. Он посоветует родственникам и членам семьи пациента (мобильного, маломобильного) составить совместный план по использованию средств и методов, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента пожилого и старческого возраста.

При тяжелых формах когнитивных изменений, а также при нарушении базового и инструментального функционального статуса врач-гериатр даст квалифицированную консультацию родственникам для обращения в учреждения медико-социального обслуживания за стационарным (длительным, краткосрочным) пребыванием.

С учетом таких инноваций в работе с пожилыми гражданами в системе здравоохранения с февраля 2020 года обновлен формат организации работы поликлиник

для взрослых. Они должны иметь в составе: гериатрическое отделение (кабинет); отделение (кабинет) медицинской реабилитации; кабинет паллиативной медпомощи взрослым; отделение выездной патронажной паллиативной медпомощи взрослым [24].

Наряду с новеллой специализации врачей по профилю «гериатрия» для работы в поликлиниках для взрослых, в 2020 году в стационарных отделениях психоневрологического профиля при наличии гериатрических и экспертных коек дополнительно устанавливаются по 1 врача-гериатра на 75 гериатрических и 100 экспертных коек.[5]

Таким образом, можно констатировать следующее:

На рубеже 2019-2020 гг. стали меняться отраслевые подходы системы здравоохранения к профилактике, диагностике и лечению граждан пожилого и старческого возраста. Они базируются на передовых достижениях гериатрической науки, стандартах и клинических рекомендациях врачебного сообщества, основанные на концепции СА (старческой астении), введения КГО (комплексной гериатрической оценки) на этапах поликлинического и стационарного ведения пациентов «60+».

Наблюдается некоторое отставание от новых тенденций ведения пациентов пожилого и старческого возраста объемно-финансовых нормативов программы государственной гарантий. Коечная мощность развернутых коек взрослых больниц для специализированного лечения по профилям: «гериатрия», «медицинская реабилитация», «психиатрия» и «онкология», например, пока не подвержены структурным преобразованиям концепции СА, применения КГО при установлении гериатрических синдромов. Это приводит к нарушениям сроков пребывания пожилых пациентов, что незамедлительно сказывается на качестве их восстановления, не улучшает течение накопленных за жизнь хронических заболеваний, не приводит к стабилизации качества жизни.

Требуется иная, отличная от действующей, система персонификации медико-социальных услуг пожилым гражданам с учетом присвоенного статуса после проведения СКГО, а также новых сценариев преемственности в работе медицинских организаций первичного звена здравоохранения и специализированных учреждений 2-го, 3-го уровней оказания медицинских программ ведения законченных случаев лечения пациентов в возрасте «60+».

Тарификация и способы оплаты СКГО в амбулаторно-поликлиническом звене, финансовые коэффициенты затратоемкости ведения СА в стационарах медицинских организаций разного уровня организации медицинской помощи (ЦРБ, районные больницы, городские многопрофильные стационары, межмуниципальные гериатрические

центры, федеральные реабилитационные и геронтологические центры и пр.) могут быть поддержаны в приказах и методических рекомендациях Минздрава РФ и ФОМС для дальнейшей реализации в тарифных комиссиях субъектов РФ для установления объемно-финансовых нормативов программы госгарантий при планировании помощи застрахованным гражданам: 60-74 лет; 75-89 лет; свыше 90 лет.

Рассмотрим подробнее действующие в регионах системы оказания специализированной медицинской помощи на основе существующих подходов к планированию объемов и финансов ТПГГ (ТПОМС).

3 Региональные особенности проектного управления здоровьем населения старше трудоспособного возраста

Программы, направленные на улучшение качества жизни пожилых, представляются весьма актуальными к разработке и внедрению в субъектах РФ в связи с положительными трендами демографического сдвига продолжительности жизни и увеличения доли старших возрастных групп населения во всем мире и в России. Уже в 2020 году в рамках реализации национального проекта «Демография» в 85 субъектах Российской Федерации должны быть окончательно согласованы региональные паспорта проекта с мероприятиями по увеличению периода активного долголетия и продолжительности здоровой жизни и начата их реализация [25].

Большое внимание должно уделяться профилактике здоровья и скрининговой диспансеризации пожилых граждан: охват профосмотрами к 2024 году не 70 % ; охват ежегодной диспансеризацией не менее 90% ; охват дополнительными скринингами на выявление отдельных социально значимых неинфекционных заболеваний, а также вакцинация от пневмококковой инфекции -до 95 % граждан [25].

В этой связи рассмотрим региональные практики планирования показателей показатель «охват граждан старше трудоспособного возраста профилактическими осмотрами, включая диспансеризацию».

Такой показатель по *Республике Татарстан* планируется повысить до 70 % к 2024 году (с уровня в 39,4% в 2021 году) [112]. В республике Башкортостан также определен уровень не менее 70% лиц старше трудоспособного возраста должны быть охвачены профилактическими осмотрами и диспансеризацией к концу 2024 года (для сравнения в 2019 году показатель едва достигал 23%). [26]

В *ХМАО*, например, охват граждан старше трудоспособного возраста профилактическими осмотрами, включая диспансеризацию, составил 34,1% в 2019 году

(план - 23%) [27].

Доля лиц старше трудоспособного возраста, у которых выявлены заболевания и патологические состояния, находящихся под диспансерным наблюдением должен систематически гармонизировать свои значения с учетом развития профилактики и адресной первичной медико-санитарной помощи. Так, например, в республиках Татарстан и Башкортостан [26]. показатель планируется на уровне 90% в 2024 году по сравнению со значением не выше 60% в 2020 году.

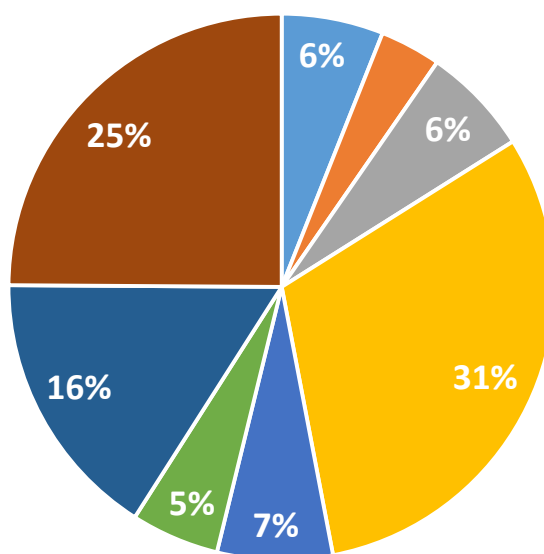
В *ХМАО*, например, доля лиц старше трудоспособного возраста, у которых выявлены заболевания и патологические состояния, находящихся под диспансерным наблюдением, составила 65,9% в 2019 году (план - 62,4) [27].

Для примера регионального опыта доступности услуг в амбулаторно-поликлинических учреждениях рассмотрим опыт Белгородской области [28]. Здесь проводятся ежегодные плановые медицинские осмотры, при необходимости - лечебные и реабилитационные мероприятия. В области наблюдение граждан пожилого возраста осуществляет участковый терапевт или специалист по профилю заболевания. Учитывая высокую полиморбидность у населения пожилого и старческого возраста, охват диспансерным наблюдением остается в области на низком уровне. При этом, распределение диспансерных групп по видам заболеваний у населения старше трудоспособного возраста показывает преобладание (56%) заболеваний эндокринной системы (31% от всех случаев диспансерного учета) и онкологических заболеваний (25%) всех случаев; болезни системы пищеварения составляли 16% всех причин нахождения граждан старше трудоспособного возраста на диспансерном наблюдении у врачей (рисунок 24).

В *Краснодарском крае* [29] в целях профилактики и раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидизации и преждевременной смертности населения, проводятся профилактические медицинские осмотры и диспансеризация населения старше трудоспособного возраста (рисунок 25).

Распределение групп заболеваний у населения старше трудоспособного возраста, находящихся на диспансерном учете (наблюдении) в Белгородской области в 2019 год, %

- заболевания сердечно-сосудистой системы
- костно-мышечной системы
- заболевания дыхательной системы
- заболевания эндокринной системы
- болезни глаза
- болезни мочеполовой системы
- болезни пищеварительной системы



Примечание - Составлено авторами по данным [28].

Рисунок 24 - Данные региональной статистики охвата диспансерным наблюдением лиц старше трудоспособного возраста по группам заболеваний в Белгородской области, 2019 год (% от общего количества лиц, состоящих на диспансерном учете)



Примечание - Составлено авторами по данным [29].

Рисунок 25 - Динамика лиц старше трудоспособного возраста, прошедших диспансеризацию и состоящих на диспансерном наблюдении за период с 2016 по 2018 год в Краснодарском крае, человек

В Самарской области, например, к концу 2024 года не менее 70 процентов лиц старше трудоспособного возраста будут охвачены профилактическими осмотрами, включая диспансеризацию, и не менее 90 процентов лиц старше трудоспособного возраста, у которых выявлены заболевания и патологические состояния, будут находиться под диспансерным наблюдением. С 2021 года будут проведены дополнительные скрининги лицам старше 65 лет, проживающим в сельской местности, на выявление отдельных социально значимых неинфекционных заболеваний, оказывающих вклад в структуру смертности населения, с возможностью доставки данных лиц в медицинские организации [30].

Как было показано выше, уровень распространенности болезней системы дыхания у пожилых граждан находится на тревожных значениях во многих регионах России. В этой связи, в целях профилактики развития легочной патологии и предотвращения сложных осложнений при заболеваемости гриппом и ОРВИ для многих региональных практик отмечается рост доступности вакцинации групп риска, в частности лиц старше трудоспособного возраста.

Так, например, в *Республиках Татарстан, Башкортостан* [26]. охват граждан старше трудоспособного возраста из групп риска, проживающих в организациях социального обслуживания, вакцинацией против пневмококковой инфекции к концу 2024 года должна составить 95% и процесс начат уже в 2020 году.

Отметим, опыт Департамента здравоохранения *ХМАО - Югры*, где в целях

софинансирования расходных обязательств субъекта Российской Федерации, возникающих при проведении вакцинации против пневмококковой инфекции граждан старше трудоспособного возраста из групп риска, проживающих в организациях социального обслуживания было использовано около 0,603 млн. рублей в 2019 году и на 2020 год предусмотрены средства федерального бюджета в сумме 0,113 млн. рублей. За счет федерального бюджета в ХМАО в 2019 году закуплено 288 доз вакцины против пневмококковой инфекции для граждан старше трудоспособного возраста из групп риска, проживающих в БУ "Психоневрологический интернат" (Нижевартровский район), БУ "Нижевартовская районная больница", привиты 288 человек (100% от плана). Всего за весь срок реализации проекта должны быть привиты 1137 граждан автономного округа Югра старше трудоспособного возраста из групп риска, проживающих в организациях социального обслуживания [31]

В Самарской области к концу 2024 года охват граждан старше трудоспособного возраста из групп риска, проживающих в организациях социального обслуживания, прошедших вакцинацию против пневмококковой инфекции, составит 95% [30]

В Республике Башкортостан в целях повышения эффективности анализа и реализации мероприятий, направленных на укрепление здоровья и увеличение периода активного долголетия и продолжительности здоровой жизни лиц старше трудоспособного возраста утверждено постановление Правительства Республики Башкортостан о внесении изменений в государственные программы "Развитие здравоохранения в Республике Башкортостан", "Социальная защита населения Республики Башкортостан" [26].

В рамках региональной программы укрепления здоровья и развития активного долголетия жителям пожилого возраста в Белгородской области, например, доступны все виды медицинской помощи: первичная медико-санитарная помощь; специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь; скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; паллиативная медицинская помощь [28].

В Белгородской области создана трехуровневая структура оказания медицинской помощи гражданам 60 лет и старше. Первый уровень в этой системе представлен медицинским округом на базе офиса семейного врача, где оказывается ПМСП с диспансерным наблюдением и лечением у семейного врача (помощь пожилым гражданам «доставлена» к месту их постоянного проживания). Второй уровень представлен неотложной, консультативно-диагностической и стационарной помощью на базе специализированных коек (посещений) в центральных районных больницах, станциях скорой помощи, клинических лабораториях и т.д. Третий уровень представлен учреждениями областного уровня, где для пожилых доступны многие виды

высокотехнологичной специализированной медицинской помощи. При этом, повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи предусматривает поэтапное ее погружение в систему обязательного медицинского страхования Белгородской области.

Ежегодно увеличивается число лиц старше трудоспособного возраста в Белгородской области, получивших ВМП за счет средств фонда обязательного медицинского страхования. Так, в 2017 году число таких граждан составляли 4543 взрослых жителей области, в том числе 2362 (51,9 процента) - лица старше трудоспособного возраста. В 2018 количество лиц, получивших ВМП составило 5379 взрослых жителей, в том числе 2871 (53,4 процента) - лица старше трудоспособного возраста. ВМП предоставляется старшему поколению области в медицинских организациях федерального подчинения – около 12% из всех 3000 жителей, пролеченных в федеральных организациях составили лица старше трудоспособного возраста[28].

На рисунке 26 представлен наглядно процесс установления целевых индикаторов потребления населением старших возрастных групп высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) на примере Свердловской области.

Отметим, что в Свердловской области на базе клинического психоневрологического госпиталя для ветеранов войн, областной клинической больницы с целью роста доступности медицинской помощи пожилым жителям предусмотрены, например, следующие мероприятия:

- По профилю "травматология и ортопедия" для граждан пожилого возраста предусмотреть четкое соблюдение порядков, стандартов и клинических рекомендаций;
- С целью полного и наглядного представления информации о возможностях учреждений в рамках территориальной программы ОМС предоставлять бесплатные услуги жителям постоянно оформлять информационные стенды, бюллетени;
- Для профилактики падений и переломов и роста физической активности пожилых людей предусматривать актовые встречи и персональные консультации при поступлении, во время пребывания и при выписке стационарных пациентов старших возрастных групп.



Примечание - Составлено авторами по данным [32].

Рисунок 26 - Динамика планового потребления высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) населением старше трудоспособного возраста в Свердловской области в 2019-2024 гг., случаев (фактические и прогнозные значения)

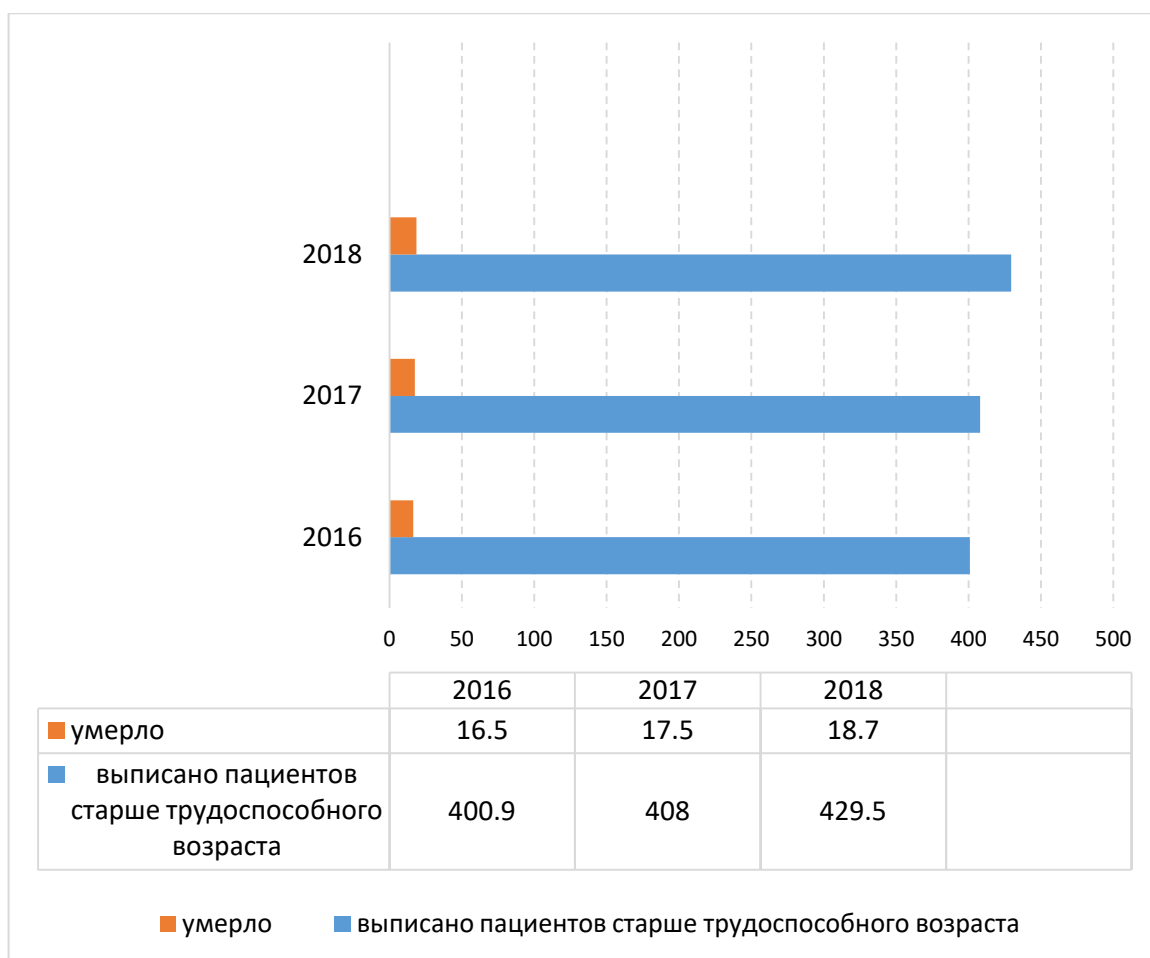
Для вовлечения пожилых в телемедицину и обучения их навыкам самообслуживания в периоды нарушения двигательной активности в связи с травмами под эгидой главного внештатного специалиста – врача гериатра Министерства здравоохранения Свердловской области через установлен контакт в формате Vip-Net. С информационных медицинских системах области хранятся сведения о пациентах пожилого возраста, пролеченных в специализированных отделениях по поводу травмы [32].

Приведем также пример региональной практики Свердловской области по формулированию проектных направлений «Развитие здравоохранения, доступность первичной и скорой медицинской помощи»: профилактика и диспансерное наблюдение; мобильная медицинская помощь на селе; доступная поликлиника; развитие службы скорой медицинской помощи; 500 врачей на врачебные участки. Ключевые мероприятия данной программы стало информирование населения по вопросам профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний. Кроме того, учитывая высокую социальную значимость раннего выявления возрастных патологий, в области соответствующим образом организована диспансеризации старших возрастных групп, профилактические осмотры. Медицинское наблюдение хронических больных на селе организовано в областных центрах с привлечением мобильных фельдшерско-акушерских пунктов. Большая работа проводится для упорядочения выездных патронажных бригад

для увеличения охвата населения 60+ доступными для них формами медицинской помощи. При этом, почти на 50% за последние годы обновлен парка передвижной медицинской техники. Качество анализа инструментальных и лабораторных исследований, скорость доставки пациентов и их лечения существенно повысилось при централизации диспетчерских служб скорой медицинской помощи и медицины катастроф. В рамках внедрения проектов «бережливая поликлиника» существенно видоизменен вид и качество работы регистратуры, получили развитие системы электронной записи на прием к врачу и электронных направлений на диагностические и функциональные исследования, ведены электронные медицинские карты пациентов и т.д. Весь комплекс таких мер повышает качество, снижает сроки ожидания приемов и исследований, что особенно важно для пожилых, которые стали меньше времени проводить в очередях [32].

В Краснодарском крае, например, по данным регионального Минздрава около 80 процентов лиц старшего поколения страдают множественной хронической патологией. В среднем у одного пациента старше 60 лет обнаруживается четыре - пять различных хронических заболеваний. При этом, как отмечается, затраты на медицинскую помощь пациенту 70 лет и старше в 7 раз превышают стоимость лечения 16 - 64-летних. Потребность в оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи у граждан старшего поколения выше, чем у лиц трудоспособного возраста [29].

Доступность стационарной медицинской помощи в Краснодарском крае для лиц старше трудоспособного возраста может характеризоваться динамикой показателей выписанных пациентов по сравнению с умершими в возрастных группах старше трудоспособного (рисунок 27).



Примечание - Составлено авторами по данным [29].

Рисунок 27 - Экстенсивные показатели доступности стационарной медицинской помощи лицам старше трудоспособного возраста в 2016-2018 гг. в Краснодарском крае, тыс. человек

Отметим, что наряду с мероприятиями, напрямую связанными с системой региональной маршрутизации пожилых граждан, важное место для роста удовлетворенности населения услугами здравоохранения имеет наличие их «шаговой» доступности.

Одной из острых проблем ряда муниципальных образований субъектов РФ является проблема транспортной доступности медицинской помощи. Так, в определенные периоды года пожилые люди могут остаться без возможности добраться до медицинской организации. Отметим, что с 2019 года реализуются во многих регионах РФ меры по приобретению автотранспорта в целях осуществления доставки лиц старше 65 лет, проживающих в сельской местности, в медицинские организации для проведения дополнительных скринингов на выявление отдельных социально значимых неинфекционных заболеваний, оказывающих вклад в структуру смертности населения. При этом, на расходные обязательства субъектов на эти цели выделяются средства федерального бюджета.

Отметим, что обеспеченность врачами и повышение их квалификации играют первостепенную роль в проектах региональной доступности услуг здравоохранения старшему поколению.

Современные технологии и методики лечения и диагностики требуют постоянного повышения квалификации медработников. Они осуществляют профессиональную деятельность, в том числе, с использованием дистанционных технологий. Обеспечение допуска специалистов к профессиональной деятельности через процедуру аккредитации также требует прохождения образовательных модулей.

В Самарской области, например, реализуются программы подготовки врачей-гериатров, разработаны курсы повышения квалификации по гериатрии для врачей первичного звена здравоохранения, врачей-специалистов, вовлеченных в оказание медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста, а также для среднего медицинского персонала. В системе подготовки кадров разработаны специализации для системы долговременного ухода, включая специалистов по социальной работе, социальных работников и специалистов по уходу. Так, в образовательных организациях Самарской области в 2017-2018 годах прошли обучение по гериатрии 188 средних медицинских работников (в том числе за счет средств областного бюджета в рамках государственного задания - 154 специалиста). К 2024 году в Самарской области будет осуществлена профессиональная переподготовка всего 42 врачей-специалистов по профилю "гериатрия", пройдут повышение квалификации 70 медицинских сестер по программе "Сестринское дело в гериатрии"[30].

Совершенствование компетенций в процессе овладения умениями и знаниями, получения практического опыта, которые необходимы медицинской сестре в соответствии с квалификационными требованиями, по следующим направлениям: основы социальной гигиены и организации гериатрической службы в Российской Федерации; особенности структурно-функциональных изменений органов и систем в пожилом и старческом возрасте; особенности наблюдения и ухода за пациентами пожилого и старческого возраста; участие в реализации мероприятий по оказанию социально-медицинских услуг в соответствии с заболеванием (состоянием) пациента и степенью снижения способности к самообслуживанию; профилактические мероприятия по предупреждению и снижению заболеваемости у пациентов в пожилом и старческом возрасте; психотерапия в гериатрии; особенности фармакотерапии в пожилом и старческом возрасте; ведение школ для пациентов пожилого и старческого возраста, а также для лиц, фактически осуществляющих уход за ними. [30].

В Новгородской области с целью укрепления кадрового потенциала, готового оказывать качественную и доступную медицинскую помощь пожилым к 2024 году дополнительно будет осуществлена профессиональная переподготовка 4 врачей-специалистов по специальности "гериатрия", пройдут повышение квалификации 24 медицинские сестры по программе "сестринское дело в гериатрии". Стационарная помощь по профилю "гериатрия" в настоящее время оказывается на 60 круглосуточных гериатрических койках, а ежегодно стационарную помощь по профилю "гериатрия" будут получать не менее 2000 пациентов [33].

Особое внимание в развитие институциональной доступности медпомощи пожилым уделяется с 2020 года и на весь период нацпроектов (до 2024 гг.) увеличению кабинетов, отделений и центров гериатрической помощи во всех 85 субъектах РФ с охватом не менее 160,0 тыс. граждан старше трудоспособного возраста [25].

Например, на федеральном уровне и во всех региональных программах «Старшее поколение» до 2024 года ежегодно определяются индикаторы доступности геронтологической медицинской помощи, устанавливаются контрольные цифры по развертыванию таких коек в стационарах и количеству таких подразделений. Отметим, что к концу 2024 года планируется, что не менее 160 тысяч граждан старше трудоспособного возраста по РФ смогут такую помощь получить в 85 субъектах РФ. На базе крупных федеральных геронтологических центров [34] Минздрав в 2019 году разработал, а далее апробирует сначала в 7 (2019 год), а затем в 68 (2020 год) субъектах Российской Федерации комплекс мер, направленный на профилактику и раннее выявление когнитивных нарушений у лиц пожилого и старческого возраста, профилактику падений и переломов.

Отметим, например, в этой связи Республиканский гериатрический центр Республики Башкортостан, который планирует оказать в 2024 году на базе коек гериатрических отделений медицинскую помощь не менее 4330 граждан старше трудоспособного возраста. Одновременно, в республике планируется: увеличение количества врачей-гериатров с 40 до не менее 50 человек (в том числе 39 амбулаторных и 11 стационарных); увеличение количества гериатрических кабинетов с 32 до не менее 39 единиц; увеличение количества гериатрических коек с 130 до не менее 169 единиц [26].

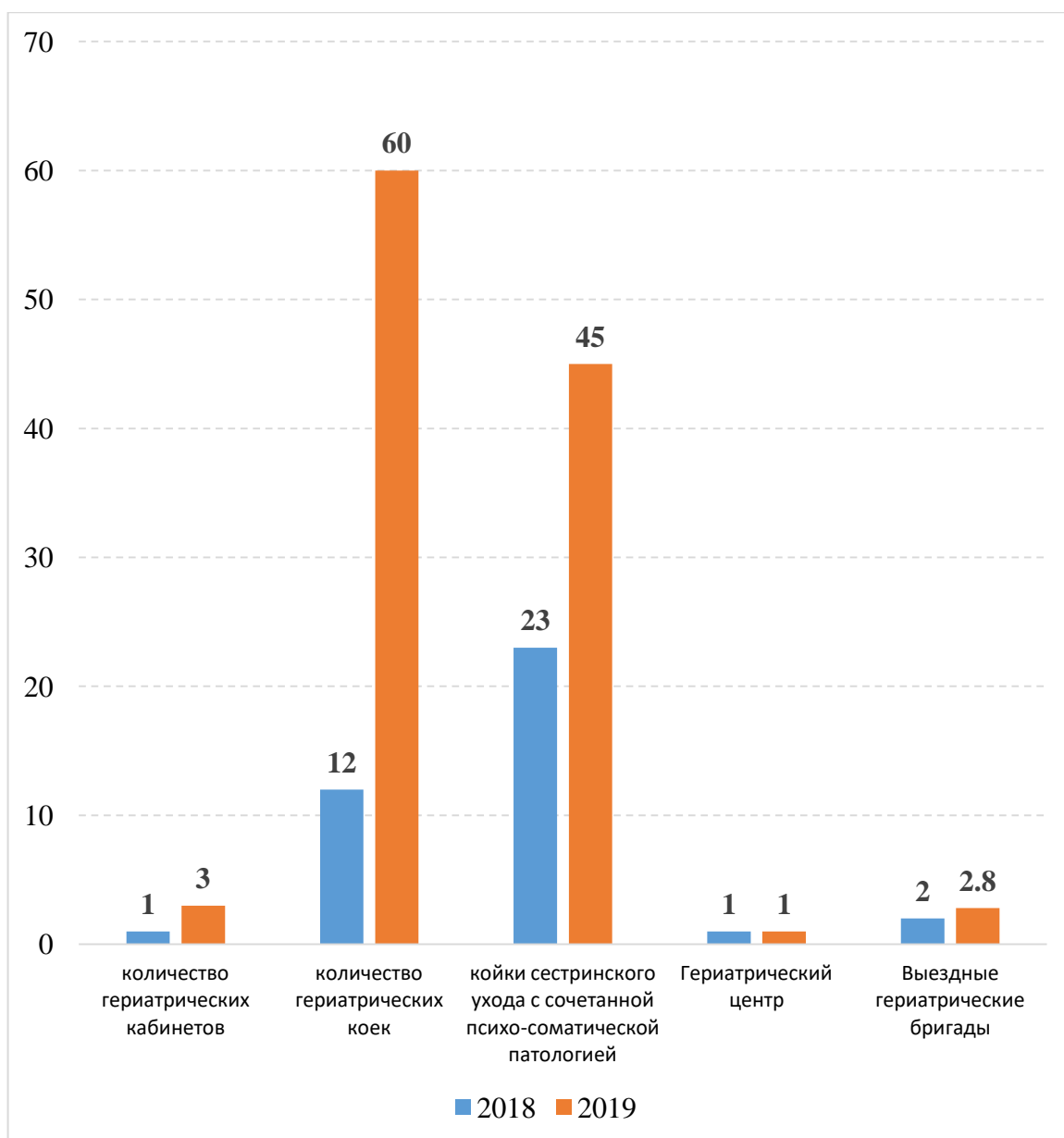
Цифры геронтологии в региональной программе развития здравоохранения, например, в Республике Татарстан определены на основе уровня госпитализации на геронтологические койки лиц старше 60 лет. В период с 2021-2024 гг. этот показатель должен составить 56 тысяч на 10 тыс. населения соответствующего возраста [35].

Создание профильных геронтологических программ для пожилых и престарелых граждан в ХМАО –ЮГРА определяет предпосылки для профилактики возрастной патологии населения. Так, на текущий момент стационарная гериатрическая медицинская помощь на территории автономного округа представлена 4 медицинскими организациями. Коечный фонд для оказания такой помощи в стационарных условиях составляет 75 единиц. При этом в 3 медицинских организациях геронтологические койки развернуты в терапевтических отделениях (бюджетное учреждение автономного округа "Окружная клиническая больница" - 5 коек, бюджетное учреждение автономного округа "Пионерская районная больница" - 25 коек, бюджетное учреждение автономного округа "Советская районная больница" - 5 коек), в бюджетное учреждение автономного округа "Мегионская городская больница" с сентября текущего года функционирует гериатрическое отделение на 40 коек[36].

В Самарской области уровень госпитализации на геронтологические койки лиц старше 60 лет на 10 тысяч населения соответствующего возраста планируется довести до 56 процентов к 2024 году. Специализированная медико-санитарная помощь по профилю "гериатрия" планируется оказываться в 21 гериатрическом кабинете медицинских организаций к 2024 году. При этом, в стационарных условиях такая помощь будет оказываться к 2024 году в 4 медицинских организациях области на не менее 190 гериатрических койках [30].

В Новгородской области динамика доли населения старше трудоспособного возраста выглядит следующим образом: рост с 24,5% в 2009 году до 29,6 % в 2019 году. К 2024 году прогнозная численность такого населения в области составит 183140 человек. В этой связи, в 2020 году открыто 3 новых кабинета врача-гериатра, а к 2024 году в области будут функционировать 7 кабинетов врачей-гериатров [33].

На рисунке 28 приведем динамику реализации направления «развитие гериатрической помощи населению Новгородской области в 2018-2019 гг. (в 2017 году направление отсутствовало полностью)



Примечание - Составлено авторами по данным [33].

Рисунок 28 – Рост доступности гериатрических кабинетов, гериатрических коек, выездных форм оказания медицинской помощи пожилым в Новгородской области в 2018-2019 гг.

В Краснодарском крае в соответствии с паспортом регионального проекта "Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения "Старшее поколение" в 2021 году на 230 гериатрических койках должны пройти лечение 6 тысяч пациентов и быть сформированы 34 выездные гериатрические бригады. В 2022 году запланировано полностью обеспечить потребность в гериатрических койках пожилых граждан области: разворачивается около 270 коек с ежегодным охватом 7 тысяч пациентов. При этом в крае будет поддержано развитие выездных форм работы со старшим поколением на базе организации 43 выездных гериатрических бригад (2022 год), 52 (2023 год) и 61 бригада в 2024 году. При этом,

получит новые ассигнования из республиканского бюджета на данные цели краевой клинический госпиталь для ветеранов войн [29].

Врачи госпиталя при создании многопрофильных бригад включали врачей следующих специальностей: кардиологи, неврологи, офтальмологи, пульмонологи, гастроэнтерологи, врачи ультразвуковой и функциональной диагностики. Всем пациентам назначается исследование уровня глюкозы в крови, холестерина, измеряется артериальное давление, даются рекомендации по питанию и дальнейшему лечению. По показаниям проводятся ультразвуковое исследование, электрокардиография, офтальмологическое обследование и спирография. С 2018 года по настоящее время в рамках указанной краевой программы осуществлено обследование более 5 тыс. человек из отдаленных территорий, которым проведены более 8 тыс. лабораторных и инструментальных исследования, 132 человека госпитализированы непосредственно с мероприятия в центральные районные больницы, более 300 человек были направлены на лечение в краевые медицинские организации, 274 прошли стационарное лечение в отделениях разного профиля госпиталя. [29].

Отметим, что российская практика ведения пациентов в возрасте 60+ с 2019 года ориентирована на международный опыт и рекомендации ВОЗ, где еще с 2012 года возрастная группировка для термина «населения старше трудоспособного возраста» выглядит так: население пожилого возраста (60-74 года); население старческого возраста (75-89 лет); долгожители (90 лет и более).

При этом, предпринятый нами перенос сценарных моделей такого возрастного деления группы «население старше трудоспособного населения» на планирование и экономическое обоснование отечественных территориальных программ госгарантий бесплатного получения медицинской помощи показал следующие результаты (на примере территориальной программы ХМАО-Югра).

Общие объемы гериатрической помощи в ХМАО, например, для всего застрахованного по ОМС населения всех половозрастных групп в 2019 году составили 1022,0 законченных случаев лечения, из которых 100% приходится на граждан пожилого, старческого возраста и долгожителей (таблица 7).

Таблица 7 - Объемы гериатрической медицинской помощи пожилым гражданам в 2019-2020 гг. в территориальной программе государственных гарантий (далее – ТПГГ) ХМАО (ЮГРА)

Категории граждан – получателей услуг здравоохранения	Законченные случаи специализированной медпомощи по профилю «гериатрия» в ТПГГ (ТПОМС)		Средняя длительность 1-го случая по профилю «гериатрия»	
	2019 (факт), шт.	2020 (план), шт.	2019 (факт), койко-дни	2020 (план), койко-дни
Лица пожилого возраста (60 – 74 года)	573,0	734,0	10,1	10,4
Лица старческого возраста (75 - 89 лет)	413,0	595,0	10,6	13,3
Долгожители (лица в возрасте 90 лет и старше)	36,0	70,0	14,4	10,5
ВСЕГО по профилю медицинской помощи для всего территориального населения в ТПГГ	1 022,0	1399,0	10,4	11,7
В т.ч. за счет средств ОМС	1 022,0	1399,0	10,4	11,5

Примечание

1 Составлено авторами по запросу данных ТФОМС ХМАО.

Финансирование гериатрической помощи в округе осуществляется за счет средств ОМС. В таблице 8 представим динамику выделяемых средств и среднюю стоимость одного случая оказания гериатрической помощи в 2019 году (фактические данные) и в плановом периоде 2020 года.

Таблица 8 - Финансовые средства ТПОМС на оплату гериатрической медицинской помощи гражданам старше трудоспособного возраста в 2019-2020 гг. в территориальной программе государственных гарантий (далее - ТПГГ) ХМАО (ЮГРА)

Категория граждан – получателей услуг здравоохранения	Размер финансовых средств на оплату законченных случаев лечения по профилю «гериатрия» в ТПГГ (ТПОМС), руб.		Средняя стоимость 1-го законченного случая лечения по профилю «гериатрия» в ТПГГ (ТПОМС), руб.	
	2019 (факт)	2020 (план)	2019 (факт)	2020 (план)
Лица пожилого возраста (60 – 74 года)	30 447 300,8	48 933 790,30	54 273,3	66 667,29
Лица старческого возраста (75 - 89 лет)	22 055 004,2	39 983 328,09	54 863,2	67 198,87
Долгожители (лица в возрасте 90 лет и старше)	1 916 441,9	4 729 881,61	53 234,5	67 569,74
ВСЕГО по профилю МП для всего территориального населения ТПГГ	55 497 785,2	93 647 000,00	54 409,6	66 938,53
В т.ч. за счет средств ОМС	55 497 785,2	93 647 000,0	54 409,6	66 938,5

Примечание

1 Составлено авторами по запросу данных ТФОМС ХМАО.

В таблице 8 видно, что рост финансирования случаев лечения намечен в 2020 году по сравнению с фактической стоимостью гериатрии в 2019 году: для граждан в возрасте 60-74 года – в 1,6 раз (с 30,447 млн. в 2019 году до почти 49,0 млн. рублей в 2020 г.); в 1,8 раза (с 22,05 млн. рублей до почти 40 млн. рублей по лицам в возрасте 75 -89 лет; почти в 2,5 (с 1,92 млн. рублей до 4,73 млн. рублей) – для лиц в возрасте 90 лет и выше (таблица 7).

Одновременно, как видно из таблицы 8, средняя стоимость лечения одного случая гериатрической помощи в 2019-2020 гг. остается в диапазоне:

54,3 тысячи рублей – 66,7 тысячи для возрастной группы 60-74 лет (рост составил 1,2 раза),

54,9- 67,2 тысячи рублей для возрастной группы 75-89 лет (рост -1,2 раза),

53,2 -67,6 тысячи рублей для возрастной группы 90 и старше (рост- почти 1,3 раза).

Таким образом существенный рост общего финансирования гериатрической помощи по терпрограмме ОМС в 2020 году планируется в основном за счет роста числа обращений в связи с намеченной тенденцией старения населения ХМАО.

Гериатрическая помощь, рассмотренная выше для жителей ХМАО, отличается от иного направления специализированной помощи тем, что вся рассчитана в основном на целевой сегмент населения, представляющего предмет исследования настоящей НИР – лица старше трудоспособного возраста.

Одновременно, паллиативная медицинская помощь в рамках терпрограммы ХМАО в 2019 году оказывалась в объеме 3096,0 законченных случаев со средней длительностью каждого в среднем 32 дня. На всю паллиативную помощь из бюджета субъекта РФ запланировано в 2020 году около 483,2 млн. рублей, со средней стоимостью одного случая чуть более 156,0 тысяч рублей.

В таблице 9 представим динамику изменений объемов медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» для старших возрастных групп населения ХМАО.

Таблица 9 - Объемы медицинской реабилитации, оказанной пожилым гражданам в 2019-2020 гг. в территориальной программе государственных гарантий (далее- ТПГГ) ХМАО (ЮГРА)

Категории граждан – получателей услуг здравоохранения	Законченные случаи специализированной медпомощи по профилю «медицинская реабилитация» в ТПГГ (ТПОМС)		Средняя длительность 1-го случая по профилю «медицинская реабилитация»	
	2019 (факт)	2020 (план)	2019 (факт)	2020 (план)
Лица пожилого возраста (60 – 74 года)	3707,0	3295,0	14,0	14,1
Лица старческого возраста (75 - 89 лет)	527,0	619	14,0	14,3

Продолжение таблицы 9

Долгожители (лица в возрасте 90 лет и старше)	10,0	16,0	14,5	14,5
ВСЕГО по профилю МП для всего территориального населения ТПГТ	14499,0	8154,0	12,9	14,1
В т.ч. за счет средств ОМС	14499,0	8154,0	12,9	14,3

Примечание

1 Составлено авторами по запросу данных ТФОМС ХМАО.

Видно из таблицы 10, что это направление помощи исследуемому контингенту граждан составляет около 29,3% (4241 случая) от общего объема (14499 случаев) оплаченной за счет средств ОМС в 2019 году медицинской реабилитации населению округа. Снижение объемов реабилитационной медицинской помощи в плановых значениях законченных случаев 2020 года по сравнению с фактическими случаями 2019 года составил 12,5 % (с 3707,0 до 3295,0 случаев) по группе граждан 60-74 лет, а рост на 17,5% (с 527 до 619 случаев) - по группе граждан 75-89 лет. Самый большой рост наблюдается по категории «долгожители», но при этом абсолютные цифры весьма невысоки 10 и 16 случаев соответственно в 2019 и 2020 годах (таблица 9).

Средняя длительность реабилитационных мероприятий в стационарных условиях для всех категорий граждан рассматриваемой возрастной когорты в 2019-2020 гг. не превышает 14-14,5 койко- дней, при том, что в целом по терпрограмме сроки медицинской реабилитации составляют около 12,9 дней в 2019 году и запланированы на уровне 14,3 койко-дней в 2020 году.

Весь объем финансов ОМС из средств терпрограммы ХМАО, направляемый на оплату оказанной медицинской реабилитации составил почти 708,9 млн.рублей в 2019 году, в которых на долю оплаты этой помощи старшему поколению приходится около 219,3 млн. рублей или 31%. Рост стоимости одного случая медицинской реабилитации в зависимости от возрастной группы составлял в 2019 году от 50,4 тысяч (граждане в возрасте 60-74 года) и 59,9 тысяч рублей (граждане в возрасте 75-89 лет) до 81,9 тысячи рублей при оказании медицинской реабилитации долгожителям, т.е. - рост в 1,6 раза при сравнении цены лечения пожилых и возрастной группы «90+» (таблица 10).

Таблица 10 - Финансовые средства ТПОМС на оплату медицинской реабилитации гражданам старше трудоспособного возраста в 2019-2020 гг. в территориальной программе государственных гарантий (далее – ТПГГ) ХМАО (ЮГРА)

Категории граждан – получателей услуг здравоохранения	Размер финансовых средств на оплату законченных случаев лечения по профилю «медицинская реабилитация» в ТПГГ (ТПОМС), руб.		Средняя стоимость 1-го законченного случая лечения по профилю «медицинская реабилитация» в ТПГГ (ТПОМС), руб.	
	2019 (факт)	2020 (план)	2019 (факт)	2020 (план)
Лица пожилого возраста (60 – 74 года)	186 961 851,9	206 481 930,80	50 434,8	62 665,23
Лица старческого возраста (75 - 89 лет)	31 584 211,5	36 502 389,68	59 932,1	58 969,93
Долгожители (лица в возрасте 90 лет и старше)	818 458,9	477 016,55	81 845,9	29 813,53
ВСЕГО по профилю МП для всего территориального населения ТПГГ	708 891 985,8	517 164 200,00	48 892,5	63 424,60
В т.ч. за счет средств ОМС	708 891 985,8	517 164 200,0	48 892,5	63 424,6

Примечание

1 Составлено авторами по запросу данных ТФОМС ХМАО.

Как видно из таблицы 10, в 2020 году из общей стоимости медицинской реабилитации, оплачиваемой из средств ТПОМС ХМАО, составляющей около 517,2 млн. рублей, почти 47% или 243, 5 млн. рублей запланировано для возрастной группы «60 +» (рост доли средств около 16% по сравнению с 2019 годом). Однако, удельная стоимость лечения по долгожителям снижена в плановом 2020 году почти 2,8 раза (с 81,9 тысячи рублей до 29,8 тысяч).

Небольшое снижение в 2020 по сравнению с 2019 годом замечено и в стоимости законченного случая медреабилитации для лиц старческого возраста: с 59,9 тысяч до 58,9 тысяч рублей, а по группе пожилых граждан отмечается некоторый рост показателей средней стоимости законченного случая лечения: с 50,4 тысяч до 62,7 тысяч рублей (таблица 10).

Как было показано выше, многие жители России «доживают» до онкологических заболеваний и, что особенно плохо, - до злокачественных новообразований (ЗНО) в последних стадиях.

В таблице 11 приведем динамику плановых (2020 год) и фактически выполненных (2019 год) объемов онкологической помощи населению ХМАО-ЮГРА старших возрастных групп.

Как видно из таблицы 11, общие объемы специализированной медицинской помощи по профилю «онкология (включая ЗНО)» старшему поколению округа ЮГРА составили в 2019 году 10581 законченных случая или чуть более 43% от всех случаев лечения онкозаболеваний в рамках ТПОМС (24508 случаев).

Таблица 11 - Объемы онкологической медицинской помощи старшему поколению гражданам в 2019-2020 гг. в территориальной программе государственных гарантий (далее - ТПГГ) ХМАО (ЮГРА)

Категории граждан – получателей услуг здравоохранения	Законченные случаи специализированной медпомощи по профилю «онкология (включая ЗНО)» в ТПГГ (ТПОМС)		Обращения в АПУ по поводу заболевания по профилю «онкология (включая ЗНО)»
	2019 (факт)	2020 (план)	2019 (факт)
Лица пожилого возраста (60 – 74 года)	9881	13563,0	11046,0
Лица старческого возраста (75 - 89 лет)	693	1 121,0	1290,0
Долгожители (лица в возрасте 90 лет и старше)	7	14	16,0
ВСЕГО по профилю МП для всего территориального населения ТПГГ	24508,0	27643,0	23 681,0
В т.ч. за счет средств ОМС	24508,0	27643,0	23 681,0

Примечание

1 Составлено авторами по запросу данных ТФОМС ХМАО.

В плановом периоде 2020 года запланировано небольшой рост общих объемов онкологической помощи до 27643 случаев (на 12,8% в сравнении с 2019 годом) и рост плановых объемов законченных случаев для рассматриваемой категории граждан до 14698 (в почти 1,4 раза по сравнению с 2019 годом) (таблица 11).

Финансовое обеспечение онкологической помощи гражданам ХМАО, включая старшее поколение, представим в таблице 12.

Как видно из таблицы 12, общая стоимость медицинской помощи по профилю «онкология» для старшего поколения округа в 2019 году составила более 1 378 741 977,6

рублей, что близко к 44% от общих финансов ОМС по данному профилю для территориального населения. Средняя стоимость 1-го обращения за медицинской помощью по профилю «онкология» для жителей ЮГРЫ в 2019 году обходилась средствами ТФОМС в диапазоне 59,9 тысяч – для долгожителей и 65,9 тысяч рублей для граждан в возрасте 60-74 года.

Таблица 12 - Финансовые средства ТПОМС на оплату онкологической медицинской помощи гражданам старше трудоспособного возраста в 2019-2020 гг. в территориальной программе государственных гарантий (далее-ТПГГ) ХМАО (ЮГРА)

Категории граждан – получателей услуг здравоохранения	Размер финансовых средств на оплату законченных случаев лечения по профилю «онкология (вкл. ЗНО)» в ТПГГ (ТПОМС), руб.		Средняя стоимость 1-го обращения по профилю «онкология (вкл. ЗНО)» в ТПГГ (ТПОМС), руб.
	2019 (факт)	2020 (план)	
Лица пожилого возраста (60 – 74 года)	1 274 549 027,1	2 069 372 467,95	65 925 031,4
Лица старческого возраста (75 - 89 лет)	103 152 106,1	225 616 856,70	7 263 449,6
Долгожители (лица в возрасте 90 лет и старше)	1 040 844,4	2 193 600,52	59 597,4
ВСЕГО по профилю МП для всего территориального населения ТПГГ	3 130 158 753,5	4 433 980 600,00	143 060 851,8
В т.ч. за счет средств ОМС	3 130 158 753,5	4 433 980 600,0	143 060 851,8

Примечание

1 Составлено авторами по запросу данных ТФОМС ХМАО.

При этом, сильно отличается средняя стоимость одного обращения пожилых в связи с онкологическим диагнозом - более 7,2 млн. рублей (таблица 12).

Таким образом региональные измерители объемов и стоимости специальных гериатрических и паллиативных профилей медицинской помощи для лиц старше трудоспособного возраста находятся в стадии становления.

Модели планирования и мониторинга мер профилактической работы, диспансеризации, вакцинации пожилых граждан в региональном здравоохранении устанавливаются из федерального центра. При этом, наблюдается большое разнообразие портфельных решений по региональным моделям роста доступности медицинской помощи населению старше трудоспособного возраста.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Необходимость среднесрочных комплексных мер поддержания здоровья и активного долголетия старшего поколения находится в фокусе внимания руководителей систем общественного здоровья во всем мире.

Это внимание обусловлено мировой и российской статистикой народонаселения, медицинской демографий.

Доля лиц старше трудоспособного возраста во всем мире растет. Так, например, на рубеже 2017-2018 гг. цифры по некоторым крупным экономикам мира показывают следующие проценты населения, вышедшего за границы трудоспособного возраста: в США – 16%, в Италии – 23%, в Японии – 28%. От 9% и до 14% таких граждан в расчете на общую численность жителей сегодня имеют страны Латинской Америки, Африканского континента, Юго-Восточной Азии [11]. Численность лиц в возрасте 65 лет и старше в 2018 году по сравнению с 2017 годом увеличилась на 2,8 % (с 20,8 млн. человек до 21,4 млн. человек) [7].

Информации федеральной службы государственной статистики [5] в 2018 году в Российской Федерации из 146,88 млн. человек каждый четвертый (25,4 % всего населения страны) или 37,362 млн. человек находился в возрасте старше трудоспособного. Прогнозные данные о динамике численности населения России на 2020-2023 гг. и доле населения старше трудоспособного возраста, представленные на рисунке 27 позволяют заключить, что проектное управление здоровьем данных лиц в регионах России сохранит свою актуальность в среднесрочной перспективе и потребует новых свежих идей.

При подготовке данного доклада, проведен анализ комплекса методов управления, моделей организации медицинской помощи населению старше трудоспособного возраста в российской и международных практиках, который показал разнообразие подходов. При этом, отметим, что все межстрановые и региональные подходы тяготеют к единым методологическим принципам: перехода от болезнь-ориентированного подхода к медицинскому сопровождению пожилых к проектам и программам активного долголетия.

При этом, управленческие решения на основе анализа особенностей заболеваемости по обращаемости, причинам смертности населения данной когорты жителей в их связи с районированием коечного фонда гериатрических кабинетов (отделений), центров паллиативной помощи, а также стратегия подготовки и обеспеченности соответствующих врачебных кадров для госпитального и амбулаторного секторов здравоохранения по месту жительства пожилых, еще не до конца сформировались.



Примечание - Составлено автором на основании [37].

Рисунок 29 - Прогноз демографической ситуации в России в среднем за год в 2020-2023 гг. по базовому сценарию Министерства экономического развития России, млн. чел

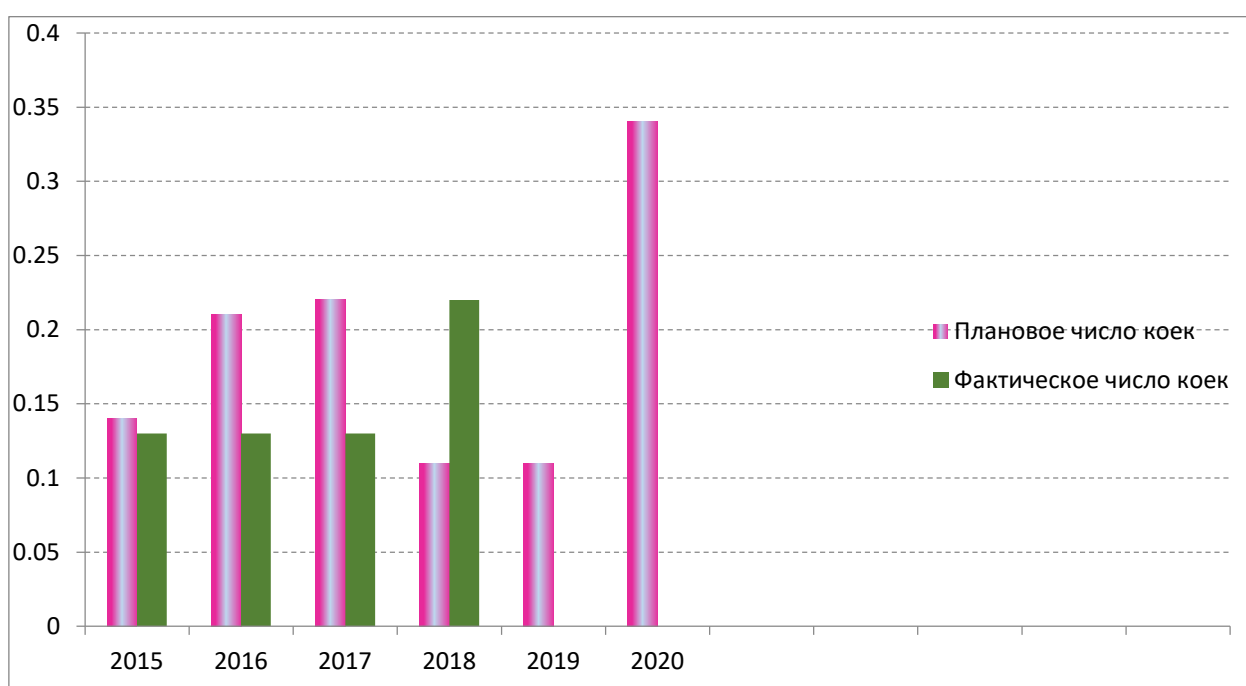
Примеры медицинских проектов федерального и региональных уровней внедрения, приведенные в докладе, свидетельствуют об успешном развитии профилактики, диспансеризации, вакцинации населения старше трудоспособного возраста, что призвано предотвращать негативную динамику заболеваемости.

Одновременно отметим, что на федеральном уровне управления Министерство здравоохранения России совместно с Федеральным фондом ОМС ежегодно вносит в Правительство РФ проект ПГТ, финансовое обеспечение которой предполагается из средств бюджетов (федерального, региональных) и средств внебюджетного фонда (фонда ОМС). Так, на 2021-2023 годы установлены контрольные ориентиры видов и объемов медицинской помощи: в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений, дневных и круглосуточных стационаров, учреждений скорой медицинской помощи.

Дифференцированные объемно-финансовые нормативы для лиц 60+ не запланированы в проекте ПГГ (ТП ОМС) на 2021-2023 гг.

При этом, в докладе было показано, что незапланированная, незаказанная ЛПУ в рамках договорных взаимоотношений участников системы ОМС объемно-финансовая нагрузка на лечебную сеть регионального здравоохранения в виде частых повторных госпитализаций пожилых и чрезмерных посещениях участковой службы создает угрозу доступности бесплатной помощи для территориального населения трудоспособного возраста.

Как видно на рисунке 30, обеспеченность населения гериатрическими койками носила стабильный характер с 2015 по 2017 годы, а в 2018 г. произошло увеличение этого показателя примерно на 70%.



Примечание - Составлено авторами на основании данных Статистических сборников [2, 38] и материалов ЦНИИОИЗ [39-41]).

Рисунок 30 - Плановое и фактическое число коек по гериатрии (на 10,0 тыс. населения)

Отметим, что на 2020 г. объемный норматив гериатрических койко-дней на 1000 жителей увеличен в 3 раза: с 3,6 койко-дней в 2019 г. до 11,2 койко-дней на 1000 жителей на 2020 г.

Такие резкие изменения планово-нормативных показателей требуют определенных разъяснений и ставят вопрос о том, как выполняются эти плановые данные в практическом здравоохранении.

Говоря о практике планирования ведомственных индикаторов развития государственных программ отметим, что Министерством здравоохранения РФ были подготовлены методические рекомендации [42] по типизации показателей, характеризующих государственные нормативы паллиативной медицинской помощи, утверждаемые Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Программа госгарантий, ПГГ)[43], ведомственной целевой программой "Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи", утвержденной приказом Минздрава России № 831 от 03.10.2019 [44], и Планом мероприятий ("дорожной картой") "Повышение качества и доступности паллиативной медицинской помощи до 2024 года" [45]. Надо сказать, что они существенно дополняют ранее действующие рекомендации [46].

На рисунке 31 наглядно покажем существующие расхождения в подходах к установлению количественных показателей – индикаторов доступности, например, паллиативной медицинской помощи населению.



Примечание - Составлено авторами на основе [42].

Рисунок 31 - Сравнительные оценки медико-социальных нормативов при обосновании программ предоставления гарантированной паллиативной медицинской помощи жителям в 2017-2019 гг.

Как видно на рисунке 31, не совпадает размерность плановых нормативов, что весьма затрудняет сквозную систему оценки реализации целей и задач: при планировании медпомощи ПГГ принято устанавливать объемы посещений и случаев оказания паллиативной медпомощи на 1 жителя. Ведомственная государственная программа «Развитие здравоохранения» устанавливает ориентиры в расчет на 10 000 населения (рисунок 31).

Кроме традиционных показателей объемов медпомощи, в системе планирования которых, можно заметить несовершенства, новое время диктует необходимость разработки дополнительных количественных показателей для формирования и экономического обоснования государственных гарантий. В частности, в числе прочих, оценочных показателей Министерство здравоохранения России осенью 2020 года, к примеру, рекомендует субъектам РФ собирать и оценивать показатели эффективности и качества взаимодействия между медицинскими организациями, оказывающими паллиативную медицинскую помощь, добровольцами (волонтерами), а также организациями социального обслуживания, религиозными организациями, общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья.

В сложившейся за последние годы ситуации распространения болезней пожилых, их смертности по основным классам болезней системы кровообращения, онкологическим заболеваниям, инфекционным патологиям и травмам, следует менять не только управленческие методы и индикативные показатели, но также надо совершенствовать содержательные моменты оказания медико-социальных услуг. На первый план выходят вопросы обеспечения мультидисциплинарности медицинских услуг и межведомственного взаимодействия служб здравоохранения и социального обеспечения (защиты) населения старших возрастов.

Следует сказать, что отдельные сдвиги в сторону межведомственного взаимодействия, например, в части оказания паллиативной помощи имеют место быть уже в 2020 году. Так, при разработке штатных нормативов обеспеченности врачами паллиативной медицинской помощи взрослому и детскому населению, например, двумя ведомствами (Минздравом РФ, Минтрудом РФ) были согласованные единые цифры [47].

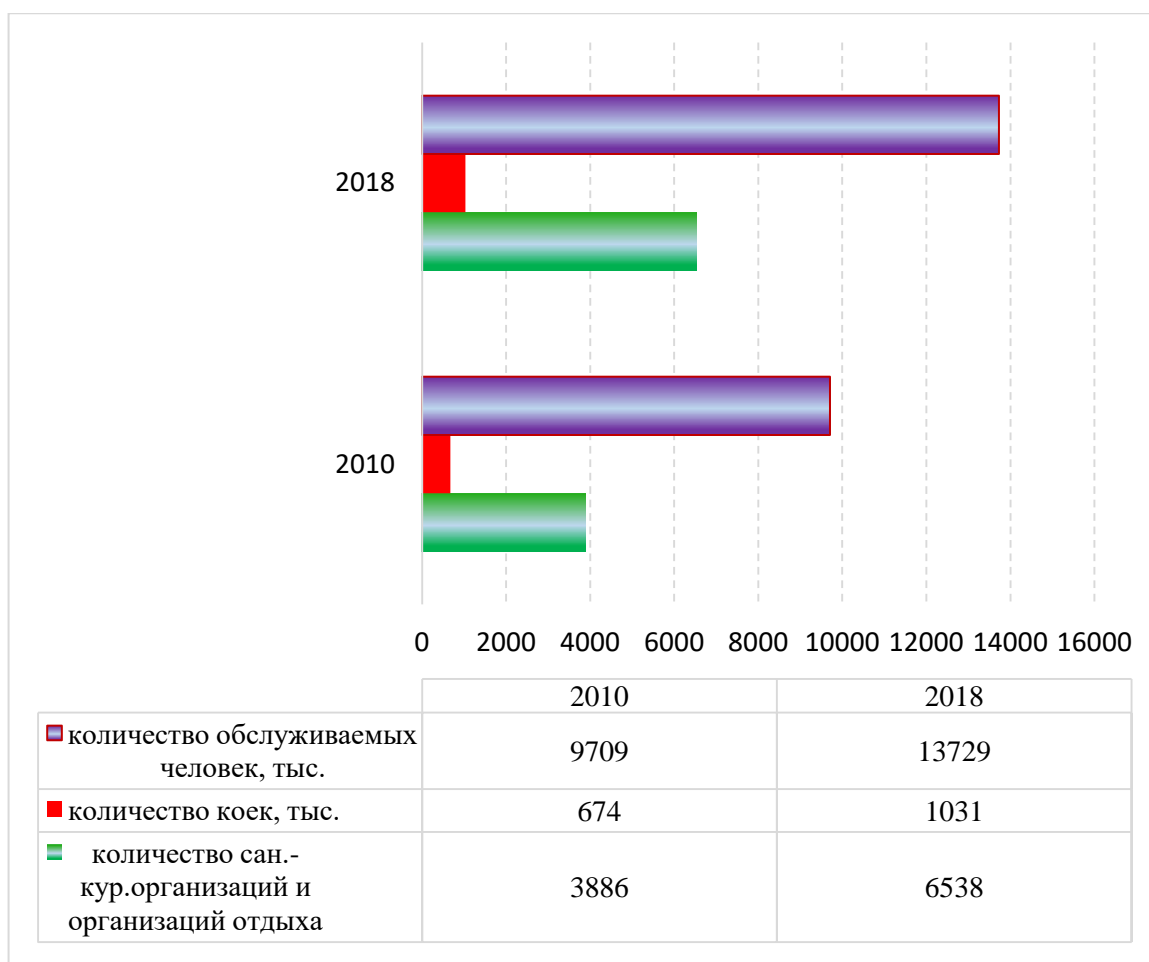
Задачи развития институтов общественного здравоохранения для пожилых могут быть поддержаны развитием индивидуального подхода к проблеме социальной, медицинской реабилитации пациента старшего возраста, базирующегося на методиках социальных индексов, комплексной геронтологической оценки, системах шкал медико-

реабилитационной маршрутизации, санаторно-курортного и оздоровительного направления.

Отмечая положительный опыт стационар замещающих технологий, санаториев на дому, медицинской реабилитации пожилых в ряде пилотных региональных следует отметить, что стоит более активно включать в процессы сеть развернутых в стране санаторно-курортных организаций и иные формы оздоровительных организации, организаций туризма. Примером успешного государственно-частного партнерства в долговременном уходе можно считать опыт медико-социального патронажа пожилых за счет средств ОМС с привлечением частных медицинских организаций. Наличие частных хосписов и служб паллиативной помощи неизлечимо больным пациентам старших возрастов также подчеркивает возможности новых коммуникаций государственных органов, учреждений в пользу пожилых.

По данным Росстата [2] всего в 2018 году, например, санаторно-курортных организаций насчитывалось 6538 (в 2010 году – 3886). При этом, располагаемый коечный фонд соответственно по анализируемым годам составлял 1031 и 674 соответственно (рис. 52)

Как видно на рисунке 32, наблюдается за 8 лет незначительные сдвиги в сторону комфортности и доступности санаторно-курортных организаций и организаций отдыха, о чем говорят данные о соотношении количества организаций, их коечной мощности и пропускной способности.

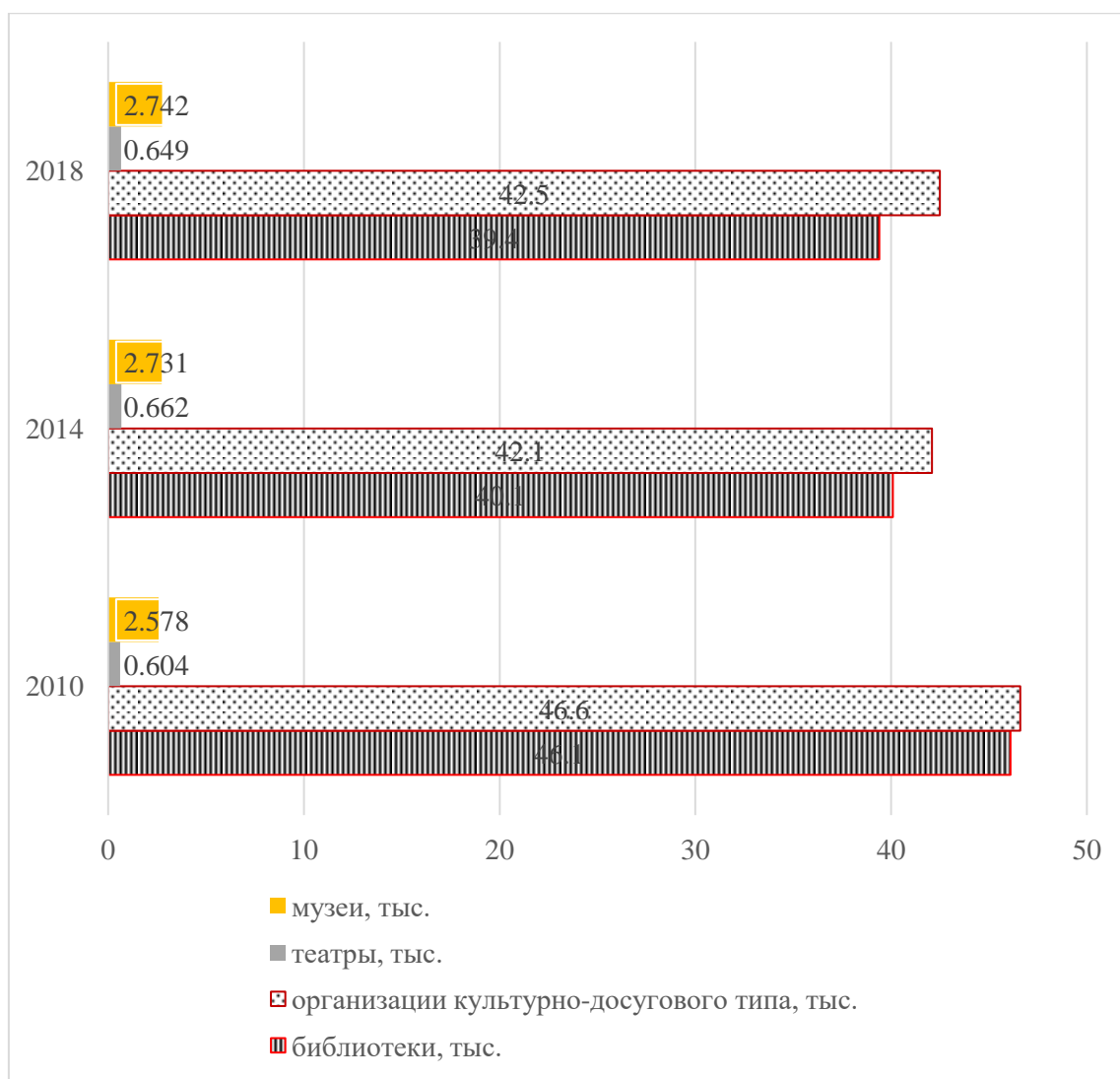


Примечание - Составлено авторами по данным [2].

Рисунок 32 - Некоторая характеристика работы санаторно-курортных организаций и организаций отдыха в РФ, 2010-2018 гг.

В условиях проектного управления здоровьем старшего поколения в РФ и при всей важности вопросов, находящихся в компетенции Минздрава и Минтруда России, нельзя упускать из проектов вневедомственные вопросы социальной адаптации пожилых, от которых напрямую зависит их психоэмоциональный статус. При этом, следует констатировать, что за границами здравоохранения и социального обеспечения должна быть обеспечена доступность пожилым гражданам досуговых организаций, как мест их самореализации.

На рисунке 33 приведем динамику числа основных досуговых организаций в Российской Федерации в 2010-2018 гг., где могли бы проводить свободное время пожилые активные жители.



Примечание - Составлено авторами по данным статистического сборника Росстата [2], таблица 9.1 -9.4.

Рисунок 33 - Динамика основных культурно-досуговых организаций в РФ в 2010-2018 гг., тыс. штук

Как видно на рисунке 33, за 8 лет с 2010 по 2018 годы сократилось количество театров, организаций культурно-досугового типа, а также библиотек. Это все те организации, к которым в период взросления, профессионального роста и становления личностных приоритетов были весьма привязаны жители страны, рожденные в СССР.

Альтернативой таким заведениям становится разнообразие телевизионных каналов вещания, которых не было в те годы. При этом, в сравнительных цифрах, по данным Росстата РФ в 2018 году охват аудитории телеканала «Культура», например, составляет 25% жителей села и 64,2% жителей города [2, таблица 9.8]

Следует сказать, что для граждан старше трудоспособного возраста длительный просмотр телевизора без свежего воздуха и в условиях снижения двигательной активности не добавляет здоровья.

Другим важным аспектом вовлеченности населения старше трудоспособного возраста в общественную жизнь своего региона, в проекты по активному долголетию, ЗОЖ и иные меры профилактики заболеваний, на наш взгляд, является развитие общественных инициатив и работа общественных НКО с данной группой лиц.

Отметим, что в реестре Минюста РФ на начало 2019 года зарегистрировано [2, таблица 9.8]:

1) Общественных объединений - 90835, из них: общественных организаций 54 533, из них: благотворительных 1678; общественных движений – 1320; общественных фондов – 2796; общественных учреждений -622; органов общественной самодеятельности – 160; -иных видов общественных объединений-31402, в том числе: профессиональных союзов – 20066;

2) Политических партий -64;

3) НКО -90 787, в том числе благотворительных фондов – 8677; отделений иностранных НКО 8 и филиалов и представительств иностранных НКО – 117 .[110, таблица10].

Средняя численность работников общественных объединений составляла в 2018 году порядка 90 000 человек, что не сильно больше, чем в 2014 году (83700) и в 2010 году (82 500 человек) [2, таблица 10].

На рисунке 33 наглядно представим вовлеченность старшего поколения в работу разного рода общественных организаций.

Отметим, что старшее поколение меньше бы обращало внимание на свои возраст-ассоциированные недуги, если было бы вовлечено в культурно-досуговые мероприятия, соответствующие их разнообразным интересам.

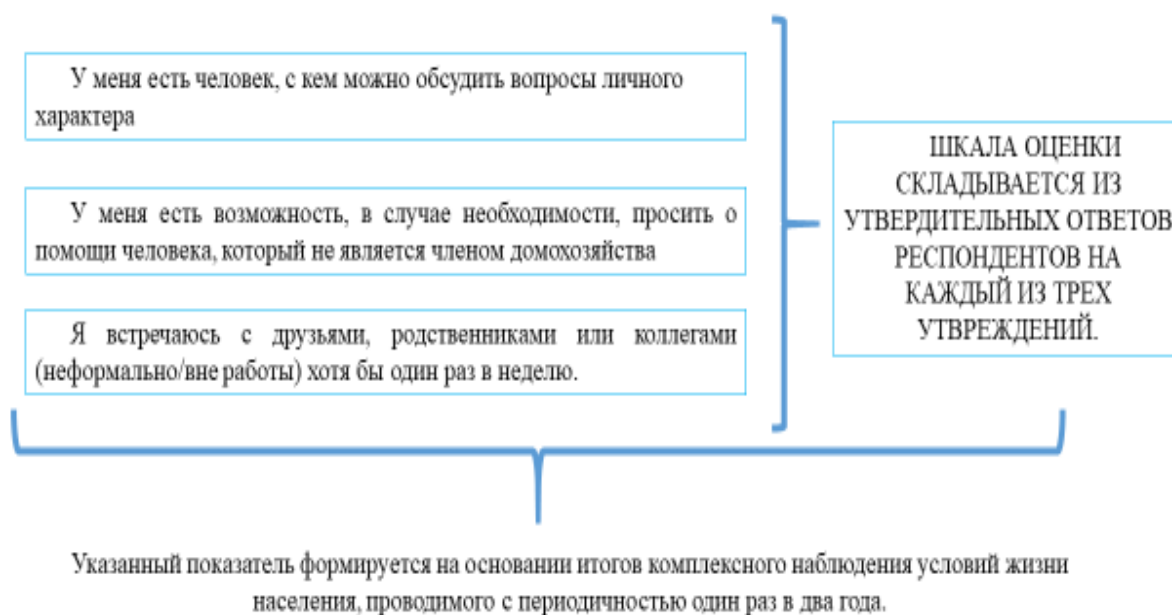


Примечание - Составлено авторами на основании [2], таблица 10.5.

Рисунок 33 - Доля участия населения старше трудоспособного возраста в деятельности общественных, добровольных и благотворительных организаций, 2018 (%)

Понимая важность таких вневедомственных направлений работы с пожилыми людьми, начиная отчетности за 2020 год, в регионах России предусмотрен сбор достаточно интересных показателей, характеризующих социальные связи пожилых граждан с родственниками, знакомыми, коллегами по работе (рисунок 34) [48].

**ОЦЕНКА УСТОЙЧИВОСТИ СОЦИАЛЬНЫХ СВЯЗЕЙ ГРАЖДАНИНА СТАРШЕ
ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С ДРУЗЬЯМИ,
РОДСТВЕННИКАМИ, ЗНАКОМЫМИ ИЛИ КОЛЛЕГАМИ ПО РАБОТЕ**



Примечание - Составлено авторами на основе [48].

Рисунок 34 - Новый подход к формированию оценок социальных связей граждан старше трудоспособного возраста с 2020 года

При подготовке доклада было отмечено, что создание, развитие и обеспечение охраны лечебно-оздоровительных местностей и курортов местного значения на территории муниципального района (городского округа) являются вопросами муниципальной управленческой компетенции. В силу данного обстоятельства имеются не всегда равнодоступные условия для оздоровительного туризма, культурно-досуговой, физической активности пожилых в зависимости от места проживания. Организация и проведение официальных физкультурно-оздоровительных и спортивных мероприятий муниципального района (городского округа) с выделением на эти цели бюджетов привязано к школьным и дошкольным возрастным группам. Возможности вовлеченности муниципалитетов в региональные и федеральные проекты по здравоохранению и социальному обеспечению пожилых ограничиваются частными инициативами, общественными работами, волонтерством, наставничеством [49].

Таким образом, проведенный анализ позволяет сформировать следующие выводы и предложения по улучшению работы с населением старших возрастных групп в рамках проектной деятельности региональных органов управления здравоохранением.

1) С учетом опыта лучших региональных практик в 2019-2020 годах, а также обобщая результативность мер предупреждения инфицирования COVID-19 среди граждан 65+ в 2020 году в субъектах РФ, можно подтвердить важность включения в систему социальных нормативов работу общественных, волонтерских организаций в рамках проводимых ими благотворительных акций и опыта взаимодействия с медицинскими работниками медицинских организаций и социальных учреждений субъектов России, оказавшихся в сложной санитарно-эпидемической ситуации,

2) Наряду с имеющимся позитивным опытом органов управления здравоохранением и медицинских организаций субъектов РФ по реализации работы среди старшего поколения россиян, направленной на формирование здорового образа жизни, первичную и вторичную профилактику неинфекционных заболеваний, раннее выявление злокачественных новообразований среди населения 60+, есть еще резервы лечебно-профилактических учреждений в части структурных преобразований коечного фонда и посещений для развертывания нужного объема помощи по профилям: «гериатрии», «паллиативная помощь», «медицинская реабилитация» на принципах КГО,

3) Целесообразно в проектах развития здравоохранения на среднесрочную перспективу предусмотреть дифференцированные унифицированные социальные, медицинские нормативы для пожилых граждан, особенно усилив их в части нормирования обеспеченности лекарственными средствами, предметами медицинского назначения, установив границы обязательных норм и вариативные их параметры в зависимости от выработанных дифференцированных подходов бюджетной политики.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Указ Президента России №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».
2. Статистический сборник «Россия в цифрах. 2019»: Крат.стат.сб./Росстат- М., Р76 2019 - 549 с. https://rosstat.gov.ru/free_doc/doc_2019/rusfig/rus19.pdf.
3. Федеральный закон от 2 декабря 2019 г. N 389-ФЗ "О внесении изменений в Федеральный закон "О федеральном бюджете на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».
4. Статистические материалы «Заболеваемость населения старше трудоспособного возраста (с 55 лет у женщин и с 60 лет у мужчин) по России» в 2016-2018 годах, М, Минздрав РФ, 2018. 182 с.
5. Старшее поколение. Федеральная служба государственной статистики. Демографические показатели. Численность населения. http://old.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/generation/#
6. «Состояние здоровья населения» / Здравоохранение в России 2019. Статистический сборник. Росстат. М. 2019 – 170 с.
7. Министерство по труду и социальному развитию России. Доклад о результатах комплексного мониторинга социально-экономического положения пожилых людей за 2018 год <https://rosmintrud.ru/docs/1340>.
8. По данным «ведомости» Vedomosti. ru (09.04. 2020 года).
9. Из выступления министра здравоохранения РФ М.Мурашко на онлайн-конференции с министрами здравоохранения стран «Большой двадцатки» <http://www.ffoms.ru/news/ffoms/sistema-oms-spravlyaetsya-s-finansovym-obespecheniem-meditainskoj-pomoshchi-v-usloviyakh-pandemiii-k/>.
10. Постановление правительства РФ от 3 апреля 2020 г. № 432 «Об особенностях реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией»<http://static.government.ru/media/files/OUJfhArk3vBcmq3wO0ai63SArjwM6CyZ.pdf>.
11. Сайт ВОЗ <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Обращение 24 мая 2018 г.

12. Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. Подход к здоровью, рассчитанный на всю продолжительность жизни человека: синергия с целями в области устойчивого развития Выпуск 96, Номер 1, январь 2018 г.,1-76 <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/1/ru/> <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.198358>.
13. Приказ Росстата от 25.02.2019 N 95 "Об утверждении методики расчета показателя "Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (лет).
14. Приказ Росстата от 31.10.2019 N 634 "Об утверждении методики расчета Индекса активного долголетия в Российской Федерации" {КонсультантПлюс}.
15. Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Остапенко В.С., Шарашкина Н.В., Мхитарян Э.А., Онучина Ю.С., Лысенков С.Н. Валидация опросника для скрининга синдрома старческой астении в амбулаторной практике. Успехи геронтологии. 2017. Т. 30. N 2. С. 236 - 242.
16. Приказ Минздрава России от 02.04.2019 N 190н и Общероссийской общественной организации "Российская ассоциация геронтологов и гериатров". Клинические рекомендации «Старческая астения» МКБ 10: R54; «Клинические рекомендации по ведению в медицинских организациях лиц пожилого, старческого возраста и долгожителей» КонсультантПлюс www.consultant.ru.
17. Остапенко, В.С. Распространенность и структура гериатрических синдромов у пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений г.: авторефер. дис. канд. мед. наук/В.С. Остапенко; - М.: 2017. - 157 с.
18. Вестендорп Рюди. Стареть не старея: о жизненной активности и старении / Пер. с нидерл. Д.В. Сильвестрова.- СПб.: Издательство Ивана Лимбаха, 2017.- 344 с.
19. Ильницкий А.Н. Продолжение будет. Книга о возрасте / Андрей Ильницкий, Кирилл Прощаев. – Минск: Дискурс, 2019. – 224 с.
20. Клинические рекомендации "Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи" (МЗ России). М.: 2016 КонсультантПлюс www.consultant.ru.
21. Постановление Правительства РФ от 31.03.2017 N 372 (ред. от 30.11.2019) "О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации "Социальная поддержка граждан".
22. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17 июня 2019 г. N 413н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гериатр» <https://rosmintrud.ru>

23. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 22 июня 2018 г. N 409н "Об утверждении профессионального стандарта "врач по паллиативной медицинской помощи".

24. Приказ Минздрава России от 03.12.2019 N 984н <https://regulation.gov.ru/projects#npa=95075>.

25. Паспорт национального проекта "Демография" (утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 N 16) <http://government.ru/info/35559/> (дата обращения 22 апреля 2020).

26. Распоряжение Правительства Республики Башкортостан от 12.12.2018 N 1256-р (ред. от 30.05.2019) «Об утверждении паспорта регионального проекта "Реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения "Старшее поколение"» {КонсультантПлюс}.

27. Распоряжение Правительства ХМАО - Югры от 05.06.2020 N 299-рп "О докладе о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры по итогам деятельности за 2019 год" {КонсультантПлюс}.

28. Постановление Правительства Белгородской обл. от 02.12.2019 N 534-пп (ред. от 03.08.2020) "Об утверждении программы Белгородской области "Укрепление здоровья, увеличение периода активного долголетия и продолжительности здоровой жизни" {КонсультантПлюс}.

29. Постановление главы администрации (губернатора) Краснодарского края от 29.11.2019 N 822 "Об утверждении региональной программы "Укрепление здоровья, увеличение периода активного долголетия и продолжительности жизни граждан старшего поколения в Краснодарском крае" на 2020 - 2024 годы" {КонсультантПлюс}.

30. Распоряжение Правительства Самарской области от 12.12.2019 N 1100-р "Об утверждении региональной программы "Укрепление здоровья, увеличение периода активного долголетия и продолжительности здоровой жизни граждан старшего поколения в Самарской области" на 2020 - 2024 годы" {КонсультантПлюс}.

31. Приказ Департамента здравоохранения Югры от 18 декабря 2019 года N 1563 "Об иммунизации против пневмококковой инфекции лиц старше трудоспособного возраста, проживающих в социальных учреждениях с круглосуточным пребыванием Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, за счет средств федерального бюджета в 2020 - 2022 годах".

32. Указ Губернатора Свердловской области от 01.10.2020 N 520-УГ о внесении изменений в программу "Пятилетка развития Свердловской области" на 2017 - 2021 годы, утвержденной Указом Губернатора Свердловской области от 31.10.2017 N 546-УГ.

33. Постановление Правительства Новгородской области от 13.12.2019 N 488 "Об утверждении региональной программы "Укрепление здоровья, увеличение периода активного долголетия и продолжительности здоровой жизни" {КонсультантПлюс}.

34. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.Пирогова" Минздрава РФ; "Российский геронтологический научно-клинический центр" Методические рекомендации по организации паллиативной медицинской помощи жителям РФ», М: 2020, 72 с.

35. Постановление Республиканского совета региональной общественной организации ветеранов (пенсионеров) Республики Татарстан от 28.11.2018 N 19 "О роли ветеранских организаций во взаимодействии с представительными и исполнительными органами власти в обеспечении активного долголетия пенсионеров" {КонсультантПлюс}.

36. Постановлением Правительства автономного округа от 6 декабря 2019 года N 469-п "О внесении изменений в постановление Правительства Ханты-Мансийского автономного округа - Югры от 5 октября 2018 года N 337-п "О государственной программе Ханты-Мансийского автономного округа - Югры "Современное здравоохранение" утверждена региональная программа автономного округа "Развитие системы оказания гериатрической медицинской помощи".

37. Прогноз социально-экономического развития Российской Федерации на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов" (разработан Минэкономразвития России) {КонсультантПлюс}.

38. Здравоохранение в России.2019: Стат. сб./Росстат. -М., 2019.-170 с.

39. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения М., ЦНИИОИЗ, 2016.

40. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения М., ЦНИИОИЗ, 2017.

41. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения М., ЦНИИОИЗ, 2019.

42. Методика расчета контрольных показателей эффективности оказания паллиативной медицинской помощи взрослым и детям/ Методические рекомендации. Институт лидерства и управления здравоохранением и Федеральный научно-практический центр паллиативной медицинской помощи Высшей школы управления

здравоохранением ФГАОУ ВО «Первый московский государственный медицинский университет имени им. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет). М, 2020. 77 С.

43. Постановление Правительства РФ № 1610 от 07.12.2019 г. (ред. от 05.06.2020 г.) «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов».

44. Постановление Правительства Российской Федерации от 28.07.2020 г. № 6551п-П12 "План мероприятий ("дорожная карта") "Повышение качества и доступности паллиативной медицинской помощи" до 2024 года".

45. Постановление Правительства РФ № 1640 от 26.12.2017 г. (с изменениями от 17.08.2020) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Приложение 9 «Правила предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ в целях софинансирования реализации государственных программ субъектов РФ, содержащих мероприятия по развитию системы паллиативной медицинской помощи»).

46. Методические рекомендации по разработке региональных программ Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи», утвержденные МЗ РФ 22.07.2020 г. №17-0/И/2-6511.

47. Приказ Минздрава России и Минтруда России от 31 мая 2019 г. № 345н/372н "Об утверждении положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья".

48. Приказ Минздрава Свердловской области от 03.03.2020 N 301-п "О реализации регионального проекта "Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан пожилого возраста "Старшее поколение" (Свердловская область)" в 2020 году" {КонсультантПлюс}.

49. Индексы социальных оценок. Источник: всероссийские телефонные опросы «ВЦИОМ-Спутник».