|  |  |
| --- | --- |
|  | УТВЕРЖДЕНраспоряжением Правительства Ленинградской областиот «08» мая 2013 года № 204-р |

**ПЛАН**

**мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы,**

**направленные на повышение эффективности здравоохранения в**

**Ленинградской области»**

**I. Общее описание «дорожной карты»**

Целью «дорожной карты» «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Ленинградской области» (далее – «Дорожная карта») является повышение качества медицинской помощи на основе повышения эффективности деятельности медицинских организаций и их работников.

По данным Петростата, на 01 января 2012 года численность населения Ленинградской области составляет 1733,9 тыс. человек, в том числе городское население – 1133,8 тыс. человек – 65,39 %, сельское – 600,1 тыс. жителей - 34,61 %. Общее число проживающих мужчин в области 807,8 тыс. человек - 46,59 % и 926,1 тыс. женщин - 53,41 %. Пик наибольшей смертности пришелся на 2003 год, после этого отмечается положительная динамика и рост рождаемости.

В то же время показатели рождаемости и смертности пока не достигли такого уровня, когда рождаемость превышает смертность, поэтому имеется естественная убыль населения. Начиная с 2000 года по 2011 г. естественная убыль населения (разница между числом родившихся и умерших) составила 198 695 человек. Миграция населения не только компенсирует естественную убыль, но и даёт рост населения (миграционный прирост) за тот же период на 213,9 тыс. человек. Миграция существенным образом изменяет структуру населения.

В связи с низкой рождаемостью, возрастной состав населения имеет регрессивный характер (преобладание населения свыше 50 лет над численностью детского населения от 0 до 14 лет), что усугубляет демографическую ситуацию и создаёт новый круг отрицательной динамики демографических процессов. По международным критериям население считается старым, если доля лиц свыше 65 лет составляет 7 % от всей численности населения. В Ленинградской области этот показатель равен 14,4 %. На низкий уровень рождаемости оказывают влияние ряд факторов, в том числе гендерная диспропорция: на 1000 мужчин приходится 1146 женщин, но в фертильном возрасте в области проживают 419,2 тыс. женщин и 445,4 тыс. мужчин.

В Ленинградской области в 2012г. родилось на 767 детей больше нежели в 2011г., что составляет 5,1 %. Показатель рождаемости в 2012 г. составил 9,0, в 2011 г. 8,7 на 1000 чел. населения.

Уровень смертности в 2012 году практически остался на прежнем уровне: в 2011г. умерло 25367 человека, в 2012 г. -25396, т.е. имеется ухучшение показателя на 0,6%. В относительных показателях смертность составляет на 100 тыс. населения в 2011г. -1484,2, в 2012г. -1468,8 (данные Росстата). Естественная убыль населения составила 9785 человек, в 2011г. – 10523, т.е. уменьшилась на 7,0 %. По сравнению с наиболее неблагоприятным 2003 годом смертность сократилась на 27,51% или на 9639 человек.

Показатель младенческой смертности составил 6,3. Этот показатель выше данных 2011г. - 5,2, но ниже, чем по Российской Федерации - 8,7 на 1000 родившихся. Показатель материнской смертности в 2012 г. равен 12,81 на 100 тыс. родившихся живыми (два случая материнской смерти). В 2011 г. показатель материнской смертности составил – 13,47.

Общая заболеваемость населения по данным обращаемости в амбулаторно - поликлинические учреждения имеет тенденцию к снижению с 2009 г.. За этот период снижение произошло на 4,2 % и составляет 109 756,75 на 100 тыс. населения (в 2009г. 114 531,3).

Положительная динамика имеется и в состоянии здоровья детей в тот же период с 200 226,6 до 184 4746,36 - на 7,86 %; подростков - с 177 458,6 до 160 259,67 - на 9,69 %. У взрослого населения также отмечается улучшение с 104 099,2 до 96 878,11 – на 6,93 %.

Первичная заболеваемость (выявленная впервые в текущем году) имеет тенденцию к снижению, но менее выражено - на 5,44 %, у детей - на 8,98%, у подростков - на 4,97%, у взрослых - на 3,87 %.

Сеть медицинских организаций Ленинградской области, оказывающих медицинскую помощь жителям, в настоящее время построена с учетом трехуровневой системы и состоит из медицинских организаций, подведомственных органам местного самоуправления, (34 юридических лица), государственных учреждений здравоохранения (19 юридических лиц). Кроме того, имеются медицинские организации, непосредственно в оказании медицинской помощи не занятые (судебно-медицинское и патологоанатомические бюро, медицинский информационно-аналитический центр, центр медицины катастроф и пр.)

Амбулаторно – поликлиническая помощь населению Ленинградской области представлена в таблицах. Число посещений в амбулаторно – поликлинические учреждения Ленинградской области выросло с 10 257 637 посещения до 12 237 510, т.е. на 2 468 639 посещений больше или на 25,27%. Такая динамика позволяет говорить об улучшении кадрового обеспечения амбулаторных учреждений, улучшения доступности населения в медицинской помощи.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Годы | Всего посещений | В т. ч. сельскими жителями | Число профилактических посещений | Число больных состоящих на диспансерном учете | % профилактических посещений |
| 2006 | 10 257 637 | 2 683 621 | 2 478 487 | 404 791 | 24,2 |
| 2007 | 10 308 096 | 2 656 246 | 2 567 700 | 417 125 | 24,9 |
| 2008 | 10 906 094 | 2 871 680 | 2 634 190 | 450 554 | 24,2 |
| 2009 | 11 147 999 | 2 965 210 | 2 397 404 | 473 907 | 21,5 |
| 2010 | 11 170 229 | 2 976 358 | 2 289 766 | 466 982 | 20,5 |
| 2011 | 11360741 | 3 026 777 | 2 182 086 | 470 258 | 19,2 |
| 2012 | 12 237 510 | 3 308 688 | 2 492 740 | 463 737 | 20,4 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Годы | Число посещений на 1-го жителя | Удельный вес сельских жителей в общем числе посещений | % диспансерных больных от числа зарегистрированных заболеваний | Число диспансерных больных на 1000 населения |
| 2006 | 7,2 | 26,2 | 24,1 | 243,6 |
| 2007 | 7,1 | 25,8 | 25 | 255,4 |
| 2008 | 6,7 | 26,3 | 24,9 | 270,3 |
| 2009 | 6,8 | 26,6 | 24,2 | 276,6 |
| 2010 | 6,9 | 26,6 | 25,3 | 283,8 |
| 2011 | 6,6 | 26,6 | 25,1 | 263,8 |
| 2012 | 7,1 | 27,0 | 25,4 | 267,7 |

На конец 2012 года в Ленобласти развернуто 954 койки дневного пребывания при больничных учреждениях без учета смен работы. С учетом смен на конец 2012 года развернуто 1032 мест.

Обеспеченность койками дневного пребывания (без учета смен) составила по подчинению 5,5 на 10 тыс. населения.

Уровень госпитализации в отчетном году несколько снизился в сравнении с 2011 годом и составил 2,1 на 100 жителей (2011 год – 2,8 на 100 жителей)**.**

Средняя длительность пребывания 1 больного 8,5 дней, что практически на уровне прошлого года (2011 год – 8,7 дней).

В 2012 году 100 ЛПУ муниципальных районов и городского округа имеют дневные стационары при амбулаторно-поликлинических учреждениях.

На конец 2012 года всего развернуто 813 мест без учета смен работы дневных стационаров. Из них работали:

* в 1 смену - 455 мест
* в 2 смены - 340 мест
* в 3 смены - 18 мест

Так, с учетом смен работы на конец 2012 года развернуты 1189мест.Среднегодовых мест с учетом смен за отчетный период **–** так же 1189. В 2011 году без учета смен по подчинению было 799 мест, с учетом смен на конец года 1081 место, среднегодовых (с учетом смен) – 1169 мест.

В целом по подчинению число мест (без учета смен) за период 2012 года увеличилось (+14 мест).

В Ленинградской области продолжают развиваться дневные стационары на дому. За 2012 год в стационарах на дому всего наблюдались и лечились 4878 пациентов (в 2011 г.- 2478 пациентов). Из них лечились на дому по причине невозможности посещать поликлинику 4520 больных, в связи с долечиванием после круглосуточного стационара – 125 больных, получавших паллиативное лечение - 233 чел.

За 2012 год в период лечения на дому этим пациентам было проведено 10 525 клинических и 9 016 биохимических лабораторных исследований (в прошлом году всего 7 147 клинических и 4 536 биохимических лабораторных исследований), а так же 2999 ЭКГ, 71 УЗИ и 240 R-логических исследований (в 2011 году пациентам проведено 1 462 ЭКГ, 162 УЗИ и 155 R-логических исследований).

В Ленинградской области на 31.12.12г. развернуто - 11656 круглосуточных коек (2011г. -11642). Работа койки уменьшилась с 339 дней в году до 331, что связано, очевидно, с большим количеством ремонтных работ в рамках программы модернизации здравоохранения. Количество пациентов, поступивших в стационары, увеличилось на 10,9% с 300,9 тыс. человек до 333,6. Уменьшилась общебольничная летальность с 2,8% до 2,4%.

Структурные преобразования отрасли здравоохранения связаны с дальнейшим развитием трехуровневой системы оказания помощи, совершенствования маршрутизации пациентов по единым принципам.

Основные тенденции этих структурных преобразований связаны с развитием первичной медико-санитарной помощи с максимальным приближением ее к местам проживания граждан, а также централизацией оказания специализированной помощи, повышением уровня ее технологической оснащенности, развитием паллиативной помощи и стационарзамещающих технологий (дневных стационаров, стационаров на дому.

Существенными факторами, затрудняющими процесс структурных преобразований, являются низкая концентрация населения в значительной части Ленинградской области, недостаточно развитая дорожная сеть, а также определенный менталитет жителей области, негативно воспринимающих почти любые преобразования, особенно связанные со стационарной помощью. При организации межмуниципальных центров вызывает беспокойство сокращение мест в стационаре для жителей района. При этом жители «прикрепленных» к этому центру населенных пунктов активно возражают против сокращения объемов медицинской помощи в их медицинских организациях и перевода этих объемов в межмуниципальный центр. Медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, жителями традиционно недооценивается и не воспринимается как компенсация снижения объемов стационарной помощи.

В соответствии с программой модернизации здравоохранения в области предусмотрено 5 медицинских округов, численность населения в которых 250 – 350 тыс. человек. В каждом округе определены головные медицинские организации, на базе которых организуются межмуниципальные отделения. При этом реализуется принцип создания крупных многопрофильных больниц скорой помощи, т.е. все структурные подразделения, которым приданы межмуниципальные функции, особенно оказывающие медицинскую помощь в экстренной форме, в каждом округе будут размещаться в одной головной организации. В прочих медицинских организациях (подразделениях) планируется создать реабилитационные отделения, развивать паллиативную помощь.

**Структурные преобразования системы первичной медико-санитарной помощи.**

В Ленинградской области действует долгосрочная целевая программа «Социальное развитие села на 2009-2013 годы». В рамках данной программы ежегодно строится 10 зданий, в которых размещаются фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), врачебные амбулатории (СВА) и отделения врачей общей практики (ОВП).

Все ФАП, СВА, ОВП и соответствующие подразделения сельских больниц оснащены аппаратурой, позволяющей круглосуточно передавать ЭКГ по линиям телефонной связи и получать клинико – электрокардиографические консультации.

Во всех крупных поликлиниках за счет средств долгосрочной целевой программы организованы кабинеты доврачебного контроля, оснащенные автоматизированным рабочим местом с выходом на центральный сервер, который администрируется сотрудниками комитета по здравоохранению. Кабинет осуществляют скрининг населения (обращающегося в поликлинику, а также на выездах), выявление и стратификацию рисков важнейших хронических неинфекционных заболеваний.

Все эти направления планируется развивать и далее.

Диспансеризация населения будет проводиться в соответствии с методическими рекомендациями Минздрава России, Порядками оказания медицинской помощи.

Для повышения доступности первичной врачебной и первичной специализированной медицинской помощи сельскому населению с 2008 года в области работают 18 передвижных врачебных амбулаторий, оборудованных как офисы врача общей практики. Планируется приобретение мобильных комплексов, которые дополнят существующий парк передвижных врачебных амбулаторий.

Разработан проект ведомственной целевой программы, предусматривающей организацию кабинетов врача пульмонолога на базе межмуниципальных центров.

В 2013 – 2014 году планируется создание областного центра медицинской профилактики и областного врачебно-физкультурного диспансера.

**Структурные преобразования системы специализированной помощи.**

На базе трех медицинских округов организованы сосудистые центры. В течение 2014 – 2015 гг. будут созданы два дополнительных сосудистых центра.

На базе окружных больниц открыты травмацентры 2 уровня, кроме того, травмацентры второго уровня открываются в медицинских организациях, находящихся вблизи федеральных автомобильных трасс.

Кроме того, на базе окружных центров будут развиваться и другие востребованные виды специализированной помощи (например, офтальмохирургия, пульмонология, ревматология и др.).

Отрабатывается единая система маршрутизации пациентов в соответствии с трехуровневой системой, с формированием этапной системы оказания помощи на основе стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания.

В 2013 – 2014 гг. планируется полная реконструкция здания Коммунаровской городской больницы с открытием областного реабилитационного центра мощностью 200 коек плюс дневной стационар и амбулаторной отделение.

В качестве службы маршрутизации пациентов на всех этапах, при оказании помощи в амбулаторных и стационарных условиях, планируется создание ситуационного центра, включающего в себя службу единой диспетчерской скорой помощи, call-центр для пациентов («горячую линию»), консультативные службы для врачей, службу медицинской эвакуации. Создание такого подразделение возможно с учетом оснащения системой «ГЛОНАСС».

**Структурные преобразования системы оказания медицинской помощи женщинам и детям.**

В течение 2013 – 2014 гг. планируется строительство родильного дома в г. Выборге и перинатального центра в г. Всеволожске. В настоящее время создаются четыре крупных акушерских подразделения, включающие неонатологическую службу с соответствующим оснащением, а также специализированную службу скорой помощи для организации медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, а также новорожденным, при выездах в районы области. Эта служба в значительной степени уже оснащена специализированным санитарным транспортом и оборудованием, в настоящее время работа по оснащению продолжается.

Поскольку здание Ленинградской областной детской больницы не отвечает требованиям, касающимся выделения необходимых помещений в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по соответствующим профилям, и нет возможности это здание перепланировать, запланировано строительство многопрофильной детской больницы на 500 коек во Всеволожском районе.

**Структурные преобразования системы оказания скорой помощи** запланированы как создание единой диспетчерской службы и службы медицинской эвакуации, а также переоснащение и пополнение парка санитарного автотранспорта. Эти направления представляются особо важными в связи с тем, что усложняется маршрутизация пациентов, проживающих в муниципальных районах.

**Основные параметры Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам в Ленинградской области** (утверждена постановлением Правительства Ленинградской области от 29 декабря 2012 года №461).

Средние нормативы объема медицинской помощи по ее видам в целом по Территориальной программе рассчитаны в единицах объема на 1 жителя в год, по базовой программе ОМС - на 1 застрахованное лицо. Средние нормативы объема медицинской помощи используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера средних подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных Территориальной программой, и составляют:

для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, на 2013 год 0,301 вызова на 1 жителя, в рамках базовой программы ОМС - 0,318 вызова на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической целью (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), на 2013 год - 2,245 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 2,04 посещения на 1 застрахованное лицо, по сверх базовой программе - 0,104 посещения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, на 2013 год - 2,05 обращения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 1,9 обращения на 1 застрахованное лицо, по сверх базовой программе - 0,106 посещения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2013 год - 0,36 посещения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в условиях дневных стационаров на 2013 год - 0,523 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,52 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, по сверх базовой программе - 0,003 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в стационарных условиях на 2013 год - 2,281 койко-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 1,74 койко-дня на 1 застрахованное лицо;

для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях на 2013 год - 0,091 койко-дня на 1 жителя.

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для целей формирования территориальной программы на 2013 год составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств областного бюджета Ленинградской области и местных бюджетов (далее - соответствующие бюджеты) 3 087,5 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования 2 050,2 рубля;

на 1 посещение с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов – 427,6 рубль, за счет средств обязательного медицинского страхования: по базовой программе – 286,1 рубля, дополнительный объем страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования (далее – дополнительные расходы, включаемые в тариф) – 103,2 рубля, по сверх базовой программе – 297,9 рубля.

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями
(их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов – 1 693,8 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования: по базовой программе – 829,8 рубля, дополнительные расходы, включаемые в тариф – 299,2 рубля, по сверх базовой программе - 795,3 рубля.

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования: по базовой программе – 366,3 рубля, дополнительные расходы, включаемые в тариф – 132,0 рубля.

на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств обязательного медицинского страхования (без учета применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения)): по базовой программе – 570,0 рубля, дополнительные расходы, включаемые в тариф – 163,6 рубля, по сверх базовой программе - 570,0 рубля.

на 1 случай применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) за счет средств обязательного медицинского страхования – 106 253,9 рубля;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств соответствующих бюджетов – 1 476,1 рублей, за счет средств обязательного медицинского страхования: по базовой программе – 1 756,2 рубля, дополнительные расходы, включаемые в тариф – 504,5 рубля.

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь
в стационарных условиях (включая отделения сестринского ухода), за счет средств соответствующих бюджетов – 1 537,1 рубля.

Средние подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Территориальной программой (без учета расходов федерального бюджета), составляют в 2013 году – 10 768,2 рубля, в том числе за счет средств ОМС на финансирование базовой программы ОМС за счет субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2013 году – 5 942,5 рубля; за счет средств ОМС на финансирование дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС, а также страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой ОМС за счет межбюджетных трансфертов областного бюджета Ленинградской области в 2013 году – 2 599,6 рубля; за счет средств соответствующих бюджетов Ленинградской области в 2013 году – 2 226,1 рубля.

При реализации базовой программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

 за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

 при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

за законченный случай лечения заболевания, за медицинскую услугу;

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), за медицинскую услугу;

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, - за законченный случай лечения заболевания, за медицинскую услугу;

при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

 по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в дополнение к базовой программе применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

при оплате специализированной высокотехнологичной медицинской помощи при новообразованиях, оказанной в стационарных условиях:

за законченный случай лечения заболевания;

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

при оплате первичной медико-санитарной помощи, включая профилактическую помощь при инфекционных болезнях, передающиеся половым путем, туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения, оказанной в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, в соответствии с Порядком по способам оплаты, приведенным в приложении 13 к Территориальной программе.

**Целевые показатели индикаторов плана мероприятий**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Наименование целевого показателя | Единица измерения | 2013 год | 2014 год | 2015 год | 2016 год | 2017 год | 2018 год |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|   | Показатели структурных преобразований системы оказания медицинской помощи |
| 1 | Доля расходов на оказание скорой медицинской помощи вне медицинских организаций от всех расходов на программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа государственных гарантий) | процентов | 6,90 | 6,20 | 5,70 | 5,60 | 5,50 | 5,40 |
| 2 | Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях от всех расходов на программу государственных гарантий | -"- | 32,90 | 33,20 | 34,00 | 35,10 | 36,00 | 37,00 |
| 3 | Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме от всех расходов на программу государственных гарантий | -"- | 1,70 | 2,00 | 2,10 | 2,20 | 2,40 | 3,00 |
| 4 | Доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров от всех расходов на программу государственных гарантий | -"- | 4,90 | 5,10 | 5,20 | 5,30 | 5,40 | 5,50 |
| 5 | Доля расходов на оказание медицинской помощи в стационарных условиях от всех расходов на программу государственных гарантий | процентов | 53,60 | 53,50 | 53,00 | 51,80 | 50,7 | 49,1 |
| 6 | Доля медицинских и фармацевтических работников, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд соответствующего субъекта Российской Федерации, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские или фармацевтические организации государственной и муниципальной систем здравоохранения соответствующего субъекта Российской Федерации | -"- | 75,0 | 80,0 | 85,0 | 90,0 | 95,0 | 100,0 |
| 7 | Доля аккредитованных специалистов | -"- |  0 | 0 | 0 | 0 | 20,0 | 40,0 |
| 8 | Обеспеченность населения врачами | На 100 тыс. | 32,3\* | 35,0\* | 37,8\* | 40,5\* | 43,3\* | 46,0\* |
| 9 | Соотношение врачи/средние медицинские работники |  | 1/2,3 | 1/2,4 | 1/2,5 | 1/2,6 | 1/2,7 | 1/2,8 |
| 11 | Соотношение средней заработной платы врачей и иных работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее профессиональное образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), и средней заработной платы в субъектах Российской Федерации в 2012 - 2018 годах (агрегированные значения) | процентов | 129,7 | 131,4 | 139,9 | 159,8 | 200,0 | 200,0 |
| 12 | Соотношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего предоставление медицинских услуг) и средней заработной платы в субъектах Российской Федерации в 2012 - 2018 годах (агрегированные значения) | процентов | 82,6 | 84,2 | 89,2 | 96,3 | 100,0 | 100,0 |
| 13 | Соотношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего предоставление медицинских услуг) и средней заработной платы в субъектах Российской Федерации в 2012 - 2018 годах (агрегированные значения) | -"- | 46,3 | 47,9 | 51,5 | 70,50 | 100,0 | 100,0 |
| 14 | Число дней работы койки в году | дней | 331,0 | 331,0 | 331,0 | 331,0 | 331,0 | 331,0 |
| 15 | Средняя длительность лечения больного в стационаре | дней | 11,7 | 11,7 | 11,7 | 11,7 | 11,7 | 11,7 |
| 16 | Доля врачей первичного звена от общего число врачей | процент | 56,9 | 57,9 | 58,8 | 59,7 | 60,7 | 61,6 |
| 17 | Доля пациентов, доставленных по экстренным показаниям, от общего числа пациентов, пролеченных в стационарных условиях | процент | 45,1 | 45,1 | 45,0 | 45,0 | 45,0 | 45,0 |
| **Основные показатели здоровья населения** |
| 16 | Ожидаемая продолжительность жизни при рождении | лет | 71,50 | 72,30 | 72,90 | 73,40 | 74,10 | 74,70 |
| 17 | Смертность от всех причин | на 1000 населения | 14,00 | 13,60 | 13,30 | 12,90 | 12,60 | 12,20 |
| 18 | Материнская смертность | случаев на 100 тыс. родившихся живыми | 13,30 | 13,20 | 13,10 | 13,10 | 13,00 | 12,90 |
| 19 | Младенческая смертность | случаев на 1000 родившихся живыми | 6,15 | 6,10 | 5,90 | 5,82 | 5,70 | 5,60 |
| 20 | Смертность детей в возрасте 0 - 17 лет | случаев на 10000 населения соответ-ствующего возраста | 7,30 | 7,20 | 7,10 | 7,00 | 6,90 | 6,85 |
| 21 | Смертность от болезней системы кровообращения | на 100 тыс. населения | 769,90 | 747,80 | 725,70 | 703,60 | 681,50 | 649,40 |
| 22 | Смертность от дорожно-транспортных происшествий | на 100 тыс. населения | 27,00 | 25,20 | 21,60 | 17,90 | 14,30 | 10,60 |
| 23 | Смертность от новообразований (в том числе злокачественных) | на 100 тыс. населения | 206,20 | 203,70 | 200,10 | 197,60 | 195,00 | 192,80 |
| 24 | Смертность от туберкулеза | -"- | 12,20 | 12,10 | 11,80 | 11,60 | 11,40 | 11,10 |
| 25 | Заболеваемость туберкулезом | -"- | 58,00 |  53,70 | 49,50 | 45,30 | 41,10 | 36,90 |
| 26 | Доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут | процент | 87,90 | 88,10 | 88,40 | 88,60 | 88,90 | 89,00 |

\* с учетом федеральных медицинских организаций

**II. План мероприятий**

|  | Наименование мероприятия | Срок реализации | Ответственные исполнители | Ожидаемый результат |
| --- | --- | --- | --- | --- |

|  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Формирование эффективной структуры здравоохранения Ленинградской области** |
| 1.  | Анализ итогов реализации программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации | 11 марта 2013 г. | Комитет по здравоохранению Ленинградской области | Будет проведен анализ итогов модернизации здравоохранения Ленинградской области, с точки зрения соотношения инвестиций и улучшения состояния здоровья населения.Представление результатов анализа итогов реализации программ модернизации здравоохранения Ленинградской области в Минздрав России. |
| 2. | Анализ соответствия структуры расходов по условиям и формам оказания медицинской помощи в Ленинградской области целевой структуре расходов на здравоохранение, определенной на 2018 год распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2599-р  | 11 марта 2013 г. | Комитет по здравоохранению Ленинградской области  | Будут определены направления необходимых изменений, направленных на формирование сбалансированной по видам и условиям оказания медицинской помощи. Представление в Минздрав России результатов анализа соответствия структуры расходов по условиям и формам оказания медицинской помощи в Ленинградской области целевой структуре расходов на здравоохранение, определенной на 2018 год распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2599-р.  |
|  |  |  |  |  |
| 3. | Анализ соответствия штатной численности персонала медицинских организаций Ленинградской области и муниципальных образований порядкам оказания медицинской помощи  | 11 марта 2013 г. | Комитет по здравоохранению Ленинградской области  | Будет определен дефицит (избыток) работников в штате медицинских организаций с точки зрения соответствия порядкам оказания медицинской помощи. Представление в Минздрав России результатов анализа соответствия штатной численности персонала медицинских организаций Ленинградской области и муниципальных образований порядкам оказания медицинской помощи |
| 4. | Анализ соответствия материально-технического оснащения медицинских организаций Ленинградской области и муниципальных образований порядкам оказания медицинской помощи | 20 марта 2013 г. | Комитет по здравоохранению Ленинградской области  | Будет определен дефицит (избыток) материально-технического оснащения медицинских организаций с точки зрения соответствия порядкам оказания медицинской помощи. Представление в Минздрав России результатов анализа соответствия материально-технического оснащения медицинских организаций Ленинградской области и муниципальных образований порядкам оказания медицинской помощи. |
| 5. | Анализ соответствия нормативов обеспечения льготных категорий граждан лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, стандартам оказания медицинской помощи | 20 марта 2013 г. | Комитет по здравоохранению Ленинградской области  | Будет выявлена неудовлетворенная потребность в обеспечении льготных категорий граждан лекарственными средствами и медицинскими изделиями Представление в Минздрав России результатов анализа соответствия нормативов обеспечения льготных категорий граждан лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, стандартам оказания медицинской помощи |
| 6. | Разработка региональной концепции развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения | 1 апреля 2013 г. | Комитет по здравоохранению Ленинградской области | Утверждение региональной концепции развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения, результатом реализации которой должно стать привлечение негосударственных организаций к оказанию медицинской помощи в соответствии с моделью ресурсного обеспечения системы здравоохранения Ленинградской области  |
| 7. | Формирование модели ресурсного обеспечения системы здравоохранения Ленинградской области | 1 апреля 2013 г. | Комитет по здравоохранению Ленинградской области | Модель ресурсного обеспечения системы здравоохранения Ленинградской области с указанием всех источников финансирования, в том числе внебюджетных;структура финансирования оказания медицинской помощи, а также обеспечения населения лекарственными средствами и медицинскими изделиями для льготных категорий граждан с указанием всех источников финансирования, в том числе внебюджетных по видам и объемам медицинской помощи.Внедрение эффективных способов оплаты медицинской помощи в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования |
| 8. | Разработка программы развития здравоохранения Ленинградской области с учетом государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» | 1 мая2013 г. | Комитет по здравоохранению Ленинградской области  | Утверждение программы развития здравоохранения Ленинградской области до 2020 года, направленной на повышение структурной эффективности, учитывающей региональную структуру заболеваемости и смертности населения,а также состояние инфраструктуры учреждений здравоохранения. Указанные мероприятия направлены на оптимизацию структуры оказания медицинской помощи и будут способствовать привлечению средств на повышение заработной платы медицинских работников.Программа развития здравоохранения Ленинградской области должна быть составлена с учетом раздела IV. «Основные направления структурных преобразований в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации» Методических рекомендаций по разработке органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий («дорожных карт») субъектов Российской Федерации «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения». |
| **Формирование эффективной системы управления оказанием медицинской помощи в медицинских организациях Ленинградской области** |
| 9. | Разработка и утверждение на основе методических рекомендаций Минздрава России показателей эффективности деятельности государственных медицинских организаций Ленинградской области и муниципальных организаций, их руководителей и работников | 2 декабря 2013 г. | Комитет по здравоохранению Ленинградской области | Построение системы оценки деятельности медицинских организаций, их руководителей и работников, основанной на единых принципах |
| 10. | Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации медицинских работников | ежегодно | Комитет по здравоохранению Ленинградской области | Создание условий для соответствия квалификации медицинских работников профессиональным стандартам. |
| 11. | Заключение трудовых договоров (дополнительных) соглашений с руководителями государственных и муниципальных медицинских организаций на основе типовой формы, утверждаемой Правительством Российской Федерации в соответствии со статьей 275 Трудового Кодекса Российской Федерации  | 2 декабря 2013 г.  | Комитет по здравоохранению Ленинградской области | Создание условий для повышения эффективности работы административно-управленческого персонала |
| 12. | Обучение руководителей (ответственных работников) по переводу на эффективный контракт) работников медицинских организаций  | 2 декабря 2013 г.  | Комитет по здравоохранению Ленинградской области  | Создание условий для перевода медицинских работников на эффективны контракт |
| 13. | Обеспечение перевода работников государственных и муниципальных медицинских организаций на эффективный контракт | ежегодно | Комитет по здравоохранению Ленинградской области  | Создание условий для перевода медицинских работников на эффективны контракт |
| 14. | Обеспечение дифференциации оплаты труда основного и прочего персонала медицинских организаций, оптимизация расходов на административно-управленческий персонал с учетом предельной доли расходов на оплату их труда в фонде оплаты труда учреждения - не более 40 процентов. | ежегодно | Комитет по здравоохранению Ленинградской области | Создание условий для повышения эффективности работы административно-управленческого персонала |
| **Реализация государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» в субъекте Российской Федерации** |
| 15. | Мероприятия по проведению организационных изменений в структуре медицинских организаций Ленинградской области в соответствии с утвержденной программой развития здравоохранения Ленинградской области до 2020 года | 2013-2015 годы | Комитет по здравоохранению Ленинградской области | Реализации структурных преобразований системы оказания медицинской помощи в части организационных изменений в структуре медицинских организаций субъекта Российской Федерации, направленное на повышение эффективности системы здравоохранения в соответствии с утвержденной программой развития здравоохранения Ленинградской области до 2020 года |
| 16. | Координация работы органов местного самоуправления и руководителей государственных медицинских организаций по достижению целевых показателей и индикаторов развития здравоохранения | ежегодно | Комитет по здравоохранению Ленинградской области | достижение целевых показателей и индикаторов развития здравоохранения Ленинградской области |
| 17. | Мониторинг мероприятий, направленных на повышение эффективности и качества услуг в сфере здравоохранения | ежегодно | Комитет по здравоохранению Ленинградской области | Выполнение плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения Ленинградской области» |
| 18. | Формирование независимой оценки качества работы медицинских организаций, включая критерии эффективности работы таких организаций и введение публичных рейтингов их деятельности  | ежегодно | Комитет по здравоохранению Ленинградской области | Реализация мероприятия повысит информированность потребителей о качестве медицинских услуг и стимулирует повышения качества работы медицинских организаций. |
| 19. | Аккредитация медицинских работников | с 2016 г. | Комитет по здравоохранению Ленинградской области  | Подтверждение соответствия квалификации и качества работы медицинских работников профессиональным стандартам |