

**ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ
ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА 2017 ГОД
И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2018 И 2019 ГОДОВ
НА ТЕРРИТОРИИ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Целевые значения критериев доступности и качества
медицинской помощи, в том числе оказываемой в рамках
Территориальной программы ОМС**

Целевыми значениями критериев качества медицинской помощи в 2017 году являются:

удовлетворенность населения медицинской помощью (процентов от числа опрошенных) - 39,0, в том числе:

- в городской местности - 39,0;

- в сельской местности - 39,0;

смертность населения в трудоспособном возрасте (число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения) - 565;

доля умерших в трудоспособном возрасте на дому в общем количестве умерших в трудоспособном возрасте - 57,0%;

материнская смертность (на 100 тыс. родившихся живыми) - 7,9;

младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми) - 5,5, в том числе:

- в городской местности - 5,6;

- в сельской местности - 5,3;

доля умерших в возрасте до 1 года на дому в общем количестве умерших в возрасте до 1 года - 8,4%;

смертность детей в возрасте 0 - 4 лет (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста) - 165,0;

доля умерших в возрасте 0 - 4 лет на дому в общем количестве умерших в возрасте 0 - 4 лет - 12,8%;

смертность детей в возрасте 0 - 17 лет (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста) - 68,0;

доля умерших в возрасте 0 - 17 лет на дому в общем количестве умерших в возрасте 0 - 17 лет - 12,8%;

доля пациентов, больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более, в общем числе пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете, - 53,5%;

доля впервые выявленных случаев фиброзно-кавернозного туберкулеза в общем количестве выявленных случаев туберкулеза в течение года - 2,0%;

доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) от общего количества выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года - 56,2%;

доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 6

часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда - 13,0%;

доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда - 14,0%;

доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда - 6,0%;

доля пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым выездной бригадой скорой медицинской помощи проведен тромболизис, в общем количестве пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами скорой медицинской помощи, - 6,0%;

доля пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями - 15,0%;

доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия в первые 6 часов госпитализации, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом - 3,5%;

количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках Программы (на 1 тыс. населения), - не более 0,01.

Целевыми значениями критериев доступности медицинской помощи в 2017 году являются:

обеспеченность населения врачами (на 10 тыс. человек населения) - 38,5, в том числе врачами, оказывающими медицинскую помощь в организациях:

- расположенных в городской местности - 51,2 (в том числе при оказании помощи в стационарных условиях - 22,2, в амбулаторных условиях - 27,3);

- расположенных в сельской местности - 12,5 (в том числе при оказании помощи в стационарных условиях - 3,3, в амбулаторных условиях - 8,8);

обеспеченность населения средним медицинским персоналом (на 10 тыс. человек населения) - 89,4, в том числе средним медицинским персоналом, оказывающим медицинскую помощь в организациях:

- расположенных в городской местности - 110,6 (в том числе при оказании помощи в стационарных условиях - 52,8, в амбулаторных условиях - 48,2);

- расположенных в сельской местности - 46,2 (в том числе при оказании помощи в стационарных условиях - 12,8, в амбулаторных условиях - 29,6);

доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в общих расходах на Программу - 7,2%;

доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме в общих расходах на Программу - 2,6%;

доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей - 94,5%, в том числе:

- в городской местности - 94,5%;

- в сельской местности - 94,5%;

доля пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в федеральных медицинских организациях, в общем числе пациентов, которым была оказана медицинская помощь в стационарных условиях в рамках Территориальной программы ОМС, - 1,5%;

число лиц, проживающих в сельской местности, которым оказана скорая медицинская помощь, на 1000 человек сельского населения - 300;

доля фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов, находящихся в аварийном состоянии и требующих капитального ремонта, в общем количестве фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов - 21,0%.

Эффективность деятельности медицинских организаций (на основе оценки выполнения функции врачебной должности, показателей рационального и целевого использования коечного фонда) - 331,0 дня (в том числе эффективность деятельности медицинских организаций, расположенных в городской местности, - 330,0 дня, в сельской местности - 333,0):

- коэффициент выполнения функции врачебной должности $K_v = 95 - 100\%$;

- показатель рационального использования коечного фонда $K_r = 0,9 - 1,0$;

- коэффициент целевого использования коечного фонда $K_s = 0,9 - 1,0$;

- коэффициент экономической эффективности использования коечного фонда $K_э = 0,9 - 1,0$;

- коэффициент финансовых затрат поликлиники (K_p) и стационара (K_c) считается эффективным, если деятельность поликлиники (K_p) и стационара (K_c) ниже коэффициента выполнения функции врачебной должности (K_v) и коэффициента экономической эффективности использования коечного фонда ($K_э$).