



# ПОСТАНОВЛЕНИЕ

## АДМИНИСТРАЦИИ ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ

*30 апреля 2013 года*  
г. Липецк

№ 213

Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения Липецкой области на 2013-2020 годы»

В целях обеспечения доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг во исполнение распоряжения Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 года № 2599-р администрация Липецкой области постановляет:

Утвердить государственную программу «Развитие здравоохранения Липецкой области на 2013-2020 годы» (приложение).

Глава администрации  
Липецкой области

О.П.Королев

Приложение  
к постановлению администрации  
Липецкой области  
«Об утверждении государственной  
программы «Развитие здравоохранения  
Липецкой области на 2013-2020 годы»

**ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПРОГРАММА ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ  
«РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ  
НА 2013-2020 ГОДЫ»**

**I. Паспорт государственной программы Липецкой области**

Наименование государственной программы	Государственная программа Липецкой области «Развитие здравоохранения Липецкой области на 2013-2020 годы» (далее – Программа)
Ответственный исполнитель	Управление здравоохранения Липецкой области
Соисполнители	Управление строительства и архитектуры Липецкой области, управление экономики администрации Липецкой области, управление финансов Липецкой области, управление инвестиций и международных связей Липецкой области, управление внутренней политики Липецкой области, управление административных органов Липецкой области, управление образования и науки Липецкой области, управление физкультуры и спорта Липецкой области, управление сельского хозяйства Липецкой области, территориальный фонд обязательного медицинского страхования Липецкой области (далее – территориальный фонд обязательного медицинского страхования)
Сроки и этапы реализации государственной программы	Программа реализуется в один этап (2013 - 2020 годы)
Перечень областных целевых программ	Областная целевая программа 1 «Совершенствование системы охраны здоровья населения Липецкой области (2009-2013 годы)»; областная целевая программа 2 «Комплексные меры противодействия употреблению наркотиков и их незаконному обороту на 2013-2017 годы»; областная целевая программа 3 «Развитие кадров здравоохранения Липецкой области (2013-2017 годы)»; областная целевая программа 4 «Ипотечное

	кредитование врачей в 2013-2017 годах».
Подпрограммы	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи».</li> <li>2. «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации».</li> <li>3. «Охрана здоровья матери и ребенка».</li> <li>4. «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям».</li> <li>5. «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям».</li> <li>6. «Кадровое обеспечение системы здравоохранения».</li> <li>7. «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях».</li> <li>8. «Развитие информатизации в здравоохранении».</li> <li>9. «Развитие государственно-частного партнерства».</li> <li>10. «Совершенствование территориального планирования здравоохранения Липецкой области».</li> </ol>
Цель государственной программы	Обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребности населения, передовым достижениям медицинской науки
Индикаторы цели	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении; смертность от всех причин
Задачи государственной программы	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи.</li> <li>2. Повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации.</li> <li>3. Повышение эффективности службы родовспоможения и детства.</li> <li>4. Развитие медицинской реабилитации населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, том числе детей.</li> <li>5. Обеспечение медицинской помощью неизлечимых больных, в том числе детей.</li> <li>6. Обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами.</li> <li>7. Повышение обеспеченности населения качественными,</li> </ol>

	<p>эффективными и безопасными лекарственными препаратами.</p> <p>8. Создание и масштабирование аппаратно-программных решений для оказания медицинских услуг медицинским работником на основе современных информационно-телекоммуникационных технологий.</p> <p>9. Развитие взаимодействия государственной и частной систем здравоохранения</p>
Показатели задач:	<p>Показатели задачи 1:  потребление алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь);  распространённость потребления табака среди взрослого населения;  распространённость потребления табака среди детей и подростков.</p> <p>Показатели задачи 2:  смертность от болезней системы кровообращения;  смертность от дорожно-транспортных происшествий;  смертность от новообразований (в том числе от злокачественных);  смертность от туберкулёза;  заболеваемость туберкулёзом.</p> <p>Показатели задачи 3:  материнская смертность;  младенческая смертность.</p> <p>Показатели задачи 4:  снижение общей заболеваемости населения;  снижение первичного выхода на инвалидность.</p> <p>Показатели задачи 5:  охват паллиативной помощью определенных групп взрослого населения;  охват паллиативной помощью детей.</p> <p>Показатели задачи 6:  обеспеченность врачами;  соотношение врачей и среднего медицинского персонала;  средняя заработная плата врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг) от средней заработной платы в Липецкой области;  средняя заработная плата среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) от средней заработной платы в</p>

	<p>Липецкой области;  средняя заработная плата младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) от средней заработной платы в Липецкой области.</p> <p>Показатели задачи 7:  удовлетворенность потребности отдельных категорий граждан в лекарственных препаратах, отпускаемых на основании выданных рецептов;  уровень контроля качества и безопасности лекарственных препаратов, поставляемых в Липецкую область за счет средств федерального и областного бюджетов в целях амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан.</p> <p>Показатели задачи 8:  доля самозаписи через Интернет или информационные терминалы к общему количеству записанных в региональной информационно-аналитической системе (далее – РИАМС) на прием к врачу пациентов;  доля медицинских учреждений области, подключенных к РИАМС с использованием защищенных каналов связи;  доля заполненных медицинских электронных карт к общему количеству медицинских электронных карт заведенных в РИАМС;  количество медицинских услуг, оказанных населению с использованием телемедицинских технологий.</p> <p>Показатель задачи 9:  доля частных медицинских организаций, участвующих в оказании медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий в общем числе участвующих медицинских организаций.</p>
<p>Объемы бюджетных ассигнований государственной программы</p>	<p>Прогнозируемый объем финансирования Программы составит 135 521552,4 тыс. рублей, в том числе:  прогнозируемый объем финансирования из средств федерального бюджета - 14 171 974,9 тыс. рублей, в том числе:</p> <p>2013 год – 710 347,0 тыс. рублей;  2014 год – 2 533 526,4 тыс. рублей;  2015 год – 2 856 813,9 тыс. рублей;  2016 год – 1 913 904,3 тыс. рублей;  2017 год – 1 712 521,2 тыс. рублей;  2018 год – 1 664 598,0 тыс. рублей;  2019 год – 1 379 383,4 тыс. рублей;  2020 год – 1 400 880,7 тыс. рублей;</p> <p>прогнозируемый объем финансирования из средств</p>

	<p>областного бюджета - 31 436 215,5 тыс. рублей, в том числе:</p> <p>2013 год – 3 552 086,5 тыс. рублей;  2014 год – 3 600 776,2 тыс. рублей;  2015 год – 3 791 842,3 тыс. рублей;  2016 год – 3 763 630,0 тыс. рублей;  2017 год – 3 934 405,5 тыс. рублей;  2018 год – 4 070 424,0 тыс. рублей;  2019 год – 4 255 498,0 тыс. рублей;  2020 год – 4 467 553,0 тыс. рублей;</p> <p>прогнозируемый объем финансирования из средств территориального фонда обязательного медицинского страхования - 89 913 362,0 тыс. рублей, в том числе:</p> <p>2013 год – 7 602 000,0 тыс. рублей;  2014 год – 8 870 500,0 тыс. рублей;  2015 год – 10 666 000,0 тыс. рублей;  2016 год – 11 360 662,0 тыс. рублей;  2017 год – 11 928 696,0 тыс. рублей;  2018 год – 12 525 135,0 тыс. рублей;  2019 год – 13 151 398,0 тыс. рублей;  2020 год – 13 808 971,0 тыс. рублей.</p> <p>Объемы финансирования ежегодно уточняются.</p>
<p>Ожидаемые результаты реализации государственной программы</p>	<p>Достижение к 2020 году:</p> <p>увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 74,3 лет;  снижение смертности от всех причин до 11,4 случаев на 1000 населения;  снижение потребления алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) до 9,0 литров на душу населения в год;  снижение распространённости потребления табака среди взрослого населения до 35,0%;  снижение распространённости потребления табака среди детей и подростков до 16,0%;  снижение смертности от болезней системы кровообращения до 622,4 случаев на 100 тыс. населения;  снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий 10,0 случаев на 100 тыс. населения;  снижение смертности от новообразований (в том числе от злокачественных) до 190,0 случаев на 100 тыс. населения;  снижение смертности от туберкулёза до 4,3 случаев на 100 тыс. населения;  снижение уровня заболеваемости туберкулёзом до 35,0 случаев на 100 тыс. населения;</p>

	<p>снижение материнской смертности до 7,3 случаев на 100 тыс. родившихся живыми;</p> <p>снижение младенческой смертности до 7,2 случаев на 1000 родившихся живыми;</p> <p>увеличение обеспеченности врачами до 46,2 на 10 тыс. населения;</p> <p>соотношение врачей и среднего медицинского персонала 1:3,3;</p> <p>повышение средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг) до 200% от средней заработной платы в Липецкой области;</p> <p>повышение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) до 100% от средней заработной платы в Липецкой области;</p> <p>повышение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) до 100% от средней заработной платы в Липецкой области.</p>
--	---

## II. Текстовая часть

### 1. Характеристика сферы реализации Программы, в том числе формулировка основных проблем в сфере здравоохранения

Здоровье граждан, как социально-экономическая категория, является неотъемлемым фактором трудового потенциала общества и представляет собой основной элемент национального богатства страны. Ценность здоровья, как важнейшего ресурса, необходимого для производства материальных и культурных благ, определяется современными тенденциями снижения воспроизводства населения, процессом его старения и, таким образом, уменьшением численности населения.

Численность постоянного населения Липецкой области на 1 января 2012 года составила 1165,9 тыс. человек, сократившись с 2005 года на 24,0 тыс. человек, или 2,0%. Численность населения трудоспособного возраста уменьшилась за анализируемый период на 4,5% (с 724496 до 692011 чел.), подростков (15-17 лет) - на 39,5% (с 56794 до 34336 чел.), детского населения (0-14 лет) - на 0,2% (с 167322 до 167045 чел.). В возрастной структуре населения области лица младше

трудоспособного возраста составляют 15,2%, трудоспособное население – 59,4%, старше трудоспособного возраста – 25,4%. Соотношение мужчин и женщин: 1/1,2.

Уровень рождаемости в 2012 году по сравнению с 2005 годом вырос на 24,7% (с 9,3 до 11,6 на 1000 чел. населения). Прирост рождаемости уменьшился соответственно периодам. Если с 2005 года по 2008 год ее среднегодовое увеличение составляло 5%, то за период с 2008 года по 2009 год – 1%. Динамика показателя в 2009-2010 годах отсутствовала, с 2010 года по 2011 год регистрировалось снижение на 1,8%, с 2011 года по 2012 год - рост на 6,4%. Данное обстоятельство связано с уменьшением количества женщин фертильного возраста (в 2005 году – 318,8 тыс. чел., в 2012 году – 285,0 тыс. чел.).

Уровень смертности за период с 2005 года по 2012 год снизился на 7,8% (с 1794,2 до 1530,0 на 100 тыс. нас.). Смертность населения сократилась за счет уменьшения случаев смерти от болезней системы кровообращения - на 26,9% (с 1188,1 до 868,0 на 100 тыс. нас.), от внешних причин – на 30,5% (с 207,6 до 149,9 на 100 тыс. нас.), от болезней дыхания – на 28,6% (с 65,0 до 46,4 на 100 тыс. нас.), от инфекционных и паразитарных болезней - на 40,3% (с 13,4 до 8,0 на 100 тыс. нас.).

Коэффициент естественной убыли населения за анализируемый период уменьшился в 2,3 раза, или с (-8,64) до (-3,7) на 1000 населения.

Лидирующие позиции в структуре причин смертности занимают болезни системы кровообращения, от которых в 2012 году умерли 10102 чел., или 56,7% от общего количества умерших. На втором месте следуют новообразования, доля умерших от которых - 13,2%. Несчастные случаи, травмы и отравления явились причиной смерти в 9,4% случаев.

Показатель смертности от болезней системы кровообращения на 100 тыс. человек с 2005 года по 2012 год уменьшился на 26,9 %. В 2010 году он составил 957,2, в 2011 году – 841,4, в 2012 году – 868,0 случаев на 100 тыс. человек. Доля смертности от ишемической болезни сердца в структуре смертности от болезней системы кровообращения - 57 %.

В 2012 году смертность от онкологических заболеваний составила 201,2 на 100 тыс. человек, увеличившись на 4,0% по сравнению с 2011 годом: в 2011 году – 193,4, в 2010 году – 196,2, в 2009 году - 204,5, в 2008 году - 197,8, в 2007 году - 202,1, в 2006 году - 194,3; в 2005 году - 190,0.

Смертность от внешних причин на 100 тыс. человек в сравнении с 2005 годом уменьшилась на 30,5%: в 2012 году – 144,3, в 2011 году - 149,9, в 2010 году - 144,4, в 2009 году - 153,3, в 2008 году - 172,7, в 2007 году - 177,6, в 2006 году - 200,2, в 2005 году - 207,6.

Следует отметить, что более чем в двух третях случаев смертность от внешних причин связана со злоупотреблением алкогольными напитками. В 2012 году смертность в результате случайного отравления алкоголем составила 20,7 на 100 тыс. населения. Средний возраст смерти от случайного отравления алкоголем среди мужчин - 46,2 лет, среди женщин – 56,3 года.

Смертность от всех видов транспортных несчастных случаев, включая дорожно-транспортных происшествия, в 2012 году в Липецкой области составила 26,9 на 100 тыс. населения, в 2011 году – 28,1, в 2010 году - 24,4, в 2009 году - 25,0, в 2008 году - 30,8, в 2007 году – 29,4, в 2006 году - 29,6.



На территории области регистрируется положительная тенденция увеличения показателя ожидаемой продолжительности жизни населения. Если в 2004 году она составляла 66 лет, то к 2012 году увеличилась до 70,0 лет. Вместе с тем сохраняется высокая разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин и составляет около 14 лет. Ключевое влияние на формирование данного показателя оказывает смертность людей трудоспособного возраста, главным образом, мужчин, которая в 5,1 раза превышает таковую среди женщин.

На фоне сложившихся демографических показателей естественного движения населения отмечается стойкая тенденция увеличения хронических заболеваний, атипичность их течения и многосистемность поражения, а также связанное с этим возрастание потребности в получении соответствующей специализированной медицинской помощи.

Показатель первичной инвалидности взрослого населения Липецкой области за период с 2005 года по 2012 год уменьшился в 3 раза, или с 217,5 до 70,8 на 10 тыс. населения. В общем числе впервые признанных инвалидами доля лиц трудоспособного возраста в 2012 году составила 52,6%, увеличившись по сравнению с 2005 годом на 16,3% (в 2005 году - 36,3%, в 2006 году – 39,7%, в 2007 году – 40,7%, в 2008 году – 44,3%, в 2009 году – 48%, в 2010 году – 50,2%, в 2011 году - 53,1%, в 2012 году – 52,6%), что указывает на необходимость совершенствования мероприятий, направленных на комплексное решение задач по снижению инвалидизации населения, включая формирование системы эффективной профилактики, дальнейшее повышение качества оказания медицинской помощи и развитие медицинских реабилитационных технологий.

Таким образом, несмотря на положительные изменения медико-демографических показателей, состояние общественного здоровья в Липецкой области определяет необходимость его дальнейшего улучшения. Создание условий для повышения качества и доступности медицинской помощи населению Липецкой области с учетом демографической ситуации является приоритетным направлением государственной политики в сфере здравоохранения.

Основной целевой установкой Программы является создание необходимых условий для сохранения здоровья граждан. Достижение указанной цели требует обеспечения доступности профилактики, диагностики и лечения заболеваний с использованием современных медицинских изделий, а также качественной и эффективной лекарственной терапии.

## 2. Приоритеты государственной политики в сфере охраны здоровья, цели, задачи, индикаторы достижения целей и показатели решения задач, прогноз развития в сфере охраны здоровья

Приоритеты государственной политики в сфере охраны здоровья, цели и задачи Программы определены с учетом содержания Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 «О

мероприятиях по реализации государственной социальной политики», Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», Закона Липецкой области от 25 декабря 2006 года № 10-ОЗ «Стратегия социально-экономического развития Липецкой области на период до 2020 года», постановления администрации Липецкой области от 28 февраля 2013 года № 103 «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Липецкой области».

В долгосрочном периоде приоритетами государственной политики в сфере здравоохранения являются:

реализация мер, направленных на снижение смертности населения, прежде всего от основных причин смерти;

профилактика, своевременное выявление и коррекция факторов риска неинфекционных заболеваний, а также диагностика и лечение на ранних стадиях заболеваний, вносящих наибольший вклад в структуру смертности и инвалидизации населения;

профилактика и своевременное выявление профессиональных заболеваний; снижение материнской и младенческой смертности.

Перечисленные приоритеты будут обеспечиваться за счет структурных преобразований системы здравоохранения, включающих в себя:

1. Структурные преобразования системы оказания первичной медико-санитарной помощи.

1.1. Создание межмуниципальных консультативно-диагностических центров первичной специализированной медицинской помощи.

1.2. Формирование потоков пациентов по единым принципам маршрутизации.

1.3. Развитие стационарозамещающих и выездных методов работы.

1.4. Создание в структуре медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, подразделений неотложной медицинской помощи, работающих во взаимодействии с единой диспетчерской службой скорой медицинской помощи.

1.5. Совершенствование принципов взаимодействия со стационарными учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи.

1.6. Совершенствование системы диспансеризации населения и развитие патронажной службы для проведения активных посещений к хроническим больным на дому.

1.7. Сохранение и развитие первичной медико-санитарной помощи сельскому населению за счет сохранения и развития фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, центров общей врачебной практики, расширения выездной работы в составе врачебных бригад.

2. Структурные преобразования системы оказания специализированной (стационарной) помощи.

2.1. Развитие этапной системы оказания специализированной медицинской помощи на основе стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания.

2.2. Создание в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, службы маршрутизации,

ответственной за организацию долечивания и реабилитации выписывающихся больных, а также внедрение новых медицинских технологий.

2.3. Обеспечение преемственности в ведении больного на всех этапах.

2.4. Оптимизация структуры отрасли путем объединения маломощных больниц и поликлиник и создания многопрофильных медицинских центров.

2.5. Обеспечение доступности для населения современных эффективных медицинских технологий.

2.6. Оптимизация оказания медицинской помощи в стационарных условиях на основе оптимизации структуры коечного фонда медицинских организаций и интенсификации занятости койки с учетом ее профиля, а также развития стационарозаменяющих технологий.

2.7. Развитие системы оказания медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи.

3. Структурные преобразования системы оказания медицинской помощи матерям и детям.

3.1. Совершенствование службы родовспоможения путем формирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи на основе развития сети перинатальных центров и маршрутизации беременных.

3.2. Развитие многопрофильных и специализированных педиатрических стационаров с учетом региональных потребностей в конкретных видах медицинской помощи.

3.3. Развитие организационных технологий, предусматривающих четкую маршрутизацию больных детей в тесной привязке к действующей сети медицинских организаций с учетом региональных особенностей заболеваемости и смертности детей.

4. Структурные преобразования системы оказания скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, предусматривают создание единой диспетчерской службы скорой медицинской помощи с использованием технологий управления приема и обработки вызовов на базе спутниковой навигационной системы ГЛОНАСС.

5. Кадровое обеспечение здравоохранения Липецкой области.

Реализация Программы предусматривает достижение цели: обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребности населения, передовым достижениям медицинской науки.

Для достижения цели предусматривается решение следующих основных задач:

1. Обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи.

2. Повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации.

3. Повышение эффективности службы родовспоможения и детства.

4. Развитие медицинской реабилитации населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, том числе детей.

5. Обеспечение медицинской помощью неизлечимых больных, в том числе детей.

6. Обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами.

7. Повышение обеспеченности населения качественными, эффективными и безопасными лекарственными препаратами

8. Создание и масштабирование аппаратно-программных решений для оказания медицинских услуг медицинским работником на основе современных информационно-телекоммуникационных технологий.

9. Развитие взаимодействия государственной и частной систем здравоохранения.

Прогноз развития сферы здравоохранения определяется основными направлениями социально-экономического развития Липецкой области, индикаторами и показателями состояния общественного здоровья, инфраструктуры лечебной сети, эффективного использования ресурсов отрасли, предусмотренными документами стратегического планирования.

Развитие системы персонифицированного учета оказания медицинских услуг, расширенное внедрение электронной медицинской карты, ведение единого регистра медицинских работников, электронного паспорта медицинского учреждения и паспорта системы здравоохранения Липецкой области обеспечат функционирование и постоянную актуализацию современной системы сбора, обработки и анализа информации.

### 3. Прогноз конечных и непосредственных результатов Программы, характеризующих состояние (изменение состояния) в сфере охраны здоровья

Эффективность реализации Программы оценивается по целевым индикаторам и показателям задач, характеризующим изменение состояния общественного здоровья и ресурсов здравоохранения.

Сведения об индикаторах цели и показателях задач государственной программы с формированием плановых значений по годам ее реализации представлены в приложении 2 к Программе.

Конечные результаты Программы отражают достижение цели Программы.

Реализация Программы позволит повысить качество и доступность медицинской помощи, лекарственного обеспечения населения. К ожидаемым конечным результатам выполнения Программы относятся:

увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 74,3 лет;

снижение смертности от всех причин до 11,4 случаев на 1000 населения;

снижение потребления алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) до 9,0 литров на душу населения в год;

снижение распространённости потребления табака среди взрослого населения до 35,0%;

снижение распространённости потребления табака среди детей и подростков до 16,0%;

снижение смертности от болезней системы кровообращения до 622,4 случаев на 100 тыс. населения;

снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий 10,0 случаев на 100 тыс. населения;

снижение смертности от новообразований (в том числе от злокачественных) до 190,0 случаев на 100 тыс. населения; снижение смертности от туберкулёза до 4,3 случаев на 100 тыс. населения;

снижение уровня заболеваемости туберкулёзом до 35,0 случаев на 100 тыс. населения;

снижение материнской смертности до 7,3 случаев на 100 тыс. родившихся живыми;

снижение младенческой смертности до 7,2 случаев на 1000 родившихся живыми;

увеличение обеспеченности врачами до 46,2 на 10 тыс. населения;

соотношение врачей и среднего медицинского персонала 1:3,3;

повышение средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг) до 200% от средней заработной платы в Липецкой области;

повышение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) до 100% от средней заработной платы в Липецкой области;

повышение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) до 100% от средней заработной платы в Липецкой области.

Прогноз оценки эффективности реализации государственной программы может быть сделан по следующим непосредственным результатам, утвержденным постановлением администрации Липецкой области от 28 февраля 2013 года № 103 «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Липецкой области» (табл. 1- 2).

#### 4. Этапы и сроки реализации Программы

Сроки реализации Программы охватывают период 2013-2020 годов без выделения этапов.

Показатели структурных преобразований системы оказания медицинской помощи

Таблица 1

№ п/п	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
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)	процент	5,7	5,6	5,4	5,3	5,2	5,1
2	Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях от всех расходов на программу государственных гарантий	процент	28,5	29,0	29,4	29,6	30,6	31,7
3	Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме от всех расходов на программу государственных гарантий	процент	1,5	1,9	2,2	2,7	3,3	3,9
4	Доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров от всех расходов на программу государственных гарантий	процент	7,1	7,9	8,1	8,2	8,5	9,1

5	Доля расходов на оказание медицинской помощи в стационарных условиях от всех расходов на программу государственных гарантий	процент	57,2	55,6	54,9	54,2	52,4	50,2
---	---	---------	------	------	------	------	------	------

1	2	3	4	5	6	7	8	9
6	Доля медицинских и фармацевтических работников, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд Липецкой области, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские или фармацевтические организации государственной системы здравоохранения Липецкой области	процент	75,0	80,0	85,0	90,0	95,0	100,0
7	Доля аккредитованных специалистов	процент	-	-	-	-	20	40
8	Обеспеченность населения врачами	на 10 тысяч человек населения	37,58	39,27	40,95	42,63	44,32	46,0
9	Соотношение врачи/средние медработники		1/3	1/3,1	1/3,1	1/3,2	1/3,2	1/3,3
10	Соотношение средней заработной платы врачей и иных работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), и средней заработной платы в Липецкой области (агрегированные значения)	процент	131,9	149,4	169,4	191,8	200,0	200,0
11	Соотношение средней заработной платы	процент	68,4	75,7	83,7	92,5	100,0	100,0

	среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего предоставление медицинских услуг) и средней заработной платы в Липецкой области (агрегированные значения)							
1	2	3	4	5	6	7	8	9
12	Соотношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего предоставление медицинских услуг) и средней заработной платы в Липецкой области (агрегированные значения)	процент	44,7	52,7	62,1	73,2	100,0	100,0
13	Число дней занятости койки в году	дней	327,2	328,5	329,6	330,1	331,5	331,5
14	Средняя длительность лечения больного в стационаре	дней	12,0	11,9	11,9	11,8	11,8	11,7
15	Доля врачей первичного звена здравоохранения от общего числа врачей	процент	58,8	59,8	60,7	61,7	62,7	63,6
16	Доля пациентов, доставленных по экстренным показаниям, от общего числа пациентов, пролеченных в стационарных условиях	процент	42,7	42,7	42,7	42,7	42,7	42,7



Основные показатели здоровья населения

Таблица 2

№ п/п	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
1	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	лет	70	70,8	71,4	72,0	73,0	74,0
2	Смертность от всех причин	на 1000 населения	15,3	14,7	14,3	13,5	13,0	11,8
3	Материнская смертность	Случаев на 100 тыс. родившихся живыми	7,3	7,3	7,3	7,3	7,3	7,3
1	2	3	4	5	6	7	8	9
4	Младенческая смертность	случаев на 1000 родившихся живыми	8,7	8,5	8,3	8,1	7,8	7,5
5	Смертность детей в возрасте 0-17 лет	случаев на 10 000 населения соответствующего возраста	8,2	8,1	8,0	7,8	7,7	7,6
6	Смертность от болезней системы кровообращения	на 100 тыс. населения	868,0	852,0	800,0	749,5	699,4	649,4
7	Смертность от дорожно-транспортных происшествий	на 100 тыс. населения	17,6	16,0	14,4	12,8	11,2	10,0
8	Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных)	на 100 тыс. населения	201,2	199,0	198,0	196,0	194,0	192,8
9	Смертность от туберкулеза	на 100 тыс. населения	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3

10	Заболеваемость туберкулезом	на 100 тыс. населения	47,8	46,8	45,8	44,8	44,0	43,46
11	Доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 мин	процент	83,0	85,5	86,4	87,2	88,1	89,0

## 5. Перечень и краткое описание областных целевых программ и подпрограмм с указанием сроков и ожидаемых результатов

Для достижения поставленной цели и решения задач Программы реализуются четыре областные целевые программы в сфере здравоохранения и десять подпрограмм в соответствии с Перечнем областных целевых программ, подпрограмм Программы (приложение 1), Перечнем ведомственных целевых программ и основных мероприятий Программы (приложение 3):

1. Областная целевая программа 1 «Совершенствование системы охраны здоровья населения Липецкой области (2009-2013 годы).

2. Областная целевая программа 2 «Комплексные меры противодействия употреблению наркотиков и их незаконному обороту на 2013-2017 годы».

3. Областная целевая программа 3 «Развитие кадров здравоохранения Липецкой области (2013-2017 годы)».

4. Областная целевая программа 4 «Ипотечное кредитование врачей в 2013-2017 годах».

5. Подпрограмма «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи».

6. Подпрограмма «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации».

7. Подпрограмма «Охрана здоровья матери и ребенка».

8. Подпрограмма «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям».

9. Подпрограмма «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»;

10. Подпрограмма «Кадровое обеспечение системы здравоохранения».

11. Подпрограмма «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях».

12. Подпрограмма «Развитие информатизации в здравоохранении».

13. Подпрограмма «Развитие государственно-частного партнерства».

14. Подпрограмма «Совершенствование системы территориального планирования здравоохранения Липецкой области».

### Областная целевая программа «Совершенствование системы охраны здоровья населения Липецкой области (2009-2013 годы)

Целью данной Программы является сохранение и укрепление общественного здоровья, дальнейшее снижение инвалидизации и смертности населения на основе устойчивого развития системы здравоохранения области, предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями посредством решения задач:

снижения смертности населения от предотвратимых причин;

улучшения лечебно-диагностической помощи больным туберкулезом;

улучшения качества жизни больных сахарным диабетом;

создания безопасного коллективного иммунитета к инфекциям, управляемым средствами специфической профилактики;

раннего выявления вируса иммунодефицита человека и предупреждение распространения ВИЧ-инфекции;

совершенствования диагностики вирусных гепатитов с целью профилактики хронизации процесса;

совершенствования медицинской помощи больным с артериальной гипертонией и ассоциированными сердечно-сосудистыми заболеваниями;

совершенствования диагностики визуальных форм злокачественных новообразований на ранних стадиях;

совершенствования системы диагностики и профилактики инфекций, передаваемых половым путем;

улучшения качества оказания медицинской помощи психиатрическим больным;

совершенствования методов раннего выявления врожденных патологий у детей и их реабилитации;

создания единого информационного пространства здравоохранения;

совершенствования специализированной медицинской помощи больным с урологическими заболеваниями;

совершенствования системы лечения и реабилитации больных алкоголизмом.

Сроки реализации программы – 2009-2013 годы.

Ожидаемыми результатами Программы являются:

снижение смертности населения в трудоспособном возрасте до 665,0 на 100 тыс. населения;

снижение смертности населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения до 225,0 на 100 тыс. населения соответствующего возраста;

снижение уровня потребления алкогольной продукции на душу населения на 10%;

снижение доли курящих среди населения до 50,0%;

увеличение процента больных с диагнозом "наркомания", состоящих под наблюдением на конец отчетного периода, находящихся в ремиссии от 6 месяцев и более, до 29,0%;

снижение заболеваемости туберкулезом на 6,2%;

увеличение численности лиц, обследованных на туберкулез, до 1054823 человек;

численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям по задаче 2 - 72 человека;

снижение заболеваемости сахарным диабетом на 5,5%;

снижение численности умерших от осложнений сахарного диабета до 70 человек;

численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям по задаче 3 - 22 человека;

снижение заболеваемости болезнями, вызванными вирусом иммунодефицита человека, на 6,2%;

увеличение численности лиц, прошедших диспансерное наблюдение, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, до 641 человека;

численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям по задаче 5 - 85 человек;

снижение заболеваемости вирусными гепатитами В и С на 8,2%;

увеличение численности лиц, прошедших диспансерное наблюдение, инфицированных вирусными гепатитами В и С, до 12100 человек;

численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям по задаче 6 - 75 человек;

снижение заболеваемости болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, на 18,6%;

увеличение численности лиц, обследованных на наличие артериальной гипертонии, до 5633 человек;

численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям по задаче 7 - 93 человека;

снижение заболеваемости злокачественными новообразованиями на 0,9%;

увеличение численности лиц, обследованных на онкологические заболевания до 55800 человек;

численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям по задаче 8 - 106 человек;

снижение заболеваемости сифилисом на 100 тыс. населения на 7,5%;

снижение заболеваемости гонореей на 100 тыс. населения на 9,0%;

численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям по задаче 9 - 38 человек;

снижение заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения на 4,2%;

снижение численности больных психическими расстройствами, госпитализированных в стационар, до 5200 человек;

численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям по задаче 10 - 113 человек;

снижение младенческой смертности до 6,9 на 1000 родившихся живыми;

снижение первичного выхода на инвалидность детей в возрасте от 0 до 17 лет до 18,0 на 10 тыс. населения соответствующего возраста;

увеличение доли обследованных детей при проведении неонатального скрининга до 99,8% от общего числа родившихся;

увеличение доли обследованных детей при проведении аудиологического скрининга до 95,0% от общего числа родившихся;

повышение охвата учреждений здравоохранения, органов управления здравоохранением использованием ресурсов региональной информационно-аналитической медицинской системы до 100%.

увеличение количества малоинвазивных высокотехнологичных хирургических вмешательств до 142 операций;

снижение смертности населения трудоспособного возраста от злоупотребления алкоголем случаев до 107,8 случаев на 100 тыс. населения соответствующего возраста.

Областная целевая программа «Комплексные меры противодействия употреблению наркотиков и их незаконному обороту на 2013-2017 годы»

Целью данной Программы является уменьшение масштабов употребления наркотиков среди населения Липецкой области.

Для достижения данной цели запланировано решение следующих задач:

обеспечение действенной профилактики наркомании среди населения;

улучшение межведомственного взаимодействия по профилактике наркологических расстройств среди населения (координация действий субъектов по профилактике и совершенствованию мониторинга наркологической ситуации);

совершенствование системы лечения и реабилитации больных наркоманией;

укрепление материально-технической базы субъектов антинаркотической деятельности.

Сроки реализации программы – 2013-2017 годы.

Ожидаемыми результатами Программы являются:

снижение доли лиц, употребляющих наркотики, среди населения области в течение последнего года перед социологическим опросом с 5,6% до 4,8%;

увеличение доли населения области, информированного о вредных последствиях употребления наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, с 75% до 90%;

повышение охват населения социологическими опросами с 5000 до 6000 человек;

увеличение доли больных с диагнозом "наркомания", прошедших реабилитацию, находящихся в ремиссии более 3 лет, с 25% до 28%;

уменьшение количества лиц, привлеченных к уголовной ответственности за правонарушения, связанные с употреблением наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов с 258 до 232 единиц.

Областная целевая программа «Развитие кадров здравоохранения Липецкой области (2013-2017 годы)»

Целями данной Программы являются:

совершенствование и перспективное развитие обеспеченности здравоохранения Липецкой области медицинскими кадрами;

поэтапное устранение дефицита медицинских кадров, а также регионального кадрового дисбаланса;

обеспечение притока в медицинские организации Липецкой области врачей и средних медицинских работников, позволяющего восполнять естественную убыль;

планирование подготовки и трудоустройства медицинских работников с использованием современных технологий кадрового менеджмента, эффективных мотивационных механизмов, позволяющих обеспечить медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области квалифицированными кадрами, способными улучшить качество оказания медицинской помощи населению Липецкой области;

повышение престижа профессии медицинского работника.

Задачами данной Программы являются:

формирование системы управления кадровым потенциалом здравоохранения Липецкой области с учетом структуры региональной потребности в медицинских кадрах, их оптимального размещения и эффективного использования;

достижение полноты укомплектованности медицинских организаций медицинскими работниками;

создание условий для планомерного роста профессионального уровня знаний и умений медицинских работников;

обеспечение социальной защиты, повышение качества жизни медицинских работников на основе приведения оплаты труда в соответствие с объемами, сложностью и эффективностью оказания медицинской помощи;

регулирование подготовки и сохранение медицинских кадров для здравоохранения Липецкой области с помощью мониторинга кадров при реализации его организационно-методической, информационно - аналитической поддержки.

Сроки реализации программы – 2013-2017 годы.

Реализация Программы позволит:

сохранить и развить кадровый потенциал здравоохранения Липецкой области;

расширить возможности повышения квалификационного уровня медицинских работников с высшим и средним медицинским образованием, профессиональной переподготовки;

преодолеть негативную тенденцию оттока медицинских кадров в трудоспособном возрасте;

повысить и достичь наиболее полной укомплектованности врачами и медицинскими сестрами медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в городских и сельских населенных пунктах Липецкой области;

обеспечить население Липецкой области врачами специальностей, по профилю которых регистрируется наиболее высокая частота распространения болезней на территории Липецкой области;

изменить систему оплаты труда медицинских работников, стимулирующую улучшение количественных и качественных показателей их деятельности, профессиональный рост; переход медицинских организаций на «эффективный контракт»;

создать базы данных вакантных должностей для медицинских работников в системе здравоохранения области.

К 2017 году планируется достичь следующих показателей эффективности:

1. Кадровое обеспечение здравоохранения. Индикаторы совершенствования планирования численности и структуры кадров работников здравоохранения:

обеспеченность населения Липецкой области врачами на 10 тыс. населения - 40,4;

обеспеченность средними медицинскими работниками на 10 тыс. населения - 129,3;

соотношение врачей и средних медицинских работников - 1/3;

обеспеченность врачами сельского населения на 10 тыс. населения - 20,0;

обеспеченность средними медицинскими работниками сельского населения на 10 тыс. населения - 86,2;

обеспеченность врачами клинических специальностей на 10 тыс. населения - 27,0;

укомплектованность медицинских организаций государственной системы здравоохранения Липецкой области, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях врачами и средними медицинскими работниками - 93,6%;

укомплектованность медицинских организаций государственной системы здравоохранения Липецкой области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь врачами и средними медицинскими работниками - 95,2%;

темпы прироста численности врачей по особо востребованным в Липецкой области специальностям - 4,5%;

темпы прироста численности средних медицинских работников по особо востребованным в Липецкой области специальностям - 3% .

2. Повышение престижа профессии врача и среднего медицинского работника:

доля специалистов с медицинским образованием, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд Липецкой области, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области - 84%;

доля медицинских организаций, перешедших на «эффективный контракт» с медицинскими работниками - 100%.

Областная целевая программа «Ипотечное кредитование врачей в 2013-2017 годах»

Целью данной Программы является поэтапное устранение дефицита врачей наиболее дефицитных специальностей в государственных медицинских организациях Липецкой области посредством реализации дифференцированных мер социальной поддержки врачей наиболее дефицитных специальностей в государственных медицинских организациях Липецкой области путем создания благоприятных условий для обеспечения их доступным жильем с использованием механизмов ипотечного жилищного кредитования.

Сроки реализации программы – 2013-2017 годы.

Успешное выполнение мероприятий Программы позволит достигнуть следующих результатов:

сокращения дефицита обеспеченности врачами до 23,2 %;

увеличения доли врачей, улучшивших жилищные условия, до 61,2 %.

Подпрограмма 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи»

Целями данной Программы являются:

увеличение продолжительности активной жизни населения за счет формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний;

повышение качества и доступности первичной медико-санитарной помощи.

Реализация поставленных целей обеспечивается решением следующих взаимосвязанных задач:

развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения области, в том числе снижение распространенности наиболее значимых факторов риска;

снижения уровня распространенности инфекционных заболеваний, профилактика которых осуществляется проведением иммунизации населения в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок;

раннего выявления инфицированных ВИЧ, острыми вирусными гепатитами В и С;

реализации дифференцированного подхода к организации работы в рамках первичной медико-санитарной помощи профилактических осмотров и диспансеризации населения, в том числе детей, в целях обеспечения своевременного выявления заболеваний, дающих наибольший вклад в показатели инвалидизации и смертности населения.

Сроки реализации подпрограммы – 2013-2020 годы.

Основные ожидаемые результаты подпрограммы:

увеличение доли детей, имеющих I - II группу здоровья - до 80%;

снижение распространённости потребления табака среди взрослого населения до 35,0%;

снижение распространённости потребления табака среди детей и подростков до 16,0%;

уменьшение доли лиц, имеющих ожирение (индекс массы тела более 30 кг/кв. м) - до 25 % от всего населения;

увеличение выявляемости больных злокачественными новообразованиями на I - II ст. заболевания - до 57,2% от общего числа выявленных новообразований;

увеличение охвата населения профилактическими осмотрами на туберкулез -



до 90% от подлежащего осмотрам населения;

сохранение на спорадическом уровне распространенности дифтерии, эпидемического паротита, кори, краснухи, полиомиелита;

обеспечение охвата иммунизацией населения против вирусного гепатита В, дифтерии, коклюша и столбняка, кори, краснухи, эпидемического паротита в декретированные сроки - до 95%;

увеличение доли ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих на диспансерном учете, от числа выявленных - до 56,9%.

Подпрограмма 2 «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»

Целью подпрограммы является повышение доступности и качества оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации.

Реализация поставленной цели обеспечивается решением следующих задач:

увеличение доли абациллированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением;

совершенствование оказания специализированной медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С;

модернизация наркологической службы;

совершенствование методов диагностики и лечения психических расстройств, внедрение современных методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации;

снижение уровня смертности от ишемической болезни сердца и инсульта;

увеличение пятилетней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями, снижение одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями;

совершенствование системы управления скорой медицинской помощью;

снижение больничной летальности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий;

соответствие деятельности учреждений здравоохранения порядкам и стандартам оказания медицинской помощи;

поддержка развития инфраструктуры специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;

поддержка развития инфраструктуры службы крови.

Сроки реализации подпрограммы – 2013-2020 годы.

Основные ожидаемые результаты подпрограммы:

доля абациллированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением - 66,5%;

доля ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию, от числа состоящих на диспансерном учете – 36,2%; число наркологических больных, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет, на 100 наркологических больных среднегодового контингента - 9,68;

число наркологических больных, находящихся в ремиссии более 2 лет на 100 наркологических больных среднегодового контингента -10,4;

доля больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2-х лет – 12,9 % от среднегодового контингента больных алкоголизмом;

Достижению поставленных в подпрограмме целей способствует решение следующих приоритетных задач:

1. Увеличение доли абациллированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением.

2. Совершенствование оказания специализированной медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С.

3. Модернизация наркологической службы.

4. Совершенствование методов диагностики и лечения психических расстройств, внедрение современных методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации.

5. Снижение уровня смертности от ишемической болезни сердца и инсульта.

6. Увеличение пятилетней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями, снижение одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями.

7. Совершенствование системы управления скорой медицинской помощью.

8. Снижение больничной летальности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий.

9. Соответствие деятельности учреждений здравоохранения порядкам и стандартам оказания медицинской помощи.

10. Поддержка развития инфраструктуры специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

11. Поддержка развития инфраструктуры службы крови.

Индикаторы, характеризующие достижение цели подпрограммы:

доля абациллированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением - 66,5%;

доля ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию, от числа состоящих на диспансерном учете - 36,2%;

число наркологических больных, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет, на 100 наркологических больных среднегодового контингента - 9,68;

число наркологических больных, находящихся в ремиссии более 2 лет, на 100 наркологических больных среднегодового контингента - 10,4;

доля больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2-х лет, - 12,9 % от среднегодового контингента больных алкоголизмом;

доля больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии более 2-х лет, - 10,4 % от среднегодового контингента больных алкоголизмом;

доля больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года, - 17,0%;

смертность от цереброваскулярных заболеваний - 208,4 случаев на 100 тыс. населения;

удельный вес больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более, - не менее 54,5%.

Непосредственными результатами выполнения мероприятий подпрограммы должны стать: внедрение порядков и стандартов медицинской помощи; выработка индикаторов качества оказания медицинской помощи; унификация оснащения медицинских организаций, оптимизация этапности оказания медицинской помощи, обеспечивающая оптимальную маршрутизацию потоков пациентов; создание системы, способствующей хозяйственной самостоятельности учреждений здравоохранения и ориентированности на результат и качество оказания стационарной медицинской помощи.

Результатами реализации подпрограммы к 2020 году является достижение следующих показателей:

снижение смертности от туберкулеза - до 11,2 случая на 100 тыс. населения;

ожидаемая продолжительность жизни лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С, получающих антиретровирусную терапию в соответствии с действующими стандартами, - до 65,7 лет;

увеличение сроков кратковременной и долгосрочной ремиссии наркологических больных - до уровня 10,4 случаев на 100 тыс. населения;

показатель уровня смертности по причине суицида - не более 16,0 случаев на 100 тыс. населения;

снижение смертности от ишемической болезни сердца и инсульта - до 355,8 случаев на 100 тыс. населения;

снижение смертности от злокачественных новообразований - до 190,0 случаев на 100 тыс. населения;

показатель одногодичной летальности больных со злокачественными образованиями - 21,0 %;

снижение времени ожидания скорой медицинской помощи - до 20 минут;

снижение уровня больничной летальности пациентов, пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий - до 3,9 случаев на 100 тыс. населения;

оптимизация объемов оказания медицинской помощи в условиях круглосуточных стационаров - до 2,25 койко-дней на 1 жителя;

увеличение количества случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи в области - до 15%;

обеспечение качества и безопасности донорской крови и ее компонентов в 100% случаев.

Подпрограмма реализуется в один этап (2013-2020 годы).

#### в) характеристика подпрограммы 2 и основных мероприятий подпрограммы 2

##### Мероприятие 2.1. Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным туберкулезом.

Фтизиатрическая служба Липецкой области располагает двумя диспансерами (ОКУ «Липецкий областной противотуберкулезный диспансер», ОКУ «Елецкий городской противотуберкулезный диспансер») и фтизиатрическим отделением в составе ГУЗ «Грязинская ЦРБ». Общая коечная мощность составляет 575 коек, в том числе 19 коек дневного стационара. В центральных районных больницах функционируют 15 туберкулезных кабинетов.

В противотуберкулезных диспансерах осуществляется разделение эпидемиологических потоков больных туберкулезом в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 29 декабря 2010 года № 1224н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации». Внедряется в действие приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 года № 1932н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом».

На территории Липецкой области имеются 3 противотуберкулезных санатория: ОКУ Липецкий областной противотуберкулезный санаторий «Лесная сказка» на 130 мест, предназначенный для госпитализации жителей Липецкой области, в том числе для лечения костного туберкулеза; ОКУ «Липецкий городской противотуберкулезный санаторий «Сосновка» на 100 коек (для детей от 1,5 лет до 7 лет), ОКУ «Усманский противотуберкулезный детский санаторий» на 125 коек (для детей от 7 до 14 лет).

С целью обеспечения мер инфекционного контроля в учреждениях общей лечебной сети развернуты 40 лабораторий, осуществляющих исследование биологического материала по Циль-Нильсену, в том числе 36 лабораторий, участвующие в ФСВОК. В общей лечебной сети в соответствии с нормативными требованиями организована 21 комната сбора мокроты и 30 центров микроскопии.

Четкое взаимодействие всех звеньев здравоохранения, участвующих в оказании противотуберкулезной помощи населению области, позволяет удержать основные эпидемиологические показатели туберкулеза на уровне, существенно ниже среднероссийских показателей.

По итогам 2012 года показатель заболеваемости туберкулезом всего населения по ф. 8 (УФСИН, иностранные граждане, лица БОМЖ, прибывшие на территорию Липецкой области) составил 47,8 на 100 тыс. населения (2011 год - 51,0 на 100 тыс. нас.). В Российской Федерации значение показателя 2012 года - 68,1 на 100 тыс. населения. Заболеваемость туберкулезом постоянно проживающего населения области по ф.30 - 36,6 на 100 тыс. населения. (2011 год – 42,3 на 100 тыс. нас.), показатель снизился на 13,5%.

Заболеваемость туберкулезом детского населения в 2012 году - 6,0 на 100 тыс. детского населения - 10 детей, из них 1 ребенок житель иностранного государства (2011 год – 9 детей, или 5,6 на 100 тыс. детей). В сравнении с 2011 годом данный показатель повысился на 7,1 %, что связано с внедрением в практику метода диагностики «Диаскинтест». Однако данный показатель остается в 2,5 раза ниже среднероссийского. В Российской Федерации его значение в 2012 году – 16,6 на 100 тыс. нас.

Заболеваемость туберкулезом подросткового населения в 2012 году составила 20,4 на 100 тыс. подросткового населения: выявлено 7 подростков, из них 2 жителя иностранных государств, прибывших в область на постоянное место жительства. Постоянно проживающих, как и в 2011 году, заболело 5 подростков, или 14,6 на 100 тыс. подростков (2011 год – 5 подростков, или 13,7 на 100 тыс. подростков).

Показатель смертности от туберкулеза, зарегистрированной на территории Липецкой области, составил 4,3 на 100 тыс. населения, что ниже, чем в 2011 году на 17,3% (2011 год – 5,2). Среднероссийский показатель – 12,4 на 100 тыс. нас.

Распространенность туберкулеза в 2012 году в области составила 86,8 на 100 тыс. населения, показатель в сравнении с 2011 годом снизился на 5,9 %. (2011 год – 92,2). В РФ значение показателя 2012 года – 157,7 на 100 тыс. нас.

В целях недопущения ухудшения достигнутых основных показателей противотуберкулезной работы в области продолжено переоснащение парка передвижных пленочных флюорографических установок на цифровые малодозные установки. В 2012 году приобретен новый малодозный цифровой флюорограф для ОКУ «Липецкий областной противотуберкулезный диспансер», запланирована закупка рентгенологического цифрового аппарата на 2013 год.

При сформировавшихся в течение последних лет благоприятных эпидемиологических тенденциях проблема туберкулеза в области продолжает

оставаться актуальной. Возрастает напряженность эпидемиологической ситуации в связи с ростом заболеваемости туберкулезом с лекарственной устойчивостью возбудителя к противотуберкулезным препаратам.

Остается актуальной проблема соответствия материально-технической базы ОКУ «Липецкий областной противотуберкулезный диспансер» требованиям федеральных стандартов и порядков оказания медицинской помощи: оснащение диспансера соответствует требованиям на 75 %, при этом износ оборудования превышает 50 %.

В результате реализации мероприятий подпрограммы будет проведено укрепление материально-технической базы диспансера, усовершенствование и стандартизация системы диагностики туберкулеза с применением молекулярно-генетических методов путем оснащения оборудованием бактериологической лаборатории в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обеспечена потребность в антибактериальных и противотуберкулезных препаратах II ряда, для организации оказания медицинской помощи каждому пациенту в соответствии со стандартами и протоколами лечения, усовершенствованы системы мониторинга лечения и лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза и персонального учета (регистра) пациентов с туберкулезом, в том числе с лекарственно - устойчивыми формами.

Реализация мероприятий позволит к 2020 году снизить долю абациллированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением до 66,5 %.

## Мероприятие 2.2. Совершенствование оказания медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека, гепатитами.

Медицинское наблюдение, диагностика и лечение ВИЧ-инфицированных в Липецкой области осуществляются в соответствии с требованиями Министерства здравоохранения Российской Федерации.

На приобретение диагностических средств, антиретровирусных препаратов, продуктов для искусственного вскармливания детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, профилактики, выявления, лечения и контроля эффективности лечения ВИЧ-инфекции из средств областного бюджета ежегодно выделяются 5,0 млн. руб.

За счет средств федерального бюджета в 2012 году получено диагностических тест-систем на сумму 11283,0 тыс. рублей (в 2011 году - на сумму 11 226,9 тыс. рублей), препаратов для проведения антиретровирусной терапии - на сумму 31 973,4 тыс. рублей (в 2011 году - на сумму 19 790,2 тыс. рублей).

Ведущим учреждением, оказывающим на территории Липецкой области, медицинскую помощь лицам, инфицированным вирусами иммунодефицита человека, вирусными гепатитами В и С, является ГУЗ «Липецкий областной центр по борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями». Данным учреждением ВИЧ-инфицированным пациентам оказывается комплексная помощь, включая психологическую и социальную поддержку. В центре имеется клиничко-иммунологическая лаборатория, где в 2012 году выполнено 981090 анализов, что на 4,5% больше, чем в 2011 году. На 10,2% проведено больше исследований по диагностике ВИЧ-инфекции, по исследованиям иммунного статуса на 27,6%, что полностью характеризует эпидемиологический процесс и плановые показатели,

служит контролем эффективности лечения ВИЧ-инфекции.

С учетом кумулятивного накопления ВИЧ-инфицированных в области ежегодно возрастает число больных, нуждающихся в специфической антиретровирусной терапии. Перед назначением антиретровирусной терапии проводится обязательное обследование пациентов с ВИЧ-инфекцией, на вирусную нагрузку и иммунный статус. В 2012 году получили лечение 219 пациентов с ВИЧ-инфекцией. В 2013 году запланировано провести антиретровирусную терапию 240 пациентам, нуждающимся в ее проведении, в том числе 14 больным с сочетанной патологией: вирусными гепатитами В и С.

Многообразие клинических форм и исходов, особенности диспансерного наблюдения за переболевшими, значительный риск развития хронических форм вирусных гепатитов и циррозов печени, а также проведение длительного и специфического противовирусного лечения требуют совершенствования оказания медицинской помощи больным вирусными гепатитами. С этой целью в Липецкой области создан и функционирует областной Гепатологический центр на базе ГУЗ «Липецкая областная клиническая инфекционная больница».

Благодаря работе центра, создана четкая система лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, обеспечено проведение углубленного обследования и лечения пациентов во всем регионе.

В состав центра входит дневной стационар на 30 коек при двухсменном режиме работы, отделение для госпитализации больных с палатами интенсивной терапии для оказания помощи наиболее тяжелой категории больных и консультативный кабинет.

В работе центра используются современные методы диагностики вирусных гепатитов: все виды лабораторно-диагностических исследований (клиническое, иммунологическое, серологическое), ПЦР-диагностика, пункционная биопсия печени, УЗИ-исследование, что позволяет выявить заболевание на ранних стадиях и не допустить его перехода в хроническую форму. В лечении больных используются не только противовирусные препараты, но и немедикаментозные методы лечения: физиотерапия, в том числе, лазеротерапия, озонотерапия.

В целях дальнейшего совершенствования оказания медицинской помощи пациентам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека, а также острыми и хроническими формами гепатитов В и С, рамках подпрограммы будет осуществлен комплекс мер, включающих в себя:

определение числа ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в лечении;

обеспечение закупок и поставок препаратов для лечения ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С;

организация и обеспечение контроля за использованием препаратов для лечения ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С.

Результатом реализации этих мер станет к 2020 году расширение охвата ВИЧ-инфицированных высоко активной антиретровирусной терапией до уровня, рекомендуемого Всемирной Организацией Здравоохранения, вследствие чего будут достигнуто:

снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией на 35 - 50% за счет уменьшения у лечащихся вирусной нагрузки и снижения интенсивности передачи ВИЧ от человека к человеку;

увеличение ожидаемой продолжительности жизни ВИЧ-инфицированных до 65,7 лет и повышение ее качества за счет более раннего начала эффективной антиретровирусной терапии;

предотвращение ранней смертности и инвалидизации среди ВИЧ-инфицированных, повышения качества их жизни и снижения обращаемости за социальной поддержкой.

### Мероприятие 2.3. Совершенствование системы оказания медицинской помощи наркологическим больным

Оказание наркологической помощи на территории Липецкой области осуществляется в несколько этапов.

Первичное звено здравоохранения (участковые терапевты, педиатры, семейные врачи, фельдшеры ФАПов, врачи скорой медицинской помощи) выявляет наркологические заболевания, формирует группы риска, осуществляет направление пациентов в специализированное звено для оказания плановой и экстренной наркологической помощи.

Оказание плановой наркологической помощи выполняется последовательно и включает два этапа:

первый (догоспитальный) - реализуется врачами психиатрами-наркологами, средним медицинским персоналом наркологических кабинетов (в том числе кабинетом по обслуживанию детского населения); по области организованы и работают 17 первичных наркологических кабинетов и 3 кабинета для детей.

В наркологических кабинетах и в амбулаторном отделении ГУЗ «Липецкий областной наркологической диспансер» проводится амбулаторное лечение, реабилитация, диспансерное наблюдение, эпидемиологический мониторинг наркологической ситуации;

второй (стационарный) - реализуется в наркологических отделениях ГУЗ «Липецкий областной наркологический диспансер», МУЗ «Елецкий наркологический диспансер».

ГУЗ «Липецкий областной наркологический диспансер» имеет стационарные мощности на 220 коек, из них 45 - в стационарном реабилитационном отделении, 10 коек дневного стационара, а также поликлинику мощностью 125 посещений в смену, отделение наркологических экспертиз с кабинетом медицинского освидетельствования, амбулаторное детско-подростковое отделение, кабинет медико-генетического консультирования, амбулаторное реабилитационное отделение мощностью 10 посещений в смену. ГУЗ «Елецкий наркологический диспансер» располагает стационарными мощностями на 50 коек, поликлиникой на 50 посещений в смену, включая детско-подростковый кабинет. Стационарные и амбулаторно-поликлинические мощности наркологической службы области удовлетворяют потребности населения в оказании наркологической помощи.

Оказание медицинской помощи пациентам с острыми заболеваниями и состояниями при наркологических заболеваниях включает два этапа:

первый (догоспитальный) - осуществляемый скорой медицинской помощью и (или) неотложной медицинской помощью;

второй (стационарный) - осуществляемый в отделении неотложной наркологической помощи наркологических диспансеров и палатах интенсивной терапии общей лечебной сети.

Учитывая важность работы с подрастающим поколением, созданы новые подразделения областной наркологической службы: амбулаторное детско-подростковое отделение, а также кабинет медико-генетического консультирования.

В химико-токсикологическую лабораторию областного бюро судебно-медицинской экспертизы и в ГУЗ «Липецкий областной наркологический диспансер» закуплено современное оборудование для высокоточной диагностики содержания наркотических и психоактивных веществ в биологических средах обследуемого.

Токсикологическая лаборатория ГУЗ «Липецкий областной наркологический диспансер» проводит исследования биосред на алкоголь и наркотики для всей территории области. Лаборатория укомплектована в соответствии с рекомендуемым перечнем оборудования, вспомогательных материалов, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 января 2006 года № 40 «Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других веществ».

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 января 2006 года № 45 «Об утверждении рекомендуемых штатных нормативов медицинского и иного персонала наркологических учреждений и наркологических подразделений в составе других лечебно-профилактических учреждений» наркологическая служба в целом укомплектована врачами-наркологами.

Реабилитация наркологических больных осуществляется в профильных подразделениях наркологических диспансеров. На территории области созданы и эффективно работают амбулаторное реабилитационное отделение и стационарное реабилитационное отделение. Количество круглосуточных наркологических реабилитационных коек составляет 50 единиц, в дополнение к которым функционируют 10 коек дневного пребывания в стационаре. Пациентами стационарного реабилитационного отделения ГУЗ «Липецкий областной наркологический диспансер» в селе Вторые Тербуны (открыто в феврале 2013 года) являются больные наркологического профиля, нуждающиеся в особом типе восстановительной терапии для выработки и укрепления у них способности самообеспечения, формирования положительных социальных установок, облегчения возвращения к труду, профессии, в общество. Отделение рассчитано на лиц с низким и средним реабилитационным потенциалом, частыми срывами, плохой социальной адаптацией, в том числе на лиц, проходящих принудительное лечение.

В составе стационарного реабилитационного отделения создаются лечебно-трудовые мастерские, учебные классы, студии, спортивные секции. Деятельность этих подразделений подчинена задачам реабилитации и не преследует коммерческих целей, при этом обеспечивается разнообразие занятий и видов деятельности пациентов с учетом их индивидуальных особенностей. Планируется продолжить развитие социальной и медицинской реабилитационной помощи пациентам данной категории, в том числе, открытие на базе отделения пункта профессиональной переподготовки.

В основе маршрутизации наркологических больных лежит трехуровневая система оказания медицинской помощи:

первый уровень, обеспечивающий население первичной наркологической помощью, - первичные наркологические кабинеты для приема взрослого и детско-подросткового населения (во всех районах и городских округах области);

второй (межрайонный) уровень - межрайонный наркологический диспансер (г. Елец);



третий (региональный) уровень - для оказания специализированной наркологической помощи, включая трудноватые методики реабилитации наркологических больных, в ГУЗ «Липецкий областной наркологический диспансер».

В антинаркотическом воспитании деятельно участвует и Русская Православная Церковь. На территории региона с участием РПЦ, учреждений здравоохранения и образования регулярно проходят Свято-Тихоновский чтения, встречи молодежи со священнослужителями.

Наркологическая служба ведет активную работу на популяционном уровне, а также собственные мероприятия с учащимися и молодежью. Доля подростков и молодежи, вовлеченных в профилактические мероприятия по отношению к общей численности указанной категории, составляет: в возрасте 11-18 лет - 100%, в возрасте 19-30 лет - 30%. Для информационного, методического и консультативного обеспечения деятельности учреждений здравоохранения ненаркологического профиля по вопросам формирования здорового образа жизни у населения области, включая сокращение потребления алкоголя и табака, с 2009 г. на базе Липецкого областного наркологического диспансера функционирует Центр первичной профилактики наркологических расстройств.

Для формирования навыков, важных для развития наркоустойчивости, липецкими психологами разработаны и внедряются специальные тренинговые программы, направленные на формирование навыков адекватного родительского контроля, общения между родителями, педагогами и подростками.

В 2011 году в области впервые проведено массовое анонимное тестирование на предмет употребления наркотиков учащихся Липецкой области. Благодаря рациональной организации тестирования, акцентированию на группе риска, выявлено 3 потребителя наркотиков. С 2012 года тестирование проходит по индивидуальным направлениям учащихся группы риска из образовательных учреждений в наркологическую службу.

С целью дальнейшего сокращения заболеваемости и смертности населения, связанной со злоупотреблением психоактивными веществами, предусматривается:

переоснащение наркологических учреждений с учетом единой технологии комплексного лечебно-реабилитационного процесса;

создание системы медико-социальной реабилитации потребителей наркотиков, в том числе на базе реабилитационного центра для наркологических больных;

внедрение методов ранней диагностики наркологических расстройств среди населения области, в том числе среди детско-подросткового контингента;

развитие сети наркологических кабинетов в медицинских организациях;

организация отделений медико-социальной реабилитации, обеспечивающих реализацию таких принципов медико-социальной реабилитации наркологических больных, как постоянная занятость, активное участие в лечебно-трудовых процессах, выработка способностей к регулярному труду и повышение уровня социального функционирования;

оснащение наркологических подразделений различными видами медицинского оборудования для оказания профилактической, консультативной, диагностической и реабилитационной помощи;

внедрение методики выявления несовершеннолетних, относящихся к группе риска немедицинского потребления психоактивных веществ;

реализация комплекс мер, направленных на формирование у лиц,

потребляющих психоактивные вещества, мотивации к лечению, медико-социальной реабилитации и ресоциализации.

Реализация мероприятий позволит к 2020 году:

достичь увеличения числа наркологических больных, находящихся в ремиссии от 1 года до 2-х лет до 9,68 в расчете на 100 наркологических больных; число наркологических больных, находящихся в ремиссии более 2 лет на 100 наркологических больных среднегодового контингента, -10,4;

доля больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2-х лет – 12,9 % от среднегодового контингента больных алкоголизмом;

доля больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии более 2-х лет, - 10,4 % от среднегодового контингента больных алкоголизмом.

#### Мероприятие 2.4. Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения

Психиатрическая служба области включает в себя 4 психиатрических стационара: ОКУ «Липецкая областная психоневрологическая больница» на 895 коек, ГУЗ «Елецкий психоневрологический диспансер» на 105 коек, психиатрическое отделение ГУЗ «Добринская ЦРБ» на 80 коек, психиатрическое отделение ГУЗ «Тербунская ЦРБ» на 30 коек и 15 коек в психоневрологическом отделении ГУЗ «Областная детская больница».

Для профилактики депрессивных состояний и суицидального поведения в области сформирована трехуровневая система профилактики кризисных состояний и медицинской помощи лицам с суицидальным поведением.

На базе ОКУ «Липецкий областной психоневрологический диспансер» создан Центр кризисных состояний, включающий в себя: отделение «Телефон доверия» с круглосуточным режимом работы; кабинеты социально-психологической помощи; стационарное отделение на 20 коек для специализированной помощи при кризисных состояниях. «Телефон доверия» является структурным подразделением психоневрологического диспансера и предназначен для профилактической консультативной помощи по телефону обращающимся лицам с целью предотвращения у них суицидальных и иных опасных действий. Кабинет социально-психологической помощи оказывает консультативно-лечебную и профилактическую помощь лицам, добровольно обращающимся в связи с кризисным, суицидоопасным состоянием.

С целью раннего выявления и предотвращения суицидоопасных состояний организовано информирование населения о работе отделений и кабинетов, оказывающих помощь при кризисных состояниях, внедрение современных форм профилактики суицидов и кризисных состояний.

Для увеличения охвата населения мероприятиями по профилактике суицидоопасных состояний организовано участие специалистов кабинетов социально-психологической помощи и отделений кризисных состояний в выездной работе.

Создание единой базы данных (персонифицирование) лиц, склонных к суицидальным действиям позволит осуществлять непрерывную профилактику повторных попыток к суициду.

Эффективная работа системы оказания помощи населению при кризисных состояниях возможна только при условии подготовки достаточного числа

специалистов (врачей-психиатров, медицинских психологов, психотерапевтов и социальных работников) для работы в отделениях «Телефон доверия», кабинетах социально-психологической помощи и отделениях кризисных состояний. Основными задачами таких специалистов будут являться своевременное распознавание и купирование кризисных состояний, проведение профилактической работы с населением, лечение и реабилитация пациентов в постсуицидальном периоде, организационно-методическая и консультативная помощь медицинским организациям по профилактике, раннему распознаванию и купированию кризисных состояний.

Обучение работников первичного звена здравоохранения (в том числе в образовательных учреждениях), педагогов, родителей по вопросам профилактики, раннего распознавания и купирования кризисных состояний будет способствовать своевременному выявлению суицидоопасных состояний, особенно среди детей и молодежи, и, следовательно, сокращению числа самоубийств.

С целью обеспечения методического обеспечения профилактических мероприятий будет осуществлена подготовка и издание информационно-просветительских материалов по вопросам профилактики, раннего распознавания и купирования кризисных состояний для различных целевых групп.

Основным направлением подпрограммы является развитие комплексной системы предупреждения, диагностики, лечения и реабилитации при психических расстройствах. Недостаточно развиты стационарзамещающие и промежуточные формы ведения пациентов, призванные предупреждать госпитализм и бездомность. Последние являются наиболее значимыми предпосылками роста инвалидности среди лиц, страдающих психическими расстройствами.

В системе оказания первичной медико-санитарной помощи необходимо разработать обучающие программы для врачей первичной медико-санитарной помощи и населения по вопросам охраны психического здоровья и профилактики суицидов; раннему выявлению психических и поведенческих расстройств.

Реализация мероприятий позволит к 2020 году:

обеспечить доступность населению области информации о возможностях и условиях предоставления экстренной и плановой психологической и психотерапевтической помощи;

оказывать психологическую помощь лицам с различными психическими расстройствами, обусловленными воздействием разнообразных стрессогенных факторов;

создать условия для повышения уровня психологической культуры и психологической компетентности населения;

снизить долю повторных госпитализаций в течение года в психиатрический стационар - до 17,0%;

организовать эффективную работу по профилактике суицидов и оказанию психиатрической помощи населению, в том числе несовершеннолетним с суицидальным поведением, сократить случаи суицида - до 16,0 на 100 тыс. населения.

#### Мероприятие 2.5. Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями

Среди всех болезней системы кровообращения основными причинами смерти населения являются острая и хроническая формы ишемической болезни сердца, а

также острые нарушения мозгового кровообращения. Учитывая это, система оказания специализированной медицинской помощи в области организована по принципу максимального быстрого получения больным с острой сосудистой патологией всех необходимых диагностических и лечебных мероприятий в условиях специализированного стационара. При этом должны решаться три основные задачи:

снижение больничной летальности,

уменьшение степени инвалидизации,

снижение вероятности отсроченной смерти из-за развития осложнений и сохранения неустранимых причин острых расстройств мозгового и коронарного кровообращения.

На сегодняшний день медицинская помощь больным с кардиологическими заболеваниями оказывается тремя кардиологическими отделениями г. Липецка, из которых два - предназначены для оказания помощи больным с острым инфарктом миокарда, двумя кардиологическими отделениями в областных медицинских организациях, двумя кардиологическими отделениями в г. Ельце, четырьмя кардиологическими отделениями в ЦРБ. В рамках реализации приоритетного национального проекта и региональной программы модернизации здравоохранения в 2010-2012 годах введены в эксплуатацию пять первичных сосудистых отделений и региональный сосудистый центр.

В Липецкой области разработан комплекс мер, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, в рамках которых поэтапно внедряется принципиально новая система организации медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.

Реорганизация существующей системы оказания специализированной медицинской помощи больным с острой сосудистой патологией путем создания на базе многопрофильных стационаров специализированных отделений для лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом (четырёх первичных сосудистых отделений) и регионального сосудистого центра, в котором возможно проведение всех видов интервенционных методов лечения, системного тромболиза при острой сосудистой патологии, организация максимально быстрой доставки больных в специализированный стационар, позволили увеличить госпитализацию пациентов с острым коронарным синдромом до 93,5%, больных с острым нарушением мозгового кровообращения до 98,0%.

Наличие соответствующей инфраструктуры позволило увеличить число применений современных технологий диагностики и лечения острой сосудистой патологии. Так, компьютерная томография выполняется более чем в 98% случаев в течение первых 24 часов с момента поступления больного в стационар.

В кардиологических отделениях области ежегодно получают лечение более 16 тыс. человек (в 2012 году пролечены 16453 чел.). Среднее пребывание больного на койке в 2012 году составило 11,9 дней.

В структуре пролеченных больных около 65 % - больные с ишемической болезнью сердца и различными ее проявлениями. С острым инфарктом миокарда (далее – ОИМ) ежегодно пролечивается 1400-1600 чел. В 2012 году количество пролеченных больных с ОИМ возросло на 223 чел., и составило 1624 чел. (2011 год - 1401 чел.). В первые сутки от начала заболевания госпитализированы 1327 чел. (81,7% больных). Стационарная летальность от острого инфаркта миокарда в 2012 году - 10,0 %.

Медицинская помощь больным с неврологическими заболеваниями оказывается двумя неврологическими отделениями в медицинских организациях г. Липецка, неврологическим отделением ГУЗ «Липецкая областная клиническая больница», неврологическими отделениями г. Ельца и ГУЗ «Лебедянская ЦРБ». Кроме того, неврологические отделения имеются в 11 ЦРБ, в 7 ЦРБ выделены неврологические койки в составе терапевтических отделений.

Общее количество неврологических коек в Липецкой области составляет 784. Показатель обеспеченности неврологическими койками на 10 тыс. населения в 2012 году - 8,1. Количество ежегодно пролеченных больных на неврологических койках медицинских организаций области превышает 23 тысяч человек. Средняя длительность пребывания больного на койке - 11,9 дней. Летальность на неврологических койках в 2012 году - 2,7%.

Предусматривается дальнейшее повышение качества и доступности медицинской помощи сосудистым больным за счет укрепления материально-технической базы профильных отделений, расширенного применения профилактических программ, долечивания и реабилитации больных.

Данные мероприятия позволят достичь к 2020 году:

снижения уровня смертности от ишемической болезни сердца - до 355,8 случаев на 100 тыс. населения;

снижения уровня смертности от cerebrovascularных заболеваний до 208,4 случаев на 100 тыс. населения.

#### Мероприятие 2.6. Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями

Онкологическая служба области представлена региональным онкологическим центром на базе ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер», онкологическим отделением ГУЗ «Елецкая городская больница № 1 им. Н.А.Семашко», детским онкологическим отделением ГУЗ «Областная детская больница» и 32 онкологическими кабинетами, развернутыми на базе учреждений здравоохранения I и II уровней в городах и районах области.

В Липецкой области осуществляется программно-целевой подход в работе онкологической службы через подготовку кадров всех звеньев здравоохранения, модернизацию материальной базы, создание системы маршрутизации пациента при подозрении на злокачественные новообразования, оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

В области реализуется Порядок оказания онкологической помощи в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 3 декабря 2009 года №944н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях».

В основе маршрутизации больных новообразованиями лежит трехуровневая система оказания медицинской помощи:

первый уровень обеспечивает население первичной медико-санитарной помощью, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощью (первичные онкологические кабинеты);

второй уровень – межрайонный, для оказания специализированной медицинской помощи (межрайонные диагностические центры);

третий уровень – региональный, для оказания специализированной, в том

числе высокотехнологичной, медицинской помощи (ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер»).

В области разработан инструмент для создания организованного скрининга. В программе «Электронная регистратура» создан модуль «скрининг». В ближайшее время следует провести обучение медицинского персонала методологии работы в данном модуле. Внедрение организованного скрининга ЗНО данных локализаций в 10-15 летней перспективе позволит не только увеличить долю ранних стадий ЗНО шейки матки и молочной железы, но и уменьшить заболеваемость ЗНО шейки матки.

Наибольший эффект может быть получен при скрининге рака молочной железы, шейки матки, предстательной железы, колоректального рака. Для раннего выявления рака предстательной железы, колоректального рака и рака легких в перечень основных медицинских услуг при проведении диспансеризации взрослого населения и график диспансеризации будут дополнительно включены исследования крови на онкомаркер предстательной железы (исследование будет проводиться у группы лиц с 45 до 70 лет 1 раз в 3 года), колоноскопия (будет проводиться 1 раз в 3 года) и низкодозная спиральная компьютерная томография органов грудной клетки (будет проводиться у лиц с 40 до 70 лет 1 раз в 3 года в группах риска: болеющие хроническими заболеваниями легких, курильщики, имеющие профессиональные вредности). Будет введен регистр лиц, прошедших скрининг.

Для снижения смертности населения от злокачественных новообразований предусматриваются мероприятия, направленные на развитие вторичной профилактики злокачественных новообразований и улучшения их выявления на ранних стадиях.

В целях повышения раннего выявления злокачественных новообразований (далее - ЗНО) будут осуществляться мероприятия, направленные на развитие сети смотровых кабинетов, с организацией 2-х сменной работы, открытие отделений профилактики в поликлиниках и центральных районных больницах, с ведением полицевых картотек (регистров) лиц, прошедших осмотры.

Для увеличения объема и качества медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями имеется потребность в реконструкции здания ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер» с созданием отдельного операционного блока, отделения реанимации. По укрупненным расчетам стоимость реконструкции оценивается в 618,0 млн. рублей.

Данные мероприятия позволят достичь к 2020 году:

увеличение удельного веса больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более - до 54,5%;

снижение одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями - до 21%.

#### Мероприятие 2.7. Совершенствование оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации

На 01.01.2013 года скорую медицинскую помощь населению Липецкой области оказывают ГУЗ «Липецкая областная станция скорой медицинской помощи» с подстанциями в городах Липецке и Ельце и 26 отделений скорой медицинской помощи в муниципальных районах области. Врачебных бригад скорой помощи - 94, их них 17 - педиатрических, фельдшерских - 101. Специализированных бригад - 23, в том числе бригад интенсивной терапии -

15, психиатрических - 6. Соотношение врачебных и фельдшерских бригад составило 1:1,2.

На подстанциях скорой медицинской помощи городов Липецка и Ельца внедрены программные комплексы автоматизированных систем приема вызовов и оперативного управления работой бригад. Внедрение автоматизированной системы управления позволило привести оснащение диспетчерских служб всех подстанций в соответствие с требованиями приказа Минздравсоцразвития России от 1 ноября 2004 года № 179 «Об утверждении Порядка оказания скорой медицинской помощи». Введена в действие автоматизированная система управления автомобилями скорой медицинской помощи и реанимационно-спасательными бригадами центра медицины катастроф на базе технологии «ГЛОНАСС». Проводится контроль за временем доезда бригад скорой медицинской помощи к месту вызова.

Для повышения эффективности использования имеющихся ресурсов, укрепления материально-технической базы станций и отделений скорой медицинской помощи, внедрения современных систем анализа и управления, улучшения взаимодействия с амбулаторно-поликлиническим и стационарными звеньями, а также с целью обеспечения населения своевременной и качественной неотложной медицинской помощью при угрожающих жизни состояниях, следует продолжить совершенствование службы скорой медицинской помощи. В этой связи определены основные направления развития службы:

расширение объема скорой медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими бригадами, с сохранением врачебных бригад интенсивной терапии и при необходимости других узкоспециализированных бригад;

оказание доврачебной медицинской помощи больным и пострадавшим силами фельдшерских бригад, прошедших обучение, своевременная транспортировка пациентов в стационар для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи;

оптимизация маршрутов доставки больных в стационар в зависимости от вида патологии, тяжести состояния больного;

внедрение целевых показателей работы скорой медицинской помощи (время приезда на вызов, время транспортировки в стационар, догоспитальная летальность);

внедрение порядков оказания медицинской помощи в части догоспитального ведения больных с разными видами патологии;

внедрение этапности медицинской помощи и разработанных маршрутов транспортировки больных, создание в каждом стационаре службы маршрутизации

повышение роли и эффективности использования врачебных бригад скорой медицинской помощи в качестве бригад интенсивной терапии;

обучение основам оказания первой само- и взаимопомощи работников государственной инспекции по безопасности дорожного движения, пожарной охраны, муниципальной милиции, водителей всех видов транспорта;

наличие специализированных бригад СМП: группы анестезиологии-реанимации, педиатрии, психиатрии, предназначенные для оказания квалифицированной специализированной помощи на догоспитальном этапе.

В рамках развития службы скорой медицинской помощи имеется необходимость в строительстве нового здания областной станции скорой медицинской помощи, объединяющего в себе единую диспетчерскую службу скорой помощи, службу медицины катастроф, специализированную скорую

медицинскую помощь, оснащением оборудованием и парком реанимобилей. Ориентировочная стоимость строительства – 320,0 млн. рублей.

Данные мероприятия позволят к 2020 году оптимизировать нагрузку на службу скорой медицинской помощи, что, в свою очередь, повысит эффективность работы, увеличив долю выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 мин. до 90% от общего числа обслуженных вызовов.

#### Мероприятие 2.8. Совершенствование оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях

К медицинским факторам, влияющим на снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий (далее - ДТП), относятся:

организация своевременной скорой медицинской помощи (достаточное количество реанимационных автомобилей, квалифицированный персонал, способный оказывать реанимационную помощь);

оказание медицинской помощи в специализированных больницах экстренной медицинской помощи (травматологических центрах).

В Липецком территориальном центре медицины катастроф созданы и функционируют 9 реанимационно-спасательных бригад, базирующиеся в медицинских организациях, наиболее часто участвующих в ликвидации медико-санитарных последствий ДТП и расположенных вблизи оживленных федеральных трасс. За каждой бригадой закреплена зона ответственности. Выезд бригад на место ДТП осуществляется на реанимобиле высокой проходимости, укомплектованном современной реанимационной аппаратурой.

Реанимационно-спасательные бригады службы медицины катастроф взаимодействуют с бригадами спасателей ГУ МЧС России по Липецкой области.

Для оказания специализированной помощи пострадавшим в ДТП на функциональной основе созданы:

травматологический центр первого уровня на базе двух областных лечебных учреждений (ГУЗ «Липецкая областная клиническая больница» и ГУЗ «Областная детская больница»);

травматологический центр второго уровня на базе ГУЗ «Елецкая городская больница № 1 им. Н.А.Семашко»;

травматологические центры третьего уровня - в ГУЗ «Становлянская ЦРБ» и ГУЗ «Задонская ЦРБ».

С целью совершенствования оказания медицинской помощи пациентам при травмах, исходя из административного устройства области, территориального принципа, имеющегося уровня оказания травматологической помощи запланировано создание травматологических центров III уровня в 7 лечебных учреждениях.

Для улучшения маршрутизации пациентов с травмами, в том числе при ДТП, в декабре 2012 года закуплено 56 автомобилей скорой медицинской помощи, обновлен автопарк станций и отделений скорой медицинской помощи.

В 2012 году открыто отделение экстренной медицинской помощи на базе городского многопрофильного стационара.

Обучено правилам оказания первой медицинской помощи пострадавшим в ДТП 110 спасателей Главного управления МЧС России по Липецкой области, 210



сотрудников ГИБДД, 300 сотрудников, профессия которых связана с риском для жизни.

Создан учебный центр по обучению водителей транспортных средств, сотрудников служб, участвующих в ликвидации последствий ДТП приемам оказания первой медицинской помощи лицам, пострадавшим в результате ДТП, на базе территориального центра медицины катастроф.

Обучено 168 сотрудников отдельных пожарно-спасательных постов Управления государственной противопожарной спасательной службы по Липецкой области приемам оказания первой помощи лицам, пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий.

Проведено обучение приемам оказания первой помощи лицам, пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий, инструкторов АТП Липецкой области.

Внедрена система «ГЛОНАСС» на санитарном транспорте выездных бригад ОКУ «Липецкий территориальный центр медицины катастроф» для маршрутизации санитарного автотранспорта и сокращение времени прибытия бригады на место ДТП.

Указанные мероприятия позволят достичь снижения больничной летальности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий до 3,8% к 2020 году.

#### Мероприятие 2.9. Совершенствование высокотехнологичной медицинской помощи, развитие новых эффективных методов лечения

В 2012 году на территории Липецкой области высокотехнологичная медицинская помощь (далее – ВМП) в рамках государственного задания оказывалась тремя учреждениями здравоохранения, имеющими действующие лицензии на оказание ВМП: ГУЗ «Липецкая областная клиническая больница» (по профилям «нейрохирургия» и «травматология-ортопедия»), ГУЗ «Областная детская больница» (по профилю «травматология»), ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер» (по профилю «онкология»).

Направление граждан в федеральные медицинские учреждения на оказание им высокотехнологичной медицинской помощи является государственной услугой и осуществляется строго в соответствии с административными регламентами «Направление граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения Российской Федерации, с применением специализированной информационной системы» и «Компенсация стоимости проезда малообеспеченных граждан к месту лечения, детям - к месту санаторно-курортного лечения и обратно, а также сопровождающему их лицу, меры социальной поддержки которым установлены законодательством Липецкой области».

Отбор пациентов на лечение и выбор медицинского учреждения, оказывающего специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь за пределами Липецкой области, осуществляется Комиссией управления здравоохранения области при участии главных внештатных специалистов по профилям заболеваний. В настоящее время высокотехнологичная медицинская помощь охватывает 17 профилей. Это абдоминальная хирургия (лечение органов брюшной полости), акушерство и гинекология, гематология,

дерматовенерология, комбустиология (лечение тяжелых ожоговых поражений), нейрохирургия, онкология, оториноларингология, офтальмология, педиатрия, сердечно-сосудистая хирургия, торакальная хирургия (хирургия органов грудной клетки), травматология и ортопедия, трансплантация органов и тканей, урология, челюстно-лицевая хирургия, эндокринология.

Для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи пациенты комиссионно направляются в медицинские организации федерального уровня, подведомственные Министерству здравоохранения Российской Федерации, Министерству труда Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству, РАМН (сотрудничество с более 80 учреждениями).

Наиболее тесное сотрудничество осуществляется со следующими федеральными медицинскими учреждениями:

ФГБУ «Межотраслевой научно – технический комплекс «Микрохирургии глаза» имени академика С.Н. Федорова» (профиль «офтальмология»);

ФГБУ «Центральный научно – исследовательский институт травматологии и ортопедии имени Н.Н.Приорова» (профиль «травматология-ортопедия/эндопротезы»);

ФГБУ «Российский НИИ травматологии и ортопедии имени Р.Р. Вредена» (профиль «травматология – ортопедия/эндопротезы»);

ФГБУ «Научно-исследовательский детский ортопедический институт имени Г.И. Турнера» (профиль «травматология-ортопедия»);

ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» (профиль – «онкология»);

ФГБУ «Российский онкологический научный центр имени Н.Н. Блохина» (профиль - «онкология»);

ФГБУ «НИИ глазных болезней имени Гельмгольца» (профиль - «офтальмология»);

ФГБУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии» (профиль - «педиатрия»);

ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН (профиль - «педиатрия»);

ФГБУ «Научный центр сердечно – сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» (профиль – «сердечно-сосудистая хирургия»);

ФГБУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского» (профили – «сердечно – сосудистая хирургия»; «онкология»);

ФГБУ «Федеральный центр травматологии – ортопедии» (г. Чебоксары);

ФГБУ «Санкт – Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» (профиль - «кохлеарная имплантация у детей»);

ФГБУ «Российская детская клиническая больница» (профили – «педиатрия», «онкогематология»);

ФГБУ «Национальный медико–хирургический центр имени Н.И. Пирогова» (профили – «сердечно-сосудистая хирургия», травматология-ортопедия») и т.д.

Количество пациентов, пролеченных в счет квот, софинансируемых из бюджета Российской Федерации, ежегодно растет. Так, если в 2010 году высокотехнологичную медицинскую помощь за пределами области получили 1655 пациентов (в том числе 373 ребенка), то в 2012 году - 2009 пациентов (в том числе 511 детей).

При анализе периода 2010-2012 годы четко прослеживается тенденция к увеличению количества пациентов, получивших высокотехнологичную помощь по профилям: «трансплантология» - с 8 пациентов в 2010 году до 29 в 2012 году;

«сердечно-сосудистая хирургия» - с 271 пациента в 2010 году до 365 в 2012 году; «педиатрия» - с 69 пациентов в 2010 году до 148 в 2012 году; «челюстно-лицевая хирургия» - с 16 пациентов в 2010 году до 38 в 2012 году.

С 2010 года в рамках выполнения государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи на условиях софинансирования расходных обязательств Липецкой области, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации, ВМП оказывается в медицинских учреждениях, подведомственных управлению здравоохранения Липецкой области по профилям: травматология и ортопедия, нейрохирургия, онкология. Количество пациентов, обеспеченных высокотехнологичной медицинской помощью ежегодно увеличивается: в 2010 году - 128 пациентов, в 2012 году – 220, в 2013 году – 244.

В 2013 году заявлены новые профили и виды высокотехнологичной медицинской помощи. Помимо ВМП по профилям «травматология–ортопедия», «нейрохирургия», «онкология», будет оказываться высокотехнологичная медицинская помощь по профилям «сердечно-сосудистая хирургия» и «офтальмология». В 2013 году запланировано оказать ВМП 244 пациентам.

В настоящее время в Липецкой области сложились предпосылки для расширения количества медицинских учреждений – участников системы оказания ВМП, профилей и видов высокотехнологичной медицинской помощи в рамках реализации государственного задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи на условиях софинансирования: медицинские организации области располагают современным медицинским оборудованием, позволяющим осуществлять высокотехнологичные оперативные вмешательства; расширяется работа по получению лицензий на оказание высокотехнологичной помощи в целом ряде учреждений здравоохранения, в том числе в ГУЗ «Липецкая городская больница №3 «Свободный сокол» (по профилям «комбустиология» и «травматология и ортопедия»), в ГУЗ «Липецкая городская больница скорой медицинской помощи № 1» (по профилям «сердечно - сосудистая хирургия», «нейрохирургия», «травматология и ортопедия», «челюстно-лицевая хирургия», «абдоминальная хирургия»); получена лицензия на оказание ВМП ОКУ «Липецкий областной противотуберкулезный диспансер» по профилю «торакальная хирургия» (табл. 6).

#### Максимальные объемы ВМП в разрезе профилей

Таблица 6

№ п/п	Наименование профиля ВМП	Наименование медицинской организации, оказывающей ВМП по данному профилю	Количество случаев
1.	Нейрохирургия	ГУЗ «Липецкая областная клиническая больница» ГУЗ «Липецкая городская больница скорой медицинской помощи №1»	до 100 случаев в год до 50 случаев в год
2.	Травматология и ортопедия	ГУЗ «Липецкая областная клиническая больница» ГУЗ «Липецкая городская больница скорой медицинской помощи №1» ГУЗ «Липецкая городская больница №3 «Свободный сокол»	до 100 случаев в год до 50 случаев в год до 50 случаев в год

№ п/п	Наименование профиля ВМП	Наименование медицинской организации, оказывающей ВМП по данному профилю	Количество случаев
3.	Травматология (реконструктивно-пластические операции)	ГУЗ «Областная детская больница»	до 40 случаев в год
4.	Сердечно – сосудистая хирургия	ГУЗ «Липецкая областная клиническая больница»	до 80 случаев в год
5.	Онкология	ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер»	до 180 случаев в год
6.	Комбустиология	ГУЗ «Липецкая городская больница №3 «Свободный сокол»	до 120 случаев в год
7.	Офтальмология	ГУЗ «Областная больница №2»	до 300 случаев в год
8.	Торакальная хирургия	ОКУ «Липецкий областной противотуберкулезный диспансер»	до 120 случаев в год

### Мероприятие 2.10. Развитие службы крови

Организация заготовки, переработки, хранения, транспортировки и обеспечения безопасности донорской крови и ее компонентов является одной из важнейших составных частей здравоохранения, которая обеспечивает оказание трансфузиологической помощи как в мирное время, так и при чрезвычайных ситуациях, что имеет общегосударственный стратегический характер, затрагивающий вопросы безопасности страны.

Служба крови Липецкой области включает в себя ГУЗ «Липецкая областная станция переливания крови» (внекатегорийную) и ГУЗ «Елецкая станция переливания крови» IV категории. Ежегодно привлекается до 21000 доноров. В 2012 году число безвозмездных доноров составило 20302 человека.

В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» за счет средств федерального бюджета служба крови республики оснащена новым технологическим оборудованием для осуществления заготовки, переработки, хранения и обеспечения безопасности донорской крови ее компонентов, компьютерным оборудованием для создания единой во всех регионах страны базы учета доноров крови и ее компонентов.

Материально-техническое переоснащение станции переливания крови дало свои положительные результаты: возросла доля плазмы и клеток крови, полученная оптимальным методом - методом автоматического плазма- цитафереза на 5%, на 6 % увеличилось производство ряда компонентов крови: эритроцитарной массы, обедненной лейкоцитами и тромбоцитами, эритроцитарной взвеси, концентрата тромбоцитов; формируется банк замороженных карантинизированных эритроцитов с редким фенотипом; регистр фенотипированных доноров для обеспечения индивидуального подбора гемокомпонентов фенотипированным реципиентам.

Проводимые мероприятия позволили последовательно повысить уровень инфекционной и иммунобиологической безопасности использования компонентов крови в клинической практике, внедрить новые технологии при производстве компонентов крови, такие, как автоматические цитаферез и плазмаферез, лейкофильтрация, вирусинактивация плазмы, глицеролизация и деглицеролизация эритроцитов, аутодонорство крови и ее компонентов.

Государственное задание для службы крови составляет 30780 л донорской крови.

Служба крови Липецкой области выпускает 19 видов компонентов крови, 2500 л альбумина. Фильтрованные эритроциты составляют 80% от произведенных эритроносодержащих сред.

Для дальнейшего совершенствования деятельности службы крови области планируется продолжить повышение качества заготавливаемых компонентов крови и оптимизировать их применение в медицинских организациях.

Планируется дальнейшее совершенствование службы крови, включающая следующие направления:

улучшение материально-технической базы учреждения службы крови, в том числе оснащение лечебно-профилактических учреждений, осуществляющих транспортировку, хранение компонентов донорской крови, организацию трансфузионной терапии необходимым оборудованием;

обучение медицинских кадров;

развитие единой информационной системы по донорству крови и ее компонентов, включая ведение единой базы доноров крови.

Применение трансфузионной терапии в учреждениях здравоохранения является одним из весомых факторов, обеспечивающих высокие результаты лечебной деятельности. Это является результатом организации трансфузионной терапии в учреждениях здравоохранения с учетом современных достижений трансфузиологии.

Автоматизированная информационная система по трансфузиологии позволила автоматизировать все рабочие места на участках регистрации, получения, исследования, хранения и выдачи, отслеживание компонентов крови. Донору и донации присваивается индивидуальный штрих-код и вся информация о донорах, эксфузиях, апробации, ведется в электронном виде. В Едином диспетчерском центре зарегистрированы сведения о 20302 донорах. Для создания единой информационной базы учреждения здравоохранения области обеспечены необходимым оборудованием.

За счет областного бюджета донорам оказывается социальная поддержка - выплачивается компенсация на питание в размере 298,0 рублей.

В результате проведенной работы область стала абсолютно независимой трансфузиологически.

В рамках подпрограммы для обеспечения безопасности и эффективности всех этапов гемотрансфузионной «цепочки» предусматривается дальнейшее развитие материально-технической базы станции переливания крови, для чего планируется приобретение функциональных (донорских) кресел, оборудования для определения гематокрита, ламинарной установки, оборудования для лаборатории молекулярно-биологических исследований и расходного материала к ним; медицинскими и фармацевтическими холодильниками. Оснащение специальным медицинским оборудованием всех медицинских организаций: аппаратами для реинфузии эритроцитов и для подогревания и размораживания, медицинскими и фармацевтическими холодильниками, медицинскими морозильниками.

Для продолжения формирования единой информационной базы для развития организации донорства будут продолжены ежедневное формирование и оперативный обмен информацией в рамках единой информационной системы с профильными диспансерами, что приведет к снижению абсолютного брака крови и значительной экономии денежных средств на расходные материалы для взятия

крови, лабораторные тесты и реагенты. Развитие единой информационной системы предполагает внедрение биометрических технологий по идентификации доноров.

В результате данных мероприятий доля станций переливания крови, обеспечивающих современный уровень качества и безопасности компонентов крови, составит 100%.

г) обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации подпрограммы 2

Прогнозируемый объем финансирования подпрограммы составит 81 679 726,8 тыс. рублей, в том числе:

прогнозируемый объем финансирования из средств федерального бюджета - 1 921 397,3 тыс. рублей, в том числе:

2013 год – 12 035,2 тыс. рублей;

2014 год – 253 275,9 тыс. рублей;

2015 год – 699 071,4 тыс. рублей;

2016 год – 547 321,8 тыс. рублей;

2017 год – 102 027,2 тыс. рублей;

2018 год – 102 287,7 тыс. рублей;

2019 год – 102 553,5 тыс. рублей;

2020 год – 102 824,6 тыс. рублей;

прогнозируемый объем финансирования из средств областного бюджета - 17 828 787,3 тыс. рублей, в том числе:

2013 год – 1 860 371,8 тыс. рублей;

2014 год – 1 944 478,0 тыс. рублей;

2015 год – 2 085 728,5 тыс. рублей;

2016 год – 2 180 194,0 тыс. рублей;

2017 год – 2 264 333,0 тыс. рублей;

2018 год – 2 377 301,0 тыс. рублей;

2019 год – 2 495 916,0 тыс. рублей;

2020 год – 2 620 465,0 тыс. рублей;

прогнозируемый объем финансирования из средств территориального фонда обязательного медицинского страхования - 61 929 542,2 тыс. рублей, в том числе:

2013 год – 5 289 088,4 тыс. рублей;

2014 год – 6 152 904,0 тыс. рублей;

2015 год – 7 422 550,8 тыс. рублей;

2016 год – 7 793 677,0 тыс. рублей;

2017 год – 8 183 361,0 тыс. рублей;

2018 год – 8 592 530,0 тыс. рублей;

2019 год – 9 022 160,0 тыс. рублей;

2020 год – 9 473 271,0 тыс. рублей.

Объемы финансирования ежегодно уточняются.

### III.III. Подпрограмма 3 «Охрана здоровья матери и ребенка»

Наименование подпрограммы	«Охрана здоровья матери и ребенка»
Программно-целевые инструменты подпрограммы	Ведомственная целевая программа «Совершенствование системы оказания медицинской помощи матерям и детям в 2013-2015 годах»; мероприятие 3.1 «Совершенствование системы оказания медицинской помощи матерям и детям»
Цели подпрограммы	Улучшение состояния здоровья детей и матерей путем совершенствования качества оказания медицинской помощи; снижение материнской, младенческой, детской смертности; снижение уровня вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку
Задачи подпрограммы	1. Совершенствование и развитие пренатальной и неонатальной диагностики. 2. Дальнейшее развитие специализированной медицинской, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи матерям и детям. 3. Снижение уровня первичной инвалидности у детей. 4. Профилактика и снижение количества аборт. 5. Увеличение охвата трехэтапной химиопрофилактикой пар «мать и дитя» в целях предотвращения вертикальной передачи ВИЧ-инфекции.
Целевые индикаторы подпрограммы	Доля обследованных беременных женщин по новому алгоритму проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, от числа поставленных на учет в первый триместр беременности, – 85%; охват неонатальным скринингом – 99,8%; охват аудиологическим скринингом - 97,8%; доля женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах, – 85%; показатель ранней неонатальной смертности – 1,8 случаев на 1000 родившихся живыми; выживаемость детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела в акушерском стационаре, – 765 промилле; смертность детей 0 - 17 лет -7,7 случаев на 10 тыс. населения соответствующего возраста; первичная инвалидность у детей – 20,1 случаев на 10 тыс. детей соответствующего возраста; доля женщин, принявших решение о сохранении беременности после проведенных профилактических мероприятий, от числа женщин, обратившихся в медицинские организации по поводу прерывания

	<p>беременности, - 19%;</p> <p>охват пар «мать и дитя» химиопрофилактикой в соответствии с действующими стандартами – 100%</p>
Показатели задач подпрограммы	<p>Показатель задачи 1:  обследование беременных женщин по алгоритму пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка от числа поставленных на учет в первый триместр беременности - 85%;</p> <p>доля женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах, - 85%;</p> <p>охват неонатальным скринингом - 99,8%.</p> <p>Показатель задачи 2:  показатель ранней неонатальной смертности – 1,8 случаев на 1000 родившихся живыми;</p> <p>выживаемость детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела в акушерском стационаре, - 765 промилле;</p> <p>охват аудиологическим скринингом - не менее 97,8%;</p> <p>больничная летальность детей - 0,2 %.</p> <p>Показатель задачи 3:  первичная инвалидность у детей – 20,1 случаев на 10 тыс. детей соответствующего возраста.</p> <p>Показатель задачи 4:  результативность мероприятий по профилактике аборт - до 19%.</p> <p>Показатель задачи 5:  сохранение доли охвата пар «мать и дитя» химиопрофилактикой в соответствии с действующими стандартами на уровне 100%.</p>
Этапы и сроки реализации подпрограммы	Подпрограмма реализуется в один этап (2013- 2020 годы)
Объемы финансирования подпрограммы	<p>Прогнозируемый объем финансирования подпрограммы составит 14 722 833,3 тыс. рублей, в том числе:</p> <p>прогнозируемый объем финансирования из средств федерального бюджета - 1 864 423,0 тыс. рублей, в том числе:</p> <p>2013 год – 22 279,4 тыс. рублей;</p> <p>2014 год – 859 324,9 тыс. рублей;</p> <p>2015 год – 859 779,4 тыс. рублей;</p> <p>2016 год – 23 643,0 тыс. рублей;</p> <p>2017 год – 24 115,9 тыс. рублей;</p> <p>2018 год – 24 598,2 тыс. рублей;</p> <p>2019 год – 25 090,2 тыс. рублей;</p> <p>2020 год – 25 592,0 тыс. рублей;</p> <p>прогнозируемый объем финансирования из средств областного бюджета - 1 289 324,0 тыс. рублей, в том числе:</p>



	<p>2013 год – 130 272,0 тыс. рублей;  2014 год – 168 466,0 тыс. рублей;  2015 год – 181 374,0 тыс. рублей;  2016 год – 146 448,0 тыс. рублей;  2017 год – 153 770,0 тыс. рублей;  2018 год – 161 457,0 тыс. рублей;  2019 год – 169 530,0 тыс. рублей;  2020 год – 178 007,0 тыс. рублей.;</p> <p>прогнозируемый объем финансирования из средств территориального фонда обязательного медицинского страхования - 11 569 086,3 тыс. рублей, в том числе:  2013 год – 971 589,6 тыс. рублей;  2014 год – 1 151 219,3 тыс. рублей;  2015 год – 1 388 768,4 тыс. рублей;  2016 год – 1 458 206,0 тыс. рублей;  2017 год – 1 531 116,0 тыс. рублей;  2018 год – 1 607 673,0 тыс. рублей;  2019 год – 1 688 056,0 тыс. рублей;  2020 год – 1 772 458,0 тыс. рублей.</p> <p>Объемы финансирования ежегодно уточняются.</p>
<p>Ожидаемые результаты реализации подпрограммы</p>	<p>Достижение к 2020 году:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>увеличение доли обследованных беременных женщин по новому алгоритму проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка от числа поставленных на учет в первый триместр беременности - до 85 %;</li> <li>увеличение доли новорожденных, обследованных на наследственные заболевания, от общего числа новорожденных - до 99,8%;</li> <li>увеличение доли новорожденных, обследованных на аудиологический скрининг, от общего числа новорожденных - до 97,8%;</li> <li>снижение ранней неонатальной смертности - до 1,8 случаев на 1000 родившихся живыми;</li> <li>снижение смертности детей 0 - 17 лет - до 7,7 случаев на 10 тыс. населения соответствующего возраста;</li> <li>увеличение доли женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах, - до 85%;</li> <li>увеличение выживаемости детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела, в акушерском стационаре - до 765 промилле;</li> <li>снижение больничной летальности детей - до 0,2 %;</li> <li>снижение первичной инвалидности у детей - до 20,1 случаев на 10 тыс. детей соответствующего возраста;</li> <li>увеличение доли женщин, принявших решение вынашивать беременность, от числа женщин, обратившихся в медицинские организации по поводу прерывания беременности, - до 19%;</li> </ul>

сохранение доли охвата пар «мать и дитя» химиопрофилактикой в соответствии с действующими стандартами на уровне 100%.
---

### Текстовая часть подпрограммы 3

- а) характеристика сферы реализации подпрограммы 3, описание основных проблем в сфере материнства и детства и прогноз ее развития

В условиях современной демографической ситуации вопросы сохранения здоровья детей и подростков, репродуктивного здоровья населения, обеспечения безопасного материнства и рождения здорового ребенка определены в Липецкой области приоритетными, имеющими стратегическое значение в решении демографических проблем. Обеспечение доступности и высокого качества медицинской помощи детям является приоритетным в деятельности органов государственной власти и местного самоуправления.

В 2012 году продолжена работа службы материнства и детства по реализации основных современных направлений реформирования здравоохранения: повышению качества медицинского обслуживания женщин и детей, ее доступности, дальнейшему развитию профилактической направленности, снижению детской и материнской смертности, инвалидности и заболеваемости, совершенствованию работы специализированных служб.

Управлением здравоохранения Липецкой области изданы приказы от 19 марта 2010 года № 234 «О маршрутизации беременных на территории области» и от 05 июля 2011 года № 571 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде на территории области», которые позволили организовать трехуровневую систему оказания акушерско-гинекологической помощи.

Благодаря четкому соблюдению листа маршрутизации на уровне I группы учреждений родовспоможения происходит не более 11 % родов, функционируют 34 койки (13,2 % от общего количества акушерских коек) для беременных и рожениц. В учреждениях II группы родовспоможения функционируют 114 коек (44,2% от общего количества акушерских коек), количество родов на койках II группы за 2012 год составили 57 %, что соответствует современным требованиям к организации региональной перинатальной помощи.

В области сохраняется стойкая тенденция к снижению абортот: по итогам 2012 года показатель абортов снизился на 13,4% и составил 27,4 против 34,4 на 1000 женщин фертильного возраста в 2008 году. Изменилось соотношение родов к абортот: в 2008 году на 100 родов приходилось 83,9 аборта, в 2012 году – 52,2 аборта.

С 2005 по 2012 годы на 8,9 % снизился показатель младенческой смертности (с 9,3 до 8,7 на 1000 родившихся живыми соответственно), ранней неонатальной смертности - на 56,8 % (с 3,7 до 2,7 на 1000 родившихся живыми соответственно).

Лидирующее место в структуре младенческой смертности занимают отдельные состояния перинатального периода – 65,5%, второе ранговое место - врожденные аномалии – 17,1%, третье ранговое место - болезни органов дыхания – 8%.

Совершенствование медико-генетической службы области, расширение объема новейших лабораторных и функциональных методов исследования беременных женщин, антенатальная диагностика врожденных пороков и прерывание беременности по медицинским показаниям, предотвращение рождения детей с аномалиями развития плода, несовместимыми с жизнью, позволило снизить смертность детей в возрасте до одного года от врожденных аномалий на 11,8%, или с 17,0 в 2011 году до 15,0 - в 2012 году.

За период с 2005 по 2012 годы уровень общей заболеваемости среди подростков вырос на 3,9%, или с 1847,7 до 1919,4 на 1000 нас. соотв. возраста. Среди детей от 0 до 14 лет отмечается снижение заболеваемости на 0,8%, или с 2039,5 до 2022,7 на 1000 нас. соотв. возраста.

Заболеваемость детей первого года жизни в 2012 году составила 1827,0 на 1000 населения соответствующего уровня возраста, что ниже уровня 2008 года на 14%.

В структуре заболеваемости детей первого года жизни I место занимают болезни органов дыхания - 54,1% (988,3 на 1000 населения соответствующего возраста); II - отдельные состояния, возникающие в перинатальный период - 21,2% (387,9 на 1000 населения соответствующего возраста); III - болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, - 4,9% (89,4 на 1000 нас. соответствующего возраста).

В структуре заболеваемости детского населения I место занимают болезни органов дыхания (56,4 %), II – травмы и отравления (6,9 %), III – болезни органов пищеварения (5,8 %), IV – инфекционные болезни (4,4 %), V – болезни кожи и подкожной клетчатки (4,0 %).

В структуре заболеваемости подростков I место принадлежит болезням органов дыхания (35,6 %), II - болезням органов пищеварения (12,1 %); III - травмы и отравления (7,0 %), IV – костно-мышечной системы (6,6 %), V – болезни нервной системы (6,4 %), VI - болезням глаза (6,0 %).

Заболеваемость болезнями органов пищеварения среди детей от 0 до 14 лет за последние три года снизилась на 30,1 %, или со 165,5 на 1000 нас. соотв. возраста в 2008 году до 115,7 - в 2012 году. Снижение заболеваемости органов пищеварения связано с активно проводимой профилактической работой среди населения.

Для обеспечения дальнейшего снижения показателей перинатальной, младенческой и материнской смертности с учетом перехода с 2012 года на новые критерии регистрации рождений, рекомендованные Всемирной Организацией Здравоохранения, осуществляется дооснащение учреждений родовспоможения и детства современным диагностическим и лечебным оборудованием, обеспечение лекарственными препаратами, создание отделений анестезиологии и реанимации для женщин, организация дополнительных реанимационных коек для новорожденных, отделений патологии новорожденных и недоношенных детей, а также обеспечение выхаживания младенцев с отклонениями в состоянии здоровья в условиях первичного звена здравоохранения.

Благодаря реализации региональной программы модернизации стало возможным внедрение современных технологий выхаживания и реабилитации недоношенных детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела, совершенствовании системы реабилитационной помощи и подготовки достаточного количества высококвалифицированных специалистов в области акушерства и гинекологии, неонатологии и педиатрии.

На базе открытых в ГУЗ «Областная детская больница» 18 койках отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных осуществляется лечение недоношенных детей, рожденных с низкой и экстремально низкой массой тела. Внедрен лечебно-охранительный режим при выхаживании недоношенных и новорожденных с экстремально низкой массой тела.

В целях оказания эффективной и доступной медицинской помощи в службе охраны материнства и детства развернуты 282 койки дневного пребывания для детей и 135 коек дневного пребывания акушерско-гинекологического профиля.

В целях организации выездной реанимационной помощи новорожденным детям и детям старшего возраста в области создана выездная консультативно-реанимационная бригада, которая проводит консультацию на месте, организует мероприятия, стабилизирующие состояние новорожденного ребенка, и переводит его в отделение реанимации и интенсивной терапии или отделение второго этапа выхаживания новорожденных. Ежегодно бригадой осуществляется около 500 выездов, из них до 320-360 детей переводятся в первые сутки в стационар 1 уровня.

Для повышения уровня оказания неотложной помощи новорожденным детям с экстремально низкой массой тела в 2012 году на базе ГУЗ «Областная детская больница» и ГУЗ «Липецкий областной перинатальный центр» проведен обучающий курс для врачей-неонатологов и средних медицинских работников из муниципальных районов.

Всего в области функционируют 44 койки реанимации новорожденных, в том числе 12 коек в структуре ГУЗ «Областная детская больница», 6 коек неонатальной реанимации в ГУЗ «Липецкая городская детская больница №1», 26 коек в учреждениях родовспоможения. Проведенная структурная реорганизация неонатальной реанимационной службы, внедрение современных технологий интенсивной терапии в клиническую практику, новых методик хирургического лечения позволили в более ранние сроки жизни оказывать специализированную помощь детям с врожденными пороками развития.

Одним из приоритетных направлений, способствующих улучшению состояния здоровья, снижению смертности и инвалидности детей, является доступность и качество высокотехнологичной медицинской помощи детскому населению.

В 2010 году ГУЗ «Областная детская больница» получены лицензии на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по анестезиологии реаниматологии, детской хирургии, нейрохирургии, детской кардиологии, детской онкологии, детской урологии-андрологии, неонатологии, травматологии и ортопедии, челюстно-лицевой хирургии, что позволило совершенствовать оказание хирургической медицинской помощи детям, в том числе внедрить эндохирургические методики в неонатальной хирургии, внедрить современные методы оказания нейрохирургической помощи детям раннего возраста.

Выделение в 2012 году 10 коек неонатальной хирургии дало возможность продолжить внедрение в практику современных методов хирургической коррекции врожденных пороков развития у новорожденных, в том числе пороков развития нервной и пищеварительной систем, совершенствовать постановку программированных шунтов при гидроцефалии у новорожденных в более ранние сроки жизни.

Организованный на базе ГУЗ «Областная детская больница» кабинет катамнестического наблюдения за новорожденными и детьми до 3-х лет жизни

позволяет проводить наблюдение за детьми и в дальнейшем в рамках диспансерного наблюдения своевременно оказывать необходимое лечение.

Для проведения реабилитационного лечения детей раннего возраста используются организованные в 2011 году 6 коек на базе ГУЗ «Областная детская больница» и 20 коек ГУЗ «Областная детская больница восстановительного лечения».

В области действует система направления детей на лечение для оказания высокотехнологичных видов помощи. Выявленный при осмотре в первичном звене здравоохранения ребенок, направляется в специализированное учреждение ГУЗ «Областная детская больница», где пациенту проводится необходимое обследование, готовится медицинская документация и определяется федеральный центр, в который направляется ребенок для получения ВМП.

В 2011 году начато оказание высокотехнологичных видов помощи детям на условиях софинансирования, что позволило в течение 2011-2012 годов в ГУЗ «Областная детская больница» провести 56 детям высокотехнологичные операции по травматологическому и ортопедическому профилям. До 2020 года запланировано расширение профилей ВМП (нейрохирургия, онкология, неонатология).

В 2012 году после проведенных мероприятий по оснащению оборудованием, на базе ГУЗ «Елецкая городская детская больница» начали функционировать 5 коек паллиативной помощи детям.

В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в 2011 году на базе ГУЗ «Областная детская больница» открыто детское онкологическое отделение на 18 коек. В рамках региональной программы модернизации в 2012 году проведен ремонт отделения, закуплено оборудование, что позволило обеспечить в полном объеме оказание помощи детям с онкологическими и онкогематологическими заболеваниями.

С целью оптимизации неотложной и скорой медицинской помощи на базе поликлиник ГУЗ «ГУЗ Липецкая городская детская больница № 1» и ГУЗ «Липецкая городская детская больница № 2», ГУЗ «Липецкая городская детская больница № 5», ГУЗ «Елецкая городская детская больница» организована работа отделений неотложной помощи в соответствии с требованиями приказа Минздравсоцразвития России от 23 января 2007 года № 56 «Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники» в пределах общих ассигнований на содержание здравоохранения, что позволяет обеспечить оказание неотложной помощи в более короткие сроки.

С учетом анализа фактических показателей и обоснованного прогноза потребности жителей области в видах медицинской помощи, позитивно влияющих на демографическую ситуацию и уровень репродуктивного здоровья населения, имеется потребность приведения ГУЗ «Липецкий областной перинатальный центр» в соответствие требованиям приказа Минздрава России от 12 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» путем строительства нового здания областного перинатального центра.

Строительство нового областного перинатального центра позволит решить следующие проблемы:

объединить на современном уровне акушерский стационар на 100 коек и 30 коек II этапа выхаживания недоношенных новорожденных с 12 койками специализированной неонатальной реанимации II этапа (функционирующих в

стесненных условиях в ГУЗ «Областная детская больница»), что повысит качество оказания специализированной медицинской помощи новорожденным и повлияет на показатели перинатальной и младенческой смертности;

- привести в соответствие с СанПиН медико-генетическую консультацию, отделение пренатальной диагностики;

- организовать согласно порядкам оказания медицинской помощи работу амбулаторно-поликлинического звена областного перинатального центра;

- повысить качество оказания стационарной медицинской помощи женщинам с бесплодием, невынашиванием и патологией ранних сроков беременности.

Заданием на проектирование предусмотрено строительство перинатального центра общей площадью помещений – 21 691,64 м<sup>2</sup> на 130 круглосуточных коек: 35 – отделение патологии беременности, 50 послеродовых коек (совместного пребывания мать и дитя), 30 коек II этапа выхаживания новорожденных, 15 коек гинекологии (отделение невынашивания беременности и коррекции бесплодия). Кроме того, в структуре данных коек выделены 12 коек реанимации новорожденных I этапа и 12 коек реанимации новорожденных II этапа, а также реанимационное отделение для женщин на 15 коек (9 коек реанимации и 6 – палаты пробуждения). Проектом предусмотрены также амбулаторно-поликлинические подразделения на 400 посещений в смену. Стоимость строительства нового здания – 1 673 195,3 тыс. рублей.

б) приоритеты государственной политики в сфере реализации подпрограммы 3, цели, задачи и индикаторы достижения целей, показатели решения задач.

Описание основных ожидаемых конечных результатов подпрограммы 3, сроков и этапов реализации подпрограммы 3.

Приоритетами государственной политики в сфере охраны здоровья матери и ребенка являются: сохранения здоровья детей и подростков; сохранение репродуктивного здоровья населения; обеспечение безопасного материнства и рождение здорового ребенка; обеспечение доступности и высокого качества медицинской помощи детям.

Целями подпрограммы является:

- улучшение состояния здоровья детей и матерей путем совершенствования качества оказания медицинской помощи;

- снижение материнской, младенческой и детской смертности;

- снижение уровня вертикальной передачи ВИЧ от матери к ребенку.

Реализация поставленных целей обеспечивается исполнением следующих задач:

- совершенствование и дальнейшее развитие пренатальной и неонатальной диагностики;

- дальнейшее развитие специализированной медицинской, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи матерям и детям;

- снижение уровня первичной инвалидности детей;

- профилактика и снижение количества аборт;

- увеличение охвата трехэтапной химиопрофилактикой пар «мать и дитя» в целях предотвращения вертикальной передачи ВИЧ-инфекции.

Целевыми индикаторами подпрограммы являются:

доля обследованных беременных женщин по новому алгоритму проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка от числа поставленных на учет в первый триместр беременности;

охват неонатальным скринингом;

охват аудиологическим скринингом;

доля женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах;

показатель ранней неонатальной смертности;

выживаемость детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела в акушерском стационаре;

смертность детей 0 - 17 лет;

первичная инвалидность у детей;

доля женщин, принявших решение о сохранении беременности после проведенных профилактических мероприятий;

охват пар «мать и дитя» химиопрофилактикой в соответствии с действующими стандартами.

По результатам реализации подпрограммы в 2020 году ожидается:

увеличение доли обследованных беременных женщин по новому алгоритму проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка от числа поставленных на учет в первый триместр беременности - до 85%;

увеличение доли новорожденных, обследованных на наследственные заболевания, от общего числа новорожденных - не менее 99,8%;

увеличение доли новорожденных, обследованных на аудиологический скрининг от общего числа новорожденных - не менее 97,8% ;

снижение показателя ранней неонатальной смертности на 1000 родившихся живыми - не более 1,8 случаев на 1000 родившихся живыми;

снижение смертности детей в возрасте от 0 до 17 лет - до 7,7 случаев на 10 000 населения соответствующего возраста;

увеличение доли женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах - до 85% ;

увеличение выживаемости детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела в акушерском стационаре, выживших от числа новорожденных, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела в акушерском стационаре - до 765 промилле;

снижение больничной летальности детей - до 0,2% от числа поступивших в стационары области;

снижение первичной инвалидности у детей - до 20,1 случаев на 10 тыс. детей соответствующего возраста;

увеличение доли женщин, принявших решение вынашивать беременность, от числа женщин, обратившихся в медицинские организации по поводу прерывания беременности - до 19 %;

увеличение охвата пар «мать и дитя» химиопрофилактикой в соответствии с действующими стандартами - до 100 % .

Подпрограмма реализуется в один этап (2013 - 2020 годы)

### в) характеристика подпрограммы 3 и основных мероприятий подпрограммы 3

Дальнейшее совершенствование службы материнства и детства заключается в повышении качества и доступности медицинского обслуживания женщин и детей и развитии профилактической направленности, что позволит обеспечить снижение детской и материнской смертности, инвалидности и заболеваемости детей.

Совершенствование медико-генетической службы области, расширение объема новейших лабораторных и функциональных методов исследования беременных женщин, антенатальная диагностика врожденных пороков развития, предотвращение рождения детей с аномалиями развития плода, несовместимыми с жизнью, позволит в дальнейшем снизить смертность детей в возрасте до одного года от врожденных аномалий.

С улучшением материально-технической базы, качества медицинских услуг, предоставляемых учреждениями службы родовспоможения, растет доверие женщин к ним. Так, число женщин, вставших на учет по беременности в ранние сроки, последние два года сохраняется на достаточно высоком уровне – 86,1 %.

Реализация программы «Родовой сертификат» позволяет не только улучшать материально-техническую базу учреждений родовспоможения области, но и осуществлять мероприятия по обеспечению льготными медикаментами беременных женщин. Около 35% средств программы «Родовой сертификат» (116 226,0 тыс. рублей), поступивших в 2012 году в учреждения родовспоможения израсходовано на обеспечение бесплатными медикаментами беременных женщин, том числе противоанемическими препаратами. Благодаря этому с 2007 года отмечается прогрессивное снижение удельного веса анемий в структуре заболеваемости у беременных: с 28% в 2007 году до 17,8% - в 2012 году.

Отработанный механизм обеспечения беременных женщин бесплатными медикаментами за счет средств программы «Родовой сертификат» позволит в дальнейшем снижать показатель заболеваемости анемией у беременных.

На территории области регистрируется изменение соотношения родов к абортам: в 2008 году на 100 родов приходилось 83,9 аборта, в 2012 году – 52,2. Удельный вес абортотворения у первобеременных снизился с 12,6 % в 2008 году до 6,6 % в 2012 году. Доля абортотворения у девочек 15-17 лет в 2012 году составила 1,4 %, что в 2 раза меньше, чем в 2008 году (2,8%). Широко внедряются малоинвазивные методики прерывания беременности: в 2012 году мини-абортотворения составили 27,4 % от общего числа абортотворений (в 2008 году – 22,3 %). Медикаментозные абортотворения в 2012 году составили 7,58 % от всех прерываний беременности. Дальнейшее совершенствование и расширение профилактики абортотворения позволит в перспективе обеспечивать устойчивое снижение числа прерванных беременностей.

Не менее важным показателем репродуктивного поведения населения является применение женщинами современных методов контрацепции. Данный показатель в 2012 году составил 45,3 %. За счет средств региональной программы модернизации здравоохранения израсходовано около 1,0 млн. руб. на обеспечение оральными контрацептивами девочек-подростков.

Контроль работы по снижению абортотворения в Липецкой области ведется на основе ежеквартального мониторинга числа абортотворений и охвата контрацепцией по отдельным территориям в рамках межведомственного взаимодействия с управлением образования и науки Липецкой области, управлением социальной



защиты населения Липецкой области, молодежными организациями, служителями церкви.

Для оказания медико-психологической и социально-правовой помощи женщинам в штатах женских консультаций области трудятся социальные работники, психологи, юристы.

Всесторонняя помощь женщинам и матерям с детьми, оказавшимися в социально опасной ситуации, оказывает подведомственное управлению социальной защиты населения области ОГУ «Кризисный центр помощи женщинам и детям». Центр финансируется за счет средств областного бюджета, что гарантирует стабильность его работы. Специалисты Центра ведут активную профилактическую работу в районах области: проводятся лекции для старшеклассников, заседания «круглых столов» по проблемам семейных взаимоотношений и вопросам воспитания детей. Программой таких выездов предусмотрены индивидуальные консультации юристов, психологов и социальных работников.

С января 2013 года в ГУЗ «Елецкая городская больница №1 им. Семашко» функционируют 5 коек сестринского ухода для беременных женщин. В перспективе после окончания строительства нового корпуса перинатального центра планируется открытие дополнительных 4 коек сестринского ухода.

В соответствии с законом Липецкой области от 27 марта 2009 года № 259-ОЗ «О социальных, поощрительных выплатах и мерах социальной поддержки в сфере семейной и демографической политики, а также лицам, имеющим особые заслуги перед Российской Федерацией и Липецкой областью» через государственное учреждение Липецкое региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации в санаторий ЗАО «Липецккурорт» ежегодно для оздоровления направляются беременные (в 2012 году - 791 беременная). Кроме того, малообеспеченные беременные получают санаторно-курортное лечение по линии социальной защиты населения (в 2012 году – 69 человек).

Остаётся актуальной проблема женского бесплодия. В консультативно-диагностическом отделении ГУЗ «Липецкий областной перинатальный центр» по поводу бесплодия ежегодно наблюдаются 800 супружеских пар, нуждаются в проведении экстракорпорального оплодотворения – 260. В области отсутствует лаборатория экстракорпорального оплодотворения. Лечение женского бесплодия осуществляется путем получения медицинской помощи за пределами области в федеральных клинических центрах. В 2012 году в федеральных клинических центрах страны получили высокотехнологичную медицинскую помощь 147 жительниц области, 95 % из которых составили пациенты с различными видами бесплодия, направленные для проведения ЭКО.

Значительный вклад в реализацию мероприятий по укреплению материально-технической базы и внедрения новых технологий службы материнства и детства внесла региональная программа модернизации здравоохранения.

В рамках региональной программы модернизации на службу материнства и детства в 2011-2012 годах выделено 1053792 тыс. рублей. Проведен ремонт 5 отделений в ГУЗ «Областная детская больница», 3 детских поликлиник г. Липецка, детских консультаций в районах области.

В 2013-2017 годах запланировано проведение капитального ремонта в поликлиническом отделении ГУЗ «Областная детская больница», детского отделения ГУЗ «Липецкая областная клиническая» инфекционная больница», реконструкция ГУЗ «Областная детская больница восстановительного лечения».

Трехуровневая система оказания медицинской помощи детям области обеспечивается в 16 детских отделениях, 6 инфекционных отделениях и 18 детских консультациях в составе центральных районных больниц, 13 городских детских поликлиниках, 2 областных детских больницах, 3-х городских детских больницах, а также в специализированных отделениях областных больниц (психиатрической, наркологической, инфекционной, противотуберкулезном диспансере). Подростки от 15 до 17 лет лечатся в стационарах общей лечебной и педиатрической сети. Общее число детского коечного фонда в 2012 году составило 2298 коек, из них круглосуточных педиатрических - 516, инфекционных - 308, специализированных - 782 койки.

В детских амбулаторно-поликлинических учреждениях функционируют: 1 детский Центр здоровья (ГУЗ «Елецкая городская детская больница»); 5 детских офтальмологических кабинетов; 2 кабинета охраны зрения детей: в детской поликлинике №1 «ГУЗ Липецкая городская детская больница №1», в консультативной поликлинике ГУЗ «Областная детская больница».

С целью уменьшения нагрузки на службу скорой помощи, в целях оптимизации сроков оказания медицинской помощи детям, при амбулаторно-поликлинических учреждениях детства созданы отделения неотложной медицинской помощи, имеющие на оснащении санитарный транспорт, медицинские укладки. В области с 2011 года на базе поликлиник ГУЗ «Липецкая городская детская больница № 1», ГУЗ «Липецкая городская детская поликлиника № 5», ГУЗ «Елецкая городская детская больница» работают отделения неотложной помощи. В перспективе на 2013-2015 годы запланировано организовать работу таких отделений в поликлиниках № 4,5,6,7,8, 9 г. Липецка.

Структура заболеваемости детей раннего возраста требует расширения сети стационаров на дому в детских поликлиниках ГУЗ «Липецкая городская детская больница №1», «Липецкая городская детская больница № 2» в 2013- 2014 годах. Правильно организованная профилактическая работа по формированию здорового образа жизни, позволяет предотвратить рост таких заболеваний у детей, как болезни органов пищеварения, зрения, опорно-двигательной системы. Функционирующий на базе ГУЗ «Елецкая городская детская больница» центр «Здоровье» для детей требует большей мобильности в своей деятельности, в связи с чем возникла необходимость до 2015 года организовать работу мобильного диагностического комплекса.

Наиболее эффективным инструментом профилактики врожденных и наследственных болезней является комплексная пренатальная (дородовая) диагностика, представляющая перспективное направление медицинской генетики и включающая ультразвуковой и биохимический скрининг на сывороточные маркеры матери, программу индивидуального риска, инвазивные методы диагностики (молекулярно-генетические, цитогенетические исследования, секвенирование).

До января 2013 года Липецкая область не участвовала в пилотном проекте «Пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка». Выделенные в 2013 году средства на организацию пренатальной диагностики позволят снизить риск рождения детей с врожденной патологией и снижению младенческой смертности, заболеваемости и инвалидности детей.

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» отработана система проведения обследования новорожденных на наследственные заболевания, аудиологический скрининг. Охват новорожденных в 2012 году неонатальным скринингом составил 99,8%, аудиологическим – 97,8% от числа родившихся

живыми. С 2006 года выявлен 31 ребенок с наследственными заболеваниями в рамках неонатального скрининга, из них: 5 детей с муковисцидозом, 6 детей с фенилкетонурией, 15 - с гипотиреозом, 4- с адреногенитальным синдромом, 1 - с галактоземией. На основе результатов аудиологического скрининга создан регистр детей, подлежащих диспансерному наблюдению и отбору на оказание высокотехнологичной медицинской помощи - операции кохlearной имплантации. В течение 2011-2012 годов 16 детям с нарушениями слуха была оказана такая ВМП.

С 2005 года в области проводится обследование беременных и новорожденных на внутриутробные инфекции. Приобретенное оборудование и диагностические реагенты позволяют ежегодно выполнять более 1,5 тыс. обследований беременных на TORCH-инфекции (иммуноферментная диагностика, исследования на инфекции методом ПЦР). Проводятся исследования на инфекции новорожденным методом ПЦР-диагностики.

В плане совершенствования системы раннего выявления и коррекции нарушений развития ребенка планируется продолжить развитие пренатальной и неонатальной молекулярно-генетической диагностики (приобретение оборудования, обучение специалистов); проведение аудиологического и неонатального скрининга. Развитие высокотехнологичной помощи детям на базе ГУЗ «Областная детская больница» по направлению «неонатальная хирургия» позволит в дальнейшем на ранних этапах заболеваний оказывать необходимую медицинскую помощь. Предусматривается продолжение мероприятий по профилактике и раннему выявлению внутриутробных инфекций у беременных и новорожденных.

Реализация запланированных мероприятий пренатальной диагностики позволит к 2020 году повысить выявляемость врожденных пороков развития, хромосомных аномалий, что приведет к снижению рождения детей с неизлечимыми пороками и их инвалидизацией на 16%.

Профилактические осмотры детей и подростков-школьников продолжают свидетельствовать о росте нарушений в состоянии здоровья детей, в частности, нарушения осанки, снижения остроты зрения у школьников при переходе к предметному обучению, что обусловлено влиянием внутришкольной среды на здоровье учащихся, интенсификацией учебного процесса, трудностью при адаптации детей к высоким учебным нагрузкам в сочетании с неблагоприятными санитарно-гигиеническими условиями обучения.

В сложившейся ситуации особое место в оздоровительном процессе отводится широкому внедрению в деятельность образовательных учреждений так называемых здоровьесберегающих технологий. Благодаря проведенной работе при подведении итогов профилактических осмотров школьников в 2012 году констатировано увеличение удельного веса школьников I и II группы до 80 %, что на 2,9 % выше уровня 2010 года.

С целью раннего выявления и профилактики заболеваний, сохранения репродуктивного здоровья подростков, в рамках мероприятий региональной программы модернизации в 2012 году проведена диспансеризация 14-летних подростков в количестве 5590 человек (100% от плана).

Диспансеризация включала комплекс обследований: осмотры подростков врачами-специалистами, педиатром, неврологом, офтальмологом, отоларингологом, хирургом детским, ортопедом-травматологом, акушером-гинекологом, урологом-андрологом детским, врачом эндокринологом детским; ультразвуковое исследование органов репродуктивной сферы; лабораторные исследования – определение гормонального статуса, клинические анализы крови и мочи.

По результатам проведенной диспансеризации у подростков выявлено 8472 заболевания, 2467 детям было проведено лечение. Учитывая, что основным источником сведений о состоянии здоровья детей являются профилактические осмотры, проведение диспансеризации детского населения в рамках регламентирующих документов позволит на ранних сроках выявить заболевание и соответственно - начать лечение.

Снижению заболеваемости детей первого года жизни способствовало выполнение в течение последних 5 лет стандарта диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка с обязательным лабораторным обследованием, а также укрепление материально-технической базы лабораторной службы первичного звена здравоохранения. С целью соблюдения стандарта диспансеризации, при необходимости, администрацией центральных районных больниц заключаются договора с узкими специалистами государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь детям (ГУЗ «Областная детская больница», ГУЗ «Елецкая городская детская больница»).

Проведенные в период 2011-2012 года мероприятия по реструктуризации коечного фонда, создали условия для планомерной работы, как круглосуточных стационаров, так и дневных стационаров для детей. В целях оказания эффективной и доступной медицинской помощи детям активно работают стационарозамещающие технологии, позволяющие оказывать специализированную помощь большему количеству детей, нуждающихся в лечении. На базе детских учреждений функционируют 182 койки дневного стационара в стационаре. В ГУЗ «Областная детская больница» действует дневной стационар на 62 койки гематологического, аллергологического, нефрологического, гастроэнтерологического, психоневрологического, аллергологического, хирургического и травматологического, нейрохирургического профилей.

Койки педиатрического профиля дневного стационара осуществляют лечение детей также в ГУЗ «Елецкая городская детская больница» - 30 коек, ГУЗ «Липецкая городская детская больница №1» - 35 коек, ГУЗ «Липецкая городская детская больница №2» - 40 коек.

Активно функционируют специализированные кабинеты: сурдологический, эпилептологический, кабинет питания здорового ребенка. кабинет позволяет проводить наблюдение детей до 3-х летнего возраста.

Специализированная медицинская помощь детям организована в ГУЗ «Областная детская больница», ГУЗ «Областная детская больница восстановительного лечения», ГУЗ «Елецкая городская детская больница», ГУЗ «Липецкая городская детская больница №1» и ГУЗ «Липецкая городская детская больница №2» на 782 койках. Специализированные койки

гастроэнтерологического, неврологического и нефрологического профиля в ГУЗ «Елецкая городская детская больница с 2010 года обеспечивают детей из 5 близко расположенных районов, т.е. выполняют функцию межрайонного центра. Кроме коек педиатрического профиля функционируют койки хирургического, травматологического профиля, реанимации.

Высококвалифицированная специализированная стационарная помощь при наиболее тяжелых заболеваниях, требующих комплексного подхода к диагностике и лечению с применением наиболее сложных методов обследования и лечения, использованием новейших медицинских технологий, в том числе высокотехнологичная помощь детям, оказывается в ГУЗ «Областная детская больница». Ежегодно в условиях стационара получают лечение до 28300 детей.



травматология и ортопедия - реконструктивные и декомпрессивные операции при травмах и заболеваниях позвоночника с резекцией позвонков, корригирующей вертебротомией с использованием протезов тел позвонков и межпозвонковых дисков, костного цемента и остеозамещающих материалов с применением погружных и наружных фиксирующих устройств, реконструктивные и корригирующие операции при сколиотических деформациях позвоночника 3-4 степени с применением имплантатов, стабилизирующих систем, аппаратов внешней фиксации, в том числе у детей первых лет жизни и в сочетании с аномалией развития грудной клетки, реплантация (реваскуляризация) отчлененного сегмента верхней или нижней конечности, имплантация эндопротеза под контролем компьютерной навигации с одновременной реконструкцией биологической оси конечности;

нейрохирургия- удаление опухоли с сочетанным применением интраоперационной флюоресцентной микроскопии, эндоскопии или эндоскопической ассистенции, эндоскопическое удаление опухоли с одномоментным пластическим закрытием хирургического дефекта при помощи формируемых ауто- или аллотрансплантатов, удаление межпозвонкового диска с имплантацией системы, стабилизирующей позвоночник или протезирование межпозвонкового диска;

детская пульмонология и аллергология - открытие кабинета респираторной терапии;

кардиология - пульс-терапия ревматоидного артрита, системных заболеваний; генно-инженерная терапия биологическими агентами ювенильных, системных артритов;

эндокринология- денситометрия, помповая инсулинотерапия, круглогодичное мониторирование глюкозы;

гастроэнтерология - внедрение дыхательного теста для проведения неинвазивной методики определения инфицирования хеликобактериальной инфекцией детям с воспалительными заболеваниями гастродуоденальной зоны необходимо внедрить дыхательный тест;

неонатология и неонатальная реанимация - катетеризация сосудов у новорожденных под УЗИ-контролем, применение краниocereбральной гипотермии при тяжелых поражениях нервной системы у новорожденных, проведение КТ и МРТ – исследований у новорожденных с нарушениями жизненных функций с помощью транспортного инкубатора, совместимого с МРТ и РКТ диагностикой.

С целью улучшения методов диагностики и выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи пациентам в параклинических отделениях планируется внедрение следующих методик:

клинико-диагностическая лаборатория - выявление нарушений в тромбоцитарном звене гемостаза, оценка эффективности применения антиагрегатов у гематологических больных (анализатор агрегации тромбоцитов); экстренная оценка гемостаза при подготовке пациента к операции и во время ее (тромбоэластограф); контроль за уровнем гликемии у пациентов с сахарным диабетом с целью предотвращения развития у них макро-микрососудистых осложнений (анализатор гликогемоглобина); быстрая и качественная идентификация большого спектра микроорганизмов и определение их чувствительности к антибиотикам (автоматический микробиологический анализатор);

отделение функциональной диагностики - дуплексное сканирование сосудов верхних и нижних конечностей; исследование слуховых вызванных потенциалов головного мозга; исследование зрительных вызванных потенциалов головного

мозга; транскраниальная доплерография головного мозга; велоэргометрия; тредмил-тест; суточное мониторирование ЭЭГ.

В связи с переходом в 2012 году на новые критерии живорождения в области увеличилось количество детей, рожденных с ретинопатией недоношенных. Для обеспечения качественного наблюдения данной диспансерной группы детей в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 июля 2011 года №791н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты» запланирована организация кабинета диагностики, лечения зрения и мониторинга ретинопатий недоношенных детей на базе ГУЗ «Областная детская больница». Для диагностики ретинопатии закуплена ретинопатическая камера. Открытие специализированного кабинета планируется в 2014 году.

Липецкая область на своей территории не имеет труднодоступных районов. Максимальное время доезда до ГУЗ «Областная детская больница» (2 часа) – от ГУЗ «Воловская ЦРБ» и ГУЗ «Тербунская ЦРБ», располагающих достаточным количеством автомобильного транспорта для доставки детей в областной центр.

Доступность специализированной помощи детям отдаленных сельских районов по 28 специальностям обеспечивается силами педиатрических консультативно-реанимационных бригад и выездной поликлиники «Здоровье» ГУЗ «Областная детская больница». Ежегодно бригадой осуществляется до 500 выездов, из них 50 % – к детям первого года жизни. В целях повышения доступности специализированной помощи детям будут продолжены выезды мобильного диагностического комплекса, что позволит более качественно и быстро провести диагностические исследования детей проживающим в сельской местности.

Деятельность выездной реанимационной помощи детям и новорожденным области выездной консультативно-реанимационной бригадой ГУЗ «Областная детская больница» позволит в дальнейшем организовать мероприятия, стабилизирующие состояние новорожденного ребенка, и переводить его в отделение реанимации и интенсивной терапии или отделение второго этапа выхаживания новорожденных.

Медицинская реабилитация детей в области предусматривает три этапа: первый этап реабилитации проводится в отделениях реанимации и интенсивной терапии ГУЗ «Областная детская больница» и ГУЗ «Липецкая городская детская больница №1», где осуществляется медицинская реабилитация по профилю основного заболевания.

Второй этап реабилитации осуществляется в ранний восстановительный период течения заболевания или травмы на реабилитационных койках ГУЗ «Областная детская больница» и ГУЗ «Областная детская больница восстановительного лечения». Поздний реабилитационный период, в период остаточных явлений течения заболеваний, при хроническом течении заболевания вне обострения - на круглосуточных и стационарзамещающих койках детских отделений центральных районных и детских городских медицинских учреждений, по профилю основного заболевания с применением комплексной реабилитации.

Третий этап реабилитации проводится амбулаторно-поликлиническим звеном и санаторными учреждениями, располагающимися на территории области. Имеющиеся в области три учреждения здравоохранения, оказывающие санаторно-курортную помощь детям (ГУЗ «Липецкий городской противотуберкулезный санаторий «Сосновка», ОКУ «Усманский противотуберкулезный детский санаторий», ГСКУ «Липецкий областной детский санаторий «Мечта»)

обеспечивают ежегодно санаторно-курортным лечением до 5000 детей. Проводимые реабилитационные мероприятия позволили за последние годы снизить уровень общей заболеваемости детей в возрасте 0-14 лет.

В рамках реализации подпрограммы предусматривается открытие отделения реабилитации для детей, страдающих заболеваниями органов дыхания, опорно-двигательной системы в ГСКУ «Липецкий областной детский санаторий «Мечта».

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 26 апреля 2012 года № 403 «О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента» с октября 2012 года организована работа по формированию регионального сегмента Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности. В Регистр включены 68 пациентов. Лекарственные препараты получают 53 человека.

В целях совершенствования и увеличения объема оказания реабилитационной помощи детям необходима реконструкция отделения мать и дитя на 25 коек в ГУЗ «Областная детская больница восстановительного лечения». Реконструкция включает в себя пристройку корпуса «Мать и дитя» для пребывания матерей с детьми, получающими курс реабилитационного лечения, с использованием лечебно-диагностической базы основного корпуса больницы. Общая площадь корпуса - 1500 кв.м. Срок ввода в эксплуатацию – 2017 год. Предполагаемая сметная стоимость – 99,9 млн. руб. Расширение объема оказания реабилитационной помощи детям за счет реконструкции позволит охватить большее количество детей с заболеваниями нервной системы и патологией опорно-двигательного аппарата, что приведет к снижению первичной инвалидности к 2020 году до 20,1 на 10 тыс. детского населения.

г) обоснование объемов финансовых ресурсов, необходимых для реализации подпрограммы 3

Прогнозируемый объем финансирования подпрограммы составит 14 722 833,3 тыс. рублей, в том числе:

прогнозируемый объем финансирования из средств федерального бюджета - 1 864 423,0 тыс. рублей, в том числе:

2013 год – 22 279,4 тыс. рублей;

2014 год – 859 324,9 тыс. рублей;

2015 год – 859 779,4 тыс. рублей;

2016 год – 23 643,0 тыс. рублей;

2017 год – 24 115,9 тыс. рублей;

2018 год – 24 598,2 тыс. рублей;

2019 год – 25 090,2 тыс. рублей;

2020 год – 25 592,0 тыс. рублей;

прогнозируемый объем финансирования из средств областного бюджета - 1 289 324,0 тыс. рублей, в том числе:

2013 год – 130 272,0 тыс. рублей;

2014 год – 168 466,0 тыс. рублей;



2015 год – 181 374,0 тыс. рублей;  
2016 год – 146 448,0 тыс. рублей;  
2017 год – 153 770,0 тыс. рублей;  
2018 год – 161 457,0 тыс. рублей;  
2019 год – 169 530,0 тыс. рублей;  
2020 год – 178 007,0 тыс. рублей.;

прогнозируемый объем финансирования из средств территориального фонда  
обязательного медицинского страхования - 11 569 086,3 тыс. рублей, в том числе:

2013 год – 971 589,6 тыс. рублей;  
2014 год – 1 151 219,3 тыс. рублей;  
2015 год – 1 388 768,4 тыс. рублей;  
2016 год – 1 458 206,0 тыс. рублей;  
2017 год – 1 531 116,0 тыс. рублей;  
2018 год – 1 607 673,0 тыс. рублей;  
2019 год – 1 688 056,0 тыс. рублей;  
2020 год – 1 772 458,0 тыс. рублей.

Объемы финансирования ежегодно уточняются.

### III.IV. Подпрограмма 4 «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям»

Наименование подпрограммы	«Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям»
Программно-целевые инструменты подпрограммы	Ведомственная целевая программа «Совершенствование оказания медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения населению Липецкой области в 2013-2015 годах»); Мероприятие 4.1 «Совершенствование оказания медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения населению Липецкой области»
Цель подпрограммы	Увеличение продолжительности активного периода жизни населения.
Задачи подпрограммы	1. Разработка и внедрение новых организационных моделей медицинской реабилитации 2. Разработка и внедрение новых организационных моделей санаторно-курортного лечения
Целевые индикаторы подпрограммы	Увеличение охвата реабилитационной медицинской помощью пациентов от числа нуждающихся; увеличение охвата реабилитационной медицинской помощью детей-инвалидов от числа нуждающихся; увеличение охвата санаторно-курортным лечением больных.
Показатели задач подпрограммы	Показатель задачи 1: доля стандартизированно переоснащенных современным медицинским оборудованием и аппаратурой медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по медицинской реабилитации – 75%. Показатель задачи 2: доля санаториев с улучшенной материально-технической базой для обеспечения организации оказания в полном объеме санаторно-курортного лечения – 75%.
Этапы и сроки реализации подпрограммы	Подпрограмма реализуется в один этап (2013 - 2020 годы)

<p>Объемы финансирования подпрограммы</p>	<p>Прогнозируемый объем финансирования подпрограммы составит 3 219 074,0 тыс. рублей, в том числе:  прогнозируемый объем финансирования из средств федерального бюджета составит 94 900,0 тыс. рублей, в том числе:  2016 год – 30 900,0 тыс. рублей;  2017 год – 65 550,0 тыс. рублей;  прогнозируемый объем финансирования из средств областного бюджета составит 2 232 537,0 тыс. рублей, в том числе:  2013 год – 341 325,0 тыс. рублей;  2014 год – 340 824,0 тыс. рублей;  2015 год – 358 284,0 тыс. рублей;  2016 год – 216 385,0 тыс. рублей;  2017 год – 229 028,0 тыс. рублей;  2018 год – 236 856,0 тыс. рублей;  2019 год – 248 700,0 тыс. рублей;  2020 год – 261 135,0 тыс. рублей;  прогнозируемый объем финансирования из средств территориального фонда обязательного медицинского страхования составит 891 637,0 тыс. рублей, в том числе:  2016 год – 161 364,0 тыс. рублей;  2017 год – 169 432,0 тыс. рублей;  2018 год – 177 903,0 тыс. рублей;  2019 год – 186 799,0 тыс. рублей;  2020 год – 196 139,0 тыс. рублей.  Объемы финансирования ежегодно уточняются.</p>
<p>Ожидаемые результаты реализации подпрограммы</p>	<p>Достижение к 2020 году:  охват реабилитационной медицинской помощью больных от числа нуждающихся - 25%;  охват реабилитационной медицинской помощью детей-инвалидов от числа нуждающихся - 93 %;  охват санаторно-курортным лечением больных (по показаниям) - 45%.</p>

#### Текстовая часть подпрограммы 4

а) характеристика сферы реализации подпрограммы 4, описание основных проблем в сфере развития медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям и прогноз ее развития

Важной составляющей решения задачи повышения качества и доступности медицинской помощи является развитие системы медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения.

Современная ситуация в Липецкой области характеризуется недостаточной доступностью реабилитационной помощи больным с наиболее распространенными заболеваниями нервной, сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, онкологическими заболеваниями. Отсутствие системного подхода в организации

оказания реабилитационной помощи населению области, дефицит специализированного коечного фонда как взрослых, так и детей, недостаточность амбулаторных форм оказания реабилитационной помощи, нехватка подготовленных специалистов, изношенность материально-технической базы подразделений, осуществляющих реабилитационные мероприятия, не позволяют в полной мере обеспечить потребность населения в данных медицинских услугах.

Решение проблем охраны здоровья детей, страдающих тяжелыми хроническими (инвалидизирующими) заболеваниями, детей с ограниченными возможностями здоровья возможно при обеспечении доступности и качества медицинской реабилитации путем дальнейшего развития сети детских профильных реабилитационных учреждений, а также комплексов для осуществления высокотехнологичных методов лечения с койками (филиалами стационаров) для долечивания и реабилитации. Решение этой задачи позволит снизить нагрузку на «дорогие» койки в стационарах, повысить их пропускную способность.

В настоящее время сохраняется острая необходимость в комплексе мероприятий, направленных на сохранение потенциала курортной сферы и формирование современного курортного комплекса, способного решать как медико-социальные задачи обеспечения доступного населению, эффективного санаторно-курортного лечения, так и экономические проблемы формирования сферы курортного дела. При этом следует учитывать, что упадок курортного дела в России, безусловно, стал одним из важных факторов ухудшения показателей здоровья нации. В этих условиях восстановление системы санаторно-курортного лечения и оздоровления, доступности его для основной массы населения, возрождение российских курортов представляется важной общенациональной задачей, способной внести большой вклад в повышение уровня общественного здоровья народа.

Основными проблемами в сфере реализации подпрограммы являются: высокая загруженность коечного фонда и недостаточно эффективное его использование; недостаточная развитость системы санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации.

Прогноз развития сферы реализации подпрограммы определяется основными направлениями реализации государственной политики в сфере охраны здоровья граждан Липецкой области, индикаторами и показателями демографической ситуации, предусмотренными государственной программой.

Сфера реализации подпрограммы охватывает направления деятельности, которые призваны создать условия для развития единой системы оказания специализированной, преемственной, максимально индивидуализированной, управляемой помощи по медицинской реабилитации при основных инвалидизирующих заболеваниях и повреждениях органов и систем.

б) приоритеты государственной политики в сфере реализации подпрограммы 4, цели, задачи и индикаторы достижения целей, показатели решения задач.

Описание основных ожидаемых конечных результатов подпрограммы 4, сроков и этапов реализации подпрограммы 4.

С целью реализации государственной политики в сфере охраны здоровья граждан, улучшения демографической ситуации необходимо системное развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.

Основными приоритетами государственной политики в сфере действия

доля больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии более 2-х лет - 10,4 % от среднегодового контингента больных алкоголизмом;

доля больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года – 17,0%;

смертность от ишемической болезни сердца - 355,8 случаев на 100 тыс.населения;

смертность от цереброваскулярных заболеваний - 208,4 случаев на 100 тыс.населения;

удельный вес больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более - 54,5%;

одногодичная летальность больных со злокачественными образованиями - 21,0%;

доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 мин - 90% от общего числа вызовов;

больничная летальность пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий - 3,8 %;

доля станций переливания крови, обеспечивающих современный уровень качества и безопасности компонентов крови - 100%.

### Подпрограмма 3 «Охрана здоровья матери и ребенка»

Целями подпрограммы являются:

улучшение состояния здоровья детей и матерей путем совершенствования качества оказания медицинской помощи;

снижение материнской, младенческой, детской смертности;

снижение уровня вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку.

Реализация поставленных целей обеспечивается решением следующих взаимосвязанных задач:

совершенствование и развитие пренатальной и неонатальной диагностики;

дальнейшее развитие специализированной медицинской, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи матерям и детям;

снижение уровня первичной инвалидности у детей;

профилактика и снижение количества абортов;

увеличение охвата трехэтапной химиопрофилактикой пар «мать и дитя» в целях предотвращения вертикальной передачи ВИЧ-инфекций.

Сроки реализации подпрограммы – 2013-2020 годы.

Основные ожидаемые результаты подпрограммы:

увеличение доли обследованных беременных женщин по новому алгоритму проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка до 85%;

увеличение доли новорожденных, обследованных на наследственные заболевания, от общего числа новорожденных до 99,8%;

увеличение доли новорожденных, обследованных на аудиологический скрининг от общего числа новорожденных до 97,8%;

снижение ранней неонатальной смертности до 1,8 случаев на 1000 родившихся живыми;

снижение смертности детей 0 - 17 лет до 7,7 случаев на 10 тыс. населения соответствующего возраста;

увеличение доли женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах до 85%;

увеличение выживаемости детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела в акушерском стационаре до 765 промилле;  
снижение больничной летальности детей до 0,2 %;  
снижение первичной инвалидности у детей до 20,1 случаев на 10 тыс. детей соответствующего возраста;  
увеличение доли женщин, принявших решение вынашивать беременность, от числа женщин, обратившихся в медицинские организации по поводу прерывания беременности, до 19 %;  
увеличение доли охвата пар «мать и дитя» химиопрофилактикой в соответствии с действующими стандартами до 100 %.

#### Подпрограмма 4 «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям»

Целью подпрограммы является увеличение продолжительности активного периода жизни населения.

Реализация поставленной цели обеспечивается решением следующих задач:  
разработка и внедрение новых организационных моделей медицинской реабилитации;

разработка и внедрение новых организационных моделей санаторно-курортного лечения.

Сроки реализации подпрограммы – 2013-2020 годы.

Основные ожидаемые результаты подпрограммы:

охват реабилитационной медицинской помощью больных от числа нуждающихся - 25%;

охват реабилитационной медицинской помощью детей-инвалидов от числа нуждающихся - до 93 %;

охват санаторно-курортным лечением пациентов - до 45%.

#### Подпрограмма 5 «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»

Целью подпрограммы является повышение качества жизни неизлечимых больных за счет решения физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания.

Реализация поставленной цели обеспечивается посредством создания эффективной службы паллиативной помощи неизлечимым пациентам.

Сроки реализации подпрограммы – 2013-2020 годы.

Основные ожидаемые результаты подпрограммы:

увеличение обеспеченности паллиативными койками взрослых до 10,0 на 100 тыс. взрослого населения;

увеличение обеспеченности койками для оказания паллиативной помощи детям до 2,48 на 100 тыс. детского населения.

#### Подпрограмма 6 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»

Целями подпрограммы является:

совершенствование и перспективное развитие обеспеченности здравоохранения Липецкой области медицинскими кадрами;

поэтапное устранение дефицита медицинских кадров, а также регионального кадрового дисбаланса;

обеспечение притока в медицинские организации Липецкой области врачей и средних медицинских работников, позволяющего восполнять естественную убыль;

планирование подготовки и трудоустройства медицинских работников с использованием современных технологий кадрового менеджмента, эффективных мотивационных механизмов, позволяющих обеспечить медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области квалифицированными кадрами, способными улучшить качество оказания медицинской помощи населению Липецкой области;

повышение престижа профессии медицинского работника, обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными специалистами, способными улучшить качество оказания медицинской помощи населению Липецкой области.

Реализация поставленных целей обеспечивается решением следующих взаимосвязанных задач:

регулирование подготовки и сохранение медицинских кадров для здравоохранения Липецкой области с помощью мониторинга кадров при реализации его организационно-методической, информационно - аналитической поддержки;

создание условий для планомерного роста профессионального уровня знаний и умений медицинских работников;

достижение полноты укомплектованности медицинских организаций медицинскими работниками;

обеспечение социальной защиты, повышение качества жизни медицинских работников на основе приведения оплаты труда в соответствие с объемами, сложностью и эффективностью оказания медицинской помощи;

формирование системы управления кадровым потенциалом здравоохранения Липецкой области с учетом структуры региональной потребности в медицинских кадрах, их оптимального размещения и эффективного использования.

Сроки реализации подпрограммы – 2013-2020 годы.

Реализация подпрограммы позволит:

обеспеченность населения Липецкой области врачами на 10 тыс. населения – 46,2;

обеспеченность средними медицинскими работниками на 10 тыс. населения – 140,0.

Подпрограмма 7 «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях»

Целью подпрограммы является наиболее полное удовлетворение потребностей отдельных категорий граждан Липецкой области в необходимых, качественных, эффективных и безопасных лекарственных препаратах.

Реализация поставленной цели обеспечивается решением следующих взаимосвязанных задач:

совершенствование перечня лекарственных препаратов, обеспечение которыми осуществляется в целях реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Липецкой области медицинской амбулаторной помощи;

повышение эффективности персонифицированного учета отдельных категорий граждан и планирования их потребностей в лекарственных препаратах,

обеспечение рационального использования лекарственных препаратов;

повышение доступности для отдельных категорий граждан медицинской амбулаторной помощи в части обеспечения лекарственными препаратами;

совершенствование системы контроля их качества, эффективности и безопасности, борьба с оборотом недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных препаратов.

Сроки реализации подпрограммы – 2013-2020 годы.

Реализация подпрограммы позволит достигнуть наиболее полного, соответствующего финансированию и стандартам оказания медицинской амбулаторной помощи удовлетворения потребностей отдельных категорий граждан в качественных, эффективных и безопасных лекарственных препаратах, отсутствие реализации на территории Липецкой области недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных препаратов, поставленных за счет бюджетных средств в целях амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан.

Удовлетворенность потребности отдельных категорий граждан в необходимых в соответствии со стандартами медицинской амбулаторной помощи лекарственных препаратах, отпускаемых на основании выданных рецептов, составит не менее 99 %; уровень контроля качества и безопасности лекарственных препаратов, поставляемых в Липецкую область за счет средств федерального и областного бюджетов в целях амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан, – 100 %.

#### Подпрограмма 8 «Развитие информатизации в здравоохранении»

Целью подпрограммы является создание и масштабирование аппаратно-программных решений для оказания медицинских услуг медицинским работником на основе современных информационно-телекоммуникационных технологий.

Реализация поставленной цели обеспечивается решением следующих взаимосвязанных задач:

развитие региональной информационно-аналитической медицинской системы (далее - РИАМС), с использованием защищенных каналов передачи данных;

увеличение доли государственных услуг, оказываемых с использованием современных информационных систем.

Сроки реализации подпрограммы – 2013-2020 годы.

Реализация подпрограммы позволит обеспечить оказание не менее 90% от общего числа медицинских услуг в едином информационном пространстве с использованием РИАМС.

#### Подпрограмма 9 «Развитие государственно-частного партнерства»

Целью подпрограммы является развитие взаимодействия государственной и частной систем здравоохранения с привлечением дополнительных инвестиций в отрасль здравоохранения Липецкой области.

Для достижения цели запланировано решение следующей задачи: стимулирование инвесторов к привлечению материальных, финансовых, интеллектуальных, научно-технических и иных ресурсов в проекты, реализуемые в сфере здравоохранения на территории Липецкой области.

Сроки реализации подпрограммы – 2013-2020 годы.

Реализация подпрограммы позволит повысить долю частных медицинских организаций, участвующих в оказании медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий в общем числе участвующих медицинских организаций – до 24 %.



Подпрограмма 10 «Совершенствование территориального планирования здравоохранения Липецкой области».

Целью подпрограммы является формирование системы здравоохранения Липецкой области, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг.

Для достижения цели запланировано решение следующих задач:

оптимизация структуры отрасли, в том числе путем объединения маломощных больниц и поликлиник и создания многопрофильных медицинских центров;

оптимизация объемов медицинской помощи в структуре расходов по видам медицинской помощи.

Сроки реализации подпрограммы – 2013-2020 годы.

Результатом реализации подпрограммы является снижение расходов на оказание медицинской помощи в стационарных условиях от всех расходов на Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи к 2018 и в последующие годы до 50,2 % от всех расходов, скорой медицинской помощи - до 5,1 %; увеличение доли расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях - до 31,7%, на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме - до 3,9 %, в условиях дневных стационаров – до 9,1 %.

Реализация целевых программ и подпрограмм вносит вклад в достижение цели «Обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребности населения, передовым достижениям медицинской науки» Программы.

6. Перечень целевых индикаторов и показателей задач Программы с формированием плановых значений по годам ее реализации, а также сведения о взаимосвязи мероприятий и результатов их выполнения с обобщенными целевыми индикаторами Программы

Эффективность реализации Программы оценивается по целевым индикаторам и показателям задач, характеризующим состояние общественного здоровья, и системы охраны здоровья населения области.

Результатом реализации Программы станет обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребности населения, передовым достижениям медицинской науки.

Сведения об индикаторах цели и показателях задач государственной программы с формированием плановых значений по годам ее реализации представлены в приложении 2 к Программе.

7. Обоснование состава и значений соответствующих целевых индикаторов и показателей задач Программы по этапам ее реализации и оценка влияния рисков на их достижение

Состав целевых индикаторов и показателей задач Программы определен таким образом, чтобы обеспечить:

наблюдаемость значений индикаторов (показателей) в течение срока реализации Программы;

охват всех наиболее значимых результатов реализации Программы;

минимизацию количества индикаторов (показателей);

наличие государственного статистического наблюдения и методик расчета значений индикаторов (показателей).

В состав целевых индикаторов и показателей задач Программы включены индикаторы (показатели), отражающие изменение состояния общественного здоровья и индикаторы (показатели), характеризующие ресурсы системы здравоохранения.

Для оценки результатов реализации Программы предлагается использовать в качестве определяющих индикаторы и показатели, которые являются основными для системы здравоохранения, рассчитываются федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным в области государственного статистического учета, и представляются для оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Перечень индикаторов и показателей носит открытый характер и предусматривает возможность корректировки в случаях потери информативности показателя, изменения приоритетов государственной политики.

Значения соответствующих целевых индикаторов и показателей задач государственной программы определяются в соответствии с прогнозом индикаторов и показателей Стратегии социально-экономического развития Липецкой области на период до 2020 года, постановлением администрации Липецкой области от 28 февраля 2013 года № 103 «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Липецкой области», а также утвержденными областными и ведомственными целевыми программами в сфере здравоохранения.

Перечень индикаторов и показателей носит открытый характер и предусматривает возможность корректировки в случаях потери информативности показателя, изменения приоритетов государственной политики.

При реализации поставленных в Программе задач осуществляются меры, направленные на снижение последствий возможных рисков и повышение уровня гарантированности достижения предусмотренных Программой конечных результатов.

К рискам, влияющим на достижение цели Программы, относят:

1. Макроэкономические риски. Возможность ухудшения внутренней и внешней конъюнктуры, снижение темпов роста экономики, высокая инфляция могут негативно повлиять на функционирование системы здравоохранения, а также затормозить структурные преобразования в ней.

2. Финансовые риски. Отсутствие или недостаточное финансирование мероприятий Программы может привести к снижению обеспеченности и качества оказываемой медицинской помощи населению, и, как следствие, целевые показатели проекта не будут достигнуты, а при неблагоприятном прогнозе - демографические показатели могут измениться в отрицательную сторону.

3. Организационные риски. Уровень решения поставленных задач и достижение целевых показателей зависит не только от федеральных органов исполнительной власти, но и от органов исполнительной власти Липецкой области, являющихся соисполнителями Программы, и муниципальных образований, которые, каждый в рамках своей компетенции и приданных полномочий,

осуществляют функции по охране и укреплению здоровья населения Липецкой области.

Анализ влияния рисков и условий на достижение основных параметров Программы будет проводиться ежегодно при подготовке соответствующего раздела годового отчета о ходе реализации и оценки эффективности Программы и доклада о ходе реализации Программы, подготовленными в соответствии с постановлением администрации Липецкой области от 18 августа 2011 года № 294 «О Порядке разработки, реализации и оценки эффективности государственных программ Липецкой области».

К мерам управления рисками с целью минимизации их влияния на достижение цели Программы относятся:

1. Планирование и прогнозирование. Риск отсутствия ожидаемых конечных результатов Программы является типичным при выполнении долгосрочных программ, и на его минимизацию направлены меры по планированию работ, в частности формирование плана реализации Программы, содержащего перечень мероприятий Программы. Ответственный исполнитель по согласованию с соисполнителями вносит предложения о внесении изменений в перечни и состав мероприятий, сроки их реализации, а также в объемы бюджетных ассигнований на реализацию мероприятий в пределах утвержденных лимитов бюджетных ассигнований, предусмотренных планом реализации Программы на соответствующий год.

2. Применение правовых методов влияния (совокупность нормативных правовых актов), способствующих достижению целей Программы.

3. Формирование и использование современной системы контроля на всех стадиях реализации Программы.

8. Описание мер государственного регулирования и обоснование необходимости их применения для достижения цели и (или) конечных результатов Программы и управления рисками с целью минимизации их влияния на достижение целей Программы

Для достижения цели и конечных результатов Программы будут применены следующие административные инструменты государственного регулирования:

лицензирование фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук) в Липецкой области;

лицензирование медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук) Липецкой области;

лицензирование деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров культивированию наркосодержащих растений (в части деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I, II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти,

государственным академиям наук) в Липецкой области;

проведение аттестации для получения квалификационных категорий медицинскими и фармацевтическими работниками;

направление граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения Российской Федерации, с применением специализированной информационной системы;

компенсация стоимости проезда малообеспеченных граждан к месту лечения, детям - к месту санаторно-курортного лечения и обратно, а также сопровождающему их лицу, меры социальной поддержки которым установлены законодательством Липецкой области;

проведение мероприятий по надзору в сфере контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

## 9. Ресурсное обеспечение Программы

При реализации Программы предполагается привлечение финансирования из федерального бюджета, бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования Липецкой области, областного бюджета Липецкой области (приложения 5, 6).

Ресурсное обеспечение реализации Программы за счет средств федерального бюджета, планируемое с учетом ситуации в финансово-бюджетной сфере на федеральном и региональном уровнях, высокой экономической и социальной важности проблем, а также возможностей ее реализации с учетом действующих расходных обязательств и необходимых дополнительных средств при эффективном взаимодействии всех участников Программы, подлежит ежегодному уточнению в рамках бюджетного цикла.

Прогнозируемый объем финансирования Программы составит 135 521 552,4 тыс. рублей, в том числе:

прогнозируемый объем финансирования из средств федерального бюджета - 14 171 974,9 тыс. рублей, в том числе:

2013 год – 710 347,0 тыс. рублей;

2014 год – 2 533 526,4 тыс. рублей;

2015 год – 2 856 813,9 тыс. рублей;

2016 год – 1 913 904,3 тыс. рублей;

2017 год – 1 712 521,2 тыс. рублей;

2018 год – 1 664 598,0 тыс. рублей;

2019 год – 1 379 383,4 тыс. рублей;

2020 год – 1 400 880,7 тыс. рублей;

прогнозируемый объем финансирования из средств областного бюджета - 31 436 215,5 тыс. рублей, в том числе:

2013 год – 3 552 086,5 тыс. рублей;

2014 год – 3 600 776,2 тыс. рублей;

2015 год – 3 791 842,3 тыс. рублей;

2016 год – 3 763 630,0 тыс. рублей;

2017 год – 3 934 405,5 тыс. рублей;

2018 год – 4 070 424,0 тыс. рублей;

2019 год – 4 255 498,0 тыс. рублей;

2020 год – 4 467 553,0 тыс. рублей;

прогнозируемый объем финансирования из средств территориального фонда обязательного медицинского страхования - 89 913 362,0 тыс. рублей, в том числе:

2013 год – 7 602 000,0 тыс. рублей;

2014 год – 8 870 500,0 тыс. рублей;

2015 год – 10 666 000,0 тыс. рублей;

2016 год – 11 360 662,0 тыс. рублей;

2017 год – 11 928 696,0 тыс. рублей;

2018 год – 12 525 135,0 тыс. рублей;

2019 год – 13 151 398,0 тыс. рублей;

2020 год – 13 808 971,0 тыс. рублей.

Объемы финансирования ежегодно уточняются.

## 10. Прогноз сводных показателей государственных заданий по этапам реализации Программы

Прогноз сводных показателей государственных заданий на оказание областными бюджетными и автономными учреждениями государственных услуг (работ) юридическим и физическим лицам по годам реализации государственной программы представлен в приложении 4.

## 11. Управление и мониторинг реализации Программы

Управление реализацией Программы осуществляется в соответствии с Порядком разработки, реализации и оценки эффективности государственных программ Липецкой области. Реализация Программы осуществляется в соответствии с планом ее реализации, утверждаемым ежегодно с учетом приоритетов Программы.

Текущее управление реализацией Программы, реализация областных целевых программ, включенных в Программу, и ведомственных целевых программ, включенных в подпрограммы, осуществляется в порядке, установленном, соответственно для областной целевой программы или ведомственной целевой программы.

В процессе реализации Программы ответственный исполнитель по согласованию с соисполнителем вправе готовить предложения о внесении изменений в перечни мероприятий, сроки их проведения, а также в соответствии с законодательством Липецкой области в объемы бюджетных ассигнований в пределах утвержденных лимитов на реализацию государственной программы.

Ежегодно, до 1 марта года, следующего за отчетным, ответственный исполнитель совместно с соисполнителями готовит отчет о ходе реализации и оценке эффективности Программы и доклад о ходе реализации Программы и направляет их в администрацию области.

Мониторинг реализации Программы ориентирован на раннее предупреждение возникновения проблем и отклонений хода реализации государственной программы от запланированного.

Объектом мониторинга являются индикаторы (показатели) Программы

(подпрограмм и областных целевых программ), ход реализации ведомственных целевых программ и основных мероприятий Программы.

Мониторинг реализации Программы проводится на основе данных официального статистического наблюдения, годовых отчетов о ходе реализации и оценке эффективности Программы, докладов ответственного исполнителя о ходе реализации Программы, отчетов о ходе реализации областных и ведомственных целевых программ.

Управление здравоохранения Липецкой области является разработчиком-координатором и ответственным исполнителем Программы и осуществляет:

выполнение мероприятий, входящих в областную целевую программу и подпрограммы (в соответствии с системой программных мероприятий);

координацию деятельности по реализации Программы;

оценку отклонений фактических результатов от их запланированных показателей и вносит предложения по уточнению ее целевых установок;

ежеквартальный мониторинг реализации Программы;

анализ рисков, повлиявших на ход реализации Программы;

анализ последствий не реализации мероприятий областной целевой программы и подпрограмм на реализацию государственной программы;

подготовку отчета о выполнении показателей государственных заданий на оказание государственных услуг (работ) Программы;

подготовку отчета об эффективности реализации Программы;

подготовку предложений по дальнейшей реализации Программы (в случае отклонений от плановой динамики реализации Программы или воздействия факторов риска, оказывающих негативное влияние на основные параметры Программы);

оказание методической помощи и содействия в рамках своей компетенции соисполнителям Программы;

подготовку предложений по уточнению объемов расходов на реализацию задач Программы в процессе формирования бюджета на очередной финансовый год.

Соисполнители Программы представляют ответственному исполнителю информацию о ходе реализации мероприятий Программы: по итогам I квартала, I полугодия, 9 месяцев до 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом, по итогам года до 20 января года, следующего за отчетным.

В целях управления реализацией Программы ответственный исполнитель Программы ежегодно до 15 декабря текущего финансового года утверждает согласованный с соисполнителями план реализации Программы и представляет его в управление экономики администрации Липецкой области и управление финансов Липецкой области.

Ежегодно, в сроки, установленные Законом Липецкой области от 29 декабря 2012 года № 108-ОЗ «О Программе социально-экономического развития Липецкой области на 2013-2017 годы». Ответственный исполнитель Программы совместно с соисполнителями готовит годовой отчет о ходе реализации и оценке эффективности Программы и доклад о ходе реализации Программы и направляет их в администрацию Липецкой области для подготовки сводного доклада о ходе реализации и оценке эффективности государственных программ.

## 12. Методика оценки эффективности Программы

Эффективность выполнения Программы оценивается как степень достижения запланированных результатов (сопоставление плановых и фактических значений показателей Программы) при условии соблюдения обоснованного объема расходов, с учетом выполнения всех мероприятий, направленных на ее достижение.

Оценка эффективности выполнения Программы проводится для обеспечения ответственного исполнителя оперативной информацией о ходе и промежуточных результатах выполнения мероприятий и решения задач Программы. Результаты оценки эффективности используются для корректировки выполнения мероприятий Программы.

При проведении оценки эффективности выполнения Программы отдельно анализируется информация о достижении значений целевых индикаторов и показателей областных целевых программ, подпрограмм и мероприятий.

Плановые значения индикаторов и показателей задач Программы представлены в таблице 3.

Критерии для оценки эффективности реализации государственной программы  
«Развитие здравоохранения Липецкой области»

Таблица 3

№ п/п	Обозначение критерия (X)	Весовой коэффициент (Y)	Формулировка критерия	Градации	Балльная оценка (B)
1	X <sub>1</sub>	Y <sub>1</sub> = 0,25	Достижение индикаторов цели	1) все индикаторы целей соответствуют или выше предусмотренных государственной программы	10
				2) более 80% индикаторов целей соответствуют или выше предусмотренных государственной программой	6
				3) от 50 до 79% индикаторов целей соответствуют или выше предусмотренных государственной программой	3
				4) менее 50% индикаторов целей соответствуют или выше предусмотренных государственной программой	0
2	X <sub>2</sub>	Y <sub>2</sub> = 0,25	Достижение показателей задач	1) 100% показателей задач соответствуют или выше предусмотренных государственной программой	10
				2) от 85 до 99% показателей задач соответствуют или выше предусмотренных государственной программой	6
				3) от 50 до 84% показателей задач соответствуют или выше предусмотренных государственной программой	3

№ п/п	Обозначение критерия (X)	Весовой коэффициент (Y)	Формулировка критерия	Градации	Балльная оценка (B)
				4) менее 50% показателей задач соответствуют или выше предусмотренных государственной программой	0
3	X <sub>3</sub>	Y <sub>3</sub> = 0,25	Освоение средств областного бюджета (кроме экономии от проведения торгов и запросов котировок)	1) средства освоены на 100%	10
				2) средства освоены от 85 до 100%	6
				3) средства освоены менее, чем на 85%	0
4	X <sub>4</sub>	Y <sub>4</sub> = 0,25	Выполнение мероприятий	1) выполнено 100% мероприятий, предусмотренных в государственной программе	10
				2) выполнено от 80 до 99% мероприятий, предусмотренных в государственной программе	6
				3) выполнено от 65 до 79% мероприятий, предусмотренных в государственной программе	3
				4) выполнено менее 65% мероприятий, предусмотренных в государственной программе	0

Оценка эффективности реализации Программы проводится по установленным критериям. Каждому критерию присваивается весовой коэффициент, отражающий важность и значимость показателя.

На основе балльных оценок по критериям с учетом их весовых коэффициентов рассчитывается рейтинг эффективности государственной программы по формуле:

$$R = \sum(Y_i \times B_i),$$

где:  $Y_i$  – весовой коэффициент  $i$ -го критерия;

$B_i$  – балльная оценка, присвоенная Программе по  $i$ -му критерию.

По результатам оценки эффективности реализации Программе присваивается рейтинг эффективности (R) в отчетном году исходя из следующих условий:

- 1) высокая эффективность Программы – при  $R \geq 9,0$ ;
- 2) достаточная эффективность Программы – при  $2,25 \leq R \leq 9,0$ ;
- 3) низкая эффективность ГП – при  $R \leq 2,25$ .



**III. Подпрограммы государственной программы Липецкой области  
«Развитие здравоохранения Липецкой области на 2013-2020 годы»  
и паспорта областных целевых программ**

**III.1. Подпрограмма 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи»**

Наименование подпрограммы	«Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи»
Программно-целевые инструменты подпрограммы	Ведомственная целевая программа «Совершенствование профилактики заболеваний и формирование здорового образа жизни в 2013-2015 годах»; мероприятие 1.1 «Совершенствование профилактики заболеваний и формирование здорового образа жизни»
Цели подпрограммы	1. Увеличение продолжительности активной жизни населения за счет формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний. 2. Повышение качества и доступности первичной медико-санитарной помощи.
Задачи подпрограммы	1. Развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения области, в том числе снижение распространенности наиболее значимых факторов риска. 2. Снижение уровня распространенности инфекционных заболеваний, профилактика которых осуществляется проведением иммунизации населения в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. 3. Раннее выявление инфицированных ВИЧ, острыми вирусными гепатитами В и С. 4. Реализация дифференцированного подхода к организации в рамках первичной медико-санитарной помощи профилактических осмотров и диспансеризации населения, в том числе детей, в целях обеспечения своевременного выявления заболеваний, дающих наибольший вклад в показатели инвалидизации и смертности населения.
Целевые индикаторы подпрограммы	Охват профилактическими медицинскими осмотрами детей - 100%; охват диспансеризацией детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, - до 100%; охват диспансеризацией подростков - до 100%; распространенность ожирения среди взрослого населения (индекс массы тела более 30 кг/кв.м) - не более 25%; распространенность повышенного артериального давления среди взрослого населения - не более 35,3 %; распространенность повышенного уровня холестерина в крови среди взрослого населения - не более 46,5, %; доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I-II стадии – не менее 57,2%;

	<p>охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез – не менее 90%;</p> <p>заболеваемость дифтерией – не более 0,08 случая на 100 тыс.населения;</p> <p>заболеваемость корью – не более 0,9 случая на 1 млн. населения;</p> <p>заболеваемость краснухой – не более 0,08 случая на 100 тыс.населения;</p> <p>заболеваемость эпидемическим паротитом – не более 0,08 случая на 100 тыс.населения;</p> <p>заболеваемость острым вирусным гепатитом В – не более 0,57 на 100 тыс.населения;</p> <p>охват иммунизацией населения против дифтерии, коклюша и столбняка в декретированные сроки – не менее 98%;</p> <p>охват иммунизацией населения против кори в декретированные сроки – не менее 98,7%;</p> <p>охват иммунизацией населения против краснухи в декретированные сроки – не менее 98,8%;</p> <p>охват иммунизацией населения против эпидемического паротита в декретированные сроки – не менее 98,8%;</p> <p>доля больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года, – не более 22,2%;</p> <p>доля больных наркоманией, повторно госпитализированных в течение года, – не более 14,4%</p>
<p>Показатели задач подпрограммы</p>	<p>Показатель задачи 1: распространенность низкой физической активности среди взрослого населения к 2020 году - не более 36 % среди взрослого населения.</p> <p>Показатель задачи 2: охват иммунизацией против гепатита В в декретированные сроки - 97 %.</p> <p>Показатель задачи 3: доля ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих на диспансерном учете, от числа выявленных - 78,5 %.</p> <p>Показатель задачи 4: охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения - не ниже 36 % от подлежащих диспансеризации.</p>
<p>Этапы и сроки реализации подпрограммы</p>	<p>Подпрограмма реализуется в один этап (2013-2020 годы)</p>
<p>Объемы финансирования подпрограммы</p>	<p>Прогнозируемый объем финансирования подпрограммы составит 22 092 803,4 тыс. рублей, в том числе:</p> <p>прогнозируемый объем финансирования из средств федерального бюджета - 4 806 550,9 тыс. рублей, в том числе:</p> <p>2013 год – 30 939,2 тыс. рублей;</p> <p>2014 год – 776 558,0 тыс. рублей;</p> <p>2015 год – 639 189,2 тыс. рублей;</p> <p>2016 год – 639 833,0 тыс. рублей;</p> <p>2017 год – 830 489,7 тыс. рублей;</p> <p>2018 год – 831 159,5 тыс. рублей;</p>

	<p>2019 год – 527 842,7 тыс. рублей;  2020 год – 530 539,6 тыс. рублей;  прогнозируемый объем финансирования из средств областного бюджета - 4 650 368,4 тыс. рублей, в том числе:  2013 год – 475 561,0 тыс. рублей;  2014 год – 513 193,4 тыс. рублей;  2015 год – 540 769,0 тыс. рублей;  2016 год – 566 208,0 тыс. рублей;  2017 год – 602 918,0 тыс. рублей;  2018 год – 630 965,0 тыс. рублей;  2019 год – 644 415,0 тыс. рублей;  2020 год – 676 339,0 тыс. рублей;  прогнозируемый объем финансирования из средств территориального фонда обязательного медицинского страхования - 12 635 884,1 тыс. рублей, в том числе: годам:  2013 год – 1 098 849,6 тыс. рублей;  2014 год – 1 279 075,5 тыс. рублей;  2015 год – 1 508 096,0 тыс. рублей;  2016 год – 1 583 502,0 тыс. рублей;  2017 год – 1 662 679,0 тыс. рублей;  2018 год – 1 745 814,0 тыс. рублей;  2019 год – 1 833 106,0 тыс. рублей;  2020 год – 1 924 762,0 тыс. рублей.  Объемы финансирования ежегодно уточняются.</p>
<p>Ожидаемые результаты реализации подпрограммы</p>	<p>Достижение к 2020 году:  увеличение доли детей, имеющих I - II группу здоровья, - до 80%;  снижение распространённости потребления табака среди взрослого населения до 35,0%;  снижение распространённости потребления табака среди детей и подростков до 16,0%;  уменьшение доли лиц, имеющих ожирение (индекс массы тела более 30 кг/кв. м), - до 25 % от всего населения;  увеличение выявляемости больных злокачественными новообразованиями на I - II ст. заболевания - до 57,2% от общего числа выявленных новообразований;  увеличение охвата населения профилактическими осмотрами на туберкулез (всеми методами) - до 90%;  сохранение на спорадическом уровне распространенности дифтерии, эпидемического паротита, кори, краснухи, полиомиелита;  обеспечение охвата иммунизацией населения против вирусного гепатита В, дифтерии, коклюша и столбняка, кори, краснухи, эпидемического паротита в декретированные сроки – не менее 95%;  увеличение доли ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих на диспансерном учете, от числа выявленных - до 56,9%.</p>

## Текстовая часть подпрограммы 1

а) характеристика сферы реализации подпрограммы 1, описание основных проблем в сфере профилактики заболеваний, формирования здорового образа жизни и развития первичной медико-санитарной помощи и прогноз ее развития

В настоящее время наиболее распространенными причинами смертности, заболеваемости и утраты трудоспособности являются неинфекционные заболевания.

Хронические неинфекционные заболевания – это ряд хронических заболеваний, включающих сердечно-сосудистые заболевания, онкологические заболевания, хронические обструктивные болезни легких, сахарный диабет II типа. Они характеризуются длительным латентным периодом, продолжительным течением заболевания и общностью факторов риска, носят системный характер, поражают молодое население.

Эпидемия неинфекционных заболеваний в Российской Федерации в основном обусловлена большой распространенностью таких факторов образа жизни человека, как злоупотребление алкоголем, нерациональное (нездоровое питание), низкая физическая активность.

Чрезмерная распространенность поведенческих и биологических факторов риска возникновения и развития сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний; усиление влияния на здоровье негативных профессиональных, экологических и психоэмоциональных факторов, приводящих к срыву адаптивных механизмов; недостаточность действенной мотивации населения по сохранению и укреплению собственного здоровья, ведению здорового образа жизни в совокупности приводит к неблагоприятным медико-демографическим показателям, характеризующимся высоким уровнем преждевременной смертности, в том числе и на территории Липецкой области.

Сами поведенческие факторы образа жизни человека по отдельности или их сочетание обычно приводят к развитию биологических факторов риска развития и прогрессирования неинфекционных заболеваний, таких, как артериальная гипертония, дислипидемия, избыточная масса тела, ожирение и сахарный диабет.

Анализ демографической ситуации в Липецкой области и прогнозируемые показатели демографического развития свидетельствуют о недостаточности мер по пропаганде, выявлению и коррекции факторов риска неинфекционных заболеваний, диагностике и лечению неинфекционных заболеваний на ранних стадиях их развития для профилактики развития, прогрессирования и преждевременной смерти.

Причинами, формирующими недостаточную динамику в состоянии здоровья населения, являются:

низкая мотивация населения к соблюдению здорового образа жизни;

значительная распространенность поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний (курение, злоупотребление алкоголем и наркотиками, недостаточная двигательная активность, нерациональное несбалансированное питание и ожирение);

значительная распространенность биологических факторов риска неинфекционных заболеваний (артериальная гипертония, гиперхолестеринемия, гипергликемия, избыточная масса тела и ожирение);

недостаточность условий для ведения здорового образа жизни;

несвоевременное обращение за медицинской помощью;

недостаточная профилактическая активность в работе первичного звена здравоохранения, направленная на своевременное выявление заболеваний, патологических состояний и факторов риска, их обуславливающих.

Изменение образа жизни населения Липецкой области и снижение уровней факторов риска может предупредить или замедлить развитие и прогрессирование многих неинфекционных заболеваний, как до, так и после появления клинических симптомов. Для этого имеются научно-обоснованные эффективные немедикаментозные и медикаментозные методы профилактики и снижения уровней факторов риска, а также снижения развития и прогрессирования неинфекционных заболеваний.

Подпрограмма предусматривает реализацию мероприятий по первичной профилактике хронических неинфекционных заболеваний, а именно: развитие системы информирования населения о доступных мерах профилактики, воспитание приверженности населения к здоровому образу жизни, повышение профессиональной квалификации медицинских работников по современным технологиям по профилактике заболеваний, обусловленных воздействием факторов образа жизни, учет факторов риска, способствующих снижению качества жизни (ожирение, гиподинамия, неправильное питание, курение, алкоголизм), создание системы контроля за ходом выполнения мероприятий по первичной профилактике и ранней диагностике.

Основное содержание подпрограммы: действия, направленные на сохранение здоровья, выявление и коррекцию факторов образа жизни, которые увеличивают риск развития неинфекционных заболеваний у всего населения (профилактика в рамках популяционной стратегии), выявление и снижение уровней факторов риска у лиц с высоким риском развития неинфекционных заболеваний, выявление лиц со скрытым течением неинфекционных заболеваний и их своевременное лечение (профилактика в рамках стратегии высокого риска), ранняя диагностика неинфекционных заболеваний и лечение людей с установленными заболеваниями для предупреждения прогрессирования и преждевременной смерти (вторичная профилактика неинфекционных заболеваний).

Подпрограммой предусматривается информирование различных групп населения о факторах риска неинфекционных заболеваний и создание мотивации к ведению здорового образа жизни (пропаганда здорового образа жизни) через средства массовой информации (популяционный уровень), с помощью специалистов центров здоровья (популяционный, групповой и индивидуальный уровень), специалистов кабинетов/отделений лечебно-профилактических учреждений (групповой и индивидуальный уровень), иных врачей общей лечебной сети (групповой и индивидуальный уровень).

Формирование здорового образа жизни должно осуществляться с детского возраста. Культура рационального питания, позитивного отношения к физической активности и отрицательного отношения к потреблению табака и курения должны прививаться ребенку в семье, образовательных учреждениях. Необходимо способствовать укреплению в детских коллективах авторитета сверстников с позитивным поведением. В условиях избытка в средствах массовой информации примеров нездорового образа жизни важно сформировать у ребенка критического отношения к поступающей информации. В образовательных учреждениях информация о здоровом образе жизни должна доводиться во всех возможных формах, как педагогами, так и медицинскими работниками.

Необходима дальнейшая активизация работы образовательных, социальных учреждений, учреждений физической культуры и спорта, культуры, направленной на снижение спроса населения на алкогольную продукцию, эффективное использование сети культурно-досуговых и физкультурно-оздоровительных учреждений в пропаганде здорового образа жизни, развитие общественных и волонтерских движений, а также обеспечение действенного контроля за соблюдением норм и правил регулирования рынка алкогольной продукции.

б) приоритеты государственной политики в сфере реализации подпрограммы 1, цели, задачи и индикаторы достижения целей, показатели решения задач. Описание основных ожидаемых конечных результатов подпрограммы 1, сроков и этапов реализации подпрограммы 1

Приоритеты государственной политики в сфере реализации подпрограммы обеспечиваются путем:

разработки и реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни;

осуществления санитарно-противоэпидемических мероприятий;

осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними;

проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации;

осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности.

Целью подпрограммы является увеличение продолжительности активной жизни населения за счет формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний.

Для достижения указанной цели предусматривается решение следующих задач:

1. Развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения, в том числе снижение распространенности наиболее значимых факторов риска.

2. Снижение уровня распространенности инфекционных заболеваний, профилактика которых осуществляется проведением иммунизации населения в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

3. Раннее выявление инфицированных ВИЧ, острыми вирусными гепатитами В и С.

4. Реализация дифференцированного подхода к организации в рамках первичной медико-санитарной помощи профилактических осмотров и диспансеризации населения, в том числе детей, в целях обеспечения своевременного выявления заболеваний, дающих наибольший вклад в показатели инвалидизации и смертности населения.

Индикаторы, характеризующие достижение цели подпрограммы:

охват профилактическими медицинскими осмотрами детей - 100%;

охват диспансеризацией детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, - до 100%;

охват диспансеризацией подростков - до 100%;

распространённость потребления табака среди взрослого населения - до 35,0%;

распространённость потребления табака среди детей и подростков - до 16,0%;

распространенность ожирения среди взрослого населения (индекс массы тела более 30 кг/кв.м) - не более 25%;

распространенность повышенного артериального давления среди взрослого населения - не более 35,3 %;

распространенность повышенного уровня холестерина в крови среди взрослого населения - не более 46,5%;

доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I-II стадии – не менее 57,2%;

охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез (всеми методами) – не менее 90%;

заболеваемость дифтерией – не более 0,08 случая на 100 тыс.населения;

заболеваемость корью – не более 0,9 случая на 1 млн. населения;

заболеваемость краснухой – не более 0,08 случая на 100 тыс.населения;

заболеваемость эпидемическим паротитом – не более 0,08 случая на 100 тыс.населения;

заболеваемость острым вирусным гепатитом В – не более 0,57 случая на 100 тыс.населения;

охват иммунизацией населения против дифтерии, коклюша и столбняка в декретированные сроки – не менее 98%;

охват иммунизацией населения против кори в декретированные сроки – не менее 98,7%;

охват иммунизацией населения против краснухи в декретированные сроки – не менее 98,8%;

охват иммунизацией населения против эпидемического паротита в декретированные сроки – не менее 98,8%;

доля больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года, – не более 22,2%;

доля больных наркоманией, повторно госпитализированных в течение года, – не более 14,4%.

Наиболее полноценное выполнение мер в сфере охраны здоровья граждан в области будет возможным в рамках реализации настоящей подпрограммы.

Непосредственным результатом выполнения мероприятий данной подпрограммы должно стать: увеличение потенциала общественного здоровья посредством снижения влияния управляемых факторов риска здоровью человека, в том числе снижения распространенности потребления табака, рационализации (оздоровления) питания населения, повышения его физической и трудовой активности, формирования у граждан здорового образа жизни; проведение комплексных профилактических мероприятий по снижению уровня заболеваемости неинфекционными болезнями на основе динамического наблюдения за состоянием здоровья и факторами среды обитания, улучшение психического здоровья населения области.

По результатам реализации подпрограммы к 2020 году ожидается достижение следующих показателей:

распространенность низкой физической активности среди взрослого населения снизится до 36%;

охват иммунизации населения против вирусного гепатита В в

декретированные сроки составит 97%;

доля ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих на диспансерном учете, от числа выявленных вырастет до 78,5%;

охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения достигнет 36%.

Подпрограмма реализуется в один этап (2013-2020 годы).

в) характеристика подпрограммы 1 и основных мероприятий подпрограммы 1

Мероприятие 1.1. Развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни, в том числе у детей

Система медицинской профилактики в Липецкой области является многоуровневой. Структуры в системе здравоохранения, занимающиеся вопросами профилактики заболеваний, включают в себя учреждения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, специализированные учреждения здравоохранения, кабинеты медицинской профилактики при лечебно-профилактических учреждениях, центры здоровья.

ГУЗОТ «Центр медицинской профилактики» координирует работу профилактической направленности в организациях, предприятиях, учебных заведениях, налаживает связи между этими структурами для повышения эффективности проводимых мероприятий.

Служба медицинской профилактики Липецкой области по состоянию на 01.01.2013 года представлена:

1) пятью центрами здоровья на базе ГУЗ «Липецкая городская поликлиника №7» г.Липецка, ГУЗ «Городская поликлиника №2» г. Липецка, ГУЗ «Липецкая городская поликлиника №2» г. Ельца, ГУЗ «Данковская центральная районная больница», ГУЗ «Елецкая городская детская больница», созданными в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье». Посещаемость центров здоровья в 2012 году составила 14,1 на 1000 населения (в 2011 году 12,0). Выявляемость факторов риска развития заболеваний выше среднероссийских показателей и составляет 892,8 на 1000 обратившихся (по Российской Федерации - 667,0 на 1000 обратившихся- по данным 2011 года);

2) центром медицинской профилактики (ГУЗОТ «Центр медицинской профилактики»);

3) шестью отделениями медицинской профилактики на базе ГУЗ «Липецкий областной кожно-венерологический диспансер», ГУЗ «Липецкий областной наркологический диспансер», ГУЗ «Врачебно-физкультурный диспансер города Ельца», ГУЗ «Задонская центральная районная больница», ГУЗ «Липецкий областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», ГУЗ «Липецкий городской кожно-венерологический диспансер» г. Липецка;

4) 46 кабинетами медицинской профилактики;

5) 15 кабинетами здорового ребенка.

В подразделениях службы медицинской профилактики населению предоставляются следующие профилактические медицинские услуги: индивидуальное профилактическое консультирование; групповое профилактическое



консультирование; профилактические медицинские осмотры с целью выявления ранних форм заболеваний и факторов риска, проводятся оздоровительные профилактические мероприятия для лиц из группы высокого риска (занятия ЛФК, санаторно-курортное оздоровление, физиотерапевтические медицинские услуги, массаж и др.), диспансерное наблюдение и оздоровление лиц с острыми и хроническими заболеваниями.

В деятельности медицинских организаций по гигиеническому воспитанию одним из важнейших направлений является организация и проведение занятий в школах здоровья. Основная цель школ - формирование определенной культуры отношения к укреплению здоровья, профилактике заболеваний с учетом потенциальных и имеющихся проблем. Тематика школ здоровья представлена широко и направлена на профилактику социально значимых и других актуальных заболеваний. На территории Липецкой области работают 213 «Школ здоровья», в которых только в 2012 году были обучены около 69 тыс. человек.

Специалисты службы медицинской профилактики с привлечением медицинских работников ЛПУ систематически проводят массовые профилактические акции и интерактивные мероприятия, организуемые в рамках межсекторального сотрудничества с учреждениями образования, культуры, общественными организациями, коммерческими структурами и волонтерами. В 2012 году были организованы и проведены 434 массовые акции, 433 «Островка здоровья», 587 тематических вечеров и т.п.

В рамках реализации подпрограммы предусматривается информирование различных групп населения о факторах риска неинфекционных заболеваний и создание мотивации к ведению здорового образа жизни (пропаганда здорового образа жизни). На групповом уровне планируется проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни.

На индивидуальном уровне основными способами формирования здорового образа жизни предполагается консультирование, специалистами центров здоровья, в кабинетах (отделениях) медицинской профилактики, а также врачами-специалистами поликлиник, врачебных амбулаторий, центров общей врачебной практики и стационаров. Пропаганда отказа от курения, злоупотребления табака и потребления наркотиков, а также борьбы с нерациональным питанием и низкой физической активностью будет проводиться с учетом половозрастных и социальных групп населения. Изменение образа жизни и снижение уровней факторов риска может предупредить или замедлить развитие и прогрессирование многих неинфекционных заболеваний, как до, так и после появления клинических симптомов.

Основой пропаганды здорового образа жизни наряду с информированием населения о вреде потребления табака, нерационального и несбалансированного питания, низкой физической активности, злоупотребления алкоголем, наркотиками и токсическими веществами, должно стать обучение правилам гигиены, режима труда и учебы. При этом повышение мотивации населения к ведению здорового образа жизни должно сопровождаться созданием соответствующих для этого условий. Приоритет должен быть отдан мерам не только своевременного выявления факторов риска неинфекционных заболеваний, но и своевременной их коррекции.

Особое внимание должно уделяться созданию у населения, в том числе у детей и подростков, культуры рационального питания, способствующей сохранению нормальной массы тела, нормального уровня артериального давления, а также нормальной концентрации в крови холестерина и глюкозы. Рациональное и

сбалансированное питание предполагает в первую очередь соответствие количества и состава потребляемой пищи реальным энерготратам человека.

Дальнейшая реализация мероприятий по формированию здорового образа жизни населения области, включая популяризацию культуры здорового питания, спортивно-оздоровительных программ, профилактику алкоголизма и наркомании, противодействие потреблению табака, будет осуществляться по следующим направлениям:

- 1) внедрение комплексных информационных и образовательных программ по вопросам здорового образа жизни для различных категорий граждан;
- 2) разработка и обеспечение реализации механизмов мотивирования граждан к ведению здорового образа жизни;
- 3) развитие физической культуры и массового спорта;
- 4) обеспечение безопасности продуктов питания и здорового питания;
- 5) обеспечение здоровой экологии и санитарно-эпидемиологического благополучия;
- 6) утверждение и обеспечение реализации концепции по пропаганде здорового образа жизни среди учащихся и организации медицинской помощи в школах.

#### Мероприятие 1.2. Профилактика инфекционных заболеваний, включая иммунопрофилактику

Проведение санитарно-эпидемиологического надзора и реализация по его результатам профилактических и противоэпидемических мероприятий позволяют предотвратить массовые инфекционные заболевания, значительно уменьшить их последствия, довести заболеваемость по ряду инфекций до спорадического уровня, а некоторые из них ликвидировать.

Иммунопрофилактика является одним из важнейших инструментов снижения детской смертности, увеличения продолжительности и улучшения качества жизни всех возрастных групп населения.

В Липецкой области во всех календарных возрастах поддерживается эпидемиологически эффективный (95% и выше) уровень привитости против дифтерии, коклюша, столбняка, кори, эпидпаротита, полиомиелита и краснухи. Применение инактивированной полиомиелитной вакцины привело к отсутствию регистрации вакциноассоциированных случаев заболевания.

Борьба с инфекциями, управляемыми средствами вакцинопрофилактики, является одним из важных разделов в охране здоровья населения Липецкой области. В течение ряда лет успешно реализуется программа иммунизации, направленная на снижение заболеваемости дифтерией, коклюшем, корью, туберкулезом, эпидемическим паротитом, врожденной краснухой, вирусным гепатитом В, ликвидацию полиомиелита и кори.

В результате целенаправленных организационно-методических мероприятий с 1998 года в области во всех календарных возрастах поддерживается эпидемиологически эффективный (95% и выше) уровень привитости против дифтерии, коклюша, столбняка, кори, эпидпаротита, полиомиелита и краснухи. Применение инактивированной полиомиелитной вакцины привело к отсутствию регистрации вакциноассоциированных случаев заболевания. Тем не менее, в последние годы в Липецкой области, как и в целом в России, набирает силу антипрививочное движение, провоцирующее «вакцинный кризис», растет число

отказов от вакцинации среди населения, несмотря на активную разъяснительную работу медицинских работников со всеми группами населения.

В 2012 году 96,4% детей в возрасте от 6 месяцев до 1 года получили законченный курс вакцинации против дифтерии, столбняка, коклюша, 96,5 % - против полиомиелита и вирусного гепатита В. Своевременность охвата прививками против туберкулеза детей в возрасте до 1 месяца увеличилась с 94,1 % в 2011 году до 98,4 % в 2012 году. В ходе сезонной вакцинации против гриппа охвачено прививками 31,1% населения, по группам риска: среди медработников охват вакцинацией против гриппа 96 %, среди педагогов 88 %. 4% прививок выполнены за счет средств предприятий, организаций и других источников финансирования.

В целях своевременного принятия адекватных управленческих решений по предупреждению распространения и локализации очагов инфекционных заболеваний; обеспечения готовности госпитальной базы для оказания лечебно-диагностических мероприятий заболевшим требуется проведение оперативного мониторинга инфекционной заболеваемости. Используя автоматизированный программный комплекс учета инфекционной заболеваемости возможно своевременно проводить комплекс профилактических мероприятий, в том числе иммунизацию населения по эпидемическим показаниям.

В 2012 году сохранилась тенденция к снижению групповой заболеваемости инфекциями, в том числе, управляемыми средствами иммунопрофилактики. Не регистрировались случаи дифтерии, полиомиелита, туляремии, сибирской язвы, бешенства, краснухи, эпидемического паротита, итого по 41 нозологии.

Необходимость профилактики инфекционных заболеваний вызвана рядом факторов социально-экономического характера, влияющих на эпидемиологическую ситуацию.

Экономический ущерб от инфекционных заболеваний составил в 2012 году в масштабах области 989,2 млн. руб., что на 21,6 % ниже, чем в 2011 году. Это связано с отсутствием в 2012 году эпидемиологического подъема заболеваемости гриппом. Суммарное число заболевших гриппом и ОРВИ составило 190343 случая-16232,8 на 100 тыс. чел. (в 2011 году 246801случаев, 21315,4 на 100 тыс. чел.)- снижение заболеваемости в 1,3 раза. В общей структуре инфекционной заболеваемости доля острых респираторных инфекций составила 86,1%.

Снижение (стабилизация) заболеваемости отмечалось по 44 нозологическим формам, в том числе, по ветряной оспе в 1,2 раза, педикулез в 1,2 раза, ОРВИ в 1,3 раза, грипп в 19,5 раз. Наибольшее эпидемиологическое значение имеют следующие заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, острые кишечные инфекции неустановленной этиологии, внебольничные пневмонии, хронические вирусные гепатиты, энтеробиоз, укусы животными. Данная группа инфекционных заболеваний в структуре общей инфекционной заболеваемости составляет 96,4%.

В 2012 году впервые зарегистрированы 35 случаев (3,0 на 100 тыс. чел.) лихорадки Западного Нила, отмечен рост в 1,7 раза заболеваемости клещевым боррелиозом (10,0 на 100 тыс. чел., всего зарегистрировано 117 случаев).

Основными направлениями по снижению инфекционной заболеваемости являются:

поддержание не менее 95% уровня охвата профилактическими прививками детского и взрослого населения в рамках Национального календаря профилактических прививок;

проведение мероприятий по сохранению статуса Липецкой области, свободной от полиомиелита;

продолжение проведения мероприятий по достижению критериев элиминации кори на территории области;

адекватное планирование и динамическая корректировка планов прививок против гриппа контингентам групп риска;

активное предложение медицинских услуг по вакцинации против гриппа для граждан, предприятий, организаций;

проведение систематической работы по формированию у населения позитивного отношения к вакцинопрофилактике, борьба с антипрививочными настроениями в обществе.

Учитывая актуальность проблемы заболеваемости бактериальными пневмониями (529,9 на 100 тыс. населения), распространенность в популяции вирусов папилломы человека, дополнительно к Национальному календарю профилактических прививок на территории Липецкой области планируется внедрить иммунизацию населения против вышеуказанных заболеваний, а также дополнительно:

вакцинацию против пневмококковой инфекции для детей из групп риска: часто болеющих, недоношенных, с онкопатологией, с различными видами иммунодефицитных состояний сахарным диабетом, а также для юношей в возрасте 17 лет, не привитых ранее против пневмококковой инфекции;

вакцинацию против вируса папилломы человека для девочек в возрасте 11,12 лет, проживающих в районах области с наиболее высокой распространенностью инфицированности населения данными подтипами вируса папилломы человека;

вакцинацию против гемофильной инфекции для всех детей с 7 месяцев;

вакцинацию против ветряной оспы для детей с 1 года, планирующих к посещению дошкольных образовательных учреждений.

Реализация указанных мероприятий позволит предотвратить развитие летальных исходов и снизить заболеваемость пневмониями, менингитами, отитами.

Вакцинация детей группы риска, в том числе родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, детей с онкогематопатологией, детей Домов ребенка позволит внедрить индивидуальные прививочные календари для защиты их от распространенных бактериальных и вирусных инфекций.

### Мероприятие 1.3. Профилактика ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С

С целью сокращения заболеваемости вирусными гепатитами В и С, ВИЧ-инфекцией в Липецкой области проводится активная профилактическая работа. Раннее выявление этих заболеваний с последующей диспансеризацией и наблюдением пациентов обеспечивает своевременное начало необходимого лечения, что значительно снижает смертность и инвалидизацию среди больных, повышает качество и продолжительность их жизни. Так, за 2012 год обследовано на вирусный гепатит В 253 254 человек (в 2011 году 256 289 чел.), на вирусный гепатит С 258 334 чел. (в 2011 году 259 169 чел.)

Увеличение количества привитого населения, внедрение современных технологий по обеспечению режима инфекционной безопасности в медицинских организациях области способствовало стабилизации заболеваемости гепатитом В на низком уровне, отсутствию острых форм заболевания среди детей и подростков. Укрепление коллективного иммунитета также способствовало снижению уровня

носительства вируса гепатита В среди населения, который за последние 10 лет уменьшился в 14 раз: с 44,8 на 100 тыс. населения до 3,2 в 2012 году.

Анализ путей передачи инфекции свидетельствует о том, что в области сокращается частота инфицирования за счет искусственных путей передачи: с 2003 года не регистрируются случаи заражения, связанные с проведением медицинских манипуляций, наблюдается тенденция к сокращению инфицирования, связанная с употреблением инъекционных наркотиков.

По числу выявленных хронических гепатитов наблюдается снижение заболеваемости, по сравнению с 2011 годом, на 23 %, в том числе: по гепатиту В - на 16% (с 291 случая до 245 случаев), по хроническому гепатиту С - на 25 % (с 1274 до 965 случаев). На 01.01.2013 нуждаются в противовирусной терапии 147 пациентов с хроническим гепатитом В и 475 пациентов с хроническим гепатитом С.

В Липецкой области ведется регистр пациентов с хроническими вирусными гепатитами и носителей HBs Ag, в который внесены сведения о 2104 пациентах с хроническим гепатитом В, 9721 - с гепатитом С, 1950 носителях HBsAg.

В 2012 году принято постановление главного государственного санитарного врача по Липецкой области «О мероприятиях, направленных на ликвидацию острого гепатита В в Липецкой области», направленное на дальнейшую реализацию программ профилактики вирусного гепатита В, в первую очередь, широкомасштабную вакцинопрофилактику декретированного населения, что в перспективе позволит ликвидировать в Липецкой области вирусный гепатит В, обеспечить прекращение вертикальной передачи вируса гепатита В от матери к ребенку.

Липецкая область относится к территориям Российской Федерации с низким уровнем распространения ВИЧ-инфекции. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в 2012 году, с учётом выявленных в УФСИН, существенно не изменилась и составила 5,5 на 100 тысяч населения (рост на 1,8%).

Основной причиной заражения ВИЧ среди впервые выявленных продолжает оставаться незащищённый половой контакт – 71,8% (в 2011 году – 68,2%). При этом инфицирование женщин данным путём произошло в 83,9%, мужчин – в 60,6%.

В области разработан и осуществляется оптимальный мониторинг за распространением ВИЧ-инфекции. Низкий уровень распространенности обуславливает ежегодный показатель обследования населения на антитела к ВИЧ в интервале 18-19% от общего числа населения области. В 2012 году обследовано 240098 человек, что на 6,3% больше, чем в 2011 году. С целью повышения эффективности эпиднадзора, основной акцент делается на уязвимые группы и группы повышенного риска инфицирования. В 2013 году запланировано обследование населения с расширением доступности к обследованию лиц из групп повышенного риска в количестве 17400 человек.

ВИЧ-инфекция, гемоконтактные вирусные гепатиты - социально-обусловленные заболевания, поэтому их профилактика, особенно среди молодежи, женщин фертильного возраста, является основной задачей. В 2012 году получена бюджетная субсидия в рамках реализации областной целевой программы «Развитие гражданского общества (2009-2012 годы)» на социально значимый проект «Добровольческая кампания 2012 года по профилактике ВИЧ/СПИДа в учреждениях среднего профессионального образования». В массовых акциях приняли участие 1290 человек (молодых людей в возрасте от 15 до 23 лет), распространено 9 300 брошюр и буклетов профилактической направленности. Согласно исследованиям, проведенным в рамках реализации проекта, уровень

знаний подростков и молодежи по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и наркомании повысился на 58%. По итогам III Всероссийского конкурса проектов по здоровому образу жизни «Здоровая Россия», проведенного Министерством здравоохранения Российской Федерации в 2012 году, указанный проект вошел в библиотеку лучшего российского опыта по формированию здорового образа жизни.

В дальнейшем планируется продолжить реализацию специальных проектов для молодежной аудитории средних и высших учебных заведений по профилактике и предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С, а также мероприятия по повышению приверженности ВИЧ-инфицированных к лечению ВИЧ-инфекции и диспансерному наблюдению в целях сокращения смертности и предотвращения перехода ВИЧ в стадию СПИДа.

Мероприятие 1.4. Развитие первичной медико-санитарной помощи, в том числе сельским жителям. Развитие системы раннего выявления заболеваний и патологических состояний и факторов риска их развития, включая проведение медицинских осмотров и диспансеризации населения, в том числе у детей

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях, с учетом возможности выбора гражданином врача и медицинской организации.

Основные задачи первого уровня: 1) организация и проведение мероприятий по профилактике, раннему выявлению и лечению заболеваний и состояний, наблюдение за течением беременности, формирование здорового образа жизни, в том числе снижение уровня факторов риска заболеваний, и санитарно-гигиеническое просвещение; 2) оказание неотложной медицинской помощи при острых и внезапных заболеваниях и состояниях, травмах, отравлениях и других несчастных случаях.

Основные задачи второго уровня: профилактика, диагностика и лечение заболеваний и состояний, требующих применения специальных методов исследований, обеспечение консультативной и диагностической помощью по профилю заболевания, определение рекомендаций по дальнейшему лечению больных.

Первый уровень представлен 23 самостоятельными поликлиниками и 42 поликлиниками, входящими в состав больничных учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, включая участковую терапевтическую службу, врачей-специалистов, кабинеты (отделение) профилактики, имеющим в составе смотровой кабинет, флюорографию, рентгенографию, ЭКГ, школы здоровья, лабораторную диагностику, центры здоровья, дневные стационары, отделения неотложной помощи. Населению области оказывается амбулаторная помощь по 73 врачебным специальностям. Плановая мощность амбулаторно-

поликлинических учреждений - 31901 посещений в смену. Обеспеченность на 10 тыс. населения амбулаторной помощью - 274,2 посещений в смену.

Второй уровень представлен 35 межмуниципальными центрами. К 2018 году на базе территориальных поликлиник планируется организовать работу дополнительно 5 консультативно-диагностических центров, рассчитанных на 2-3 муниципальных района, а также 3 консультативно-диагностических центров в г. Липецке. В межмуниципальных консультативно-диагностических центрах будет концентрироваться оказание узкоспециализированных видов медицинской помощи в соответствии со штатными нормативами на прикрепленное население.

С целью повышения структурной и общественно значимой эффективности медицинских организаций первого и второго уровней важное внимание в их деятельности уделяется развитию стационарозамещающих технологий. В 2012 году функционировали 78 дневных стационаров при поликлиниках на 1745 мест, из них: в муниципальных районах - 814 мест, в г. Ельце - 215 мест, в г. Липецке - 634 места, в областных медицинских организациях - 82 места. В дополнение к дневным стационарам при поликлиниках на территории области функционирует сеть стационаров на дому: 56 стационаров на 190 мест, в том числе в районах области - 145 мест, в г. Ельце - 45 мест.

Поликлинические подразделения и в дальнейшем будут наращивать объемы стационарозамещающей помощи. К 2018 году доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров от всех расходов на программу государственных гарантий составит 9,1%. В результате этого будут снижаться объемы помощи в круглосуточных стационарах, что приведёт к дальнейшей оптимизации и интенсификации лечебно-диагностического процесса.

Наряду с развитием сети учреждений первичного звена, планируется обеспечить увеличение объемов выездных форм предоставления медицинских услуг в виде передвижных врачебных амбулаторий, центров здоровья, флюорографов, маммографов и др. В ходе реализации мероприятий будет отработана и внедрена унифицированная модель организации выездных бригад центральных районных больниц, а также поликлиник областного уровня.

С целью расширенного внедрения в практику выездных методов работы во всех муниципальных районах области организован выезд врачей или врачебных бригад в соответствии с графиком на сельские участки для диспансеризации пациентов, а также контроля проводимого лечения.

В дополнение к выездным формам работы, реализуемым на I и II уровнях, выездная медицинская помощь оказывается специализированными бригадами ГУЗ «Липецкая областная клиническая больница» и педиатрическими консультативно-реанимационными бригадами ГУЗ «Областная детская больница» (выездная поликлиника «Здоровье»).

Выездные бригады оснащены мобильными диагностическими комплексами, закупленными в 2010-2011 годах за счет средств областного бюджета, портативной диагностической и лечебной аппаратурой (УЗИ, электрокардиографами и т.д.). В целях повышения доступности первичной медико-санитарной помощи населению за счет использования выездных форм работы, в дополнение к имеющимся двум в рамках реализации региональной программы модернизации здравоохранения закуплены два передвижных мобильных диагностических комплекса.

В целях оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной

медицинской помощи, в структуре медицинских организаций создаются подразделения медицинской помощи, оказывающие указанную помощь в неотложной форме.

По состоянию на 01.01.2013 года отделения неотложной медицинской помощи созданы при 26 поликлинических учреждениях г.Липецка, г.Ельца и сельских муниципальных районов. К 2020 году такие отделения будут открыты и начнут функционировать в каждой поликлинике. Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме от всех расходов на программу государственных гарантий к 2020 году возрастет при снижении расходов на скорую помощь.

Ключевым фактором, определяющим эффективность деятельности медицинских организаций I уровня, является соответствие их оснащения порядкам оказания медицинской помощи.

На основании данных анализа материально-технического обеспечения было установлено, что соответствие медицинских организаций Липецкой области I уровня порядкам оказания медицинской помощи составляет в среднем 65 %. По результатам укрупненного анализа потребность в дополнительных средствах на приведение в соответствие оснащения медицинским оборудованием учреждений первого уровня к действующим порядкам оказания медицинской помощи составляет ориентировочно 842,0 млн. рублей.

Состояние зданий и сооружений лечебной сети является важным показателем, отражающим состояние системы оказания первичной медико-санитарной помощи.

Реализация региональной программы модернизации здравоохранения позволила значительно улучшить техническое состояние медицинских организаций области. Так, до 2011 года потребность в капитальном ремонте составляла 75% от числа всех зданий лечебной сети, тогда как в 2013 году этот показатель снизился до 54 %. Однако полученный импульс в укреплении материально-технической базы ЛПУ требует дальнейшего развития. Несоответствующей до сих пор является категоричность электроснабжения большинства медицинских организаций, расположенных в городах Липецке и Ельце, что обуславливает необходимость выполнения мероприятия по повышению энергоэффективности зданий учреждений здравоохранения. Актуальным является создание доступной среды в стенах лечебных учреждений для лиц с ограниченными возможностями. Оценочная потребность в финансовых средствах для реализации перечисленных задач составляет 2794,0 млн. рублей.

В целях обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи с учетом имеющейся материально-технической базы существует потребность в строительстве ряда амбулаторных учреждений. Так, учитывая быстрое развитие городской инфраструктуры и жилых комплексов г. Липецка преимущественно в западном и юго-западном направлениях, в ближайшее время станет необходимым строительство городской поликлиники на 600 посещений в черте новых, быстрорастущих микрорайонов города ориентировочной стоимостью 400,0 млн.руб. Необходимым является также завершение строительства поликлиники ГУЗ «Добровская ЦРБ», начатое в 2002 году и неоконченное в связи с недофинансированием.

В связи с неудовлетворительным техническим состоянием существующего здания ГУЗ «Липецкая ЦРБ» программой запланировано строительство стационарного корпуса на 140 коек. Ориентировочная стоимость строительства



корпуса, с территориальным расположением в микрорайоне «Елецкий» г. Липецка, - 320 млн. рублей.

#### Мероприятие 1.4.1. Совершенствования оказания медицинской помощи сельскому населению

Основными направлениями совершенствования оказания медицинской помощи сельскому населению являются:

1. Укрепление материально-технической базы сельских учреждений здравоохранения. В Липецкой области медицинская помощь сельскому населению оказывается 18 центральными районными больницами, 5 участковыми больницами, 29 врачебными амбулаториями, 22 кабинетами ОВП, 39 территориально обособленными центрами ОВП, 393 фельдшерско-акушерскими пунктами (далее – ФАП). Территориальное расположение участковых врачей, врачей общей практики, фельдшерско-акушерских пунктов, компактные размеры области, развитость транспортной инфраструктуры обеспечивают возможность в оптимально короткие сроки получать медицинскую помощь.

Вместе с тем, существующая сеть фельдшерско-акушерских пунктов нуждается в модернизации. Из общего числа ФАП требуют капитального ремонта 113, реконструкции – 18. Приведение ФАП в надлежащее техническое состояние требует значительных финансовых затрат и является одним из приоритетов в реализации подпрограммы.

В соответствии с постановлением администрации Липецкой области от 21 октября 2008 года № 280 «Об утверждении областной целевой программы «Социальное развитие села на 2009 - 2013 годы» в 2013 году предусмотрено 15,0 млн. рублей на строительство зданий ФАПов по модульному принципу с полным оснащением медицинским и технологическим оборудованием. Дополнительно в соответствии с федеральной целевой программой «Социальное развитие села до 2013 года» Липецкой области предоставлена субсидия из федерального бюджета на строительство ФАПов в размере 6,9 млн. рублей, что позволит увеличить количество строящихся зданий сети учреждений первичной медико-санитарной помощи. Всего же в период реализации Программы потребуется строительство и оснащение не менее чем 80 ФАПов и 35 центров ОВП. Оценочная потребность в финансовых средствах для реализации данной задачи составляет 600,0 млн. рублей.

2. Совершенствование деятельности учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь сельскому населению. Первый контакт сельских жителей со здравоохранением осуществляется на уровне ФАП, центров ОВП и врачебных амбулаторий. В 2012 г. в них обслужено 1429525 посещений. По итогам 2012 года врачи общей врачебной (семейной) практики обслужили 460390 посещений, в том числе 163066 (27,8%) с профилактической целью. Кроме того, выполнены 126265 посещений на дому.

Медицинские работники ФАП активно привлекаются к подворовым обходам с целью раннего выявления заболеваний и профилактике обострения хронических заболеваний у хронических больных. Во время осмотров проводится санитарно-разъяснительная работа, рекомендации по питанию, образу жизни, уходу за тяжелыми больными, а при необходимости оказывается неотложная помощь. Кроме того, проводится активная патронажная работа. Треть пациентов обращаются на ФАП для проведения различных процедур (инъекции, забор крови и мочи на

анализы, иммунизация и др.). В соответствии с приказами Минздравсоцразвития России от 24 декабря 2010 года № 1183н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению Российской Федерации при заболеваниях терапевтического профиля», от 29 декабря 2010 года № 1224н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации» на медицинских работников возложены дополнительные функции по ранней диагностике социально значимых заболеваний (проведение кардио- и онкоскринингов, привлечение к профилактическим осмотрам), наблюдение хронических больных, наблюдение за приемом лекарственных средств больными туберкулезом.

В соответствии с пунктом 5 статьи 55 ФЗ от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» на территории области в целях приближения лекарственной помощи населению удаленных сельских территорий организовано обеспечение лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения в сельских поселениях, где отсутствуют аптечные учреждения. В отдаленных сельских населенных пунктах организована выписка и доставка льготных лекарственных средств медицинскими работниками. В области отработана практика получения фельдшерами дополнительного профессионального образования по правилам отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения медицинскими организациями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность, в обособленных подразделениях (амбулатории, фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты, отделения общей врачебной практики), расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации.

В рамках реализации Подпрограммы запланировано увеличение числа посещений к фельдшерам ФАПов, а также посещений на дому.

В сельских поселениях с численностью населения менее 50 человек организовано на 01.01.2013 года 140 домовых хозяйств с выделением ответственных лиц, прошедших обучение по программе первой помощи (само- и взаимопомощь), и их оснащение необходимыми средствами для оказания первой помощи. Для обучения граждан (в виде выездных и иных форм обучения) привлекались силы и средства Липецкого и Елецкого медицинских колледжей, Усманского медицинского училища.

В рамках реализации подпрограммы запланировано повышение доступности медицинской помощи сельскому населению путем организации выездных методов лечебно-диагностической и профилактической работы, развитие сети офисов общей врачебной практики в соответствии с численностью проживающего населения, приближение первичной медико-санитарной, в т.ч. врачебной, медицинской помощи населению. В целях повышения доступности первичной медико-санитарной помощи населению за счет использования выездных форм работы, в дополнение к имеющимся двум в рамках реализации региональной программы модернизации здравоохранения Липецкой области закуплены два передвижных мобильных диагностических комплекса.

Мероприятие 1.4.2. Развитие системы раннего выявления заболеваний и патологических состояний и факторов риска их развития, включая проведение медицинских осмотров и диспансеризации населения, в том числе у детей

В Липецкой области ежегодно реализуются мероприятия по целевому профилактическому обследованию работающих граждан. В 2012 году были обследованы 86644 работников промышленных предприятий, сельского хозяйства (99,2% от плана). В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» амбулаторно-поликлинические учреждения в 2012 году провели дополнительную диспансеризацию работающих граждан в количестве 28250 чел., или 100,9% от плана. Была начата диспансеризация студентов: осмотрено 4444 чел., или 99,9% от плана на 2012 год.

Ежегодный охват населения профилактическими обследованиями на туберкулез (всеми методами) составляет не менее 90% от общей численности населения области.

Особое внимание уделяется профилактике заболеваний среди детского населения. Всего в 2012 году прошли диспансеризацию 183516 детей в возрасте от 0 до 17 лет, в том числе учащиеся школ - 99325 чел., студенты специальных учебных заведений и вузов – 7152 чел., учащиеся ПТУ - 3913 чел., работающие в промышленности, сельском хозяйстве 191 чел. 99,8% новорожденных проходят неонатальный скрининг, 97,8% - аудиологический скрининг в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье».

Дальнейшее повышение качества диспансеризации населения будет обеспечиваться за счет профилактики развития факторов риска возникновения и развития хронических неинфекционных заболеваний, формирования приверженности населения к здоровому образу жизни, ранней диагностики и лечению болезней.

Своевременное выявление заболеваний на ранних стадиях повлечет за собой снижение инвалидизации граждан и сокращение преждевременной смертности населения.

Основными технологическими элементами в процессе выявления факторов риска неинфекционных заболеваний в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи являются кабинеты (отделения) медицинской профилактики, и кабинеты доврачебного приема, в которых всем лицам, обратившимся в поликлинику, должен быть определен фактор риска развития неинфекционных заболеваний, рассчитан суммарный сердечно-сосудистый риск, а также выполнена его факторная коррекция. Направление граждан в кабинеты (отделения) медицинской профилактики и кабинеты доврачебного приема осуществляется специалистами поликлиники, сотрудниками регистратуры при первичном обращении, а также путем самообращения граждан.

На 01.01.2013 года в каждом поликлиническом отделении области открыто отделение (кабинет) медицинской профилактики и организована работа согласно требованиям приказа Минздравсоцразвития России от 15 мая 2012 года № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

С 2013 года начинается работа по диспансеризации населения. Ежегодно объём подлежащих диспансеризации будет увеличиваться.

Финансирование диспансеризации взрослого населения в период реализации подпрограммы составит 3023733,5 тыс. рублей (табл. 4).

Таблица 4

Год	Количество человек	Средняя стоимость 1 случая (1+2 этапы) в расчете на 1 человека, руб.	Сумма в год, тыс.руб.
2013	75 000	2396,00	179 700,0
2014	138 844	2515,80	349 303,7
2015	138 844	2641,59	366 768,9
2016	138 844	2773,67	385 107,4
2017	138 844	2912,35	404 362,8
2018	138 844	3057,97	424 580,4
2019	138 844	3210,87	445 809,8
2020	138 844	3371,41	468 100,5
Итого:			3 023 733,5

В рамках выполнения подпрограммы также предусматривается проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, направленной на раннее выявление и профилактику заболеваний, в том числе социально значимых. Финансирование диспансеризация в период реализации подпрограммы составит 63979,1 тыс. рублей (табл. 5).

Таблица 5

Год	Количество человек	Средняя стоимость 1 случая (1+2 этапы) в расчете на 1 человека, руб.	Сумма в год, тыс.руб.
2013	1 673	4004,8	6 700,0
2014	1 673	4205,0	7 035,0
2015	1 673	4415,3	7 386,8
2016	1 673	4636,0	7 756,1
2017	1 673	4867,8	8 143,9
2018	1 673	5111,2	8 551,1
2019	1 673	5366,8	8 978,6
2020	1 673	5635,1	9 427,6
Итого:			63 979,1

Для повышения качества и эффективности деятельности кабинетов (отделений) медицинской профилактики, центров здоровья будут осуществляться мероприятия по укреплению их материально-технической базы, совершенствованию нормативной правовой и методической базы, информационного и программного обеспечения их деятельности.

В перечень мероприятий программы «Развитие медицинской профилактики и формирование здорового образа жизни у населения Липецкой области на 2013-2017 годы» запланирована закупка двух передвижных мобильных комплексов с целью повышения доступности диспансеризации.

В рамках диспансеризации будет продолжено широко распространённая в Липецкой области форма обслуживания в виде выездов на дом специализированных медицинских бригад для обследования граждан.

Доступность медицинской помощи жителям старших возрастных групп обеспечивается через проведение углубленного диспансерного обследования инвалидов, ветеранов, супругов погибших (умерших) инвалидов и участников Великой Отечественной войны. В 2012 году в ходе углубленной диспансеризации осмотрено 4407 человека (100%). По результатам проведенного углубленного диспансерного обследования все нуждающиеся ветераны получают необходимое лечение в специализированных отделениях областных и муниципальных

учреждениях здравоохранения. Организован активный патронаж одиноких ветеранов, в том числе проживающих в отдаленных пунктах. Кроме того, по результатам диспансеризации в обязательном порядке проводится внеочередное оздоровление инвалидов в соответствии с индивидуальной программой реабилитации, включая рекомендации по санаторно-курортному лечению.

г) обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации подпрограммы 1

Прогнозируемый объем финансирования подпрограммы составит 22 092 803,4 тыс. рублей, в том числе:

прогнозируемый объем финансирования из средств федерального бюджета - 4 806 550,9 тыс. рублей, в том числе:

2013 год – 30 939,2 тыс. рублей;

2014 год – 776 558,0 тыс. рублей;

2015 год – 639 189,2 тыс. рублей;

2016 год – 639 833,0 тыс. рублей;

2017 год – 830 489,7 тыс. рублей;

2018 год – 831 159,5 тыс. рублей;

2019 год – 527 842,7 тыс. рублей;

2020 год – 530 539,6 тыс. рублей;

прогнозируемый объем финансирования из средств областного бюджета - 4 650 368,4 тыс. рублей, в том числе:

2013 год – 475 561,0 тыс. рублей;

2014 год – 513 193,4 тыс. рублей;

2015 год – 540 769,0 тыс. рублей;

2016 год – 566 208,0 тыс. рублей;

2017 год – 602 918,0 тыс. рублей;

2018 год – 630 965,0 тыс. рублей;

2019 год – 644 415,0 тыс. рублей;

2020 год – 676 339,0 тыс. рублей;

прогнозируемый объем финансирования из средств территориального фонда обязательного медицинского страхования - 12 635 884,1 тыс. рублей, в том числе:

2013 год – 1 098 849,6 тыс. рублей;

2014 год – 1 279 075,5 тыс. рублей;

2015 год – 1 508 096,0 тыс. рублей;

2016 год – 1 583 502,0 тыс. рублей;

2017 год – 1 662 679,0 тыс. рублей;

2018 год – 1 745 814,0 тыс. рублей;

2019 год – 1 833 106,0 тыс. рублей;

2020 год – 1 924 762,0 тыс. рублей.

Объемы финансирования ежегодно уточняются.

**III.II. Подпрограмма 2 «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»**

Наименование подпрограммы	«Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»
Программно-целевые инструменты подпрограммы	Ведомственная целевая программа «Развитие специализированной, высокотехнологичной и скорой медицинской помощи в 2013-2015 годах»; мероприятие 2.1 «Развитие специализированной, высокотехнологичной и скорой медицинской помощи населению Липецкой области»
Цель подпрограммы	Повышение доступности и качества оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации
Задачи подпрограммы	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Увеличение доли абациллированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением.</li> <li>2. Совершенствование оказания специализированной медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С.</li> <li>3. Модернизация наркологической службы.</li> <li>4. Совершенствование методов диагностики и лечения психических расстройств, внедрение современных методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации.</li> <li>5. Снижение уровня смертности от ишемической болезни сердца и инсульта.</li> <li>6. Увеличение пятилетней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями, снижение одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями.</li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Совершенствование системы управления скорой медицинской помощью.</li> <li>8. Снижение больничной летальности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий.</li> <li>9. Соответствие деятельности учреждений здравоохранения порядкам и стандартам оказания медицинской помощи.</li> <li>10. Поддержка развития инфраструктуры специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.</li> <li>11. Поддержка развития инфраструктуры службы крови.</li> </ol>

<p>Целевые индикаторы подпрограммы</p>	<p>Доля абациллированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением - 66,5%;  доля ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию, от числа состоящих на диспансерном учете - 36,2%;  число наркологических больных, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет, на 100 наркологических больных среднегодового контингента - 9,68;  число наркологических больных, находящихся в ремиссии более 2 лет на 100 наркологических больных среднегодового контингента - 10,4;  доля больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2-х лет – 12,9 % от среднегодового контингента больных алкоголизмом;  доля больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии более 2-х лет от среднегодового контингента больных алкоголизмом - 10,4%;  доля больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года - 17,0 %;  смертность от цереброваскулярных заболеваний - 208,4 случая на 100 тыс.населения;  удельный вес больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более, - не менее 54,5 %;  снижение смертности от злокачественных новообразований - до 190,0 случаев на 100 тыс. населения.</p>
<p>Показатели задач подпрограммы</p>	<p>Показатель задачи 1:  снижение смертности от туберкулеза - до 11,2 случая на 100 тыс. населения.  Показатель задачи 2:  ожидаемая продолжительность жизни лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С, получающих антиретровирусную терапию, в соответствии с действующими стандартами, - до 65,7 лет.  Показатель задачи 3:  число наркологических больных, находящихся в ремиссии более 2 лет на 100 наркологических больных среднегодового контингента -10,4;  Показатель задачи 4:  показатель уровня смертности по причине суицида - не более 16,0 случаев на 100 тыс. населения.  Показатель задачи 5:  снижение смертности от ишемической болезни сердца и инсульта - до 355,8 случаев на 100 тыс. населения.  Показатель задачи 6:  показатель одногодичной летальности больных со злокачественными образованиями - 21,0 %.  Показатель задачи 7:</p>

	<p>снижение времени ожидания скорой медицинской помощи - до 20 минут.</p> <p>Показатель задачи 8: снижение уровня больничной летальности пациентов, пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий - до 3,9 случаев на 100 тыс. населения.</p> <p>Показатель задачи 9: оптимизация объемов оказания медицинской помощи в условиях круглосуточных стационаров - до 2,25 койко-дней на 1 жителя.</p> <p>Показатель задачи 10: увеличение количества случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи в области - до 15%.</p> <p>Показатель задачи 11: обеспечение качества и безопасности донорской крови и ее компонентов в 100% случаев.</p>
<p>Этапы и сроки реализации подпрограммы</p>	<p>Подпрограмма реализуется в один этап (2013-2020 годы)</p>
<p>Объемы финансирования подпрограммы</p>	<p>Прогнозируемый объем финансирования подпрограммы составит 81 679 726,8 тыс. рублей, в том числе:</p> <p>прогнозируемый объем финансирования из средств федерального бюджета - 1 921 397,3 тыс. рублей, в том числе:</p> <p>2013 год – 12 035,2 тыс. рублей;  2014 год – 253 275,9 тыс. рублей;  2015 год – 699 071,4 тыс. рублей;  2016 год – 547 321,8 тыс. рублей;  2017 год – 102 027,2 тыс. рублей;  2018 год – 102 287,7 тыс. рублей;  2019 год – 102 553,5 тыс. рублей;  2020 год – 102 824,6 тыс. рублей;</p> <p>прогнозируемый объем финансирования из средств областного бюджета - 17 828 787,3 тыс. рублей, в том числе:</p> <p>2013 год – 1 860 371,8 тыс. рублей;  2014 год – 1 944 478,0 тыс. рублей;  2015 год – 2 085 728,5 тыс. рублей;  2016 год – 2 180 194,0 тыс. рублей;  2017 год – 2 264 333,0 тыс. рублей;  2018 год – 2 377 301,0 тыс. рублей;  2019 год – 2 495 916,0 тыс. рублей;  2020 год – 2 620 465,0 тыс. рублей;</p> <p>прогнозируемый объем финансирования из средств территориального фонда обязательного медицинского страхования - 61 929 542,2 тыс. рублей, в том числе:</p> <p>2013 год – 5 289 088,4 тыс. рублей;  2014 год – 6 152 904,0 тыс. рублей;  2015 год – 7 422 550,8 тыс. рублей;  2016 год – 7 793 677,0 тыс. рублей;  2017 год – 8 183 361,0 тыс. рублей;</p>



	<p>2018 год – 8 592 530,0 тыс. рублей;  2019 год – 9 022 160,0 тыс. рублей;  2020 год – 9 473 271,0 тыс. рублей.  Объемы финансирования ежегодно уточняются.</p>
<p>Ожидаемые результаты реализации подпрограммы</p>	<p>Достижение к 2020 году:  доля абациллированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением - 66,5%;  доля ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию, от числа состоящих на диспансерном учете – 36,2%;  число наркологических больных, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет, на 100 наркологических больных среднегодового контингента - 9,68;  число наркологических больных, находящихся в ремиссии более 2 лет на 100 наркологических больных среднегодового контингента -10,4;  доля больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2-х лет – 12,9 % от среднегодового контингента больных алкоголизмом;  доля больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии более 2-х лет, - 10,4 % от среднегодового контингента больных алкоголизмом;  доля больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года, – 17,0%;  смертность от ишемической болезни сердца - 355,8 случаев на 100 тыс.населения;  смертность от цереброваскулярных заболеваний - 208,4 случаев на 100 тыс.населения;  удельный вес больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более, - 54,5%;  одногодичная летальность больных со злокачественными образованиями - 21,0%;  доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 мин - 90% от общего числа вызовов;  больничная летальность пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий - 3,8 %;  доля станций переливания крови, обеспечивающих современный уровень качества и безопасности компонентов крови - 100%.</p>

## Текстовая часть подпрограммы 2

а) характеристика сферы реализации подпрограммы 2, описание основных проблем в сфере оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации и прогноз ее развития

Стационарная помощь на территории Липецкой области на 01.01.2013 года оказывается 45 больничными учреждениями, имеющими статус юридического лица, по 71 специальности. Совокупная мощность стационарного звена - 9518 круглосуточных коек. Обеспеченность населения койками составляет 81,6 на 10 тысяч населения.

Структура мощностей стационарных медицинских учреждений в целом соответствует уровню и структуре заболеваемости населения по соответствующим профилям. При анализе объемов оказания стационарной медицинской помощи в рамках реализации программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Липецкой области бесплатной медицинской помощи по причинам, занимающим первые места в структуре общей заболеваемости по обращаемости, число коек для лечения болезней органов дыхания составило 12,8 % от общего количества коек, для лечения болезней системы кровообращения - 17,9%, для лечения болезней мочеполовой системы - 8,1%, для лечения болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани - 5,1%, для лечения болезней органов пищеварения - 9,1%, для лечения последствий воздействия внешних причин - 7,6%.

При анализе показателя работы койки установлено ее достаточно интенсивное функционирование: по итогам 2012 года - 323 дня. Целевые показатели к 2018 году планируются на уровне 331,5 дней. Плановая работа по усилению контроля за соблюдением стандартов лечения, интенсификация стационарных методов лечения, развитие высокотехнологичных видов медицинской помощи позволили сократить в 2012 году среднее число дней пребывания больного на койке до 12 против 12,9 дней в 2011 году.

Главными направлениями дальнейшего совершенствования стационарной помощи являются: оптимизация объемов стационарной помощи, интенсификация процесса оказания стационарной помощи на основе повышения ресурсного обеспечения каждого случая лечения и внедрения федеральных порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, дифференциация коечного фонда по степени интенсивности лечебно-диагностического процесса с одновременным расширением мощностей стационаров дневного пребывания и дальнейшим совершенствованием стационарозамещающих технологий.

Внедрение порядков и стандартов оказания медицинской помощи позволит оптимизировать ее этапность и взаимодействие учреждений здравоохранения, обеспечить преемственность в ведении больного, что повысит качество медицинской помощи населению.

Порядки оказания специализированной медицинской помощи предусматривают этапную систему оказания специализированной медицинской помощи с маршрутизацией пациентов в учреждения здравоохранения трех уровней, в том числе:

государственные учреждения здравоохранения, расположенные на

территориях муниципальных районов и городских округов (I уровень) - для оказания первичной специализированной медицинской помощи при неотложных состояниях;

межрайонные центры государственных учреждений здравоохранения (II уровень) - для оказания специализированной помощи, в том числе при неотложных состояниях;

областные государственные учреждения здравоохранения (III уровень) - для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Прогноз развития сферы реализации подпрограммы определяется анализом медико-демографической ситуации в регионе, который свидетельствует о необходимости дальнейшего развития новых технологий работы, включая выездные методы, развития замещающих стационар технологий, организации системы неотложной медицинской помощи населению, модернизацию скорой медицинской помощи, развитием системы оказания помощи при экстренных заболеваниях и состояниях, что потребует и изменения системы оказания специализированной медицинской помощи с акцентом на наиболее приоритетные направления.

Оснащение медицинских организаций второго и третьего уровня находится в более благоприятной ситуации, по сравнению с оснащением медицинских организаций первого уровня, чему способствовала реализация региональной программы модернизации здравоохранения, благодаря которой соответствие порядкам оказания медицинской помощи медицинских организаций второго уровня установлено в 85% учреждений здравоохранения. Учреждения третьего уровня соответствуют требованиям порядков оказания медицинской помощи по оснащению медицинским оборудованием в полном объеме. В тоже время, учитывая высокую стоимость медицинского оборудования на втором и третьем уровнях оказания медицинской помощи, необходимость дальнейшего внедрения в медицинскую практику новейших технологий, на дооснащение ЛПУ в период реализации Программы потребуется 658,0 млн. рублей.

б) приоритеты государственной политики в сфере реализации подпрограммы 2, цели, задачи и индикаторы достижения целей, показатели решения задач. Описание основных ожидаемых конечных результатов подпрограммы 2, сроков и этапов реализации подпрограммы 2

Стационарная медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях (в том числе острых и при обострениях хронических болезней), отравлениях, травмах; при патологии беременности, родах, в течение послеродового периода, аборт, а также новорожденным детям.

Данный вид медицинской помощи оказывается гражданам при плановой или экстренной госпитализации, когда пациенту требуются применение интенсивных методов диагностики, лечение и использование сложных медицинских технологий, круглосуточное врачебное наблюдение.

Целью подпрограммы является повышение доступности и качества оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации.

подпрограммы являются:

реализация мер, направленных на улучшение демографической ситуации; снижение показателей инвалидизации населения, увеличения периода активной жизни.

Целью подпрограммы является увеличение продолжительности активного периода жизни населения.

Для достижения данной цели предусматривается решение следующих задач: разработка и внедрение новых организационных моделей, а также поддержка развития инфраструктуры системы медицинской реабилитации.

разработка и внедрение новых организационных моделей, а также поддержка развития инфраструктуры системы санаторно-курортного лечения.

Индикаторы, характеризующие достижение цели подпрограммы:

охват реабилитационной медицинской помощью больных от числа нуждающихся;

охват реабилитационной медицинской помощью детей-инвалидов от числа нуждающихся;

увеличение охвата санаторно-курортным лечением больных.

Результатами реализации подпрограммы к 2020 году является достижение следующих показателей:

охват реабилитационной медицинской помощью больных от числа нуждающихся - 25%;

охват реабилитационной медицинской помощью детей-инвалидов от числа нуждающихся - 93 %;

охват санаторно-курортным лечением больных (по показаниям) - 45%.

Подпрограмма реализуется в один этап (2013 - 2020 годы)

#### в) характеристика подпрограммы 4 и основных мероприятий подпрограммы 4

##### Мероприятие 4.1. Развитие медицинской реабилитации, в том числе детей.

В рамках реализации подпрограммы предусматривается организация трёхэтапной системы медицинской реабилитации.

В настоящее время в области имеется 554 койки для проведения интенсивной терапии взрослому населению, в том числе 330 коек для больных с острым нарушением мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом.

На первом этапе организована медицинская реабилитация для больных с острым нарушением мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом в отделениях реанимации и интенсивной терапии в отделениях ранней нейрореабилитации сосудистых центров. Планируется организация первого этапа реабилитации в отделениях реанимации и блоках интенсивной терапии для оказания помощи больным кардиологического, неврологического, пульмонологического, травматологического, нейрохирургического профилей.

Второй этап медицинской реабилитационной помощи осуществляется в стационарных условиях медицинских организаций (отделениях реабилитации), в ранний восстановительный период течения заболевания или травмы, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения пациентам, инвалидам, часто

болеющим детям, нуждающимся в наблюдении специалистов по профилю оказываемой помощи, в проведении высокоэффективной реабилитации, а также нуждающимся в посторонней помощи для осуществления самообслуживания, перемещения и общения, при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала) в соответствии с группой преобладающих функциональных нарушений.

В рамках организации второго этапа медицинской реабилитации в Липецкой области в I квартале 2013 года в Тербунском районе открыто стационарное реабилитационное отделение ГУЗ «Липецкий областной наркологический диспансер» для больных наркологическими расстройствами, нуждающихся в восстановительной терапии для выработки и укрепления у них способности самообеспечения, формирования положительных социальных установок, облегчения возвращения к труду, профессии, в общество. В составе реабилитационного центра создаются лечебно-трудовые мастерские, учебные классы, студии, спортивные секции и т.п. В настоящее время достигнута договоренность с управлением труда и занятости Липецкой области об открытии на базе отделения пункта профессиональной переподготовки.

Продолжительность пребывания в стационарном реабилитационном отделении определяется физическим и психическим состоянием больного, его социальным статусом, достигнутыми результатами реабилитации и соглашением между пациентом и отделением, и может занимать от трех месяцев до одного года.

В период реализации подпрограммы планируется открыть следующие стационарные реабилитационные отделения:

на базе ГУЗ «Липецкая городская больница № 1 скорой медицинской помощи» на 80 коек, из них: для больных с нарушением функции центральной нервной системы и органов чувств на 20 коек; для больных с нарушениями функции периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата на 20 коек; для больных с соматическими заболеваниями на 40 коек. Открытие такого крупного отделения целесообразно в виду того, что разбросание коечного фонда, распыление кадров значительно снижает качество и эффективность проводимых медико-реабилитационных мероприятий (что при небольшой площади территории области и высокой плотности населения позволит улучшить доступность данного вида помощи, послужит для выполнения 2-го этапа оказания помощи по медицинской реабилитации).

на базе ГУЗ «Лебедянская ЦРБ» (многопрофильный межмуниципальный специализированный центр): для больных с нарушением функции центральной нервной системы и органов чувств на 10 коек; для больных с соматическими заболеваниями на 10 коек.

на базе ГУЗ «Усманская ЦРБ» (многопрофильный межмуниципальный специализированный центр, в том числе ПСО): для больных с нарушением функции центральной нервной системы и органов чувств на 10 коек; для больных с соматическими заболеваниями на 10 коек.

на базе ГУЗ «Елецкая городская больница №2» (межмуниципальный хирургический центр): с нарушением функции центральной нервной системы и органов чувств на 15 коек; с соматическими заболеваниями на 15 коек.

Третий этап медицинской реабилитационной помощи в ранний, поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения пациентам, независимым в повседневной жизни при осуществлении самообслуживания, общения и

самостоятельного перемещения (или с дополнительными средствами опоры), при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала), планируется осуществлять в отделениях (кабинетах) реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, мануальной терапии, психотерапии, медицинской психологии, кабинетах логопеда (сурдопедагога, тифлопедагога и др. специалистов по профилю оказываемой помощи) медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, а также выездными бригадами на дому.

Для организации третьего этапа медицинской реабилитации в амбулаторно-поликлинических условиях пациентам с перспективами восстановления функций на базе крупных поликлиник планируется организовать к 2020 году 5 отделений реабилитации.

Третий этап осуществляется также и в санаторно-курортных организациях. На территории Липецкой области организовано санаторно-курортное лечение в 6 санаториях: 2 - для взрослых (1 областной и 1 акционерной собственности) и 4 - для детей (детей с родителями), из них 3 санатория находятся в областной собственности и 1 федерального значения.

Реабилитация детей - инвалидов, детей, страдающих заболеваниями нервной системы и опорно-двигательного аппарата, проводится в ГУЗ «Областная больница восстановительного лечения». Реабилитационные мероприятия 2-го и 3-го этапа детям города Липецка организована на базе отделений городских детских больниц. В состав каждой из больниц входят по 3 детских поликлиники, поэтому 3-й этап реабилитации проходит на базе стационаров дневного пребывания, имеющих в стационарах этих детских больниц.

В целях проведения реабилитационных мероприятий детям используются возможности ГУЗ «Областная детская больница» для проведения реабилитационных мероприятий I-II этапов.

Ранняя реабилитация по профилю «неонатология» проводится детям в ГУЗ «Областная детская больница», ГУЗ «Липецкая городская детская больница №1». Ранней реабилитации по профилю «нейрохирургия», «травматология и ортопедия» подлежат дети после оперативных вмешательств, проведенных в областной детской больнице, после оказания ВМП за пределами области (по показаниям).

Основные усилия обеспечения населения медицинской реабилитацией предусматривается сконцентрировать на следующих приоритетных направлениях:

медицинская реабилитация больных непосредственно после оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;

медицинская реабилитация хронических больных и инвалидов, в том числе пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профзаболеваний;

медицинская реабилитация с целью оздоровления лиц из групп риска развития заболеваний.

В этой связи реализация мероприятия по медицинской реабилитации будут включать:

разработку и внедрение эффективных оздоровительных и реабилитационных технологий;

стандартизованное переоснащение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по медицинской реабилитации, современным медицинским оборудованием и аппаратурой.

Планируемые мероприятия по оказанию медицинской помощи по медицинской реабилитации приведут к сохранению и укреплению здоровья

населения; сокращению сроков восстановления утраченного здоровья населения; снижению заболеваемости с временной и стойкой утратой трудоспособности; повышению качества жизни хронических больных и инвалидов; снижению показателей смертности от наиболее распространенных заболеваний и инвалидизации населения.

#### Мероприятие 4.2. Развитие санаторно-курортного лечения, в том числе для детей

Организация санаторно-курортного лечения является составной частью государственной социальной политики в сфере здравоохранения.

Санаторно-курортное лечение является важным звеном оказания третьего этапа медицинской реабилитации, особенно в лечении ряда хронических заболеваний, таких как туберкулез, врожденные и приобретенные дефекты опорно-двигательного аппарата, заболевания желудочно-кишечного тракта, острые сосудистые заболевания и другие. Наиболее эффективно пребывание в санаторно-курортных условиях сказывается на результатах лечения и реабилитации детей.

На территории Липецкой области организовано санаторно-курортное лечение в 6 санаториях: 2 - для взрослых (1 областной и 1 акционерной собственности) и 4 - для детей (детей с родителями), из них 3 санатория находятся в областной собственности и 1 - федерального значения. Коечная мощность санаторно-курортных учреждений представлена 1421 койкой.

ГСКУ Областной детский санаторий «Мечта» и ЗАО «Липецккурорт» относятся к санаториям с особо охраняемой курортной территорией.

Ежегодно в среднем ЗАО «Липецккурорт» получают лечение около 6 000 человек, в специализированном (противотуберкулёзном) санатории для взрослых пролечивается от 50 до 700 человек. В детских санаториях Липецкой области ежегодно получают лечение от 6 до 8 тыс. человек.

В Липецкой области проводится санаторно-курортное лечение следующим категориям граждан:

долечивание работающих граждан после перенесенных с инфарктом миокарда, нарушениями мозгового кровообращения, после операций на сердце, крупных сосудах;

санаторно-курортное лечение льготной категории граждан, предоставление путёвок осуществляет Фонд социального страхования, как в санаториях федерального значения за пределами Липецкой области, так и в местных санаториях;

санаторно-курортное лечение лиц, пострадавших от радиационных воздействий (санатории федерального значения);

долечивание пострадавших от несчастных случаев на производстве, путёвки предоставляются Фондом социального страхования;

долечивание неработающих пенсионеров после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения и острого инфаркта миокарда, предоставление путёвок осуществляется управлением социальной защиты населения Липецкой области;

дети, страдающие хроническими заболеваниями, состоящие на диспансерном учёте, направляются за пределы области или в санатории местного значения;

дети-инвалиды получают курс санаторно-курортного лечения в местных

санаториях и за пределами области;

дети, нуждающиеся в специализированной медицинской помощи (противотуберкулезные санатории на территории области и за пределами области);  
взрослые, страдающие туберкулезом, получают лечение в специализированных санаториях областного значения и за пределами области.

После санаторно-курортного этапа медицинской реабилитации пациентов с инфарктом миокарда, нарушениями мозгового кровообращения, после операций на сердце, крупных сосудах и других значительно сокращаются сроки временной нетрудоспособности, существенно снижается уровень инвалидизации, резко увеличивается доля пациентов, вернувшихся после тяжелого недуга к труду и активной жизни. В Липецкой области для данной категории работающих граждан организовано долечивание в ЗАО «Липецккурорт» с коечной мощностью 530.

Пребывание населения в санаториях с целью оздоровления и профилактики способствует увеличению продолжительности жизни и повышению производительности труда работающих граждан, снижению повторных случаев основного заболевания, частоты осложнений и последствий заболевания, являющимися самостоятельными нозологическими формами.

Расширение сети санаторно-курортных учреждений, совершенствование научно-методического обеспечения, маркетингового и информационного оснащения санаторно-курортного лечения позволят увеличить качество лечебного и реабилитационного процесса, доступность и эффективность использования природных лечебных факторов Российской Федерации.

В рамках мероприятий по совершенствованию организации и оказания санаторно-курортного лечения в Липецкой области предполагается:

1. Провести модернизацию санаториев с учетом особенностей ландшафтно-климатических условий, профиля курорта, профилизации учреждений, потребности населения в санаторно-курортном лечении, преимущественности в оказании медицинской реабилитации с медицинскими организациями, оказывающими стационарную и амбулаторно-поликлиническую помощь.

2. Улучшить материально-техническую базу санаториев для обеспечения организации оказания в полном объеме санаторно-курортного лечения.

3. Обеспечить оказание услуг по санаторно-курортному лечению в соответствии с современными представлениями о методологии лечения, обеспечивающих повышение качества услуг по оздоровлению и лечению.

Ожидаемые конечные результаты подпрограммы в 2020 году:

охват реабилитационной медицинской помощью больных от числа нуждающихся вырастет с 1,9% в 2012 году до 25% в 2020 году,

охват реабилитационной медицинской помощью детей-инвалидов от числа нуждающихся вырастет с 70% в 2012 году до 85% в 2020 году

охват санаторно-курортным лечением пациентов вырастет с 6,0% в 2012 году до 45% в 2020 году.

г) обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации подпрограммы 4

Прогнозируемый объем финансирования подпрограммы составит 3 219 074,0 тыс. рублей, в том числе:



прогнозируемый объем финансирования из средств федерального бюджета - 94 900,0 тыс. рублей, в том числе:

2016 год – 30 900,0 тыс. рублей;

2017 год – 65 550,0 тыс. рублей;

прогнозируемый объем финансирования из средств областного бюджета - 2 232 537,0 тыс. рублей, в том числе:

2013 год – 341 325,0 тыс. рублей;

2014 год – 340 824,0 тыс. рублей;

2015 год – 358 284,0 тыс. рублей;

2016 год – 216 385,0 тыс. рублей;

2017 год – 229 028,0 тыс. рублей;

2018 год – 236 856,0 тыс. рублей;

2019 год – 248 700,0 тыс. рублей;

2020 год – 261 135,0 тыс. рублей;

прогнозируемый объем финансирования из средств территориального фонда обязательного медицинского страхования - 891 637,0 тыс. рублей, в том числе по годам:

2016 год – 161 364,0 тыс. рублей;

2017 год – 169 432,0 тыс. рублей;

2018 год – 177 903,0 тыс. рублей;

2019 год – 186 799,0 тыс. рублей;

2020 год – 196 139,0 тыс. рублей.

Объемы финансирования ежегодно уточняются.

### **III.V. Подпрограмма 5 «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»**

Наименование подпрограммы	«Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»
Программно-целевые инструменты подпрограммы	Ведомственная целевая программа «Совершенствование паллиативной помощи населению Липецкой области в 2013-2015 годах»; мероприятие 5.1 «Совершенствование паллиативной помощи населению Липецкой области»
Цель подпрограммы	Повышение качества жизни неизлечимых больных за счет решения физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания.
Задачи подпрограммы	Создание эффективной службы паллиативной помощи неизлечимым пациентам
Целевые индикаторы и показатели подпрограммы	Повышение удовлетворенности пациентов и их родственников качеством паллиативной медицинской помощи
Показатели задач подпрограммы	охват паллиативной помощью взрослого населения от нуждающихся в паллиативной помощи – 100%; охват паллиативной помощью детей от нуждающихся в оказании паллиативной помощи – 100%

Этапы и сроки реализации подпрограммы	Подпрограмма реализуется в один этап (2013-2020 годы)
Объемы финансирования подпрограммы	Прогнозируемый объем финансирования из средств областного бюджета составит 1 492 928,6 тыс. рублей, в том числе: 2013 год – 129 942,6 тыс. рублей; 2014 год – 161 467,0 тыс. рублей; 2015 год – 176 644,0 тыс. рублей; 2016 год – 185 476,0 тыс. рублей; 2017 год – 194 750,0 тыс. рублей; 2018 год – 204 488,0 тыс. рублей; 2019 год – 214 713,0 тыс. рублей; 2020 год – 225 448,0 тыс. рублей. Объемы финансирования ежегодно уточняются.
Ожидаемые результаты реализации подпрограммы:	Достижение к 2020 году: увеличить обеспеченность паллиативными койками взрослых - до 10,0 на 100 тыс. взрослого населения; увеличить обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи детям - до 2,48 на 100 тыс. детского населения.

#### Текстовая часть подпрограммы 5

а) характеристика сферы реализации подпрограммы 5, описание основных проблем в сфере оказания паллиативной помощи, в том числе детям, и прогноз ее развития

В соответствии со ст. 36 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» введено понятие паллиативной медицинской помощи. Паллиативная помощь представляет собой систему организации медицинской помощи и общего ухода за умирающими больными, включающую поддержание физических, психологических, социальных и духовных потребностей пациентов, а также психологическую помощь их семьям в течение болезни и в период утраты. Целью паллиативной помощи пациентам с поздними стадиями активного прогрессирующего заболевания и небольшой предполагаемой продолжительностью жизни является максимальное повышение качества жизни, не предусматривающее ускорение или отдаление смертельного исхода. Поддержание максимально возможного качества жизни пациента является ключевым моментом в определении сущности паллиативной медицины, так как она ориентирована на лечение больного, а не поразившей его болезни.

Паллиативная помощь занимается целым рядом аспектов жизни инкурабельного пациента - медицинских, психологических, социальных, культурных и духовных. Помимо ослабления боли и купирования других патологических симптомов, необходимы психо-социальная и духовная поддержка пациента, а также оказание помощи близким умирающего при уходе за ним.

Целостный подход, объединяющий разные аспекты паллиативной помощи, является признаком высококачественной медицинской практики, существенную часть которой составляет паллиативная помощь.

Паллиативное лечение начинается тогда, когда все другие виды лечения больше не являются эффективными. Целью такого лечения является создание для пациента возможностей лучшего качества жизни. Оно должно быть направлено не только на удовлетворение физических потребностей пациента, но и на удовлетворение не менее важных - психологических, социальных и духовных запросов больного.

В паллиативном лечении первостепенной целью является не продлить жизнь, а сделать оставшуюся как можно более комфортной и значимой.

Паллиативное лечение будет эффективным:

если удастся создавать и поддерживать для пациента комфортные душевные и физические условия;

если пациент максимально будет чувствовать свою независимость;

если пациент не испытывает боли;

если, несмотря на предстоящую потерю жизни, предоставленная пациенту система поддержки поможет ему жить настолько активно и творчески, насколько это для него возможно.

Паллиативная помощь может осуществляться как в стационаре, амбулаторных условиях, так и на дому. При этом непременным условием является наличие медицинских работников, прошедших обучение по оказанию такой помощи.

В рамках Программы планируется применить комплексный подход к решению этой проблемы с участием квалифицированного медицинского персонала и достаточным медико-психологическим обеспечением.

Основными направлениями деятельности учреждений паллиативной медицинской помощи является организация паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, создание и развитие выездной службы паллиативной помощи больным, оказание паллиативной помощи на дому, отработка моделей оптимальной организации поддерживающей помощи на всех этапах ее оказания.

Важным разделом деятельности учреждений и отделений паллиативной медицинской помощи является проведение комплекса мероприятий по реабилитации пролеченных больных - ликвидация последствий лечения, например, после операционных вмешательств, лучевой и химиотерапии.

Материально-техническая и ресурсная база данных подразделений отличается от общесоматических стационаров и не требует широкого перечня диагностического и лечебного оборудования.

б) приоритеты государственной политики в сфере реализации подпрограммы 5, цели, задачи и индикаторы достижения целей, показатели решения задач, описание основных ожидаемых конечных результатов подпрограммы 5, сроков и этапов реализации подпрограммы 5

Приоритетами государственной политики в сфере реализации подпрограммы являются:

внедрение современного комплекса методов лечения боли и облегчения патологических симптомов;

решение комплексных психосоциальных проблем неизлечимых больных и их родственников;

учет культурных и этнических особенностей пациентов при оказании им паллиативной помощи;

обеспечение внимания к духовным запросам терминальных пациентов;  
учет этических проблем паллиативной помощи;  
внедрение современных моделей организации работы комплексной бригады паллиативной помощи.

Целью подпрограммы является:

повышение качества жизни неизлечимых больных за счет решения физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания.

Для достижения указанной цели предусматривается решение следующих задач: создание эффективной службы паллиативной помощи неизлечимым пациентам; повышение качества жизни неизлечимых пациентов и их родственников.

Индикаторы, характеризующие достижение цели подпрограммы: повышение удовлетворенности пациентов и их родственников качеством паллиативной медицинской помощи до 60%.

Непосредственным результатом выполнения мероприятий данной подпрограммы должно стать: создание отделений паллиативной помощи, что позволит снизить нагрузку на дорогостоящие койки, на которых оказывается реанимационно-интенсивная помощь, не менее чем на 15%.

Ожидаемыми конечными результатами выполнения подпрограммы к 2020 году являются:

увеличение обеспеченности койками для оказания паллиативной помощи взрослым до 10,0 коек на 100 тыс. взрослого населения;

увеличение обеспеченности койками для оказания паллиативной помощи детям до 2,48 коек на 100 тыс. детского населения;

Подпрограмма реализуется в один этап (2013-2020 годы).

## в) характеристика ведомственной целевой программы 5 и основных мероприятий подпрограммы 5

### Мероприятие 5.1. Оказание паллиативной помощи взрослым

Несмотря на наметившуюся в последние годы тенденцию к совершенствованию первичной и специализированной медицинской помощи, формированию фундаментальной базы высокотехнологичной медицинской помощи в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», проблемы организации паллиативной помощи инкурабельным больным как в хосписах, многопрофильных стационарах, так и в амбулаторно-поликлинических условиях остаются недостаточно решенными.

В настоящее время инкурабельные больные практически не имеют возможности получить стационарную симптоматическую терапию (после выписки из специализированных учреждений). Большая часть больных лечится амбулаторно, в основном, наркотическими анальгетиками. Эти больные выпадают из поля зрения специалистов, которые могли бы облегчить их страдания, уменьшить тяжесть течения отдельных расстройств здоровья современными, достаточно простыми медицинскими пособиями. Таким больным требуется купирование выраженного болевого синдрома, психотерапевтическая и лекарственная коррекция.

Важным разделом деятельности отделений паллиативной медицинской помощи является проведение комплекса мероприятий по реабилитации

пролеченных больных - ликвидация последствий лечения, например, после операционных вмешательств, лучевой и химиотерапии.

В области существуют различные организационные формы оказания паллиативной помощи инкурабельным больным: на онкологических паллиативных койках в структуре многопрофильного стационара ГУЗ «Елецкая городская больница №1 им Н.А.Семашко», ГУЗ «Липецкая городская больница №2» (всего 50 коек), койках паллиативной медицинской помощи для детей ГУЗ «Елецкая городская детская больница» (всего 5 коек), на койках сестринского ухода при центральных районных больницах (всего 97 коек), а также в кабинете противоболевой терапии на базе ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер».

Обеспеченность паллиативными койками (хосписными) в расчете на 100 тыс. человек населения в 2012 году составила 4,7, что не удовлетворяет в полном объеме потребности населения в данном виде медицинской помощи. Медицинскую помощь на хосписных койках ежегодно получают около 900 человек, число койко-дней в расчете на 1 жителя составило 0,0167.

В 2013 году на базе ГУЗ «Липецкая городская больница № 6 им. В.В.Макущенко» открыто новое паллиативное отделение. В больнице будет оказываться паллиативная помощь нуждающимся инкурабельным больным, имеющим тяжелые хронические прогрессирующие заболевания системы кровообращения (хроническую ишемическую болезнь сердца, сопровождающуюся тяжелой недостаточностью кровообращения; заболевания, сопровождающиеся тромбозом и стенозом церебральных артерий (последствия инсультов и др.); тяжелые заболевания эндокринной системы (сахарный диабет в стадии декомпенсации и др.); прогрессирующие болезни нервной системы; новообразования.

Планируется оказание паллиативной медицинской помощи больным с неизлечимыми заболеваниями в плановом порядке преимущественно по месту жительства граждан как амбулаторно (в том числе на дому при вызове медицинского работника кабинета паллиативной помощи или выездной патронажной бригады паллиативной помощи).

Основными направлениями деятельности учреждений паллиативной медицинской помощи является организация паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, создание и развитие выездной службы паллиативной помощи больным, оказание паллиативной помощи на дому, отработка моделей оптимальной организации поддерживающей помощи на всех этапах ее оказания.

Помимо развития сети стационарных отделений паллиативной помощи для пациентов, предусматривается обеспечение доступности амбулаторных форм паллиативной помощи.

Паллиативная помощь призвана повышать качество жизни пациента, невзирая на предполагаемую небольшую продолжительность жизни. Главный принцип паллиативной медицины - от какого бы заболевания пациент не страдал, каким бы тяжелым это заболевание не было, какие средства не были бы использованы для его лечения, всегда можно найти способ повысить качество жизни больного в оставшиеся дни.

Лекарственное обеспечение инкурабельных больных для доступного обезболивания, транспорт для выезда патронажных бригад на дом, диспетчеризация вызовов будут осуществляться за счет ассигнований, выделяемых на функционирование службы неотложной медицинской помощи, а также профильных

подразделений круглосуточных стационаров.

## Мероприятие 5.2. Оказание паллиативной помощи детям

Паллиативная помощь детям в современном мире представляет собой отдельную медицинскую специальность и отдельное направление медико-социальной деятельности. Для создания эффективной системы паллиативной помощи детям в нашей стране необходимы понимание отличий от паллиативной помощи для взрослых, анализ мирового опыта организации паллиативной помощи детям и особенностей российского здравоохранения. Система паллиативной помощи детям подразумевает наличие служб, доступных всем детям, нуждающимся в ней, независимо от места их пребывания (дом, стационар общего профиля, специализированный стационар), координацию этих служб и информированность медицинского сообщества и общества в целом о потребностях и возможностях для этих больных.

Традиционно паллиативную помощь оказывают онкологическим больным, отчасти вследствие более высокой предсказуемости хода болезни, что упрощает выявление и прогнозирование нужд пациентов и их близких. Одним из последствий такого подхода является бытующее представление о том, что паллиативная помощь уместна лишь в течение нескольких последних недель жизни больного - когда другие методы лечения уже не приносят пользы. Однако в реальной жизни больные и их близкие сталкиваются с различными проблемами и нуждаются в помощи значительно раньше, а иногда с момента постановки фатального диагноза, а не только непосредственно перед наступлением смертельного исхода.

Принцип оказания паллиативной помощи только на финальном отрезке жизни не подходит для тех часто возникающих ситуаций, когда больные нуждаются в паллиативной помощи сразу же после постановки диагноза, несмотря на то, что им параллельно и до конца жизни проводят лечение, направленное против развития основного заболевания.

Таким образом, поддержание максимально возможного качества жизни пациента - ключевой момент при определении сущности паллиативной медицины, ориентированной на лечение больного, а не поразившей его болезни. Паллиативная помощь подразумевает положительное влияние на различные аспекты, составляющие жизнь неизлечимо больного человека, - медицинские, психологические, социальные, культурные и духовные. Целостный подход, объединяющий эти аспекты, - признак высококачественной и правильно организованной паллиативной медицинской помощи.

Лекарственное обеспечение инкурабельных больных для доступного обезболивания, транспорт для выезда патронажных бригад на дом, диспетчеризация вызовов будут осуществляться за счет ассигнований, выделяемых на функционирование службы неотложной медицинской помощи, а также профильных подразделений круглосуточных стационаров.

## Мероприятие 5.3. Подготовка медицинских кадров по оказанию паллиативной помощи

Целевая подготовка специалистов по оказанию паллиативной помощи будет осуществляться в рамках реализации постановления администрации Липецкой

области от 8 апреля 2013 года № 176 «Об утверждении областной целевой программы «Развитие кадров здравоохранения Липецкой области (2013-2017 годы)»).

г) обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации подпрограммы 5

Прогнозируемый объем финансирования из средств областного бюджета составит 1 492 928,6 тыс. рублей, в том числе:

2013 год – 129 942,6 тыс. рублей;

2014 год – 161 467,0 тыс. рублей;

2015 год – 176 644,0 тыс. рублей;

2016 год – 185 476,0 тыс. рублей;

2017 год – 194 750,0 тыс. рублей;

2018 год – 204 488,0 тыс. рублей;

2019 год – 214 713,0 тыс. рублей;

2020 год – 225 448,0 тыс. руб.

Объемы финансирования ежегодно уточняются.

**III.VI. Подпрограмма 6 «Кадровое обеспечение здравоохранения Липецкой области»**

Наименование подпрограммы	«Кадровое обеспечение здравоохранения Липецкой области»
Программно-целевые инструменты подпрограммы	Ведомственная целевая программа «Развитие кадрового потенциала здравоохранения Липецкой области в 2013-2015 годах»; Мероприятие 6.1 «Развитие кадрового потенциала здравоохранения Липецкой области»
Цели подпрограммы	1. Совершенствование и перспективное развитие обеспеченности здравоохранения Липецкой области медицинскими кадрами. 2. Поэтапное устранение дефицита медицинских кадров, а также регионального кадрового дисбаланса. 3. Обеспечение притока в медицинские организации Липецкой области врачей и средних медицинских работников, позволяющего восполнять естественную убыль. 4. Планирование подготовки и трудоустройства медицинских работников с использованием современных технологий кадрового менеджмента, эффективных мотивационных механизмов, позволяющих обеспечить медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области квалифицированными кадрами, способными улучшить качество оказания медицинской помощи населению Липецкой области. 5. Повышение престижа профессии медицинского работника.
Задачи	1. Регулирование подготовки и сохранение медицинских

подпрограммы	<p>кадров для здравоохранения Липецкой области с помощью мониторинга кадров при реализации его организационно-методической, информационно - аналитической поддержки.</p> <p>2. Создание условий для планомерного роста профессионального уровня знаний и умений медицинских работников.</p> <p>3. Достижение полноты укомплектованности медицинских организаций медицинскими работниками.</p> <p>4. Обеспечение социальной защиты, повышение качества жизни медицинских работников на основе приведения оплаты труда в соответствие с объемами, сложностью и эффективностью оказания медицинской помощи.</p> <p>5. Формирование системы управления кадровым потенциалом здравоохранения Липецкой области с учетом структуры региональной потребности в медицинских кадрах, их оптимального размещения и эффективного использования.</p>
Целевые индикаторы подпрограммы	<p>Обеспеченность населения Липецкой области врачами на 10 тыс. населения – 46,2;</p> <p>обеспеченность населения Липецкой области средними медицинскими работниками на 10 тыс. населения – 140,0;</p> <p>обеспеченность врачами сельского населения на 10 тыс. населения - 23,0;</p> <p>обеспеченность средними медицинскими работниками сельского населения на 10 тыс. населения – 87,7;</p> <p>обеспеченность врачами клинических специальностей на 10 тыс. населения – 28,2;</p> <p>укомплектованность медицинских организаций государственной системы здравоохранения Липецкой области, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях врачами и средними медицинскими работниками - 97%;</p> <p>укомплектованность медицинских организаций государственной системы здравоохранения Липецкой области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь врачами и средними медицинскими работниками – 96,7%;</p> <p>темп прироста численности врачей по особо востребованным в Липецкой области специальностям - 4,8%;</p> <p>темп прироста численности средних медицинских работников по особо востребованным в Липецкой области специальностям – 3,3%;</p> <p>соотношение врачей и средних медицинских работников – 1/3,3;</p> <p>число врачей, привлеченных на работу в медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области - 974;</p> <p>число средних медицинских работников, привлеченных на работу в медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области – 3300;</p>



доля специалистов с медицинским образованием, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд Липецкой области, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области - 100%;

количество врачей, прошедших обучение по программам дополнительного профессионального образования в образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования - 7959;

количество подготовленных специалистов по программам послевузовского профессионального образования в образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования - 974;

количество медицинских работников со средним медицинским образованием, прошедших обучение по программам дополнительного профессионального образования в образовательных учреждениях среднего и дополнительного профессионального образования - 19634;

число абитуриентов, направленных на целевую подготовку по программам высшего, среднего, послевузовского профессионального образования - 600;

число мест в образовательных учреждениях среднего профессионального образования Липецкой области, финансируемых в рамках сформированного государственного задания - 1350;

число мест в образовательных учреждениях среднего профессионального образования Липецкой области, финансируемых за счет собственных средств граждан и юридических лиц - 700;

соотношение числа мест в образовательных учреждениях среднего профессионального образования Липецкой области, финансируемых в рамках сформированного государственного задания и финансируемых за счет собственных средств граждан и юридических лиц - 2/1;

число специалистов со средним медицинским образованием, окончивших образовательные учреждения среднего профессионального образования Липецкой области - 3360;

доля медицинских организаций, перешедших на «эффективный контракт» с медицинскими работниками - 100%;

число мероприятий по повышению престижа профессии, проводимых на уровне Липецкой области - 5;

доля врачей, имеющих квалификационную категорию из числа работающих в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Липецкой области - 76%;

доля средних медицинских работников, имеющих квалификационную категорию из числа работающих в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Липецкой области - 78%;

	<p>доля медицинских работников, прошедших оценку уровня квалификации - 100%;</p> <p>доля аккредитованных медицинских и фармацевтических работников - 80%.</p>
<p>Показатели задач подпрограммы</p>	<p>Показатель задачи 1:</p> <p>число выпускников средних медицинских образовательных учреждений, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области – 3300 чел.;</p> <p>число выпускников высших медицинских образовательных учреждений, трудоустроившиеся в медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области после окончания интернатуры, ординатуры – 974 чел.</p> <p>Показатель задачи 2:</p> <p>количество врачей, прошедших обучение по программам дополнительного профессионального образования в образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования – 7959 чел.;</p> <p>количество медицинских работников со средним медицинским образованием, прошедших обучение по программам дополнительного профессионального образования в образовательных учреждениях среднего и дополнительного профессионального образования – 19634 чел.</p> <p>Показатель задачи 3:</p> <p>укомплектованность медицинских организаций государственной системы здравоохранения Липецкой области врачами – 98 %;</p> <p>укомплектованность медицинских организаций государственной системы здравоохранения Липецкой области средними медицинскими работниками – 98,6%;</p> <p>Показатель задачи 4:</p> <p>соотношение средней заработной платы врачей и иных работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), и средней заработной платы в Липецкой области – 200%;</p> <p>соотношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего предоставление медицинских услуг) и средней заработной платы в Липецкой области – 100%;</p> <p>соотношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего предоставление медицинских услуг) и средней заработной платы в Липецкой области – 100%;</p> <p>количество медицинских работников, достигших особых результатов в творческой, научной и практической деятельности в сфере здравоохранения - 104 чел.</p> <p>Показатель задачи 5:</p> <p>доля врачей первичного звена здравоохранения от общего числа врачей – 65 %.</p>

Этапы и сроки реализации подпрограммы	Подпрограмма реализуется в один этап (2013 – 2020 годы)
Объемы финансирования подпрограммы	<p>Прогнозируемый объем финансирования подпрограммы составит 1 127 258,7 тыс. рублей, в том числе:</p> <p>прогнозируемый объем финансирования из средств федерального бюджета - 17 500,0 тыс. рублей, в том числе:</p> <p>2013 год – 17 500,0 тыс. рублей;</p> <p>прогнозируемый объем финансирования из средств областного бюджета - 1 109 758,7 тыс. рублей, в том числе:</p> <p>2013 год – 124 930,1 тыс. рублей;</p> <p>2014 год – 125 384,8 тыс. рублей;</p> <p>2015 год – 126 353,8 тыс. рублей;</p> <p>2016 год – 132 671,0 тыс. рублей;</p> <p>2017 год – 139 305,0 тыс. рублей;</p> <p>2018 год – 146 270,0 тыс. рублей;</p> <p>2019 год – 153 583,0 тыс. рублей;</p> <p>2020 год – 161 261,0 тыс. рублей.</p> <p>Объемы финансирования ежегодно уточняются.</p>
Ожидаемые результаты реализации подпрограммы	<p>Достижение к 2020 году:</p> <p>обеспеченность населения Липецкой области врачами на 10 тыс. населения – 46,2;</p> <p>обеспеченность средними медицинскими работниками на 10 тыс. населения – 140,0</p>

### Текстовая часть подпрограммы 6

а) характеристика сферы реализации подпрограммы 6, описание основных проблем в сфере кадрового обеспечения здравоохранения области и прогноз ее развития

Уровень конкурентоспособности современной инновационной экономики в значительной степени определяется качеством профессиональных кадров. Концепцией долгосрочного социально-экономического развития поставлена задача по обеспечению прорыва в повышении эффективности человеческого капитала и создании комфортных социальных условий. Ключевым фактором привлечения и удержания высококвалифицированных кадров является уровень качества и доступности системы охраны здоровья.

В системе здравоохранения Липецкой области работают 3921 врач и 11867 средних медицинских работников. Обеспеченность на 10 тыс. населения врачами составляет 33,7, средним медперсоналом – 102,5. Укомплектованность медицинских организаций врачебными кадрами в целом по учреждению составляет 90,7% (с учетом коэффициента совместительства 1,7), средними медицинскими работниками – 96,0% (с учетом коэффициента совместительства 1,4). Соотношение врач/медсестра в области - 1/3. 98 % врачей и 96 % средних медработников имеют сертификат специалиста.

Актуальной для всех этапов оказания медицинской помощи в Липецкой области является задача кадрового обеспечения учреждений здравоохранения.

Решение данной задачи - одно из приоритетных направлений деятельности управления здравоохранения Липецкой области. Для обеспечения потребности во врачах по основным специальностям с учетом объемов медицинской помощи по Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи реализуются мероприятия по формированию штатных должностей учреждений здравоохранения в соответствии с утвержденными федеральными порядками оказания медицинской помощи.

Формирование, сохранение и развитие качества потенциала медицинских кадров невозможно без профессионального развития. В условиях реформы здравоохранения профессиональное развитие медицинских кадров является гарантией обеспечения качества их потенциала даже в условиях ограниченного финансирования и дефицита кадровых ресурсов. Профессиональное развитие включает додипломную подготовку врачей и средних медицинских работников, их последипломное профессиональное образование (специализацию, усовершенствование, дополнительное профессиональное образование), подготовку вновь принятых работников, профессиональное обучение на рабочем месте, переподготовку в соответствии с потребностями учреждения и интересами работающего, сертификацию и аттестацию медицинских кадров, самообразование, развитие карьеры медицинского работника, выполнение научных исследований, подготовку резерва руководящих кадров, развитие их карьеры.

В Липецкой области проводится большая работа по направлению молодежи области для поступления в медицинские ВУЗы по целевому набору. В настоящее время в ВУЗах учится более 700 таких студентов. Для решения кадрового вопроса заключаются договоры о трудоустройстве не только с выпускниками, обучающимися по целевому набору, но также со студентами, обучающимися на бюджетной и коммерческой основе.

С целью получения дополнительного профессионального образования в области сформирована система обучения, обеспечивающая врачей и средних медработников своевременным прохождением курсов повышения квалификации и переподготовки.

С 2012 года активно развивается проект «Электронная медицинская библиотека», обеспечивающий доступ врачей к актуальной медицинской информации в сети Интернет.

Вместе с тем, проблемы кадрового обеспечения здравоохранения Липецкой области продолжают сохранять остроту. Основная проблема кадрового обеспечения связана с недостаточным приростом численности врачей, в том числе молодых специалистов, особенно в сельской местности, старением кадров, сохраняющейся диспропорцией в обеспеченности медицинскими кадрами между отдельными территориями, городом и селом, врачами и средним медицинским персоналом, недостаточным уровнем квалификации практикующих специалистов. Уровень обеспеченности врачебными кадрами в целом за последние годы несколько вырос, но отмечается диспропорция этого роста по отдельным муниципальным образованиям более чем вдвое. Асимметрия показателей обеспеченности кадрами в Липецкой области негативно влияет на доступность и качество медицинской помощи.

При анализе кадрового состава в учреждениях здравоохранения области количество врачей старше 50 лет составило около 30 %, в том числе пенсионеров по возрасту – 22 %. Число работающих медсестер пенсионного возраста – 13 %. Проблему усугубляет невозврат подготовленных специалистов в регион, сохранение

оттока специалистов в другие сферы экономической деятельности, внутренняя и внешняя миграция врачей и сестринского персонала.

Сохраняющийся отток врачебных кадров из государственных учреждений здравоохранения объясняется невысоким престижем профессии медицинского работника, связанным с низкой заработной платой и недостаточными мерами социальной поддержки и социальной помощи медицинским работникам и членам их семей. На ситуацию с обеспеченностью квалифицированными врачебными кадрами и их отток оказывает влияние территориальная близость Москвы и Московской области, в медицинских организациях которого предлагаются более выгодные условия оплаты труда.

Основной причиной отказа выпускников с медицинским образованием работать по специальности, в особенности в сельской местности, является низкий уровень заработной платы в государственных медицинских организациях, недостаточное выделение льготного жилья.

В целом актуальный дефицит врачей в системе здравоохранения Липецкой области составляет 25,7 %, или 1551 физическое лицо, на фоне относительно благополучного уровня обеспеченности средним медицинским персоналом, в том числе в амбулаторно-поликлинических учреждениях – 976, в стационарах – 575.

Для преодоления сложившегося дефицита обеспеченности медицинскими работниками в здравоохранении Липецкой области предпринимаются определенные меры по сохранению и развитию кадрового потенциала отрасли, повышению его профессионального уровня, оптимизации численности и состава.

С целью повышения укомплектованности квалифицированными медицинскими кадрами постановлением администрации Липецкой области от 30 октября 2008 года № 295 «О компенсационных и стимулирующих выплатах работникам государственных учреждений здравоохранения» предусмотрены стимулирующие и компенсационные выплаты врачам и средним медицинским работникам учреждений здравоохранения. Специалистам государственных и муниципальных учреждений здравоохранения области, работающим на селе, должностные оклады повышаются на 25 процентов.

Для совершенствования организации деятельности учреждений здравоохранения с применением механизма дифференциации в условиях оплаты труда медицинских и фармацевтических работников в соответствии с Законом Липецкой области от 07 октября 2008 года № 182–ОЗ «Об оплате труда работников областных государственных бюджетных учреждений» медицинские организации области, как государственные, так и муниципальные, с 1 января 2009 года переведены на отраслевую систему оплаты труда. В целях снижения неэффективных расходов в здравоохранении и увеличения фонда оплаты труда на выплаты стимулирующего характера проводятся мероприятия по оптимизации круглосуточного коечного фонда и штатной численности персонала. Высвобождающиеся финансовые средства направляются на выплаты стимулирующего характера, исходя из сложности, качества выполняемых работ, уровня образования, стажа работы по профессии и условий труда, в результате чего удалось увеличить их долю в структуре заработной платы с 27,6% в 2008 году до 35% в 2011 году.

Вместе с тем, в здравоохранении Липецкой области сохраняется ряд основных проблем в сфере региональной кадровой политики и управления трудовыми ресурсами:

1) неадекватность численности и структуры медицинских кадров объемам выполняемой деятельности, задачам и направлениям модернизации здравоохранения;

2) несбалансированность медицинского персонала по структуре между: врачами общего профиля и узкими специалистами; врачами и сестринским персоналом; различными административно-территориальными образованиями, городской и сельской местностью; медицинскими организациями первичного звена и специализированных видов медицинской помощи;

3) несоответствие подготовки специалистов потребностям практического здравоохранения;

4) рост тенденции оттока из региональной системы здравоохранения молодых и опытных специалистов.

б) приоритеты государственной политики в сфере реализации подпрограммы 6, цели, задачи и индикаторы достижения целей, показатели решения задач, описание основных ожидаемых конечных результатов подпрограммы 6, сроков и этапов реализации подпрограммы 6

В настоящее время одним из приоритетов государственной политики в сфере здравоохранения является повышение социального статуса медицинских и фармацевтических работников, увеличение размера заработной платы в лечебной сети, расширение пакета мер социальной поддержки.

Мероприятия подпрограммы взаимосвязаны с повышением качества профессиональной подготовки медицинских и фармацевтических работников за счет развития системы практической подготовки, обеспечивающей освоение обучающимися современных медицинских и фармацевтических технологий, увеличение объема приобретаемых знаний и умений, с целью повышения качества их профессиональной деятельности.

Реализация вышеуказанных приоритетов государственной политики, а также решение проблемных вопросов в сфере здравоохранения, будет осуществляться путем достижения основных целей подпрограммы:

1. Совершенствование и перспективное развитие обеспеченности здравоохранения Липецкой области медицинскими кадрами.

2. Поэтапное устранение дефицита медицинских кадров, а также регионального кадрового дисбаланса.

3. Обеспечение притока в медицинские организации Липецкой области врачей и средних медицинских работников, позволяющего восполнять естественную убыль.

4. Планирование подготовки и трудоустройства медицинских работников с использованием современных технологий кадрового менеджмента, эффективных мотивационных механизмов, позволяющих обеспечить медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области квалифицированными кадрами, способными улучшить качество оказания медицинской помощи населению Липецкой области.

5. Повышение престижа профессии медицинского работника.

Для оценки промежуточных и конечных результатов реализации целей подпрограммы будут использоваться следующие целевые индикаторы:

обеспеченность населения Липецкой области врачами на 10 тыс. населения;

обеспеченность населения Липецкой области средними медицинскими работниками на 10 тыс. населения;

обеспеченность врачами сельского населения на 10 тыс. населения;

обеспеченность средними медицинскими работниками сельского населения на 10 тыс. населения;

обеспеченность врачами клинических специальностей на 10 тыс. населения;

укомплектованность медицинских организаций государственной системы здравоохранения Липецкой области, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях врачами и средними медицинскими работниками, %;

укомплектованность медицинских организаций государственной системы здравоохранения Липецкой области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь врачами и средними медицинскими работниками, %;

темп прироста численности врачей по особо востребованным в Липецкой области специальностям, %;

темп прироста численности средних медицинских работников по особо востребованным в Липецкой области специальностям, % ;

соотношение врачей и средних медицинских работников;

число врачей, привлеченных на работу в медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области, чел.;

число средних медицинских работников, привлеченных на работу в медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области, чел.;

число врачей, прошедших обучение по программам дополнительного профессионального образования в образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования, чел.;

число подготовленных специалистов по программам послевузовского профессионального образования в образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования, чел.;

число медицинских работников со средним медицинским образованием, прошедших обучение по программам дополнительного профессионального образования в образовательных учреждениях среднего и дополнительного профессионального образования, чел.;

число абитуриентов, направленных на целевую подготовку по программам высшего, среднего, послевузовского профессионального образования, чел.;

число мест в образовательных учреждениях среднего профессионального образования Липецкой области, финансируемых в рамках сформированного государственного задания, чел.;

число мест в образовательных учреждениях среднего профессионального образования Липецкой области, финансируемых за счет собственных средств граждан и юридических лиц, чел.;

соотношение числа мест в образовательных учреждениях среднего профессионального образования Липецкой области, финансируемых в рамках сформированного государственного задания и финансируемых за счет собственных средств граждан и юридических лиц, чел.;

число специалистов со средним медицинским образованием, окончивших образовательные учреждения среднего профессионального образования Липецкой области, чел.;

доля специалистов с медицинским образованием, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд Липецкой области, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области, %.

доля медицинских организаций, перешедших на «эффективный контракт» с медицинскими работниками, %;

число мероприятий по повышению престижа профессии, проводимых на уровне Липецкой области;

доля врачей, имеющих квалификационную категорию из числа работающих в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Липецкой области, %;

доля средних медицинских работников, имеющих квалификационную категорию из числа работающих в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Липецкой области, %;

доля медицинских работников, прошедших оценку уровня квалификации, %;

доля аккредитованных медицинских и фармацевтических работников, %.

Для достижения поставленных целей определены следующие стратегические задачи, на решение которых направлены все мероприятия подпрограммы:

1. Регулирование подготовки и сохранение медицинских кадров для здравоохранения Липецкой области с помощью мониторинга кадров при реализации его организационно-методической, информационно - аналитической поддержки.

2. Создание условий для планомерного роста профессионального уровня знаний и умений медицинских работников.

3. Достижение полноты укомплектованности медицинских организаций медицинскими работниками.

4. Обеспечение социальной защиты, повышение качества жизни медицинских работников на основе приведения оплаты труда в соответствие с объемами, сложностью и эффективностью оказания медицинской помощи.

5. Формирование системы управления кадровым потенциалом здравоохранения Липецкой области с учетом структуры региональной потребности в медицинских кадрах, их оптимального размещения и эффективного использования.

Оценка реализации задач осуществляется по следующим показателям.

Показатель решения задачи 1 «Регулирование подготовки и сохранение медицинских кадров для здравоохранения Липецкой области с помощью мониторинга кадров при реализации его организационно-методической, информационно - аналитической поддержки»:

число выпускников средних медицинских образовательных учреждений, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области, чел.;

число выпускников высших медицинских образовательных учреждений, трудоустроившиеся в медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области после окончания интернатуры, ординатуры, чел.

Показатели решения задачи 2 «Создание условий для планомерного роста профессионального уровня знаний и умений медицинских работников»

количество врачей, прошедших обучение по программам дополнительного профессионального образования в образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования, чел.;



количество медицинских работников со средним медицинским образованием, прошедших обучение по программам дополнительного профессионального образования в образовательных учреждениях среднего и дополнительного профессионального образования, чел.

Показатели решения задачи 3 «Достижение полноты укомплектованности медицинских организаций медицинскими работниками»:

укомплектованность медицинских организаций государственной системы здравоохранения Липецкой области врачами, %;

укомплектованность медицинских организаций государственной системы здравоохранения Липецкой области средними медицинскими работниками, %.

Показатель решения задачи 4 «Обеспечение социальной защиты, повышение качества жизни медицинских работников на основе приведения оплаты труда в соответствие с объемами, сложностью и эффективностью оказания медицинской помощи»:

соотношение средней заработной платы врачей и иных работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), и средней заработной платы в Липецкой области, %;

соотношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего предоставление медицинских услуг) и средней заработной платы в Липецкой области, %;

соотношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего предоставление медицинских услуг) и средней заработной платы в Липецкой области, %;

количество медицинских работников, достигших особых результатов в творческой, научной и практической деятельности в сфере здравоохранения, чел.

Показатели решения задачи 5 «Формирование системы управления кадровым потенциалом здравоохранения Липецкой области с учетом структуры региональной потребности в медицинских кадрах, их оптимального размещения и эффективного использования».

доля врачей первичного звена здравоохранения от общего числа врачей, %.

По результатам реализации подпрограммы к 2020 году ожидается достижение следующих показателей:

обеспеченность населения Липецкой области врачами на 10 тыс. населения – 46,2;

обеспеченность населения Липецкой области средними медицинскими работниками на 10 тыс. населения – 140,0.

Подпрограмма реализуется в один этап (2013-2020 годы).

#### в) характеристика подпрограммы 6 и основных мероприятий подпрограммы 6

Основные мероприятия программы подразделяются на отдельные мероприятия, реализация которых обеспечит достижение индикаторов эффективности программы.

Программа состоит из шести основных мероприятий:

Мероприятие 1 «Определение порядка планирования кадрового обеспечения с учетом потребности населения Липецкой области в медицинской помощи». Мероприятие предусматривает анализ состояния кадровых ресурсов отрасли здравоохранения Липецкой области (количественный, качественный состав медицинских и фармацевтических работников), прогнозирование перспективной потребности в медицинских специалистах по результатам годовых статистических отчетов в соответствии с методикой определения потребности в медицинском персонале, необходимом для оказания бесплатной медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания медицинской помощи населению Липецкой области, мониторинг текущей потребности в специалистах с высшим и средним медицинским образованием и определение приоритетных направлений подготовки медицинских и фармацевтических работников в соответствии с перспективной потребностью отрасли.

Мероприятие 2 «Проведение работы по укреплению межсекторального партнерства в области подготовки, последиplomного образования медицинских кадров для Липецкой области». В рамках выполнения мероприятия предполагаются совершенствование работы по профессиональной ориентации выпускников общеобразовательных школ, студентов выпускных курсов медицинских вузов, расположенных на территории Центрального федерального округа, проведение ярмарок вакансий. Мероприятия включают организацию профессиональной переподготовки и повышения квалификации специалистов отрасли здравоохранения, обеспечение условий для обучения на циклах усовершенствования не реже 1 раза в 5 лет, подготовку управленческих кадров органов и учреждений здравоохранения в ведущих образовательных учреждениях; формирование, обучение резерва руководителей учреждений; аттестацию руководителей учреждений здравоохранения с целью оценки их профессиональной компетенции.

Организация совместно с образовательными учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения Российской Федерации, выездных циклов профессиональной переподготовки и повышения квалификации для специалистов с высшим медицинским образованием.

Формирование государственного задания на последиplomную подготовку и повышение квалификации специалистов со средним медицинским образованием в образовательных учреждениях, подведомственных управлению здравоохранения Липецкой области.

Мероприятие 3 «Совершенствование механизмов и условий целевого приема абитуриентов в образовательные учреждения среднего и высшего профессионального образования, с целью последующего их трудоустройства в учреждения здравоохранения Липецкой области». Мероприятие предусматривает формирование государственного задания на подготовку специалистов со средним профессиональным образованием в образовательных учреждениях, подведомственных управлению здравоохранения Липецкой области. Мониторинг выполнения государственного задания на подготовку специалистов со средним профессиональным образованием.

Мероприятие 4 «Создание условий для непрерывного обучения медицинского персонала». Мероприятие предусматривает укрепление материально-технической базы образовательных учреждений, подведомственных управлению здравоохранения Липецкой области, совершенствование дистанционных обучающих технологий, организацию симуляционных центров.

Мероприятие 5 «Мониторинг кадрового состава здравоохранения, ведение регионального сегмента Федерального регистра медицинских и фармацевтических работников; создание электронной базы вакансий». Мероприятие включает себя обеспечение оборудования автоматизированных рабочих мест кадровых служб учреждений здравоохранения Липецкой области, организацию разработки и внедрения дополнительного программного обеспечения к региональному сегменту Федерального регистра медицинских и фармацевтических работников.

Мероприятие 6 «Формирование и расширение системы материальных и моральных стимулов медицинских работников». Мероприятие предусматривает меры социальной поддержки медицинских работников в рамках действующей нормативной правовой базы Липецкой области.

г) обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации подпрограммы 6

Прогнозируемый объем финансирования подпрограммы составит 1 127 258,7 тыс. рублей, в том числе:

прогнозируемый объем финансирования из средств федерального бюджета - 17 500,0 тыс. рублей, в том числе:

2013 год – 17 500,0 тыс. рублей;

прогнозируемый объем финансирования из средств областного бюджета - 1 109 758,7 тыс. рублей, в том числе:

2013 год – 124 930,1 тыс. рублей;

2014 год – 125 384,8 тыс. рублей;

2015 год – 126 353,8 тыс. рублей;

2016 год – 132 671,0 тыс. рублей;

2017 год – 139 305,0 тыс. рублей;

2018 год – 146 270,0 тыс. рублей;

2019 год – 153 583,0 тыс. рублей;

2020 год – 161 261,0 тыс. рублей.

Объемы финансирования ежегодно уточняются.

**III.VII. Подпрограмма 7 «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях»**

Наименование подпрограммы	«Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях»
Программно-целевые инструменты подпрограммы	Ведомственная целевая программа «Обеспечение отдельных категорий граждан Липецкой области лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения и специализированными продуктами лечебного питания для детей при оказании медицинской амбулаторной помощи в 2013 - 2015 годах»; мероприятие 7.1 «Обеспечение отдельных категорий граждан Липецкой области лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения и специализированными продуктами лечебного питания для детей при оказании медицинской амбулаторной помощи »
Цель подпрограммы	Наиболее полное удовлетворение потребностей отдельных категорий граждан Липецкой области в необходимых, качественных, эффективных и безопасных лекарственных препаратах
Задачи подпрограммы	Совершенствование перечня лекарственных препаратов, обеспечение которыми осуществляется в целях реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Липецкой области медицинской амбулаторной помощи, повышение эффективности персонифицированного учета отдельных категорий граждан и планирования их потребностей в лекарственных препаратах, обеспечение рационального использования лекарственных препаратов, повышение доступности для отдельных категорий граждан медицинской амбулаторной помощи в части обеспечения лекарственными препаратами, совершенствование системы контроля их качества, эффективности и безопасности, борьба с оборотом недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных препаратов.
Целевые индикаторы подпрограммы	Удовлетворенность потребности отдельных категорий граждан в необходимых в соответствии со стандартами медицинской амбулаторной помощи лекарственных препаратах, отпускаемых на основании выданных рецептов – 99 %; уровень контроля качества и безопасности лекарственных препаратов, поставляемых в Липецкую область за счет средств федерального и областного бюджетов в целях амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан – 100 %.

Показатели задачи подпрограммы	доля необслуженных рецептов в количестве выписанных рецептов – не более 1 %, доля недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных препаратов в количестве лекарственных препаратов, полученных гражданами Липецкой области при оказании медицинской амбулаторной помощи за счет средств федерального и областного бюджетов, - 0 %.
Этапы и сроки реализации подпрограммы	Подпрограмма реализуется в один этап (2013 - 2020 годы)
Объемы финансирования подпрограммы	<p>Прогнозируемый объем финансирования подпрограммы составит 7 506 533,7 тыс. рублей, в том числе: прогнозируемый объем финансирования из средств федерального бюджета - 5 360 703,7 тыс. рублей, в том числе:</p> <p>2013 год – 617 593,2 тыс. рублей; 2014 год – 631 367,6 тыс. рублей; 2015 год – 645 773,9 тыс. рублей; 2016 год – 660 756,5 тыс. рублей; 2017 год – 676 338,4 тыс. рублей; 2018 год – 692 552,6 тыс. рублей; 2019 год – 709 397,0 тыс. рублей; 2020 год – 726 924,5 тыс. рублей.</p> <p>прогнозируемый объем финансирования из средств областного бюджета - 2 145 830,0 тыс. рублей, в том числе:</p> <p>2013 год – 251 975,0 тыс. рублей; 2014 год – 242 260,0 тыс. рублей; 2015 год – 242 813,0 тыс. рублей; 2016 год – 254 954,0 тыс. рублей; 2017 год – 267 702,0 тыс. рублей; 2018 год – 281 087,0 тыс. рублей; 2019 год – 295 141,0 тыс. рублей; 2020 год – 309 898,0 тыс. рублей.</p> <p>Объемы финансирования ежегодно уточняются.</p>
Ожидаемые конечные результаты реализации подпрограммы	<p>Достижение наиболее полного, соответствующего финансированию и стандартам оказания медицинской амбулаторной помощи удовлетворения потребностей отдельных категорий граждан в качественных, эффективных и безопасных лекарственных препаратах, отсутствие реализации на территории Липецкой области недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных препаратов, поставленных за счет бюджетных средств в целях амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан.</p>

## Текстовая часть подпрограммы 7

а) характеристика сферы реализации подпрограммы 7, описание основных проблем в сфере лекарственного обеспечения населения и прогноз ее развития

По состоянию на 01.01.2013 года право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг в части обеспечения лекарственными препаратами в Липецкой области сохранили 28 254 гражданина, право на меры социальной поддержки в части обеспечения лекарственными препаратами за счет средств бюджета Липецкой области имеют 97 934 гражданина, получателями лекарственных препаратов являются 542 гражданина со злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, жизнеугрожающие и хронические прогрессирующие редкие (орфанные) заболевания установлены у 107 граждан.

Выписку лекарственных препаратов отдельным категориям граждан Липецкой области по состоянию на 01.01.2013 года осуществляют 2 173 врача и 4 фельдшера в 136 медицинских организациях (70 юридических лиц), отпуск лекарственных препаратов таким гражданам осуществляют 74 аптечные организации, из которых 39 расположены в городах, 35 – в сельских населенных пунктах Липецкой области.

В период с 01.01.2012 года по 31.12.2012 года аптечными организациями за счет средств федерального бюджета обслужено 503 347 рецепта на 329 383,20 тыс. рублей, за счет средств областного бюджета – 325 326 рецептов на 216 150,50 тыс. рублей, для граждан со злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей – 6 193 рецепта на 220 388,70 тыс. рублей

Основными проблемами в сфере реализации Подпрограммы являются:

несоответствие (низкий уровень) утверждаемых федеральными законами нормативов финансовых затрат (и, как следствие, предоставляемых региональным бюджетам объемов финансирования) фактической стоимости лечения в соответствии со стандартами оказания медицинской амбулаторно-поликлинической помощи;

отсутствие утвержденных стандартов медицинской амбулаторно-поликлинической помощи гражданам, страдающим жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, и, как следствие, отсутствие перечня лекарственных препаратов, назначаемых для их лечения;

наличие не по всем нозологиям утвержденных стандартов медицинской амбулаторно-поликлинической помощи гражданам, имеющим право на государственную социальную помощь в части обеспечения лекарственными препаратами;

недостаточно высокий уровень качества оказания медицинской амбулаторной помощи и степени удовлетворенности отдельных категорий граждан в эффективных и безопасных лекарственных препаратах;

несовершенство нормативной правовой базы, регламентирующей обеспечение

лекарственными препаратами отдельных категорий граждан;

существование недостаточно эффективной системы персонифицированного учета медицинскими организациями отдельных категорий граждан и системы планирования такими организациями потребности граждан в лекарственных препаратах;

недостаточно высокий уровень использования медицинскими работниками современных информационных технологий в целях эффективной и рациональной фармакотерапии;

наличие фактов нерационального использования лекарственных препаратов (в том числе полипрагмазии) при оказании амбулаторной медицинской помощи;

недостаточное использование воспроизведенных лекарственных препаратов (в том числе российского производства) при оказании амбулаторной медицинской помощи;

недостаточно высокий уровень доступности для отдельных категорий граждан медицинской амбулаторной помощи в части обеспечения лекарственными препаратами;

низкий уровень ответственности граждан за свое здоровье: несвоевременное обращение за медицинской амбулаторной помощью, высокий уровень самолечения лекарственными препаратами при отсутствии медицинских показаний;

недостаточно широкая пропаганда здорового образа жизни, адекватной физической активности, рационального (сбалансированного и умеренного) питания, отказа от вредных привычек (в том числе табакокурения и употребления алкоголя).

Развитие сферы реализации Подпрограммы предполагает решение существующих проблем и эволюцию сложившейся системы обеспечения за счет средств бюджета лекарственными препаратами при оказании отдельным категориям граждан медицинской амбулаторной помощи.

б) приоритеты государственной политики в сфере реализации подпрограммы 7, цели, задачи и индикаторы достижения целей, показатели решения задач, описание основных ожидаемых конечных результатов подпрограммы 7, сроков и этапов реализации подпрограммы 7

Одним из приоритетных направлений государственной политики в сфере реализации Подпрограммы является увеличение продолжительности и улучшение качества жизни населения, улучшение демографической ситуации, снижение преждевременной смертности, инвалидизации, формирование здорового образа жизни, комфортной среды обитания, снижение степени выраженности заболеваний, предотвращение их раннего возникновения, в том числе связанного с возрастными изменениями организма. Необходимым условием реализации этого направления является повышение доступности и качества медицинской помощи, в том числе амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан за счет средств бюджета лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения и специализированными продуктами лечебного питания для детей.

Целью Подпрограммы является совершенствование существующей системы амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан Липецкой области качественными, эффективными и безопасными лекарственными препаратами, достижение наиболее полного удовлетворения их потребностей в таких препаратах, соответствующего финансовым возможностям бюджетов и стандартам оказания медицинской амбулаторной помощи.

Цель программы должна быть достигнута посредством решения задачи совершенствования перечня лекарственных препаратов, обеспечение которыми осуществляется в целях реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Липецкой области медицинской амбулаторной помощи, повышения эффективности персонифицированного учета отдельных категорий граждан и планирования их потребностей в лекарственных препаратах, обеспечения рационального использования лекарственных препаратов, повышения доступности для отдельных категорий граждан медицинской амбулаторной помощи в части обеспечения лекарственными препаратами, совершенствования системы контроля качества, эффективности и безопасности лекарственных препаратов, борьбы с оборотом недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных препаратов.

По результатам реализации подпрограммы к 2020 году ожидается достижение следующих показателей:

удовлетворенность отдельных категорий граждан на основании рецептов врача (фельдшера) в необходимых в соответствии со стандартами медицинской амбулаторной помощи лекарственных препаратах - 99 %,

уровень контроля качества и безопасности лекарственных препаратов, поставляемых в Липецкую область за счет средств федерального и областного бюджетов в целях амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан - 100 %.

Контроль своевременности и успешности решения задачи подпрограммы будет осуществляться посредством мониторинга ее показателей:

доли необслуженных рецептов в количестве выписанных рецептов (плановое значения показателя - не более 1 %);

доли недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных препаратов в количестве лекарственных препаратов, полученных гражданами Липецкой области при оказании медицинской амбулаторной помощи за счет средств федерального и областного бюджетов (плановое значения показателя – 0 %).

В результате реализации Подпрограммы должно быть достигнуто наиболее полное, соответствующее финансированию и стандартам оказания медицинской амбулаторной помощи удовлетворение потребностей отдельных категорий граждан в качественных, эффективных и безопасных лекарственных препаратах, исключены факты реализации на территории Липецкой области недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных препаратов, поставленных за счет бюджетных средств в целях амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан.

Подпрограмма реализуется в один этап (2013-2020 годы).

#### в) характеристика подпрограммы 7 и мероприятий подпрограммы 7

Задача подпрограммы должна быть решена посредством осуществления комплекса мероприятий, направленных на совершенствование системы амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан необходимыми, качественными, эффективными и безопасными лекарственными препаратами.



## Мероприятие 1.1. Совершенствование механизмов амбулаторного обеспечения лекарственными препаратами отдельных категорий граждан

Реализация мероприятия включает осуществление следующих действий:

1) ежегодное утверждение перечня лекарственных препаратов, обеспечение которыми осуществляется в целях реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи;

2) постоянное совершенствование системы персонифицированного учета отдельных категорий граждан и планирования их потребностей в лекарственных препаратах, в том числе с использованием современных информационных и программных компьютерных технологий;

3) постоянная оптимизация использования лекарственных препаратов посредством систематического мониторинга обоснованности и целесообразности назначений врачом (фельдшером) лекарственных препаратов и управления запасами лекарственных препаратов, в том числе с использованием современных информационных и программных компьютерных технологий;

4) подача заявки на участие в реализации запланированного Министерством здравоохранения Российской Федерации в Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года пилотного проекта по модернизации системы лекарственного обеспечения бесплатно или со скидкой отдельных категорий граждан;

5) размещение государственного заказа на поставку лекарственных препаратов в целях амбулаторного обеспечения граждан, страдающих хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями за счет средств областного бюджета Липецкой области в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

формирование регионального сегмента Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 26 апреля 2012 года № 403 «О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента»;

сбор, консолидация, экспертиза заявок медицинских организаций на закупку лекарственных препаратов, определение потребности в лекарственных препаратах на основании регистра граждан;

анализ фармацевтического рынка, определение количества потенциальных поставщиков лекарственных препаратов, формирование лотов, определение начальных (максимальных) цен государственных контрактов, принятие решения о способе размещения государственного заказа на поставку лекарственных препаратов;

размещение государственного заказа на поставку лекарственных препаратов, контроль исполнения государственных контрактов, мониторинг использования поставленных лекарственных препаратов;

б) повышение уровня доступности для отдельных категорий граждан медицинской амбулаторной помощи в части обеспечения лекарственными препаратами.

Учитывая передачу в 2014 году полномочий по реализации программы «7 нозологий» на уровень субъекта Российской Федерации, размещение государственного заказа на поставку лекарственных препаратов в целях амбулаторного обеспечения граждан со злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей будет осуществляться следующим образом:

сбор, консолидация, экспертиза заявок медицинских организаций на закупку лекарственных препаратов, определение потребности в лекарственных препаратах на основании регистра граждан;

определение финансовых возможностей по удовлетворению потребности в лекарственных препаратах с учетом ожидаемых к поступлению в бюджет Липецкой области средств федерального бюджета на закупку лекарственных препаратов;

анализ фармацевтического рынка, определение количества потенциальных поставщиков лекарственных препаратов, формирование лотов, определение начальных (максимальных) цен государственных контрактов, принятие решения о способе размещения государственного заказа на поставку лекарственных препаратов;

размещение государственного заказа на поставку лекарственных препаратов, контроль исполнения государственных контрактов, мониторинг использования поставленных лекарственных препаратов.

В результате реализации мероприятия должно быть достигнуто соответствие ежегодно утверждаемого перечня лекарственных препаратов стандартам оказания медицинской амбулаторной помощи, финансовым ресурсам, фармако-терапевтической оценке лекарственных препаратов; система мониторингования амбулаторного обеспечения лекарственными препаратами должна исключить использование препаратов с недоказанной терапевтической эффективностью, полипрагмазию, нерациональные комбинации лекарственных препаратов, повысить эффективность закупок лекарственных препаратов, оптимизировать систему информационного взаимодействия медицинских и аптечных организаций, персонифицированного учета граждан, планирования потребностей в лекарственных препаратах, управления запасами лекарственных препаратов, систему документооборота; должна быть выбрана оптимальная модель системы лекарственного обеспечения.

Посредством совершенствования механизмов адресной доставки лекарственных препаратов, организации обеспечения лекарственными препаратами жителей сельских населенных пунктов, в которых отсутствуют аптечные организации, через обособленные подразделения медицинских организаций, совершенствования системы взаимодействия с органами социальной защиты населения, совершенствования системы поддержки аптечных организаций государственной формы собственности, выполняющих социально значимые функции (отпуск наркотических лекарственных средств, изготовление лекарственных форм по индивидуальным прописям) и несущих в связи с этим дополнительные издержки, оптимизации количества таких организаций, развития систем информирования граждан должна быть повышена доступность для

отдельных категорий граждан медицинской амбулаторной помощи в части обеспечения лекарственными препаратами.

## Мероприятие 1.2. Совершенствование системы контроля качества лекарственных препаратов

Реализация мероприятия включает осуществление следующих действий:

совершенствование материально-технической и информационной базы ОГУ «Центр контроля качества и сертификации лекарственных средств», системы информационного взаимодействия управления здравоохранения, медицинских и аптечных организаций с ОГУ «Центр контроля качества и сертификации лекарственных средств», постоянный мониторинг ОГУ «Центр контроля качества и сертификации лекарственных средств» эффективности, безопасности и качества лекарственных препаратов, поставляемых на территорию Липецкой области за счет бюджетных средств в целях амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан, повышение уровня информированности отдельных категорий граждан в вопросах качества, эффективности и безопасности лекарственных препаратов.

### г) обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации подпрограммы 7

Прогнозируемый объем финансирования подпрограммы составит 7 506 533,7 тыс. рублей, в том числе:

прогнозируемый объем финансирования из средств федерального бюджета - 5 360 703,7 тыс. рублей, в том числе:

2013 год – 617 593,2 тыс. рублей;

2014 год – 631 367,6 тыс. рублей;

2015 год – 645 773,9 тыс. рублей;

2016 год – 660 756,5 тыс. рублей;

2017 год – 676 338,4 тыс. рублей;

2018 год – 692 552,6 тыс. рублей;

2019 год – 709 397,0 тыс. рублей;

2020 год – 726 924,5 тыс. рублей.

прогнозируемый объем финансирования из средств областного бюджета - 2 145 830,0 тыс. рублей, в том числе:

2013 год – 251 975,0 тыс. рублей;

2014 год – 242 260,0 тыс. рублей;

2015 год – 242 813,0 тыс. рублей;

2016 год – 254 954,0 тыс. рублей;

2017 год – 267 702,0 тыс. рублей;

2018 год – 281 087,0 тыс. рублей;

2019 год – 295 141,0 тыс. рублей;

2020 год – 309 898,0 тыс. рублей.

Объемы финансирования ежегодно уточняются.

Планируемые объемы финансирования определены с учетом численности отдельных категорий граждан и прогноза ее увеличения, ежегодно утверждаемых федеральным законодательством нормативов финансовых затрат на одного

гражданина в месяц и прогноза его увеличения, объемов поставок лекарственных препаратов для граждан, страдающих гемофилией, муковисцидозом, гипопизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, прогнозной стоимостью амбулаторного обеспечения лекарственными препаратами граждан, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, прогнозными показателями роста цен на лекарственные препараты, закупаемые в целях амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан, цен на услуги по обеспечению лекарственными препаратами таких граждан, цен на компьютерные программные продукты (информационно-поисковые системы, базы данных и т.п.), необходимые для функционирования системы обеспечения отдельных категорий граждан лекарственными препаратами, цен создания автоматизированных рабочих мест, цен на оборудование и материалы, необходимые для функционирования ОГУ «Центр контроля качества и сертификации лекарственных средств».

### III.VIII. Подпрограмма 8 «Развитие информатизации в здравоохранении»

Наименование подпрограммы	«Развитие информатизации в здравоохранении»
Цель подпрограммы	Создание и масштабирование аппаратно-программных решений для оказания медицинских услуг медицинским работником на основе современных информационно-телекоммуникационных технологий.
Задачи подпрограммы	1. Развитие РИАМС с использованием защищенных каналов передачи данных. 2. Увеличение доли государственных услуг, оказываемых с использованием современных информационных систем.
Целевые индикаторы подпрограммы	1. Обеспеченность медицинских кадров автоматизированными рабочими местами, подключенными к РИАМС. 2. Охват РИАМС различных процессов оказания медицинской помощи населению.
Показатели задач подпрограммы	Показатель задачи 1: доля медицинских учреждений области, подключенных к РИАМС с использованием защищенных каналов связи Показатели задачи 2: доля самозаписи через Интернет или информационные терминалы к общему количеству записанных в РИАМС на прием к врачу пациентов; доля заполненных медицинских электронных карт к общему количеству медицинских электронных карт заведенных в РИАМС; количество медицинских услуг, оказанных населению с использованием телемедицинских технологий
Этапы и сроки	Подпрограмма реализуется в один этап (2013-2020 годы)

реализации подпрограммы	
Объемы финансирования подпрограммы	<p>Прогнозируемый объем финансирования подпрограммы составит 341 500,0 тыс. рублей, в том числе: прогнозируемый объем финансирования из средств федерального бюджета - 106 5000,0 тыс. рублей, в том числе:</p> <p>2013 год – 10 000,0 тыс. рублей;  2014 год – 13 000,0 тыс. рублей;  2015 год – 13 000,0 тыс. рублей;  2016 год – 13 000,0 тыс. рублей;  2017 год – 14 000,0 тыс. рублей;  2018 год – 14 000,0 тыс. рублей;  2019 год – 14 500,0 тыс. рублей;  2020 год – 15 000,0 тыс. рублей.</p> <p>прогнозируемый объем финансирования из средств областного бюджета - 235 000,0 тыс. рублей, в том числе:</p> <p>2013 год – 18 000,0 тыс. рублей;  2014 год – 27 000,0 тыс. рублей;  2015 год – 28 500,0 тыс. рублей;  2016 год – 30 000,0 тыс. рублей;  2017 год – 31 000,0 тыс. рублей;  2018 год – 32 000,0 тыс. рублей;  2019 год – 33 500,0 тыс. рублей;  2020 год – 35 000,0 тыс. рублей.</p> <p>Объемы финансирования ежегодно уточняются.</p>
Ожидаемые результаты реализации подпрограммы	К 2020 году будет достигнуто оказание не менее 90% от общего числа медицинских услуг в едином информационном пространстве с использованием РИАМС.

### Текстовая часть подпрограммы 8

а) характеристика сферы реализации подпрограммы 8, описание основных проблем в сфере информатизации здравоохранения области и прогноз ее развития

Создание автоматизированных рабочих мест позволяет повысить точность и объективность диагностических исследований, снизить количество рутинных операций в повседневной деятельности медицинского работника, повысить оперативность и достоверность передачи медицинской информации о состоянии здоровья пациента между медицинскими работниками, в том числе между медицинскими работниками разных медицинских организаций.

По состоянию на 01.07.2013 года, с учетом реализации задачи «Внедрение современных информационных систем в здравоохранение» региональной программы модернизации здравоохранения, медицинские организации области не менее чем на 80% обеспечены автоматизированными рабочими местами (далее –

АРМ), включенными в единое информационно-телекоммуникационное пространство.

В соответствии с программой модернизации в 2011-2012 гг. году были проведены работы по созданию инфраструктуры медицинских учреждений здравоохранения: созданы или модернизированы локальные вычислительные сети, закуплено и установлено компьютерное оборудование, сервера и печатающие устройства.

Всего в рамках реализации программы модернизации в 2011-2012 гг. создано дополнительно 2118 рабочих места, подключенных к региональной информационно-аналитической медицинской системе (далее - РИАМС). Все рабочие места включены в единую защищенную сеть передачи данных. Общее число АРМ в РИАМС по состоянию на 01.07.2013 г. превысит 3,5 тысячи.

РИАМС позволяет обеспечить решение комплекса задач по следующим направлениям:

повышение эффективности управления в сфере здравоохранения на основе информационно-технологической поддержки решения задач прогнозирования и планирования расходов на оказание медицинской помощи, а также контроля за соблюдением государственных гарантий по объему и качеству ее предоставления;

повышение качества оказания медицинской помощи на основе совершенствования информационно-технологического обеспечения деятельности медицинских и фармацевтических организаций, их персонала, учащихся медицинских и фармацевтических учреждений;

подготовка студентов медицинских и фармацевтических средних профессиональных учебных заведений работе с современными информационными решениями;

повышение информированности населения по вопросам получения медицинской помощи, качества обслуживания в медицинских организациях.

Общая архитектура Системы состоит из сегментов - централизованных общесистемных компонентов, единого информационного пространства в здравоохранении и прикладных компонентов.

Сегмент централизованных общесистемных компонентов обеспечивает хранение больших объемов данных, их защиту от потери и несанкционированного доступа, информационное взаимодействие между прикладными компонентами Системы.

С точки зрения автоматизируемых функций прикладные информационные системы подразделяются на транзакционные, управленческие и справочные.

Транзакционные системы обеспечивают формирование первичной информации о деятельности медицинских и фармацевтических организаций, а также автоматизацию информационного обмена как внутри медицинских и фармацевтических организаций, так и между ними.

Управленческие системы обеспечивают информационную поддержку осуществления функций органов государственной власти, органов местного самоуправления, страховых медицинских организаций и территориальных фондов обязательного страхования и других организаций.

Справочные системы обеспечивают информационную поддержку населения по вопросам здравоохранения, медицинского персонала организаций, студентов медицинских и фармацевтических средних профессиональных и высших учебных заведений.

Центральным элементом инфраструктуры Системы является региональный

центр обработки данных (далее - ЦОД).

Все АРМ конечных пользователей подключены к ЦОД по защищенным каналам передачи данных.

В настоящее время разработаны и введены в эксплуатацию следующие компоненты Системы:

система ведения расписания приемов специалистов, а также электронной записи на прием к врачу, с учетом возможности интеграции с внешними информационными системами с использованием облачных технологий;

система, обеспечивающая управленческий учет административно-хозяйственной деятельности медицинских организаций, в том числе автоматизирующей функции взаимодействия со страховыми медицинскими организациями в части формирования и оплаты счетов за оказанную медицинскую помощь, и управленческий кадровый учет в медицинских организациях, на основе существующих федеральных управленческих систем с использованием облачных технологий;

единая система идентификации, аутентификации и авторизации пользователей, в целях обеспечения достоверности и непротиворечивости данных;

система ведения электронной медицинской карты и сервисов доступа к ней;

система ведения реестра нормативно-справочной информации, словарей медицинских терминологий и регистра электронных документов;

регистр паспортов медицинских организаций, медицинского оборудования и медицинской техники, врачей и медицинского персонала;

Внедрены в органах управления здравоохранением и медицинских организациях области:

система управления финансами органа управления здравоохранением;

система организации закупок на поставку товаров, выполнение работ, оказание услуг органа управления здравоохранением, ТФОМС;

система электронного документооборота;

В каждом медицинском учреждении внедрены системы:

ведение персонифицированного учета оказанной медицинской помощи;

управление взаиморасчетами за оказанную медицинскую помощь (для медицинских организаций, участвующих в обязательном медицинском страховании);

анализ деятельности и формирование отчетности;

учет административно-хозяйственной деятельности;

электронная регистратура, запись на прием к врачу, выдача направлений.

Система электронной записи на прием к врачу внедрена во всех медицинских учреждениях региона (67 учреждений), оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь. В системе организован прием заявок через call-центр г.Липецка, через терминалы МФЦ области (62 устройства) и терминалы, установленные в медицинских организациях (36 устройств), запись через сеть Интернет, система интегрирована с Порталом государственных услуг и федеральным сервисом записи на прием к врачу.

Электронные медицинские карты (далее – ЭМК) заведены на всех жителей Липецкой области (1,2 млн.), система ведение ЭМК с 01.07.2013 г. должна быть внедрена в 69 медицинских учреждениях области (100% учреждений включенных в программу модернизации).

Система «Паспорт здравоохранения Липецкой области» (включает в себя ведение единого регистра медицинских работников, электронного паспорта

медицинского учреждения и паспорта системы здравоохранения субъекта Российской Федерации) с включением всех систем в РИАМС, с 01.07.2013 г. будет внедрена во всех медицинских учреждениях региона.

Весь санитарный транспорт области, в количестве 156 единиц, оснащен бортовой аппаратурой спутниковой навигации ГЛОНАСС/GPS на базе многофункциональных приемных устройств, станций (отделения) скорой медицинской помощи оборудованы навигационно-информационным оборудованием для мониторинга и управления санитарным транспортом, функционирующим с использованием систем ГЛОНАСС/GPS, приобретены аппаратно-программных комплексов, функционирующих с использованием спутниковых навигационных технологий, для обеспечения функций диспетчеризации санитарного транспорта.

Особое внимание в рамках реализации подпрограммы будет уделено дальнейшему развитию и совершенствованию применения телемедицинских технологий в медицинской практике, в том числе в для обеспечения телеконсультирования при экстренных и неотложных ситуациях в медицинской практике. На сегодняшний день создана единая сеть телемедицинских пунктов в количестве 28 единиц, объединенная с РИАМС единой защищенной системой передачи данных. Телемедицинские пункты развернуты во всех центральных районных больницах, межмуниципальных центрах, ведущих многопрофильных стационарно-поликлинических учреждениях областного уровня. Осуществлена интеграция региональных и федеральных компонентов информационной системы через единое информационное пространство. Организационной структурой телемедицины является иерархия телемедицинских пунктов, функционирующих в составе медицинских организаций области и управления здравоохранения Липецкой области.

Основные направления применения телемедицинских технологий:

1. Теледиагностика и телеконсультирование – использование технологий телемедицины, позволяющих с помощью специального оборудования ввести в компьютер и передать по каналам связи специализированную медицинскую информацию: выписки из истории болезни, рентгенограммы, компьютерные томограммы, снимки УЗИ, электрокардиограммы, изображения гистологических препаратов и провести телеконсультацию больного в ведущих медицинских центрах. Указанные технологии дают возможность совместного обсуждения всего комплекса медицинских данных предоставляет система видеоконференц - связи, обеспечивающая аудио/видео обмен в реальном времени.

2. Телеобучение (телеобразование) медицинским знаниям и приемам - динамический процесс, способный катализировать изменения социальных установок, представлений, информации и навыков в результате использования информационно-коммуникационных технологий абонентами и для абонентов, медицинскими специалистами и общественными структурами в целях пропаганды и содействия распространению передовых медицинских технологий.

Ключевыми принципами, закладываемыми в понятие телеобучение, являются: во-первых, пропаганда медицинских знаний, интерактивное обучение, обучение «без границ», непрерывное профессиональное обучение; во-вторых, телеобучение подразумевает внедрение телемедицинских методов обучения в непрерывную систему подготовки медицинских кадров (теленаставничество).

Дальнейшее развитие системы включает в себя расширение ее функционала, с целью охвата и включения в РИАМС максимального количества процессов оказания



медицинской помощи населению и обеспечение эффективного функционирования в медицинских организациях уже созданных модулей РИАМС.

Необходимо дальнейшее расширение и использования интегрированной с РИАМС системы мониторинга санитарного автотранспорта на основе приборов спутниковой навигации ГЛОНАСС/GPS. Решение данной задачи позволит повысить качество оказываемых услуг населению, объединит в едином информационном пространстве процессы оказания скорой медицинской помощи населению области.

б) приоритеты государственной политики в сфере реализации подпрограммы 8, цели, задачи и индикаторы достижения целей, показатели решения задач, описание основных ожидаемых конечных результатов подпрограммы 8, сроков и этапов реализации подпрограммы 8

Основным приоритетом государственной политики в сфере реализации подпрограммы и ее основной целью является внедрение современных информационно-телекоммуникационных для оказания медицинских услуг медицинским работником, с дальнейшим персонализированным учетом и контролем всех оказанных услуг.

Реализация поставленной цели обеспечивается исполнением следующих задач:

1. Развитие РИАМС с использованием защищенных каналов передачи данных, в том числе:

масштабирование аппаратно-программных решений для оказания медицинских услуг медицинским работником на основе современных информационно-телекоммуникационных технологий

масштабирование базы знаний и внедрение электронных образовательных курсов и систем поддержки принятия врачебных решений в повседневную деятельность медицинских работников;

создание специализированных медицинских экспертных систем и включение их в РИАМС в качестве инструментов формально-логического контроля;

разработка и внедрение решений для оперативного круглосуточного сбора сведений о состоянии здоровья человека на основе применения информационных технологий, компьютерного оборудования и датчиков;

создание специализированных информационных ресурсов для медицинских работников и граждан по вопросам здравоохранения;

создание систем поддержки принятия врачебных решений при постановке диагноза, выборе методики лечения и назначении лекарственных препаратов;

обеспечение работоспособности и бесперебойной работы РИАМС;

переход на полисы обязательного медицинского страхования единого образца, в том числе обеспеченных федеральным электронным приложением универсальной электронной карты, использование телемедицинских систем, ведение медицинских карт пациентов в электронном виде;

организация персонализированной работы медицинских организаций с высокорисковыми группами пациентов, в том числе с использованием мобильной связи, SMS, сети Интернет;

2. Увеличение доли государственных услуг, оказываемых с использованием современных информационных систем.

Целевыми индикаторами являются:

обеспеченность медицинских кадров автоматизированными рабочими местами, подключенными к РИАМС;

охват РИАМС различных процессов оказания медицинской помощи населению.

К показателям решения задач относятся:

доля самозаписи через Интернет или информационные терминалы составит не менее 5% к общему количеству записанных в РИАМС на прием к врачу пациентов;

доля медицинских учреждений области, подключенных к РИАМС с использованием защищенных каналов связи составит 100% от числа медицинских организаций области;

доля заполненных медицинских электронных карт составит не менее 90% к общему количеству медицинских электронных карт заведенных в РИАМС;

количество медицинских услуг, оказанных населению с использованием телемедицинских технологий, составит не менее 6000 консультаций в год.

По результатам реализации подпрограммы к 2020 году ожидается достижение следующего показателя: оказание не менее 90% от общего числа медицинских услуг в едином информационном пространстве с использованием РИАМС к 2020 году.

Подпрограмма реализуется в один этап (2013-2020 годы).

#### в) характеристика программы 8 и основных мероприятий подпрограммы 8

С целью решения поставленных задач планируются основные мероприятия:

Мероприятие 1. Развитие и содержание региональной информационно-аналитической медицинской системы - обучение пользователей, обеспечение бесперебойной работы РИАМС, разработка нового и модификация существующего программного обеспечения.

Мероприятие 2. Развитие и содержание защищенной сети передачи данных, обеспечение безопасности персональных данных - ежегодный выпуск персональных ключей врача, поддержание работоспособности сети, расширение ЗСПД с целью включения в нее всех удаленных подразделений медицинских организаций, аттестация ЗСПД.

Мероприятие 3. Создание и функционирование круглосуточной службы поддержки РИАМС, обеспечивающей круглосуточное оперативное реагирование на запросы, как сотрудников медицинских учреждений, так и населения, обратившегося за медицинской помощью с использованием информационных технологий.

Мероприятие 4. Расширение и обслуживание интегрированной с РИАМС системы управления санитарным транспортом на основе приборов спутниковой навигации ГЛОНАСС/GPS.

Мероприятие 5. Развитие и содержание телемедицинской сети медицинских учреждений Липецкой области.

#### г) обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации подпрограммы

Прогнозируемый объем финансирования подпрограммы составит 341 500,0 тыс. рублей, в том числе:

прогнозируемый объем финансирования из средств федерального бюджета - 106 5000,0 тыс. рублей, в том числе:

2013 год – 10 000,0 тыс. рублей;

2014 год – 13 000,0 тыс. рублей;

2015 год – 13 000,0 тыс. рублей;

2016 год – 13 000,0 тыс. рублей;

2017 год – 14 000,0 тыс. рублей;

2018 год – 14 000,0 тыс. рублей;

2019 год – 14 500,0 тыс. рублей;

2020 год – 15 000,0 тыс. рублей.

прогнозируемый объем финансирования из средств областного бюджета - 235 000,0 тыс. рублей, в том числе:

2013 год – 18 000,0 тыс. рублей;

2014 год – 27 000,0 тыс. рублей;

2015 год – 28 500,0 тыс. рублей;

2016 год – 30 000,0 тыс. рублей;

2017 год – 31 000,0 тыс. рублей;

2018 год – 32 000,0 тыс. рублей;

2019 год – 33 500,0 тыс. рублей;

2020 год – 35 000,0 тыс. рублей.

Объемы финансирования ежегодно уточняются.

### **III.IX. Подпрограмма 9 «Развитие государственно-частного партнерства»**

Наименование подпрограммы	«Развитие государственно-частного партнерства»
Цель подпрограммы	Развитие взаимодействия государственной и частной систем здравоохранения
Задачи подпрограммы	Повышение доступности и качества медицинских услуг, предоставляемых потребителям, путем привлечения частных медицинских организаций к реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи
Целевые индикаторы подпрограммы	Увеличение доли расходов на оказание медицинской помощи в негосударственных медицинских организациях от общего объема финансирования Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи к 2020 году – не менее 3 %
Показатели задач подпрограммы	Доля негосударственных медицинских организаций, участвующих в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи, в общем числе участвующих медицинских организаций – до 24%
Этапы и сроки реализации	Подпрограмма реализуется в один этап (2013-2020 годы)

подпрограммы	
Объемы финансирования подпрограммы	<p>Прогнозируемый объем финансирования подпрограммы составит 2 889 712,4 тыс. рублей, в том числе:</p> <p>объем финансирования из средств областного бюджета составит 2 500,0 тыс. рублей, в том числе:</p> <p>2013 год – 2 500,0 тыс. рублей;</p> <p>прогнозируемый объем финансирования из средств территориального фонда обязательного медицинского страхования составит 2 887 212,4 тыс. рублей, в том числе:</p> <p>2013 год – 242 472,4 тыс. рублей;</p> <p>2014 год – 287 301,2 тыс. рублей;</p> <p>2015 год – 346 584,8 тыс. рублей;</p> <p>2016 год – 363 913,0 тыс. рублей;</p> <p>2017 год – 382 108,0 тыс. рублей;</p> <p>2018 год – 401 215,0 тыс. рублей;</p> <p>2019 год – 421 277,0 тыс. рублей;</p> <p>2020 год – 442 341,0 тыс. рублей.</p> <p>Объемы финансирования ежегодно уточняются.</p>
Ожидаемые результаты реализации подпрограммы	<p>Увеличение к 2020 году доли негосударственных медицинских организаций, участвующих в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи, в общем числе участвующих медицинских организаций - до 24 %</p>

#### Текстовая часть подпрограммы 9

а) характеристика сферы реализации подпрограммы 9, описание основных проблем в сфере развития государственно-частного партнерства и прогноз ее развития

В настоящее время важным фактором эффективного реформирования здравоохранения Российской Федерации является гармоничное развитие государственной и частной его систем. Это позволяет, с одной стороны, сохранить гарантируемый государством объем бесплатной медицинской помощи, с другой стороны, развивать рынок медицинских услуг.

Развитие частной системы здравоохранения за последние годы приобретает все большее политическое, социальное и экономическое значение. В социальной сфере частная система здравоохранения способствует формированию среднего класса собственников, расширению круга работодателей, увеличению количества рабочих мест, созданию условий, при которых достойная жизнь и свободное развитие медицинских работников в большей степени обуславливается их личным вкладом в профессиональную деятельность. В экономической сфере частная система здравоохранения препятствует монополизации медицинской деятельности, создает предпосылки для развития цивилизованной конкурентной среды в медицине, приводит к увеличению налоговых поступлений в бюджеты всех уровней, стимулирует поиск новых ресурсосберегающих медицинских технологий,

обеспечивающих оптимальное для потребителя сочетание цены и качества медицинской услуги.

Законом Липецкой области от 5 апреля 2013 года № 142-ОЗ «О государственно-частном партнерстве в Липецкой области», установлены общие принципы регулирования отношений, складывающихся в рамках государственно-частного партнерства на территории Липецкой области. В соответствии с указанным законом условием участия в проектах государственно-частного партнерства является соответствие проектов государственно-частного партнерства стратегическим целям и приоритетам, определенным в Стратегии социально-экономического развития области, Программе социально-экономического развития области, схеме территориального планирования области, а также направленность такого участия на решение задач, связанных с осуществлением полномочий органов государственной власти области.

В соответствии с распоряжением администрации Липецкой области от 13 июля 2009 года №348-р «Об утверждении инвестиционной стратегии Липецкой области на период до 2020 года» будут создаваться условия для внедрения в практику концессионных соглашений, закрепляющих возможность многолетнего сотрудничества государственных учреждений здравоохранения и частных инвесторов.

В Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов включены 10 негосударственных учреждений здравоохранения.

В соответствии с Соглашением администрации Липецкой области и ООО «ПЭТ-технолоджи» от 16 апреля 2012 года на территории региона в 2013-2015 годах предусматривается реализация инвестиционного проекта по созданию современного центра позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии.

В соответствии с Соглашением о намерениях между Компанией «Fresenius Medical Care Deutschland GmbH» и администрацией Липецкой области от 22 июня 2012 года предусматривается реализация инвестиционного проекта по созданию в 2013-2014 годах диализного центра на территории города Липецка и диализных отделений на территории Липецкой области.

б) приоритеты государственной политики в сфере реализации подпрограммы 9, цели, задачи и индикаторы достижения целей, показатели решения задач, описание основных ожидаемых конечных результатов подпрограммы 9, сроков и этапов реализации подпрограммы 9

Приоритетом в сфере реализации государственно-частного партнерства в здравоохранении Липецкой области является повышение доступности и качества оказания предоставляемых населению медицинских услуг в условиях развития конкурентных рынков в сфере здравоохранения. Развитие государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения будет способствовать повышению качества медицинских услуг, оказываемых в государственном секторе, приведет к росту конкурентоспособности учреждений здравоохранения, что, в свою очередь, обеспечит расширение их финансовой самостоятельности и окупаемости.

Основные направления повышения эффективности инвестиций в здравоохранение с использованием механизмов государственно-частного партнерства:

участие в разработке инвестиционных проектов в сфере здравоохранения не только органов власти, но и представителей системообразующих общественных и саморегулируемых организаций;

государственная информационная поддержка на всех стадиях разработки и реализации инвестиционных проектов;

формирование дружественной административной среды, предполагающей координацию действий всех сторон в реализации инвестиционных проектов, включая взаимодействие с органами государственной власти, юридические консультации, маркетинговые исследования, подготовку кадров и выполнение функций заказчика;

стимулирование повышения инновационной компоненты развития здравоохранения;

формирование инвестиционных площадок.

Эффективная административная и налоговая поддержка инвестиционной деятельности:

стимулирование инвестиций в инфраструктуру здравоохранения и содействие в предоставлении гарантий частным инвесторам, желающим участвовать в инвестиционных проектах в сфере здравоохранения;

вовлечение в инвестиционный процесс приостановленных и законсервированных строек и объектов, находящихся в государственной и муниципальной собственности.

Укрепляющаяся в настоящее время ресурсная база лечебно-профилактических учреждений создает предпосылки для привлечения средств частных инвесторов. Насыщение отрасли современными технологиями и необходимость их быстрого обновления обуславливают устойчивый рост интереса частных партнеров к сотрудничеству с медицинскими учреждениями.

В качестве одной из мер повышения доступности медицинской помощи застрахованным гражданам можно рассматривать включение в систему обязательного медицинского страхования медицинских организаций любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационной правовой формы, а также индивидуальных предпринимателей, занимающихся частной медицинской практикой. Реализация принципов свободы выбора застрахованных лиц осуществлена через право на выбор: медицинской организации и страховой медицинской организации, из числа включенных в реестр, размещенный в обязательном порядке на официальном сайте в сети Интернет и дополнительно опубликованного иными способами, а также врача, для получения первичной медико-санитарной помощи.

В целях создания конкурентных условий участники сферы обязательного медицинского страхования (страховые медицинские организации и медицинские организации) обеспечивают размещение необходимой информации на собственных официальных сайтах в сети «Интернет», опубликовывают ее в средствах массовой информации.

Таким образом, целью реализации подпрограммы является развитие взаимодействия государственной и частной систем здравоохранения.

Достижение поставленной цели обеспечивается решением задачи повышения доступности и качества медицинских услуг, предоставляемых потребителям, путем

привлечения частных медицинских организаций к реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи.

Ожидаемые результаты реализации подпрограммы: увеличение к 2020 году доли негосударственных медицинских организаций, участвующих в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи, в общем числе участвующих медицинских организаций - до 24 %

Подпрограмма реализуется в один этап (2013-2020 годы).

#### в) характеристика программы 9 и основных мероприятий подпрограммы 9

На уровне Липецкой области перспективными направлениями государственно-частного партнерства в здравоохранении являются:

1. Привлечение частных учреждений здравоохранения к исполнению Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи. Участие учреждений частной формы собственности в исполнении Программы государственных гарантий является перспективным, так как, заказывая услуги в частных учреждениях здравоохранения, государство получает возможность, с одной стороны, разгрузить очередность на оказание этих услуг, не вкладывая при этом средства в строительство и расширение собственных учреждений, с другой стороны, усилить конкуренцию между учреждениями различной формы собственности, а значит, способствовать повышению эффективности управления.

2. Развитие производства медицинской техники, расходных материалов, лекарственных средств.

3. Внедрение аутсорсинга в сфере информационно-коммуникационных технологий, инженерно-внедренческих услуг по ремонту и обслуживанию медицинской техники, развитию инновационных энергосберегающих технологий, организации питания (кейтеринг), вывоза и утилизации медицинских отходов, прачечных услуг, содержания коммунального хозяйства учреждений здравоохранения, отдельных административных функций (бухгалтерский учет, делопроизводство).

4. Эксплуатация объектов для круглосуточного пребывания граждан, ожидающих получение медицинских услуг или их получающих с использованием стационарозамещающих технологий.

5. Создание учреждения здравоохранения, предоставляющего услуги в сфере медицинской реабилитации.

6. Строительство и реконструкция лечебно-профилактических учреждений, в том числе санаторно-курортных.

г) обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации подпрограммы 9

Прогнозируемый объем финансирования подпрограммы составит 2 889 712,4 тыс. рублей, в том числе:

объем финансирования из средств областного бюджета - 2 500,0 тыс. рублей, в том числе:

2013 год – 2 500,0 тыс. рублей;

прогнозируемый объем финансирования из средств территориального фонда обязательного медицинского страхования - 2 887 212,4 тыс. рублей, в том числе:

2013 год – 242 472,4 тыс. рублей;

2014 год – 287 301,2 тыс. рублей;

2015 год – 346 584,8 тыс. рублей;

2016 год – 363 913,0 тыс. рублей;

2017 год – 382 108,0 тыс. рублей;

2018 год – 401 215,0 тыс. рублей;

2019 год – 421 277,0 тыс. рублей;

2020 год – 442 341,0 тыс. рублей.

Объемы финансирования ежегодно уточняются.

**III.X. Подпрограмма 10 «Совершенствование территориального планирования здравоохранения Липецкой области»**

Наименование подпрограммы	«Совершенствование территориального планирования здравоохранения Липецкой области»
Цель подпрограммы	Формирование системы здравоохранения Липецкой области, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг
Задачи подпрограммы	1. Оптимизация структуры отрасли, в том числе путем объединения маломощных больниц и поликлиник и создания многопрофильных медицинских центров. 2. Оптимизация объемов медицинской помощи в структуре расходов по видам медицинской помощи.
Целевой индикатор подпрограммы	Удовлетворенность населения медицинской помощью – до 75 % от общей численности потребителей медицинских услуг
Показатели задач подпрограммы	Показатель задачи 1: создание 4 медицинских кластеров. Показатели задачи 2: доля расходов на оказание медицинской помощи в стационарных условиях от всех расходов на Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи (далее – программа государственных гарантий) - 50,2 %, доля расходов на оказание скорой медицинской помощи от всех расходов на программу государственных гарантий - 5,1 %, доля расходов на оказание медицинской помощи в



	<p>амбулаторных условиях от всех расходов на программу государственных гарантий - 31,7 %, доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме от всех расходов на программу государственных гарантий - 3,9%, доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров от всех расходов на программу государственных гарантий – 9,1 %.</p>
Этапы и сроки реализации подпрограммы	Подпрограмма реализуется в один этап (2013-2020 годы)
Ожидаемые результаты реализации подпрограммы	<p>Достижение к 2018 году:</p> <p>уменьшение доли расходов на оказание медицинской помощи в стационарных условиях от всех расходов на программу государственных гарантий – до 50,2 %, уменьшение доли расходов на оказание скорой медицинской помощи - до 5,1 %, увеличение доли расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях – до 31,7 %, увеличение доли расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме – до 3,9 %, увеличение доли расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров – до 9,1 %.</p>

#### Текстовая часть подпрограммы 10

а) характеристика сферы реализации подпрограммы 10, описание основных проблем в сфере территориального планирования здравоохранения Липецкой области и прогноз ее развития

Реструктуризация здравоохранения Российской Федерации и ее субъектов возможна лишь при переходе его к современным технологиям, техническому перевооружению учреждений при существенном увеличении объемов финансирования.

В современных социально-экономических условиях необходимо введение системы комплексного территориального планирования системы здравоохранения для решения проблем координации действий органов власти разных уровней.

Территориальное планирование здравоохранения Липецкой области определяет функциональное назначение объектов и территорий, исходя из совокупности социальных, экономических, экологических и иных факторов в целях обеспечения устойчивого развития территорий, развития системы здравоохранения, обеспечения учета интересов граждан и их объединений, субъекта Российской Федерации, муниципальных образований.

Главной целью территориального планирования в области здравоохранения является создание условий для формирования системы здравоохранения, обеспечивающей широкую доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны

соответствовать уровню заболеваемости и потребностям всего населения, передовым достижениям медицинской науки. Все это неразрывно увязано со стратегической целью Программы и направлено на формирование здорового образа жизни и создание комфортной среды обитания человека на всей территории региона.

Планирование здравоохранения на региональном уровне решает следующие задачи:

планирование объемов и видов медицинской помощи с учетом мощности, структуры учреждения, численности прикрепленного населения;

использование нормативного метода в определении потребности в медицинской помощи (с учетом норм нагрузки на медицинский персонал);

оказание медицинской помощи населению в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи;

формирование территориальной программы госгарантий;

распределение заданий по профилям отделений и уровням оказания медицинской помощи;

развитие различных форм деятельности медицинских учреждений.

При планировании здравоохранения как отрасли социальной сферы необходимо учитывать следующие данные:

половозрастную структуру населения, являющуюся одним из основных факторов, определяющих уровень заболеваемости населения;

климато-географические особенности территории и уровень доступности медицинской помощи;

уровень заболеваемости, определяемый, кроме половозрастного состава, экологическими, социально-экономическими и иными условиями;

уровень и структуру обращаемости населения за медицинской помощью во все типы учреждений независимо от форм собственности и организационно-правовой структуры, в том числе госпитализации в стационары;

структуру и мощность амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений, их развитие;

существующие тенденции в совершенствовании организации медицинской помощи (реорганизация первичной медико-социальной помощи на принципах врача общей практики, развитие альтернативных форм стационарного медицинского обслуживания, реорганизация скорой и неотложной медицинской помощи);

организационную структуру и совершенствование управления экстренной медицинской помощью в чрезвычайных ситуациях;

дифференциацию коечного фонда по степени интенсивности лечения и медицинского ухода;

внедрение современных технологий профилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной работы.

б) приоритеты государственной политики в сфере реализации подпрограммы 10, цели, задачи и индикаторы достижения целей, показатели решения задач, описание основных ожидаемых конечных результатов подпрограммы 10, сроков и этапов реализации подпрограммы 10

Эффективность мероприятий в сфере совершенствования медицинской помощи населению области определяется уровнем государственных инвестиций в здравоохранение.

В результате оптимизации объемов медицинской помощи в структуре расходов по видам медицинской помощи в 2012 году в сравнении с 2010 годом увеличилась доля расходов на медицинскую помощь в амбулаторных условиях с 29,6 % до 30,0 % и в условиях дневных стационаров с 6,4 % до 6,8 %, уменьшились затраты на дорогостоящий стационарный сектор – с 58,0 % до 57,4 %.

Для достижения целевых показателей здоровья и деятельности системы здравоохранения в Липецкой области запланированы дальнейшие мероприятия, направленные на повышение структурной и экономической эффективности отрасли. Предусмотрена дальнейшая оптимизация избыточных круглосуточных мощностей стационаров путем их перепрофилирования и перераспределения среди медицинских организаций области с учетом оперативной и прогнозируемой медико-демографической обстановки.

Целью подпрограммы является формирование системы здравоохранения Липецкой области, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг.

Для достижения поставленной цели предусматривается решение следующих задач:

1. Оптимизировать структуру отрасли, в том числе путем объединения маломощных больниц и поликлиник и создания многопрофильных медицинских центров.

2. Оптимизировать объемы медицинской помощи в структуре расходов по видам медицинской помощи.

Индикатором достижения цели является рост удовлетворенности населения медицинской помощью – до 75 % от общей численности потребителей медицинских услуг.

Показателями решения задач к 2018 году является:

создание не менее 4 медицинских кластеров;

доведение доли расходов на оказание медицинской помощи в стационарных условиях от всех расходов на Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи (далее – программа государственных гарантий) - 50,2 %, доли расходов на оказание скорой медицинской помощи от всех расходов на программу государственных гарантий - 5,1 %, доли расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях от всех расходов на программу государственных гарантий - 31,7 %, доли расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме от всех расходов на программу государственных гарантий - 3,9%, доли расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров от всех расходов на программу государственных гарантий – 9,1 %.

Подпрограмма реализуется в один этап (2013-2020 годы).

Сроки реализации подпрограммы – 2013-2020 годы.

в) характеристика подпрограммы 10 и основных мероприятий подпрограммы 10

С целью оптимизации структуры сельской лечебной сети, сокращения издержек на ее содержание в здравоохранении Липецкой области предусматривается объединение маломощных больниц и поликлиник с многопрофильными межмуниципальными медицинскими центрами, созданными в 2011-2012 годах в рамках реализации региональной программы модернизации здравоохранения, путем организации на территории ряда муниципальных районов медицинских кластеров, или группы вертикально интегрированных разноуровневых медицинских организаций, взаимодополняющих и взаимоусиливающих друг друга.

Типичный кластер будет представлен центральной районной больницей (юридическим лицом), выполняющей функции межмуниципального центра, и набором районных, участковых больниц, врачебных амбулаторий, центров ОВП, ФАП, являющихся территориально обособленными структурно-функциональными подразделениями ЦРБ. При этом в районные больницы будут преобразованы маломощные центральные районные больницы, включаемые в состав кластера и утрачивающие статус юридического лица в результате процедуры реорганизации учреждения здравоохранения путем слияния с кластеробразующей ЦРБ.

Кластеробразующая ЦРБ, приобретя в рамках реализации региональной программы модернизации здравоохранения статус межмуниципального центра, сконцентрирует на своих площадях необходимые высокопроизводительные диагностические и лечебные мощности, а также набор административно-хозяйственных подразделений, функционирующих в межрайонном формате (централизованная бухгалтерская, финансово-экономическая службы, служба закупок и т.п.). Кроме того, кластеробразующая ЦРБ станет единственным фондодержателем, обеспечивая гибкое перераспределение финансовых ресурсов внутри кластера.

Маршрутизация пациентов и движение потоков больных будет обеспечиваться дополнительными мощностями санитарного автопарка, который был полностью обновлен в 2012 году рамках реализации региональной программы модернизации здравоохранения.

В 2013-2015 годах предусматривается реорганизация следующих медицинских организаций области:

ГУЗ «Воловская ЦРБ» путем слияния с ГУЗ «Тербунская ЦРБ» (создание Тербунского медицинского кластера);

ГУЗ «Измалковская ЦРБ» путем слияния с ГУЗ «Елецкая ЦРБ» (создание Елецкого медицинского кластера);

ГУЗ «Лев-Толстовская ЦРБ» путем слияния с ГУЗ «Данковская ЦРБ» (создание Данковского медицинского кластера);

ГУЗ «Краснинская ЦРБ» путем слияния с ГУЗ «Лебедевская ЦРБ» (создание Лебедевского кластера);

ГУЗ «Елецкая городская поликлиника № 1» путем слияния с ГУЗ «Елецкая городская больница № 1 им. Н.А.Семашко» (создание стационарно-поликлинической медицинской организации);

ГУЗ «Елецкая городская поликлиника № 2» с ГУЗ «Елецкая городская больница № 2» (создание стационарно-поликлинической медицинской организации).

За счет предлагаемой реорганизации медицинской помощи будут достигнуты следующие результаты:

сохранение необходимого уровня доступности медицинской помощи в сельской местности при сокращении расходов на ее обеспечение (на территории каждого района будет сохранена ранее существовавшая инфраструктура здравоохранения, но с оптимизированным функционалом);

создание полноценной трехуровневой системы организации медицинской помощи;

сокращение административно-хозяйственного аппарата;

обеспечение необходимой централизации управленческой и организационно-методической деятельности;

сокращение неэффективных расходов на приобретение медицинского оборудования, расходных материалов и лекарственных средств в связи с исключением необходимости закупок однотипных наборов товаров и услуг;

обеспечение возможности развития внутри кластера не только лечебно-диагностических услуг, но и технологий долечивания и реабилитации больных;

обеспечение дифференцированного подхода к оплате труда медицинских работников и финансированию медицинских услуг с учетом уровня и сложности их оказания.

В целях обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи с учетом имеющейся материально-технической базы существует потребность в строительстве ряда амбулаторных учреждений. Так, учитывая быстрое развитие городской инфраструктуры и жилых комплексов г. Липецка преимущественно в западном и юго-западном направлениях, в ближайшее время станет необходимым строительство городской поликлиники на 600 посещений в черте новых, быстрорастущих микрорайонов города. Необходимым является также завершение строительства поликлиники ГУЗ «Добровская ЦРБ», начатое в 2002 году и неоконченное в связи с недофинансированием. В связи с неудовлетворительным техническим состоянием существующего здания ГУЗ «Липецкая ЦРБ» программой запланировано строительство стационарного корпуса на 140 коек.

Необходимо строительство, реконструкция и газификация объектов здравоохранения в сельской местности для улучшения оказания медицинских услуг населению, развития материально-технической базы учреждений, приведения площадей учреждений и условий пребывания больных к нормативным требованиям, для улучшения условий труда работников, закрепления кадров в сельской местности.

Особое место в развитии сети медицинских учреждений занимает строительство центров врачей общей практики. В виду отсутствия необходимой материальной базы и дефицита площадей в существующих лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения региона крайне необходимо строительство центров врачей общей практики, как в городах, так и в районных центрах, особенно для организации медицинской помощи населению, проживающему в отдалении от центральных районных больниц и поликлиник крупных городов и столицы. Для обеспечения объема деятельности специалистов врачей общей практики каждый центр должен иметь набор помещений различного назначения, обеспечивающий соблюдение санитарно-гигиенических норм.

В период реализации Программы потребуется строительство и оснащение не менее чем 80 ФАПов и 35 центров ОВП.

Для увеличения объема и качества медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями требуется реконструкция здания ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер» с созданием отдельного операционного блока, отделения реанимации.

В рамках развития службы скорой медицинской помощи имеется необходимость в строительстве нового здания областной станции скорой медицинской помощи, объединяющего в себе единую диспетчерскую службу скорой помощи, службу медицины катастроф, специализированную скорую медицинскую помощь, оснащением оборудованием и парком реанимобилей.

С учетом анализа фактических показателей и обоснованного прогноза потребности жителей области в видах медицинской помощи, позитивно влияющих на демографическую ситуацию и уровень репродуктивного здоровья населения, имеется потребность приведения ГУЗ «Липецкий областной перинатальный центр» в соответствие требованиям приказа Минздрава России от 12 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» путем строительства нового здания областного перинатального центра.

В 2013-2017 годах запланировано проведение капитального ремонта в поликлиническом отделении ГУЗ «Областная детская больница», детского отделения ГУЗ «Липецкая областная клиническая» инфекционная больница», реконструкция ГУЗ «Областная детская больница восстановительного лечения».

Для успешной реализации подпрограммы требуется проведение динамического мониторинга состояния материально-технической базы медицинских организаций с составлением реестра соответствия обеспеченности учреждений здравоохранения стандартам оснащения в соответствии с утвержденными порядками оказания медицинской помощи.

г) обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации подпрограммы

Реализация мероприятий подпрограммы не потребует выделения дополнительного финансирования лечебной сети.

**Паспорт областной целевой программы  
«Совершенствование системы охраны здоровья населения Липецкой области  
(2009-2013 годы)»**

Наименование областной целевой программы	«Совершенствование системы охраны здоровья населения Липецкой области (2009-2013 годы)» (далее - Программа).
Основание для разработки Программы	Указ Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 года № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики до 2025 года»; Закон Липецкой области от 25 декабря 2006 года № 10-ОЗ «Стратегия социально-экономического развития Липецкой области на период до 2020 года»; постановление администрации Липецкой области от 26

	<p>февраля 2008 года № 23 «Об итогах социально-экономического развития области, исполнении бюджета области и областного бюджета за 2007 год и задачах на 2008 год»;</p> <p>распоряжение администрации Липецкой области от 14 декабря 2007 года № 861-р «О состоянии здоровья населения Липецкой области и путях его улучшения»;</p> <p>распоряжение администрации Липецкой области от 12 апреля 2004 года № 288-р «Об утверждении Концепции информатизации здравоохранения Липецкой области на 2004-2010 годы»</p>
Заказчик Программы	Администрация Липецкой области.
Разработчик Программы	Управление здравоохранения Липецкой области.
Цель Программы	Сохранение и укрепление общественного здоровья, дальнейшее снижение инвалидизации и смертности населения на основе устойчивого развития системы здравоохранения области, предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями.
Задачи Программы	<p>Программа предусматривает решение следующих задач:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Снижение смертности населения от предотвратимых причин.</li> <li>2. Улучшение лечебно-диагностической помощи больным туберкулезом.</li> <li>3. Улучшение качества жизни больных сахарным диабетом.</li> <li>4. Создание безопасного коллективного иммунитета к инфекциям, управляемым средствами специфической профилактики.</li> <li>5. Раннее выявление вируса иммунодефицита человека и предупреждение распространения ВИЧ-инфекции.</li> <li>6. Совершенствование диагностики вирусных гепатитов с целью профилактики хронизации процесса.</li> <li>7. Совершенствование медицинской помощи больным с артериальной гипертонией и ассоциированными сердечно-сосудистыми заболеваниями.</li> <li>8. Совершенствование диагностики визуальных форм злокачественных новообразований на ранних стадиях.</li> <li>9. Совершенствование системы диагностики и профилактики инфекций, передаваемых половым путем.</li> <li>10. Улучшение качества оказания медицинской помощи психиатрическим больным.</li> <li>11. Совершенствование методов раннего выявления врожденных патологий у детей и их реабилитации.</li> <li>12. Создание единого информационного пространства здравоохранения.</li> <li>13. Совершенствование специализированной медицинской помощи больным с урологическими</li> </ol>

	заболеваниями. 14. Совершенствование системы лечения и реабилитации больных алкоголизмом.
Сроки реализации Программы	2009-2013 годы.
Исполнитель Программы	Управление здравоохранения Липецкой области. Управление строительства и архитектуры Липецкой области.
Объемы и источники финансирования Программы	Прогнозируемый объем финансирования из областного бюджета составляет 673,9003 млн. руб., в т.ч. по годам: 2009 г. - 31,592 млн. руб.; 2010 г. - 220,414 млн. руб.; 2011 г. - 185,526 млн. руб.; 2012 г. - 107,0183 млн. руб.; 2013 г. - 129,35 млн. руб. Источником финансирования являются средства областного бюджета. Объемы расходов на выполнение мероприятий Программы ежегодно уточняются в процессе исполнения областного бюджета и при формировании бюджета на очередной финансовый год.
Ожидаемые конечные результаты реализации Программы и показатели эффективности	Снижение смертности населения в трудоспособном возрасте до 665,0 на 100 тыс. населения. Снижение смертности населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения до 225,0 на 100 тыс. населения соответствующего возраста. Снижение уровня потребления алкогольной продукции на душу населения на 10%. Снижение доли курящих среди населения до 50,0%. Увеличение процента больных с диагнозом «наркомания», состоящих под наблюдением на конец отчетного периода, находящихся в ремиссии от 6 месяцев и более, до 29,0%. Снижение заболеваемости туберкулезом на 6,2%. Увеличение численности лиц, обследованных на туберкулез, до 1054823 человек. Численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям по задаче 2 - 72 человека. Снижение заболеваемости сахарным диабетом на 5,5%. Снижение численности умерших от осложнений сахарного диабета до 70 человек. Численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям по задаче 3 - 22 человека. Снижение заболеваемости болезнями, вызванными вирусом иммунодефицита человека, на 6,2%. Увеличение численности лиц, прошедших диспансерное



наблюдение, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, до 641 человека.

Численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям по задаче 5 - 85 человек.

Снижение заболеваемости вирусными гепатитами В и С на 8,2%.

Увеличение численности лиц, прошедших диспансерное наблюдение, инфицированных вирусными гепатитами В и С, до 12100 человек.

Численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям по задаче 6 - 75 человек.

Снижение заболеваемости болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, на 18,6%.

Увеличение численности лиц, обследованных на наличие артериальной гипертонии, до 5633 человек.

Численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям по задаче 7 - 93 человека.

Снижение заболеваемости злокачественными новообразованиями на 0,9%.

Увеличение численности лиц, обследованных на онкологические заболевания до 55800 человек.

Численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям по задаче 8 - 106 человек.

Снижение заболеваемости сифилисом на 100 тыс. населения на 7,5%.

Снижение заболеваемости гонореей на 100 тыс. населения на 9,0%

Численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям по задаче 9 - 38 человек.

Снижение заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения на 4,2%.

Снижение численности больных психическими расстройствами, госпитализированных в стационар, до 5200 человек.

Численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям по задаче 10 - 113 человек.

Снижение младенческой смертности до 6,9 на 1000 родившихся живыми.

Снижение первичного выхода на инвалидность детей в возрасте от 0 до 17 лет до 18,0 на 10 тыс. населения соответствующего возраста.

	<p>Увеличение доли обследованных детей при проведении неонатального скрининга до 99,8% от общего числа родившихся.</p> <p>Увеличение доли обследованных детей при проведении аудиологического скрининга до 95,0% от общего числа родившихся.</p> <p>Повышение охвата учреждений здравоохранения, органов управления здравоохранением использованием ресурсов региональной информационно-аналитической медицинской системы до 100%.</p> <p>Увеличение количества малоинвазивных высокотехнологичных хирургических вмешательств до 142 операций.</p> <p>Снижение смертности населения трудоспособного возраста от злоупотребления алкоголем случаев до 107,8 на 100 тыс. населения соответствующего возраста.</p>
<p>Порядок осуществления контроля за ходом выполнения Программы</p>	<p>Контроль за исполнением Программы осуществляется администрацией Липецкой области. Управление здравоохранения Липецкой области представляет отчетные данные в управление контроля и проверки исполнения администрации Липецкой области, управление экономики администрации Липецкой области, управление финансов Липецкой области в соответствии с постановлением администрации Липецкой области от 28 ноября 2007 года № 168 «О порядке разработки, утверждения и реализации областных целевых программ»</p>

**Паспорт областной целевой программы**  
**«Комплексные меры противодействия употреблению наркотиков**  
**и их незаконному обороту на 2013 - 2017 годы»**

<p>Наименование целевой Программы</p>	<p>«Комплексные меры противодействия употреблению наркотиков и их незаконному обороту на 2013 - 2017 годы» (далее - Программа)</p>
<p>Основание для разработки Программы</p>	<p>Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», распоряжение Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2012 года № 202-р «Об утверждении Плана мероприятий по созданию государственной системы профилактики немедицинского употребления наркотиков и совершенствованию системы наркологической медицинской помощи и реабилитации больных наркоманией на (2012 - 2020 годы)»</p>
<p>Заказчик Программы</p>	<p>Администрации Липецкой области (далее - администрация области)</p>

Разработчик Программы	Управление здравоохранения Липецкой области
Цель и задачи Программы:	<p>Цель Программы: Уменьшение масштабов употребления наркотиков среди населения Липецкой области</p> <p>Задачи Программы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обеспечение действенной профилактики наркомании среди населения.</li> <li>2. Улучшение межведомственного взаимодействия по профилактике наркологических расстройств среди населения (координация действий субъектов по профилактике и совершенствованию мониторинга наркологической ситуации).</li> <li>3. Совершенствование системы лечения и реабилитации больных наркоманией.</li> <li>4. Укрепление материально-технической базы субъектов антинаркотической деятельности</li> </ol>
Сроки реализации Программы	2013 - 2017 годы
Основные исполнители программных мероприятий	Управление здравоохранения Липецкой области, Управление административных органов Липецкой области, Управление образования и науки Липецкой области, Управление социальной защиты населения Липецкой области
Объемы и источники финансирования Программы	<p>Прогнозируемый объем финансирования из областного бюджета составляет 34,67 млн. руб., в том числе по годам:</p> <p>2013 год - 8,12 млн. руб.;</p> <p>2014 год - 14,025 млн. руб.;</p> <p>2015 год - 4,13 млн. руб.;</p> <p>2016 год - 4,305 млн. руб.;</p> <p>2017 год - 4,09 млн. руб.</p> <p>Источником финансирования являются средства областного бюджета.</p> <p>Объемы расходов на выполнение мероприятий Программы ежегодно уточняются в процессе исполнения областного бюджета и при формировании бюджета на очередной финансовый год</p>
Ожидаемые конечные результаты реализации Программы и показатели эффективности	<p>Реализация Программы позволит:</p> <p>Снизить долю лиц, употребляющих наркотики, среди населения области в течение последнего года перед социологическим опросом с 5,6 % до 4,8 %;</p> <p>увеличить долю населения области, информированного о вредных последствиях употребления наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, с 75% до 90 %;</p> <p>повысить охват населения социологическими опросами с 5000 до 6000 человек;</p>

	увеличить долю больных с диагнозом «наркомания», прошедших реабилитацию, находящихся в ремиссии более 3 лет, с 25 % до 28 %; уменьшить количество лиц, привлеченных к уголовной ответственности за правонарушения, связанные с употреблением наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов с 258 до 232 единиц
Порядок осуществления контроля за ходом выполнения Программы	Контроль за исполнением Программы осуществляет администрация области. Управление здравоохранения Липецкой области представляет отчетные данные в управление контроля и проверки исполнения администрации Липецкой области, управление экономики администрации Липецкой области, управление финансов Липецкой области в соответствии с постановлением администрации Липецкой области от 28 ноября 2007 года № 168 «О порядке разработки, утверждения и реализации областных целевых программ»

**Паспорт областной целевой программы  
«Развитие кадров здравоохранения Липецкой области (2013-2017 годы)»**

Наименование областной целевой программы	Областная целевая программа «Развитие кадров здравоохранения Липецкой области (2013-2017 годы)» (далее - Программа)
Основание для разработки Программы	Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», Закон Липецкой области от 25 декабря 2006 года № 10-ОЗ «Стратегия социально-экономического развития Липецкой области на период до 2020 года»
Заказчик Программы	Администрация Липецкой области
Разработчик Программы	Управление здравоохранения Липецкой области
Цели Программы	1. Совершенствование и перспективное развитие обеспеченности здравоохранения Липецкой области медицинскими кадрами. 2. Поэтапное устранение дефицита медицинских кадров, а также регионального кадрового дисбаланса. 3. Обеспечение притока в медицинские организации Липецкой области врачей и средних медицинских работников, позволяющего восполнять естественную

	<p>убыль.</p> <p>4. Планирование подготовки и трудоустройства медицинских работников с использованием современных технологий кадрового менеджмента, эффективных мотивационных механизмов, позволяющих обеспечить медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области квалифицированными кадрами, способными улучшить качество оказания медицинской помощи населению Липецкой области.</p> <p>5. Повышение престижа профессии медицинского работника.</p>
Задачи Программы	<p>1. Формирование системы управления кадровым потенциалом здравоохранения Липецкой области с учетом структуры региональной потребности в медицинских кадрах, их оптимального размещения и эффективного использования.</p> <p>2. Достижение полноты укомплектованности медицинских организаций медицинскими работниками.</p> <p>3. Создание условий для планомерного роста профессионального уровня знаний и умений медицинских работников.</p> <p>4. Обеспечение социальной защиты, повышение качества жизни медицинских работников на основе приведения оплаты труда в соответствие с объемами, сложностью и эффективностью оказания медицинской помощи.</p> <p>5. Регулирование подготовки и сохранение медицинских кадров для здравоохранения Липецкой области с помощью мониторинга кадров при реализации его организационно-методической, информационно - аналитической поддержки.</p>
Сроки реализации Программы	2013-2017 годы
Исполнители Программы	Управление здравоохранения Липецкой области, управление образования и науки Липецкой области
Объемы и источники финансирования Программы	<p>Прогнозируемый объем финансирования из областного бюджета в 2013-2017 годах составляет 129 555,5 тыс. рублей.</p> <p>В том числе по годам:</p> <p>2013 год - 44093,0 тыс. рублей;</p> <p>2014 год - 33688,0 тыс. рублей;</p> <p>2015 год - 17256,0 тыс. рублей;</p> <p>2016 год - 16999,0 тыс. рублей;</p> <p>2017 год - 17519,5 тыс. рублей.</p>
Ожидаемые конечные результаты реализации Программы и	Реализация Программы позволит: сохранить и развить кадровый потенциал здравоохранения Липецкой области;

показатели  
эффективности

расширить возможности повышения квалификационного уровня медицинских работников с высшим и средним медицинским образованием, профессиональной переподготовки;

преодолеть негативную тенденцию оттока медицинских кадров в трудоспособном возрасте;

повысить и достичь наиболее полной укомплектованности врачами и медицинскими сестрами медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в городских и сельских населенных пунктах Липецкой области;

обеспечить население Липецкой области врачами специальностей, по профилю которых регистрируется наиболее высокая частота распространения болезней на территории Липецкой области;

изменить систему оплаты труда медицинских работников, стимулирующую улучшение количественных и качественных показателей их деятельности, профессиональный рост; переход медицинских организаций на «эффективный контракт»;

создать базы данных вакантных должностей для медицинских работников в системе здравоохранения области;

к 2017 году достичь следующих показателей эффективности:

1. Кадровое обеспечение здравоохранения. Индикаторы совершенствования планирования численности и структуры кадров работников здравоохранения:

обеспеченность населения Липецкой области врачами на 10 тыс. населения - 40,4;

обеспеченность средними медицинскими работниками на 10 тыс. населения - 129,3;

соотношение врачей и средних медицинских работников - 1/3;

обеспеченность врачами сельского населения на 10 тыс. населения - 20,0;

обеспеченность средними медицинскими работниками сельского населения на 10 тыс. населения - 86,2;

обеспеченность врачами клинических специальностей на 10 тыс. населения - 27,0;

укомплектованность медицинских организаций государственной системы здравоохранения Липецкой области, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях врачами и средними медицинскими работниками - 93,6%;

укомплектованность медицинских организаций государственной системы здравоохранения Липецкой

области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь врачами и средними медицинскими работниками - 95,2%;

темпы прироста численности врачей по особо востребованным в Липецкой области специальностям - 4,5%;

темпы прироста численности средних медицинских работников по особо востребованным в Липецкой области специальностям - 3% .

2. Повышение престижа профессии врача и среднего медицинского работника:

доля специалистов с медицинским образованием, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд Липецкой области, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области - 84%;

доля медицинских организаций, перешедших на «эффективный контракт» с медицинскими работниками - 100%;

число мероприятий по повышению престижа профессии, проводимых на уровне Липецкой области - 5;

число врачей, привлеченных на работу в медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области - 600;

число средних медицинских работников, привлеченных на работу в медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области - 2000.

3. Повышение качества подготовки и уровня квалификации медицинских кадров:

число врачей, прошедших обучение по программам дополнительного профессионального образования в образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования - 5051;

число подготовленных специалистов по программам послевузовского профессионального образования в образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования - 611;

число медицинских работников со средним медицинским образованием, прошедших обучение по программам дополнительного профессионального образования в образовательных учреждениях среднего и дополнительного профессионального образования - 12302;

число абитуриентов, направленных на целевую

	<p>подготовку по программам высшего, среднего, послевузовского профессионального образования - 559;</p> <p>число мест в образовательных учреждениях среднего профессионального образования Липецкой области, финансируемых в рамках сформированного государственного задания - 1324;</p> <p>число мест в образовательных учреждениях среднего профессионального образования Липецкой области, финансируемых за счет собственных средств граждан и юридических лиц - 660;</p> <p>соотношение числа мест в образовательных учреждениях среднего профессионального образования Липецкой области, финансируемых в рамках сформированного государственного задания и финансируемых за счет собственных средств граждан и юридических лиц - 2/1;</p> <p>число специалистов со средним медицинским образованием, окончивших образовательные учреждения среднего профессионального образования Липецкой области - 2010;</p> <p>доля врачей, имеющих квалификационную категорию из числа работающих в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Липецкой области - 70%;</p> <p>доля средних медицинских работников, имеющих квалификационную категорию из числа работающих в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Липецкой области - 72%;</p> <p>доля медицинских работников, прошедших оценку уровня квалификации - 100%;</p> <p>доля аккредитованных медицинских и фармацевтических работников - 20%.</p>
<p>Порядок осуществления контроля за ходом выполнения Программы</p>	<p>Контроль за выполнением мероприятий Программы осуществляет администрация Липецкой области.</p> <p>Разработчик Программы представляет в администрацию Липецкой области отчетные данные о ходе реализации Программы в соответствии с постановлением администрации Липецкой области от 28 ноября 2007 года № 168 «О порядке разработки, утверждения и реализации областных целевых программ»</p>



**Паспорт областной целевой программы  
«Ипотечное кредитование врачей в 2013 – 2017 годах»**

Наименование областной целевой программы	Областная целевая программа «Ипотечное кредитование врачей в 2013-2017 годах» (далее - Программа)
Основание для разработки Программы	Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», Распоряжение Правительства Российской Федерации от 19 июля 2010 года № 1201-р «Об утверждении Стратегии развития ипотечного жилищного кредитования в Российской Федерации до 2030 года», Закон Липецкой области от 25 декабря 2006 года № 10-ОЗ «Стратегия социально-экономического развития Липецкой области на период до 2020 года»
Заказчик Программы	Администрация Липецкой области
Разработчик Программы	Управление здравоохранения Липецкой области
Цель Программы	Поэтапное устранение дефицита врачей наиболее дефицитных специальностей в государственных медицинских организациях Липецкой области
Задача Программы	Реализация дифференцированных мер социальной поддержки врачей наиболее дефицитных специальностей в государственных медицинских организациях Липецкой области путем создания благоприятных условий для обеспечения их доступным жильем с использованием механизмов ипотечного жилищного кредитования
Сроки реализации Программы	2013-2017 годы
Исполнитель Программы	Управление строительства и архитектуры Липецкой области
Объемы и источники финансирования Программы	Предполагаемый объем финансирования мероприятий Программы из областного бюджета в 2013-2017 годах - 149 950,0 тыс. рублей. В том числе по годам: 2013 год - 29 990,0 тыс. рублей; 2014 год - 29 990,0 тыс. рублей; 2015 год - 29 990,0 тыс. рублей; 2016 год - 29 990,0 тыс. рублей; 2017 год - 29 990,0 тыс. рублей. Объемы финансирования Программы за счет средств областного бюджета ежегодно уточняются в установленном порядке в процессе исполнения

	областного бюджета и при формировании областного бюджета на очередной финансовый год
Ожидаемые конечные результаты реализации Программы и показатели эффективности	Успешное выполнение мероприятий Программы в 2013-2017 годах позволит достигнуть следующих результатов: сокращение дефицита обеспеченности врачами до 23,2 %; увеличение доли врачей, улучшивших жилищные условия, до 61,2 % от общего числа врачей, нуждающихся в улучшении жилищных условий

Приложение 1  
к государственной программе  
Липецкой области  
«Развитие здравоохранения  
Липецкой области на 2013-2020 годы»

**Перечень областных целевых программ, подпрограмм государственной программы Липецкой области  
«Развитие здравоохранения Липецкой области на 2013-2020 годы»**

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
1	<b>Государственная программа «Развитие здравоохранения Липецкой области на 2013-2020 годы»</b>	Управление здравоохране ния Липецкой области	2013	2020		
2	<b>Цель:</b> Обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребности населения передовым достижениям медицинской науки					
3	<b>Индикатор 1 цели</b> Ожидаемая продолжительность жизни при рождении				Увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 74,3 лет	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
4	<b>Индикатор 2 цели</b> Смертность от всех причин				Снижение смертности от всех причин до 11,4 случаев на 1000 населения	
5	<b>Задача 1</b> Обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи	Управление здравоохране ния Липецкой области	2013	2020		
6	<b>Показатель 1 задачи 1</b> Потребление алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь)				Снижение потребления алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) до 9,0 литров на душу населения в год	
7	<b>Показатель 2 задачи 1</b> Распространенность потребления табака среди взрослого населения				Снижение распространенности потребления табака среди взрослого населения до 35%	
8	<b>Показатель 3 задачи 1</b> Распространенность потребления табака среди детей и подростков				Снижение распространенности потребления табака детей и подростков до 16 %	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
9	<b>Областная целевая программа 1 «Совершенствование системы охраны здоровья населения Липецкой области (2009-2013 годы)»</b>	Управление здравоохране ния Липецкой области Управление строительств а и архитектуры Липецкой области	2009	2013		Последствия не реализации подпрограммы закключаются в возможном увеличении заболеваемости туберкулезом, ВИЧ- инфекцией, алкоголизмом, психическими, онкологическими, сосудистыми заболеваниями, наркологическими расстройствами, а также повышению показателя смертности от перечисленных заболеваний; снижению качества и доступности скорой медицинской помощи населению и росту догоспитальной летальности; снижение качества и безопасности компонентов крови

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
10	<b>Цель ОЦП 1</b> Сохранение и укрепление общественного здоровья, дальнейшее снижение инвалидизации и смертности населения на основе устойчивого развития системы здравоохранения области, предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями					
11	<b>Индикатор 1 цели ОЦП 1</b> Смертность населения в трудоспособном возрасте				Смертность населения в трудоспособном возрасте 665 случаев на 100 тыс. населения	
12	<b>Задача 1 ОЦП 1</b> Снижение смертности населения от предотвратимых причин					
13	<b>Показатель 1 задачи 1</b> Смертность населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения				Смертность населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения 225 случаев на 100 тыс. населения соответствующего возраста	
14	<b>Показатель 2 задачи 1</b> Снижение уровня потребления алкогольной продукции на душу населения				Снижение уровня потребления алкогольной продукции на душу населения до 2 процентов	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
15	<b>Показатель 3 задачи 1</b> Доля курящих среди населения				Доля курящих среди населения – 50 процентов	
16	<b>Показатель 4 задачи 1</b> Процент больных с диагнозом «наркомания», состоящих под наблюдением на конец отчетного периода, находящихся в ремиссии от 6 месяцев и более				Процент больных с диагнозом «наркомания», состоящих под наблюдением на конец отчетного периода, находящихся в ремиссии от 6 месяцев и более составит не менее 29 процентов	
17	<b>Задача 2 ОЦП 1</b> Улучшение лечебно-диагностической помощи больным туберкулезом					
18	<b>Показатель 1 задачи 2</b> Снижение заболеваемости туберкулезом				Снижение заболеваемости туберкулезом до 3 процентов	
19	<b>Показатель 2 задачи 2</b> Увеличение численности лиц, обследованных на туберкулез				Увеличение численности лиц, обследованных на туберкулез до 1054823 человек	
20	<b>Показатель 3 задачи 2</b> Численность подготовленных кадров по основным и смежным специальностям				Численность подготовленных кадров по основным и смежным специальностям составит 25 человек	
21	<b>Задача 3 ОЦП 1</b> Улучшение качества жизни больных сахарным диабетом					

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
22	<b>Показатель 1 задачи 3</b> Снижение заболеваемости сахарным диабетом				Снижение заболеваемости сахарным диабетом до 2,8 процентов	
23	<b>Показатель 2 задачи 3</b> Снижение численности умерших от осложнений сахарного диабета				Снижение численности умерших от осложнений сахарного диабета до 70 человек	
24	<b>Показатель 3 задачи 3</b> Численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям				Численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям составит 8 человек	
25	<b>Задача 4 ОЦП 1</b> Создание безопасного коллективного иммунитета к инфекциям, управляемым средствами специфической профилактики					
26	<b>Показатель 1 задачи 4</b> Уровень охвата профилактическими прививками в декретированных возрастах				Уровень охвата профилактическими прививками в декретированных возрастах достигнет 95,0 процентов	



№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
27	<b>Задача 5 ОЦП 1</b> Раннее выявление вируса иммунодефицита человека и предупреждение распространения ВИЧ- инфекции					
28	<b>Показатель 1 задачи 5</b> Снижение заболеваемости болезнями, вызванным вирусом иммунодефицита человека				Снижение заболеваемости болезнями, вызванным вирусом иммунодефицита человека до 3,2 процентов	
29	<b>Показатель 2 задачи 5</b> Увеличение численности лиц, прошедших диспансерное наблюдение, инфицированных вирусом иммунодефицита человека				Увеличение численности лиц, прошедших диспансерное наблюдение, инфицированных вирусом иммунодефицита человека до 641 человека	
30	<b>Показатель 3 задачи 5</b> Численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям				Численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям составит 45 человек	
31	<b>Задача 6 ОЦП 1</b> Совершенствование диагностики вирусных гепатитов с целью профилактики хронизации процесса					

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
32	<b>Показатель 1 задачи 6</b> Снижение заболеваемости вирусными гепатитами В и С				Снижение заболеваемости вирусными гепатитами В и С – 3,2%	
33	<b>Показатель 2 задачи 6</b> Увеличение численности лиц, прошедших диспансерное наблюдение, инфицированных вирусными гепатитами В и С				Увеличение численности лиц, прошедших диспансерное наблюдение, инфицированных вирусными гепатитами В и С достигнет 12100 человек	
34	<b>Показатель 3 задачи 6</b> Численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям				Численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям составит 40 человек	
35	<b>Задача 7 ОЦП 1</b> Совершенствование медицинской помощи больным с артериальной гипертонией и ассоциированными сердечно-сосудистыми заболеваниями					
36	<b>Показатель 1 задачи 7</b> Снижение заболеваемости болезнями, характеризующиеся повышенным кровяным давлением				Снижение заболеваемости болезнями, характеризующиеся повышенным кровяным давлением до 9,6 процентов	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
37	<b>Показатель 2 задачи 7</b> Увеличение численности лиц, обследованных на наличие артериальной гипертонии				Увеличение численности лиц, обследованных на наличие артериальной гипертонии достигнет 5633 человек	
38	<b>Показатель 3 задачи 7</b> Численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям				Численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям составит 50 человек	
39	<b>Задача 8 ОЦП 1</b> Совершенствование диагностики визуальных форм злокачественных новообразований на ранних стадиях					
40	<b>Показатель 1 задачи 8</b> Снижение заболеваемости злокачественными новообразованиями				Снижение заболеваемости злокачественными новообразованиями до 0,5 процентов	
41	<b>Показатель 2 задачи 8</b> Лечение лиц, обследованных на онкологические заболевания				Лечение лиц, обследованных на онкологические заболевания - 55800 человек	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
42	<b>Показатель 3 задачи 8</b> Численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям				Численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям составит 54 человек	
43	<b>Задача 9 ОЦП 1</b> Совершенствование системы диагностики и профилактики инфекций, передаваемых половым путем					
44	<b>Показатель 1 задачи 9</b> Снижение заболеваемости сифилисом на сто тысяч населения				Снижение заболеваемости сифилисом – 3,5 % на сто тысяч населения	
45	<b>Показатель 2 задачи 9</b> Снижение заболеваемости гонореей на сто тысяч населения				Снижение заболеваемости гонореей – 5,0 процентов на сто тысяч населения	
46	<b>Показатель 3 задачи 9</b> Численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям				Численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям составит 20 человек	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
47	<b>Задача 10 ОЦП 1</b> Улучшение качества оказания медицинской помощи психиатрическим больным					
48	<b>Показатель 1 задачи 10</b> Снижение заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения				Снижение заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения до 2,2 процентов	
49	<b>Показатель 2 задачи 10</b> Снижение численности больных психическими расстройствами, госпитализируемых в стационары				Снижение численности больных психическими расстройствами, госпитализируемых в стационары до 5200 человек	
50	<b>Показатель 3 задачи 10</b> Численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям				Численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям составит 68 человек	
51	<b>Задача 11 ОЦП 1</b> Совершенствование методов раннего выявления врожденных патологий у детей и их реабилитации					
52	<b>Показатель 1 задачи 11</b> Младенческая смертность				Младенческая смертность – 6,9 случаев на 1000 человек родившихся живыми	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
53	<b>Показатель 2 задачи 11</b> Первичный выход на инвалидность детей в возрасте от 0 до 17 лет				Первичный выход на инвалидность детей в возрасте от 0 до 17 лет – 18 случаев на 10,0 тыс.населения соответствующего возраста	
54	<b>Показатель 3 задачи 11</b> Доля обследованных детей при проведении неонатального скрининга				Доля обследованных детей при проведении неонатального скрининга – 99,8 % от общего числа родившихся	
55	<b>Показатель 4 задачи 11</b> Доля обследованных детей при проведении аудиологического скрининга				Доля обследованных детей при проведении аудиологического скрининга – 95,0 от общего числа родившихся	
56	<b>Задача 12 ОЦП 1</b> Создание единого информационного пространства здравоохранения					
57	<b>Показатель 1 задачи 12</b> Охват учреждениями здравоохранения, органов управления здравоохранением использованием ресурсов региональной информационно-аналитической системы				Охват учреждениями здравоохранения, органов управления здравоохранением использованием ресурсов региональной информационно- аналитической системы составит 100 процентов	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
58	<b>Задача 13 ОЦП 1</b> Совершенствование специализированной медицинской помощи больным с урологическими заболеваниями					
59	<b>Показатель 1 задачи 13</b> Количество малоинвазивных высокотехнологичных хирургических вмешательств				Количество малоинвазивных высокотехнологичных хирургических вмешательств составит 142 операции	
60	<b>Задача 14 ОЦП 1</b> Совершенствование системы лечения и реабилитации больных алкоголизмом					
61	<b>Показатель 1 задачи 14</b> Смертность населения трудоспособного возраста от злоупотребления алкоголем				Смертность населения трудоспособного возраста от злоупотребления алкоголем – 107,8 случаев на 100 тыс.населения	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
62	<b>Подпрограмма 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико- санитарной помощи»</b>	Управление здравоохране ния Липецкой области	2013	2020		Последствия не реализации подпрограммы заключаются в возможном увеличении заболеваемости и инвалидизации детей и подростков, увеличении заболеваемости, инвалидизации и смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения, онкологических заболеваний, алкоголизма, увеличении распространенности ВИЧ-инфекции среди населения области



№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
63	<b>Цель 1 подпрограммы 1</b> Увеличение продолжительности активной жизни населения за счет формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний					
64	<b>Индикатор 1 цели 1 подпрограммы 1</b> Распространенность ожирения среди взрослого населения (индекс массы тела более 30 кг/кв.м)				Распространенность ожирения среди взрослого населения (индекс массы тела более 30 кг/кв.м) – не более 25%	
65	<b>Индикатор 2 цели 1 подпрограммы 1</b> Распространенность повышенного артериального давления среди взрослого населения				Распространенность повышенного артериального давления среди взрослого населения - не более 35,3 %	
66	<b>Индикатор 3 цели 1 подпрограммы 1</b> Распространенность повышенного уровня холестерина в крови среди взрослого населения				Распространенность повышенного уровня холестерина в крови среди взрослого населения - не более 46,5, %	
67	<b>Индикатор 4 цели 1 подпрограммы 1</b> Доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I-II стадии				Доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I-II стадии – не менее 57,2%	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
68	<b>Индикатор 5 цели 1 подпрограммы 1</b> Охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез				Охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез – не менее 90%	
69	<b>Индикатор 6 цели 1 подпрограммы 1</b> Заболеваемость дифтерией на 100 тыс.населения				Заболеваемость дифтерией – не более 0,08 случая на 100 тыс.населения	
70	<b>Индикатор 7 цели 1 подпрограммы 1</b> Заболеваемость корью на 1 млн. населения				Заболеваемость корью – не более 0,9 случая на 1 млн. населения	
71	<b>Индикатор 8 цели 1 подпрограммы 1</b> Заболеваемость краснухой на 100 тыс.населения				Заболеваемость краснухой – не более 0,08 случая на 100 тыс.населения	
72	<b>Индикатор 9 цели 1 подпрограммы 1</b> Заболеваемость эпидемическим паротитом на 100 тыс.населения				Заболеваемость эпидемическим паротитом – не более 0,08 случая на 100 тыс.населения	
73	<b>Индикатор 10 цели 1 подпрограммы 1</b> Заболеваемость острым вирусным гепатитом В на 100 тыс.населения				Заболеваемость острым вирусным гепатитом В – не более 0,57 на 100 тыс.населения	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
74	<b>Индикатор 11 цели 1 подпрограммы 1</b> Охват иммунизацией населения против дифтерии, коклюша и столбняка в декретированные сроки				Охват иммунизацией населения против дифтерии, коклюша и столбняка в декретированные сроки – не менее 98%	
75	<b>Индикатор 12 цели 1 подпрограммы 1</b> Охват иммунизацией населения против кори в декретированные сроки				Охват иммунизацией населения против в декретированные сроки – не менее 98,7%	
76	<b>Индикатор 13 цели 1 подпрограммы 1</b> Охват иммунизацией населения против краснухи в декретированные сроки				Охват иммунизацией населения против краснухи в декретированные сроки – не менее 98,8%	
77	<b>Индикатор 14 цели 1 подпрограммы 1</b> Охват иммунизацией населения против эпидемического паротита в декретированные сроки				Охват иммунизацией населения против эпидемического паротита в декретированные сроки – не менее 98,8%	
78	<b>Индикатор 15 цели 1 подпрограммы 1</b> Доля больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года				Доля больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года – не более 22,2%	
79	<b>Индикатор 16 цели 1 подпрограммы 1</b> Доля больных наркоманией, повторно госпитализированных в течение года				Доля больных наркоманией, повторно госпитализированных в течение года – не более 14,4 %	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
80	<b>Цель 2 подпрограммы 1</b> Повышение качества и доступности первичной медико-санитарной помощи					
81	<b>Индикатор 1 цели 2 подпрограммы 1</b> Охват профилактическими медицинскими осмотрами детей				Охват профилактическими медицинскими осмотрами детей – 100%	
82	<b>Индикатор 2 цели 2 подпрограммы 1</b> Охват диспансеризацией детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации				Охват диспансеризацией детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - 100%	
83	<b>Индикатор 3 цели 2 подпрограммы 1</b> Охват диспансеризацией подростков				Охват диспансеризацией подростков до 100%	
84	<b>Задача 1 подпрограммы 1</b> Развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения Российской Федерации, в том числе снижение распространенности наиболее значимых факторов риска					
85	<b>Показатель 1 задачи 1 подпрограммы 1</b> Распространенность низкой физической активности среди взрослого населения				Распространенность низкой физической активности среди взрослого населения снизится до 36%	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
86	<b>Задача 2 подпрограммы 1</b> Снижение уровня распространенности инфекционных заболеваний, профилактика которых осуществляется проведением иммунизации населения в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок					
87	<b>Показатель 1 задачи 2 подпрограммы 1</b> Охват иммунизации населения против вирусного гепатита В в декретированные сроки				Охват иммунизации населения против вирусного гепатита В в декретированные сроки составит 97 %	
88	<b>Задача 3 подпрограммы 1</b> Раннее выявление инфицированных ВИЧ, острыми вирусными гепатитами В и С					
89	<b>Показатель 1 задачи 3 подпрограммы 1</b> Доля ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих на диспансерном учете, от числа выявленных				Доля ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих на диспансерном учете, от числа выявленных вырастет до 78,5%	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
90	<b>Задача 4 подпрограммы 1</b> Реализация дифференцированного подхода к организации в рамках первичной медико-санитарной помощи профилактических осмотров и диспансеризации населения, в том числе детей, в целях обеспечения своевременного выявления заболеваний, дающих наибольший вклад в показатели инвалидизации и смертности населения					
91	<b>Показатель 1 задачи 4 подпрограммы 1</b> Охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения				Охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения - 36% от подлежащих диспансеризации	
92	<b>Подпрограмма 10</b> <b>«Совершенствование</b> <b>территориального планирования</b> <b>здравоохранения Липецкой области»</b>	Управление здравоохране ния Липецкой области	2013	2020		Последствия не реализации подпрограммы заключаются в дисбалансе финансового обеспечения отрасли, связанного с ее структурными диспропорциями

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
93	<b>Цель подпрограммы 10</b> Формирование системы здравоохранения Липецкой области, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг					
94	<b>Индикатор цели подпрограммы 10</b> Удовлетворенность населения медицинской помощью				Удовлетворенность населения медицинской помощью – до 75 % от общей численности потребителей медицинских услуг	
95	<b>Задача 1 подпрограммы 10</b> Оптимизация структуры отрасли, в том числе путем объединения маломощных больниц и поликлиник и создания многопрофильных медицинских центров					
96	<b>Показатель 1 задачи 1 подпрограммы 10</b> Создание медицинских кластеров				Создание 4 медицинских кластеров	
97	<b>Задача 2 подпрограммы 10</b> Оптимизация объемов медицинской помощи в структуре расходов по видам медицинской помощи					

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
98	<b>Показатель 1 задачи 2 подпрограммы 10</b> Доля расходов на оказание медицинской помощи в стационарных условиях от всех расходов на Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи (далее – программа государственных гарантий)				Уменьшение доли расходов на оказание медицинской помощи в стационарных условиях от всех расходов на Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи (далее – программа государственных гарантий) – до 50,2 %	
99	<b>Показатель 2 задачи 2 подпрограммы 10</b> Доля расходов на оказание скорой медицинской помощи от всех расходов на программу государственных гарантий				Уменьшение доли расходов на оказание скорой медицинской помощи от всех расходов на программу государственных гарантий – до 5,1 %	
100	<b>Показатель 3 задачи 2 подпрограммы 10</b> Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях от всех расходов на программу государственных гарантий				Увеличение доли расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях от всех расходов на программу государственных гарантий – до 31,7 %	



№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
101	<b>Показатель 4 задачи 2 подпрограммы 10</b> Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме от всех расходов на программу государственных гарантий				Увеличение доли расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме от всех расходов на программу государственных гарантий – до 3,9%	
102	<b>Показатель 5 задачи 2 подпрограммы 10</b> Доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров от всех расходов на программу государственных гарантий				Увеличение доли расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров от всех расходов на программу государственных гарантий – до 9,1 %	
103	<b>Задача 2</b> Повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации					
104	<b>Показатель 1 задачи 2</b> Смертность от болезней системы кровообращения				Снижение смертности от болезней системы кровообращения до 622,4 случаев на 100 тыс. населения	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
105	<b>Показатель 2 задачи 2</b> Смертность от дорожно-транспортных происшествий				Снижение смертности дорожно-транспортных происшествий 10,0 случаев на 100 тыс.населения	
106	<b>Показатель 3 задачи 2</b> Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных)				Снижение смертности от новообразований (в том числе от злокачественных) до 190,0 случаев на 100 тыс.населения	
107	<b>Показатель 4 задачи 2</b> Смертность от туберкулеза				Снижение смертности от туберкулеза до 4,3 случаев на 100 тыс.населения	
108	<b>Показатель 5 задачи 2</b> Заболеваемость туберкулезом				Снижение уровня заболеваемости туберкулезом до 35,0 случаев на 100 тыс.населения	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
109	<b>Областная целевая программа 2 «Комплексные меры противодействия употреблению наркотиков и их незаконному обороту на 2013-2017 годы»</b>	Управление здравоохране ния Липецкой области Управление администрат ив-ных органов Липецкой области Управление образования и науки Липецкой области Управление социальной защиты населения Липецкой области	2013	2017		Последствия не реализация программы закключаются в недостаточной информированности населения о вредных последствиях потребления наркотических и психотропных средств и возможном росте числа заболевших наркоманией
110	<b>Цель ОЦП 2</b> Уменьшение масштабов употребления наркотиков среди населения Липецкой области					

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
111	<b>Задача 1 ОЦП 2</b> Обеспечение действенной профилактики наркомании среди населения					
112	<b>Показатель 1 задачи 1</b> Доля населения области, информированного о вредных последствиях употребления наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов				Доля населения области, информированного о вредных последствиях употребления наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов достигнет 90 процентов	
113	<b>Задача 2 ОЦП 2</b> Улучшение межведомственного взаимодействия по профилактике наркологических расстройств среди населения (координация действий субъектов по профилактике и совершенствованию мониторинга наркологической ситуации)					
114	<b>Показатель 1 задачи 2</b> Охват социологическими опросами				Охват социологическими опросами – 6000 человек	
115	<b>Задача 3 ОЦП 2</b> Совершенствование системы лечения и реабилитации больных наркоманией					

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
116	<b>Показатель 1 задачи 3</b> Доля больных с диагнозом «наркомания», прошедших реабилитацию, находящихся в ремиссии более 3-х лет				Доля больных с диагнозом «наркомания», прошедших реабилитацию, находящихся в ремиссии более 3-х лет - 28 %	
117	<b>Задача 4 ОЦП 2</b> Укрепление материально-технической базы субъектов антинаркотической деятельности					
118	<b>Показатель 1 задачи 4</b> Количество лиц, привлеченных к уголовной ответственности за правонарушения связанные с оборотом наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов				Количество лиц, привлеченных к уголовной ответственности за правонарушения связанные с оборотом наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов – 232	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
119	<b>Подпрограмма 2 «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»</b>	Управление здравоохране ния Липецкой области	2009	2013		Последствия не реализации подпрограммы закключаются в возможном увеличении заболеваемости туберкулезом, ВИЧ- инфекцией, алкоголизмом, психическими, онкологическими, сосудистыми заболеваниями, наркологическими расстройствами, а также повышению показателя смертности от перечисленных заболеваний; снижению качества и доступности скорой медицинской помощи населению и росту догоспитальной летальности; снижение качества и безопасности компонентов крови

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
120	<b>Цель подпрограммы 2</b> Повышение доступности и качества оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации					
121	<b>Индикатор 1 цели подпрограммы 2</b> Доля абацилированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением				Доля абацилированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением- 66,5%	
122	<b>Индикатор 2 цели подпрограммы 2</b> Доля ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию, от числа состоящих на диспансерном учете				Доля ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию, от числа состоящих на диспансерном учете- 36,2%	
123	<b>Индикатор 3 цели подпрограммы 2</b> Число наркологических больных, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет на 100 наркологических больных среднегодового контингента				Число наркологических больных, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет, на 100 наркологических больных среднегодового контингента - 9,68	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
124	<b>Индикатор 4 цели подпрограммы 2</b> Число наркологических больных, находящихся в ремиссии более 2 лет на 100 наркологических больных среднегодового контингента				Число наркологических больных, находящихся в ремиссии более 2 лет на 100 наркологических больных среднегодового контингента - 10,4	
125	<b>Индикатор 5 цели подпрограммы 2</b> Доля больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2-х лет				Доля больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2-х лет – 12,92% от среднегодового контингента больных алкоголизмом	
126	<b>Индикатор 6 цели подпрограммы 2</b> Доля больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии более 2-х лет				Доля больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии более 2-х лет - 10,4% от среднегодового контингента больных алкоголизмом	
127	<b>Индикатор 7 цели подпрограммы 2</b> Доля больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года				Доля больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года - 17,0%	
128	<b>Индикатор 8 цели подпрограммы 2</b> Смертность от цереброваскулярных заболеваний				Смертность от цереброваскулярных заболеваний – 208,4 случая на 100 тыс. населения	



№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
129	<b>Индикатор 9 цели подпрограммы 2</b> Удельный вес больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более				Удельный вес больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более, не менее 54,5%	
130	<b>Индикатор 10 цели подпрограммы 2</b> Снижение смертности от злокачественных новообразований				Снижение смертности от злокачественных новообразований до 190,0 случаев на 100 тыс. населения	
131	<b>Задачи 1 подпрограммы 2</b> Увеличение доли абацилированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением					
132	<b>Показатель 1 задачи 1 подпрограммы 2</b> Снижение смертности от туберкулеза				Снижение смертности от туберкулеза 11,2 случая на 100 тыс. населения	
133	<b>Задача 2 подпрограммы 2</b> Совершенствование оказания специализированной медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С					

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
134	<b>Показатель 1 задачи 2 подпрограммы 2</b> Ожидаемая продолжительность жизни лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С получающих антиретровирусную терапию в соответствии с действующими стандартами				Ожидаемая продолжительность жизни лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С получающих антиретровирусную терапию в соответствии с действующими стандартами до 65,7 лет	
135	<b>Задача 3 подпрограммы 2</b> Модернизация наркологической службы					
136	<b>Показатель 1 задачи 3 подпрограммы 2</b> Увеличение сроков кратковременной и долгосрочной ремиссии наркологических больных				Увеличение сроков кратковременной и долгосрочной ремиссии наркологических больных до уровня 10,4 случая на 100 тыс. населения	
137	<b>Задача 4 подпрограммы 2</b> Совершенствование методов диагностики и лечения психических расстройств, внедрение современных методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации					
138	<b>Показатель 1 задачи 4 подпрограммы 2</b> Показатель уровня смертности по причине суицида				Показатель уровня смертности по причине суицида не более 16,0 случаев на 100 тыс. населения	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
139	<b>Задача 5 подпрограммы 2</b> Снижение уровня смертности от ишемической болезни сердца и инсульта					
140	<b>Показатель 1 задачи 5 подпрограммы 2</b> Снижение смертности от ишемической болезни сердца и инсульта				Смертность от ишемической болезни сердца и инсульта - 355,8 случаев на 100 тыс. населения	
141	<b>Задача 6 подпрограммы 2</b> Увеличение пятилетней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями, снижение одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями					
142	<b>Показатель 1 задачи 6 подпрограммы 2</b> Показатель одногодичной летальности больных со злокачественными образованиями				Показатель одногодичной летальности больных со злокачественными образованиями – 21,0%	
143	<b>Задача 7 подпрограммы 2</b> Совершенствование системы управления скорой медицинской помощью					
144	<b>Показатель 1 задачи 7 подпрограммы 2</b> Снижение времени ожидания скорой медицинской помощи				Снижение времени ожидания скорой медицинской помощи до 20 минут	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
145	<b>Задача 8 подпрограммы 2</b> Снижение больничной летальности пострадавших в результате дорожно- транспортных происшествий					
146	<b>Показатель 1 задачи 8 подпрограммы 2</b> Снижение уровня больничной летальности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий				Снижение уровня больничной летальности пострадавших в результате дорожно- транспортных происшествий до 3,9 случаев на 100 тыс. населения	
147	<b>Задача 9 подпрограммы 2</b> Соответствие деятельности учреждений здравоохранения порядкам и стандартам оказания медицинской помощи					
148	<b>Показатель 1 задачи 9 подпрограммы 2</b> Оптимизация объемов оказания медицинской помощи в условиях круглосуточных стационаров				Оптимизация объемов оказания медицинской помощи в условиях круглосуточных стационаров до 2,25 койко-дней на 1 жителя	
149	<b>Задача 10 подпрограммы 2</b> Поддержка развития инфраструктуры специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи					

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
150	<b>Показатель 1 задачи 10 подпрограммы 2</b> Увеличение количества случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи				Увеличение количества случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи до 15%	
151	<b>Задача 11 подпрограммы 2</b> Поддержка развития инфраструктуры службы крови					
152	<b>Показатель 1 задачи 11 подпрограммы 2</b> Обеспечение безопасности и качества донорской крови и ее компонентов				Обеспечение безопасности и качества донорской крови и ее компонентов в 100 % случаев	
153	<b>Подпрограмма 10</b> <b>«Совершенствование</b> <b>территориального планирования</b> <b>здравоохранения Липецкой области»</b>	Управление здравоохране ния Липецкой области	2013	2020		Последствия не реализации подпрограммы заключаются в дисбалансе финансового обеспечения отрасли, связанного с ее структурными диспропорциями

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
154	<b>Цель подпрограммы 10</b> Формирование системы здравоохранения Липецкой области, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг					
155	<b>Индикатор цели подпрограммы 10</b> Удовлетворенность населения медицинской помощью				Удовлетворенность населения медицинской помощью – до 75 % от общей численности потребителей медицинских услуг	
156	<b>Задача 1 подпрограммы 10</b> Оптимизация структуры отрасли, в том числе путем объединения маломощных больниц и поликлиник и создания многопрофильных медицинских центров					
157	<b>Показатель 1 задачи 1 подпрограммы 10</b> Создание медицинских кластеров				Создание 4 медицинских кластеров	
158	<b>Задача 2 подпрограммы 10</b> Оптимизация объемов медицинской помощи в структуре расходов по видам медицинской помощи					

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
159	<b>Показатель 1 задачи 2 подпрограммы 10</b> Доля расходов на оказание медицинской помощи в стационарных условиях от всех расходов на Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи (далее – программа государственных гарантий)				Уменьшение доли расходов на оказание медицинской помощи в стационарных условиях от всех расходов на Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи (далее – программа государственных гарантий) – до 50,2 %	
160	<b>Показатель 2 задачи 2 подпрограммы 10</b> Доля расходов на оказание скорой медицинской помощи от всех расходов на программу государственных гарантий				Уменьшение доли расходов на оказание скорой медицинской помощи от всех расходов на программу государственных гарантий – до 5,1 %	
161	<b>Показатель 3 задачи 2 подпрограммы 10</b> Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях от всех расходов на программу государственных гарантий				Увеличение доли расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях от всех расходов на программу государственных гарантий – до 31,7 %	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
162	<b>Показатель 4 задачи 2 подпрограммы 10</b> Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме от всех расходов на программу государственных гарантий				Увеличение доли расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме от всех расходов на программу государственных гарантий – до 3,9%	
163	<b>Показатель 5 задачи 2 подпрограммы 10</b> Доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров от всех расходов на программу государственных гарантий				Увеличение доли расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров от всех расходов на программу государственных гарантий – до 9,1 %	
164	<b>Задача 3</b> Повышение эффективности службы родовспоможения и детства					
165	<b>Показатель 1 задачи 3</b> Материнская смертность				Снижение материнской смертности до 7,3 случаев на 100 тыс. родившихся живыми	
166	<b>Показатель 2 задачи 3</b> Младенческая смертность				Снижение младенческой смертности до 7,2 случаев на 1000 родившихся живыми	



№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
167	<b>Подпрограмма 3 «Охрана здоровья матери и ребенка»</b>	Управление здравоохране ния Липецкой области	2013	2020		Последствия не реализации подпрограммы закключаются в возможном снижении качества и доступности медицинской помощи матерям и детям, росту показателей младенческой и материнской смертности
168	<b>Цель 1 подпрограммы 3</b> Улучшение состояния здоровья детей и матерей и матерей путем совершенствования качества оказания медицинской помощи					
169	<b>Индикатор 1 цели 1 подпрограммы 3</b> Доля обследованных беременных женщин по новому алгоритму проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, от числа поставленных на учет в первый триместр беременности				Увеличение доли обследованных беременных женщин по новому алгоритму проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка до 85%	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
170	<b>Индикатор 2 цели 1 подпрограммы 3</b> Охват неонатальным скринингом				Доля (процент) новорожденных, обследованных на наследственные заболевания, от общего числа новорожденных - 99,8%	
171	<b>Индикатор 3 цели 1 подпрограммы 3</b> Охват аудиологическим скринингом				Доля (процент) новорожденных, обследованных на аудиологический скрининг, от общего числа новорожденных - 97,8%	
172	<b>Индикатор 4 цели 1 подпрограммы 3</b> Доля женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах				Доля женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах - 85%	
173	<b>Индикатор 5 цели 1 подпрограммы 3</b> Первичная инвалидность у детей				Снижение первичной инвалидности детей до 20,1случаев на 10 тыс.детей соответствующего возраста	
174	<b>Цель 2 подпрограммы 3</b> Снижение материнской, младенческой, детской смертности					

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
175	<b>Индикатор 1 цели 2 подпрограммы 3</b> Показатель ранней неонатальной смертности				Показатель ранней неонатальной смертности- 1,8 случая на 1000 родившихся живыми	
176	<b>Индикатор 2 цели 2 подпрограммы 3</b> Выживаемость детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела в акушерском стационаре				Выживаемость детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела в акушерском стационаре- 765 промилле	
177	<b>Индикатор 3 цели 2 подпрограммы 3</b> Смертность детей 0-17 лет				Снижение смертности детей 0-17 лет до 7,7 случаев на 10 тыс. населения соответствующего возраста	
178	<b>Индикатор 4 цели 2 подпрограммы 3</b> Доля женщин, принявших решение о сохранении беременности после проведения профилактических мероприятий				Доля женщин, принявших решение о сохранении беременности после проведения профилактических мероприятий - 19%	
179	<b>Цель 3 подпрограммы 3</b> Снижение уровня вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку					
180	<b>Индикатор 1 цели 3 подпрограммы 3</b> Охват пар «мать-дитя» химиопрофилактикой в соответствии с действующими стандартами				Увеличение доли охвата пар «мать-дитя» химиопрофилактикой в соответствии с действующими стандартами до 100 %	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
181	<b>Задача 1 подпрограммы 3</b> Совершенствование и развитие пренатальной и неонатальной диагностики					
182	<b>Показатель 1 задачи 1 подпрограммы 3</b> Обследование беременных женщин по алгоритму пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка от числа поставленных на учет в первый триместр беременности				Обследование беременных женщин по алгоритму пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка от числа поставленных на учет в первый триместр беременности-85%	
183	<b>Показатель 2 задачи 1 подпрограммы 3</b> Доля женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах				Доля женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах -85%	
184	<b>Показатель 3 задачи 1 подпрограммы 3</b> Охват неонатальным скринингом				Процент новорожденных, обследованных на наследственные заболевания, от общего числа новорожденных - 99,8%	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
185	<b>Задача 2 подпрограммы 3</b> Дальнейшее развитие специализированной медицинской, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи матерям и детям					
186	<b>Показатель 1 задачи 2 подпрограммы 3</b> Показатель ранней неонатальной смертности				Показатель ранней неонатальной смертности 1,8 случаев на 1000 родившихся живыми	
187	<b>Показатель 2 задачи 2 подпрограммы 3</b> Выживаемость детей, имеющих при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела в акушерском стационаре				Выживаемость детей, имеющих при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела в акушерском с тационаре-765 промилле	
188	<b>Показатель 3 задачи 2 подпрограммы 3</b> Охват аудиологическим скринингом				Увеличение доли новорожденных, обследованных на аудиологический скрининг, от общего числа новорожденных до 97,8%	
189	<b>Показатель 4 задачи 2 подпрограммы 3</b> Больничная летальность				Снижение больничной летальности детей от числа поступивших в стационар- 0,2%	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
190	<b>Задача 3 подпрограммы 3</b> Снижение уровня первичной инвалидности у детей					
191	<b>Показатель 1 задачи 3 подпрограммы 3</b> Первичная инвалидность у детей				Снижение первичной инвалидности детей до 20,1случаев на 10 тыс.детей соответствующего возраста	
192	<b>Задача 4 подпрограммы 3</b> Профилактика снижения количества абортов					
193	<b>Показатель 1 задачи 4 подпрограммы3</b> Результативность мероприятий по профилактике аборт				Доля женщин, принявших решение вынашивать беременность, от числа женщин, обратившихся в медицинские организации по поводу прерывания беременности -19%	
194	<b>Задача 5 подпрограммы 3</b> Увеличение охвата трехэтапной химиопрофилактикой пар «мать и дитя» в целях предотвращения вертикальной передачи ВИЧ-инфекции					

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
195	<b>Показатель 1 задачи 5 подпрограммы 3</b> Сохранение доли охвата пар «мать-дитя» химиопрофилактикой в соответствии с действующими стандартами				Сохранение доли охвата пар «мать-дитя» химиопрофилактикой в соответствии с действующими стандартами на уровне 100%	
196	<b>Задача 4</b> Развитие медицинской реабилитации населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, том числе детей					
197	<b>Показатель 1 задачи 4</b> Снижение общей заболеваемости населения				Снижение общей заболеваемости населения до 1555,6 человек на 10000 населения	
198	<b>Показатель 2 задачи 4</b> Снижение первичного выхода на инвалидность				Снижение первичного выхода на инвалидность до 68,0 на 1000 населения	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
199	<b>Подпрограмма 4 «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям»</b>	Управление здравоохране ния Липецкой области	2013	2020		Последствия не реализации подпрограммы закключаются в возможном ухудшении качества и доступности реабилитационной медицинской помощи и санаторно- курортного лечения, росту заболеваемости хроническими болезнями и инвалидизации населения и его преждевременной смертности
200	<b>Цель подпрограммы 4</b> Увеличение продолжительности активного периода жизни населения					
201	<b>Индикатор 1 цели подпрограммы 4</b> Охват реабилитационной медицинской помощью пациентов				Увеличение охвата реабилитационной медицинской помощью пациентов -25%	



№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
202	<b>Индикатор 2 цели подпрограммы 4</b> Охват реабилитационной медицинской помощью детей-инвалидов				Охват реабилитационной медицинской помощью детей- инвалидов до 93,0 % от числа нуждающихся	
203	<b>Индикатор 3 цели подпрограммы 4</b> Охват санаторно-курортным лечением больных				Увеличение охвата санаторно- курортным лечением больных – 45,0%	
204	<b>Задача 1 подпрограммы 4</b> Разработка и внедрение новых организационных моделей медицинской реабилитации					
205	<b>Показатель 1 задачи 1 подпрограммы 4</b> Доля стандартизовано переоснащенных современным медицинским оборудованием и аппаратурой медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по медицинской реабилитации				Доля стандартизовано переоснащенных современным медицинским оборудованием и аппаратурой медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по медицинской реабилитации - 75 %	
206	<b>Задача 2 подпрограммы 4</b> Разработка и внедрение новых организационных моделей санаторно- курортного лечения					

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
207	<b>Показатель 1 задачи 2 подпрограммы 4</b> Доля санаториев с улучшенной материально-технической базой для обеспечения организации оказания в полном объеме санаторно-курортного лечения				Доля санаториев с улучшенной материально- технической базой для обеспечения организации оказания в полном объеме санаторно-курортного лечения -75%	
208	<b>Задача 5</b> Обеспечение медицинской помощью неизлечимых больных, в том числе детей					
209	<b>Показатель 1 задачи 5</b> Охват паллиативной помощью определенных групп взрослого населения				Охват паллиативной помощью определенных групп взрослого населения – 100%	
210	<b>Показатель 2 задачи 5</b> Охват паллиативной помощью детей				Охват паллиативной помощью детей – 100%	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
211	<b>Подпрограмма 5 «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»</b>	Управление здравоохране ния Липецкой области	2013	2020		Последствия не реализации подпрограммы закключаются в возможном снижении качества жизни инкурабельных больных, снижению доступности паллиативной помощи, усугублению страданий неизлечимо больного человека в последние дни жизни, нанесет психологическую травму родным и близким больного
212	<b>Цель подпрограммы 5</b> Повышение качества жизни неизлечимых больных за счет решения физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания					

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
213	<b>Индикатор 1 цели подпрограммы 5</b> Повышение удовлетворенности пациентов и их родственников качеством паллиативной медицинской помощи				Удовлетворенность пациентов и их родственников качеством паллиативной медицинской помощи -100 %	
214	<b>Задача 1 подпрограммы 5</b> Создание эффективной службы паллиативной помощи неизлечимым пациентам					
215	<b>Показатель 1 задачи 1 подпрограммы 5</b> Охват паллиативной помощью взрослого населения от нуждающихся в паллиативной помощи				Охват паллиативной помощью определенных групп взрослого населения не менее 100 % от нуждающихся в ней	
216	<b>Показатель 2 задачи 1 подпрограммы 5</b> Охват паллиативной помощью детей от нуждающихся в ней				Охват паллиативной помощью детей не менее 100 % от нуждающихся в ней	
217	<b>Задача 6</b> Обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами					
218	<b>Показатель 1 задачи 6</b> Обеспеченность врачами				Увеличение обеспеченности врачами до 41,0 на 10 тыс. населения	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
219	<b>Показатель 2 задачи 6</b> Соотношение врачей и среднего медицинского персонала				Соотношение врачей и среднего медицинского персонала 1:3,3	
220	<b>Показатель 3 задачи 6</b> Средняя заработная плата врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или новое высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг) от средней заработной в Липецкой области				Повышение средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или новое высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг) до 200 % от средней заработной в соответствующем регионе	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
221	<b>Показатель 4 задачи 6</b> Средняя заработная плата среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) от средней заработной платы в Липецкой области				Повышение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) до 100 % от средней заработной платы в соответствующем регионе	
222	<b>Показатель 5 задачи 6</b> Средняя заработная плата младшего медицинского (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) от средней заработной платы в Липецкой области				Повышение средней заработной платы младшего медицинского (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) 100% от средней заработной платы в соответствующем регионе	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
223	<b>Областная целевая программа 3 «Развитие кадров здравоохранения Липецкой области (2013-2017 годы)»</b>	Управление здравоохране ния Липецкой области, Управление образования и науки Липецкой области	2013	2017		Последствия не реализации программы закключаются в дальнейшем снижении обеспеченности системы здравоохранения медицинскими и фармацевтическими кадрами, непосредственно обеспечивающих качество и доступность медицинской помощи населению Липецкой области
224	<b>Цель 1 ОЦП 3</b> Совершенствование и перспективное развитие обеспеченности здравоохранения Липецкой области медицинскими кадрами					
225	<b>Цель 2 ОЦП 3</b> Поэтапное устранение дефицита медицинских кадров, а также регионального кадрового дисбаланса					

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
226	<b>Цель 3 ОЦП 3</b> Обеспечение притока в медицинские организации Липецкой области врачей и средних медицинских работников, позволяющего восполнять естественную убыль					
227	<b>Цель 4 ОЦП 3</b> Планирование подготовки и трудоустройства медицинских работников с использованием современных технологий кадрового менеджмента, эффективных мотивационных механизмов, позволяющих обеспечить медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области квалифицированными кадрами, способными улучшить качество оказания медицинской помощи населению Липецкой области					
228	<b>Цель 5 ОЦП 3</b> Повышение престижа профессии медицинского работника					



№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
229	<b>Задача 1 ОЦП 3</b> Формирование системы управления кадровым потенциалом здравоохранения Липецкой области с учетом структуры региональной потребности в медицинских кадрах, их оптимального размещения и эффективного использования					
230	<b>Задача 2 ОЦП 3</b> Достижение полноты укомплектованности медицинских организаций медицинскими работниками					
231	<b>Задача 3 ОЦП 3</b> Создание условий для планомерного роста профессионального уровня знаний и умений медицинских работников					
232	<b>Задача 4 ОЦП 3</b> Обеспечение социальной защиты, повышение качества жизни медицинских работников на основе приведения оплаты труда в соответствие с объемами, сложностью и эффективностью оказания медицинской помощи					

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
233	<b>Задача 5 ОЦП 3</b> Регулирование подготовки и сохранение медицинских кадров для здравоохранения Липецкой области с помощью мониторинга кадров при реализации его организационно- методической, информационно- аналитической поддержки					
234	<b>Областная целевая программа 4</b> <b>«Ипотечное кредитование</b> <b>врачей в 2013-2017 годах»</b>	Управление строительств а и архитектуры Липецкой области	2013	2017		Последствия не реализации программы закключаются в возможном дальнейшем снижении обеспеченности системы здравоохранения медицинскими и фармацевтическими кадрами, непосредственно обеспечивающих качество и доступность медицинской помощи населению Липецкой области

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
235	<b>Цель ОЦП 4</b> Поэтапное устранение дефицита врачей наиболее дефицитных специальностей в государственных медицинских организациях Липецкой области					
236	<b>Задача 1 ОЦП 4</b> Реализация дифференцирования мер социальной поддержки врачей наиболее дефицитных специальностей в государственных медицинских организациях Липецкой области путем создания благоприятных условий для обеспечения их доступным жильем с использованием механизмов ипотечного жилищного кредитования					
237	<b>Показатель 1 задачи 1</b> Доля врачей, улучшивших жилищные условия от общей численности врачей, нуждающихся в улучшении жилищных условий				Доля врачей, улучшивших жилищные условия от общей численности врачей, нуждающихся в улучшении жилищных условий - 61,2%	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
238	<b>Подпрограмма 6 «Кадровое обеспечение здравоохранения Липецкой области»</b>	Управление здравоохране ния Липецкой области	2013	2020		Последствия не реализации подпрограммы закключаются в дальнейшем снижении обеспеченности системы здравоохранения медицинскими и фармацевтическими кадрами, непосредственно обеспечивающих качество и доступность медицинской помощи населению Липецкой области
239	<b>Цель 1 подпрограммы 6</b> Совершенствование и перспективное развитие обеспеченности здравоохранения Липецкой области медицинскими кадрами					
240	<b>Индикатор 1 цели 1 подпрограммы 6</b> Обеспеченность населения Липецкой области врачами на 10 тыс. населения				Обеспеченность населения Липецкой области врачами на 10 тыс. населения – 46,2	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
241	<b>Индикатор 2 цели 1 подпрограммы 6</b> Обеспеченность населения Липецкой области средними медицинскими работниками на 10 тыс. населения				Обеспеченность населения Липецкой области средними медицинскими работниками на 10 тыс. населения – 140,0	
242	<b>Индикатор 3 цели 1 подпрограммы 6</b> Обеспеченность врачами сельского населения на 10 тыс. населения				Обеспеченность врачами сельского населения на 10 тыс. населения - 23,0	
243	<b>Индикатор 4 цели 1 подпрограммы 6</b> Обеспеченность средними медицинскими работниками сельского населения на 10 тыс. населения				Обеспеченность средними медицинскими работниками сельского населения на 10 тыс. населения – 87,7	
244	<b>Индикатор 5 цели 1 подпрограммы 6</b> Обеспеченность врачами клинических специальностей на 10 тыс. населения				Обеспеченность врачами клинических специальностей на 10 тыс. населения – 28,2	
245	<b>Цель 2 подпрограммы 6</b> Поэтапное устранение дефицита медицинских кадров, а также регионального кадрового дисбаланса					

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
246	<b>Индикатор 1 цели 2 подпрограммы 6</b> Укомплектованность медицинских организаций государственной системы здравоохранения Липецкой области, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях врачами и средними медицинскими работниками				Укомплектованность медицинских организаций государственной системы здравоохранения Липецкой области, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях врачами и средними медицинскими работниками - 97%	
247	<b>Индикатор 2 цели 2 подпрограммы 6</b> Укомплектованность медицинских организаций государственной системы здравоохранения Липецкой области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь врачами и средними медицинскими работниками				Укомплектованность медицинских организаций государственной системы здравоохранения Липецкой области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь врачами и средними медицинскими работниками – 96,7%	
248	<b>Индикатор 3 цели 2 подпрограммы 6</b> Темп прироста численности врачей по особо востребованным в Липецкой области специальностям				Темп прироста численности врачей по особо востребованным в Липецкой области специальностям - 4,8%	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
249	<b>Индикатор 4 цели 2 подпрограммы 6</b> Темп прироста численности средних медицинских работников по особо востребованным в Липецкой области специальностям				Темп прироста численности средних медицинских работников по особо востребованным в Липецкой области специальностям – 3,3%	
250	<b>Индикатор 5 цели 2 подпрограммы 6</b> Соотношение врачей и средних медицинских работников				Соотношение врачей и средних медицинских работников – 1/3,3	
251	<b>Цель 3 подпрограммы 6</b> Обеспечение притока в медицинские организации Липецкой области врачей и средних медицинских работников, позволяющего восполнять естественную убыль					
252	<b>Индикатор 1 цели 3 подпрограммы 6</b> Число врачей, привлеченных на работу в медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области				Число врачей, привлеченных на работу в медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области - 974	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
253	<b>Индикатор 2 цели 3 подпрограммы 6</b> Число средних медицинских работников, привлеченных на работу в медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области				Число средних медицинских работников, привлеченных на работу в медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области – 3300	
254	<b>Цель 4 подпрограммы 6</b> Планирование подготовки и трудоустройства медицинских работников с использованием современных технологий кадрового менеджмента, эффективных мотивационных механизмов, позволяющих обеспечить медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области квалифицированными кадрами, способными улучшить качество оказания медицинской помощи населению Липецкой области					



№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
255	<b>Индикатор 1 цели 4 подпрограммы 6</b> Доля специалистов с медицинским образованием, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд Липецкой области, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области				Доля специалистов с медицинским образованием, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд Липецкой области, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области - 100%	
256	<b>Индикатор 2 цели 4 подпрограммы 6</b> Количество врачей, прошедших обучение по программам дополнительного профессионального образования в образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования				Количество врачей, прошедших обучение по программам дополнительного профессионального образования в образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования - 7959	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
257	<b>Индикатор 3 цели 4 подпрограммы 6</b> Количество подготовленных специалистов по программам послевузовского профессионального образования в образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования				Количество подготовленных специалистов по программам послевузовского профессионального образования в образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования - 974	
258	<b>Индикатор 4 цели 4 подпрограммы 6</b> Количество медицинских работников со средним медицинским образованием, прошедших обучение по программам дополнительного профессионального образования в образовательных учреждениях среднего и дополнительного профессионального образования				Количество медицинских работников со средним медицинским образованием, прошедших обучение по программам дополнительного профессионального образования в образовательных учреждениях среднего и дополнительного профессионального образования - 19634	
259	<b>Индикатор 5 цели 4 подпрограммы 6</b> Число абитуриентов, направленных на целевую подготовку по программам высшего, среднего, послевузовского профессионального образования				Число абитуриентов, направленных на целевую подготовку по программам высшего, среднего, послевузовского профессионального образования - 600	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
260	<b>Индикатор 6 цели 4 подпрограммы 6</b> Число мест в образовательных учреждениях среднего профессионального образования Липецкой области, финансируемых в рамках сформированного государственного задания				Число мест в образовательных учреждениях среднего профессионального образования Липецкой области, финансируемых в рамках сформированного государственного задания - 1350	
261	<b>Индикатор 7 цели 4 подпрограммы 6</b> Число мест в образовательных учреждениях среднего профессионального образования Липецкой области, финансируемых за счет собственных средств граждан и юридических лиц				Число мест в образовательных учреждениях среднего профессионального образования Липецкой области, финансируемых за счет собственных средств граждан и юридических лиц - 700	
262	<b>Индикатор 8 цели 4 подпрограммы 6</b> Соотношение числа мест в образовательных учреждениях среднего профессионального образования Липецкой области, финансируемых в рамках сформированного государственного задания и финансируемых за счет собственных средств граждан и юридических лиц				Соотношение числа мест в образовательных учреждениях среднего профессионального образования Липецкой области, финансируемых в рамках сформированного государственного задания и финансируемых за счет собственных средств граждан и юридических лиц - 2/1	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
263	<b>Индикатор 9 цели 4 подпрограммы 6</b> Число специалистов со средним медицинским образованием, окончивших образовательные учреждения среднего профессионального образования Липецкой области				Число специалистов со средним медицинским образованием, окончивших образовательные учреждения среднего профессионального образования Липецкой области - 3360	
264	<b>Цель 5 подпрограммы 6</b> Повышение престижа профессии медицинского работника					
265	<b>Индикатор 1 цели 5 подпрограммы 6</b> Доля медицинских организаций, перешедших на «эффективный контракт» с медицинскими работниками				Доля медицинских организаций, перешедших на «эффективный контракт» с медицинскими работниками - 100%	
266	<b>Индикатор 2 цели 5 подпрограммы 6</b> Число мероприятий по повышению престижа профессии, проводимых на уровне Липецкой области				Число мероприятий по повышению престижа профессии, проводимых на уровне Липецкой области - 5	
267	<b>Индикатор 3 цели 5 подпрограммы 6</b> Доля врачей, имеющих квалификационную категорию из числа работающих в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Липецкой области				Доля врачей, имеющих квалификационную категорию из числа работающих в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Липецкой области - 76%	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
268	<b>Индикатор 4 цели 5 подпрограммы 6</b> Доля средних медицинских работников, имеющих квалификационную категорию из числа работающих в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Липецкой области				Доля средних медицинских работников, имеющих квалификационную категорию из числа работающих в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Липецкой области - 78%	
269	<b>Индикатор 5 цели 5 подпрограммы 6</b> Доля медицинских работников, прошедших оценку уровня квалификации				Доля медицинских работников, прошедших оценку уровня квалификации - 100%	
270	<b>Индикатор 6 цели 5 подпрограммы 6</b> Доля аккредитованных медицинских и фармацевтических работников				Доля аккредитованных медицинских и фармацевтических работников - 80%	
271	<b>Задача 1 подпрограммы 6</b> Регулирование подготовки и сохранение медицинских кадров для здравоохранения Липецкой области с помощью мониторинга кадров при реализации его организационно-методической, информационно-аналитической поддержки					

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
272	<b>Показатель 1 задачи 1 подпрограммы 6</b> Число выпускников средних медицинских образовательных учреждений, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области				Число выпускников средних медицинских образовательных учреждений, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области – 3300 чел	
273	<b>Показатель 2 задачи 1 подпрограммы 6</b> Число выпускников высших медицинских образовательных учреждений, трудоустроившихся в медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области после окончания интернатуры, ординатуры				Число выпускников высших медицинских образовательных учреждений, трудоустроившихся в медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области после окончания интернатуры, ординатуры – 974 чел	
274	<b>Задача 2 подпрограммы 6</b> Создание условий для планомерного роста профессионального уровня знаний и умений медицинских работников					

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
275	<b>Показатель 1 задачи 2 подпрограммы 6</b> Количество врачей, прошедших обучение по программам дополнительного профессионального образования в образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования				Количество врачей, прошедших обучение по программам дополнительного профессионального образования в образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования – 7959 чел	
276	<b>Показатель 2 задачи 2 подпрограммы 6</b> Количество медицинских работников со средним медицинским образованием, прошедших обучение по программам дополнительного профессионального образования в образовательных учреждениях среднего и дополнительного профессионального образования				Количество медицинских работников со средним медицинским образованием, прошедших обучение по программам дополнительного профессионального образования в образовательных учреждениях среднего и дополнительного профессионального образования – 19634 чел	
277	<b>Задача 3 подпрограммы</b> Достижение полноты укомплектованности медицинских организаций медицинскими работниками					

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
278	<b>Показатель 1 задачи 3 подпрограммы 6</b> Укомплектованность медицинских организаций государственной системы здравоохранения Липецкой области врачами				Укомплектованность медицинских организаций государственной системы здравоохранения Липецкой области врачами - 98%	
279	<b>Показатель 2 задачи 3 подпрограммы 6</b> Укомплектованность медицинских организаций государственной системы здравоохранения Липецкой области средними медицинскими работниками				Укомплектованность медицинских организаций государственной системы здравоохранения Липецкой области средними медицинскими работниками – 98,6%	
280	<b>Задача 4 подпрограммы 6</b> Обеспечение социальной защиты, повышение качества жизни медицинских работников на основе приведения оплаты труда в соответствие с объемами, сложностью и эффективностью оказания медицинской помощи					



№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
281	<b>Показатель 1 задачи 4 подпрограммы 6</b> соотношение средней заработной платы врачей и иных работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), и средней заработной платы в Липецкой области				Соотношение средней заработной платы врачей и иных работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), и средней заработной платы в Липецкой области – 200%	
282	<b>Показатель 2 задачи 4 подпрограммы 6</b> соотношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего предоставление медицинских услуг) и средней заработной платы в Липецкой области				Соотношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего предоставление медицинских услуг) и средней заработной платы в Липецкой области – 100%	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
283	<b>Показатель 3 задачи 4 подпрограммы 6</b> соотношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего предоставление медицинских услуг) и средней заработной платы в Липецкой области				Соотношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего предоставление медицинских услуг) и средней заработной платы в Липецкой области – 100%	
284	<b>Показатель 4 задачи 4 подпрограммы 6</b> количество медицинских работников, достигших особых результатов в творческой, научной и практической деятельности в сфере				Количество медицинских работников, достигших особых результатов в творческой, научной и практической деятельности в сфере здравоохранения - 104 чел	
285	<b>Задача 5 подпрограмма 6</b> Формирование системы управления кадровым потенциалом здравоохранения Липецкой области с учетом структуры региональной потребности в медицинских кадрах, их оптимального размещения и эффективного использования					
286	<b>Показатель 1 задачи 5 подпрограммы 6</b> Доля врачей первичного звена здравоохранения от общего числа врачей				Доля врачей первичного звена здравоохранения от общего числа врачей – 65 %	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
287	<b>Задача 7</b> Повышение обеспеченности населения качественными, эффективными и безопасными лекарственными препаратами					
288	<b>Показатель 1 задачи 7</b> Удовлетворенность потребности отдельных категорий граждан в лекарственных препаратах, отпускаемых на основании выданных рецептов				Удовлетворенность потребности отдельных категорий граждан в лекарственных препаратах, отпускаемых на основании выданных рецептов-99%	
289	<b>Показатель 2 задачи 7</b> Уровень контроля качества и безопасности лекарственных препаратов, поставляемых в Липецкую область за счет средств федерального и областного бюджетов в целях амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан				Уровень контроля качества и безопасности лекарственных препаратов, поставляемых в Липецкую область за счет средств федерального и областного бюджетов в целях амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан-100%	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
290	<b>Подпрограмма 7 «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях»</b>	Управление здравоохранения Липецкой области	2013	2020		Последствия не реализации подпрограммы заключаются в возможном снижении качества и доступности лекарственного обеспечения граждан, утяжелении течения болезней населения, снижение продолжительности и качества жизни граждан
291	<b>Цель подпрограммы 7</b> Наиболее полное удовлетворение потребностей отдельных категорий граждан Липецкой области в необходимых, качественных, эффективных и безопасных лекарственных препаратах					

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
292	<b>Индикатор 1 цели подпрограммы 7</b> Удовлетворенность потребности отдельных категорий граждан в необходимых в соответствии со стандартами медицинской амбулаторной помощи лекарственных препаратах на основании рецептов				Удовлетворенность потребности отдельных категорий граждан в необходимых в соответствии со стандартами медицинской амбулаторной помощи лекарственных препаратах на основании рецептов -99%	
293	<b>Индикатор 2 цели подпрограммы 7</b> Уровень контроля качества и безопасности лекарственных препаратов, поставляемых в Липецкую область за счет средств федерального и областного бюджетов в целях амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан				Уровень контроля качества и безопасности лекарственных препаратов, поставляемых в Липецкую область за счет средств федерального и областного бюджетов в целях амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан-100%	

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
294	<p><b>Задача 1 подпрограммы 7</b> Совершенствование перечня лекарственных препаратов, обеспечение которыми осуществляется в целях реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Липецкой области медицинской амбулаторной помощи, повышение эффективности персонифицированного учета отдельных категорий граждан и планирования их потребностей в лекарственных препаратах, обеспечение рационального использования лекарственных препаратов, повышение доступности для отдельных категорий граждан медицинской амбулаторной помощи в части обеспечения лекарственными препаратами, совершенствование системы контроля их качества, эффективности и безопасности, борьба с оборотом недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных препаратов</p>					

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
295	<b>Показатель 1 задачи 1 подпрограммы 7</b> Доля необслуженных рецептов в количестве выписанных рецептов				Доля необслуженных рецептов в количестве выписанных рецептов не более 1%	
296	<b>Показатель 2 задача 1 подпрограммы 7</b> Доля недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных препаратов в количестве лекарственных препаратов, полученных гражданами Липецкой области при оказании медицинской амбулаторной помощи за счет федерального и областного бюджетов				Доля недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных препаратов в количестве лекарственных препаратов, полученных гражданами Липецкой области при оказании медицинской амбулаторной помощи за счет федерального и областного бюджетов – 0 %	
297	<b>Задача 8</b> Создание и масштабирование аппаратно- программных решений для оказания медицинских услуг медицинским работником на основе современных информационно-телекоммуникационных технологий					

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
298	<b>Показатель 1 задачи 8</b> Доля самозаписи через Интернет или информационные терминалы к общему количеству записанных в региональной информационно-аналитической системе (далее – РИАМС) на прием к врачу пациентов				Доля самозаписи через Интернет или информационные терминалы к общему количеству записанных в региональной информационно- аналитической системе (далее – РИАМС) на прием к врачу пациентов - 5%	
299	<b>Показатель 2 задачи 8</b> Доля медицинских учреждений области, подключенных к РИАМС с использованием защищенных каналов связи				Доля медицинских учреждений области, подключенных к РИАМС с использованием защищенных каналов связи – 100 %	
300	<b>Показатель 3 задачи 8</b> Доля заполненных медицинских электронных карт к общему количеству медицинских электронных карт заведенных в РИАМС				Доля заполненных медицинских электронных карт к общему количеству электронных медицинских карт заведенных в РИАМС 90 %	



№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
301	<b>Показатель 4 задачи 8</b> Количество медицинских услуг, оказанных населению с использованием телемедицинских технологий				Количество медицинских услуг, оказанных населению с использованием телемедицинских технологий – 6000 шт	
302	<b>Подпрограмма 8</b> <b>«Развитие информатизации в здравоохранении»</b>	Управление здравоохране ния Липецкой области	2013	2020		Последствия не реализации подпрограммы заключаются в возможном снижении качества организации и управления лечебно- диагностическим процессом, ресурсами отрасли
303	<b>Цель подпрограммы 8</b> Создание и масштабирование аппаратно- программных решений для оказания медицинских услуг медицинским работником на основе современных информационно-телекоммуникационных технологий					

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
304	<b>Индикатор 1 подпрограммы 8</b> Обеспеченность медицинских кадров автоматизированными рабочими местами, подключенными к РИАМС				Обеспеченность медицинских кадров автоматизированными рабочими местами, подключенными к РИАМС - 90%	
305	<b>Индикатор 2 цели подпрограммы 8</b> Охват РИАМС различных процессов оказания медицинской помощи населению				Охват РИАМС различных процессов оказания медицинской помощи населению - 90%	
306	<b>Задача 1 подпрограммы 8</b> Развитие РИАМС с использованием защищенных каналов передачи данных					
307	<b>Показатель 1 задачи 1 подпрограммы 8</b> Доля медицинских учреждений области, подключенных к РИАМС с использованием защищенных каналов связи				Доля медицинских учреждений области, подключенных к РИАМС с использованием защищенных каналов связи – 100%	
308	<b>Задача 2 подпрограммы 8</b> Увеличение доли государственных услуг, оказываемых с использованием современных информационных систем					

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
309	<b>Показатель 1 задачи 2 подпрограммы 8</b> Доля самозаписи через Интернет или информационные терминалы к общему количеству записанных в РИАМС на прием к врачу пациентов				Доля самозаписи через Интернет или информационные терминалы к общему количеству записанных в РИАМС на прием к врачу пациентов – 5%	
310	<b>Показатель 2 задачи 2 подпрограммы 8</b> Доля заполненных медицинских электронных карт к общему количеству медицинских электронных карт заведенных в РИАМС				Доля заполненных медицинских электронных карт к общему количеству медицинских электронных карт заведенных в РИАМС – 90%	
311	<b>Показатель 3 задачи 2 подпрограммы 8</b> Количество медицинских услуг, оказанных населению с использованием телемедицинских технологий				Количество медицинских услуг, оказанных населению с использованием телемедицинских технологий - 6000 шт	
312	<b>Задача 9</b> Развитие взаимодействия государственной и частной систем здравоохранения					

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
313	<b>Показатель 1 задачи 9</b> Доля частных медицинских организации, участвующих в оказании медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий в общем числе участвующих медицинских организаций				Доля частных медицинских организации, участвующих в оказании медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий в общем числе участвующих медицинских организаций-24%	
314	<b>Подпрограмма 9 «Развитие государственно-частного партнерства»</b>	Управление здравоохранения Липецкой области	2013	2020		Последствия не реализации подпрограммы заключаются в возможном снижении доступности и качества медицинских услуг на фоне растущего соответствующего спроса населения, сохранение очередности на получение бесплатной медицинской помощи

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
315	<b>Цель подпрограммы 9</b> Развитие взаимодействия государственной и частной систем здравоохранения					
316	<b>Индикатор 1 подпрограммы 9</b> Увеличение доли расходов на оказание медицинской помощи в негосударственных медицинских организациях от общего объема финансирования Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи к 2020 году				Увеличение доли расходов на оказание медицинской помощи в негосударственных медицинских организациях от общего объема финансирования Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи к 2020 году не менее 3%	
317	<b>Задача 1 подпрограммы 9</b> Повышение доступности и качества медицинских услуг, предоставляемых потребителям, путем привлечения частных медицинских организаций к реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи					

№ п/п	Наименование государственной программы, областной целевой программы, подпрограммы	Исполнители	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации областной целевой программы, подпрограммы
			начала реализации	окончания реализации		
1	2	3	4	5	6	7
318	<b>Показатель 1 задачи 1 подпрограммы 9</b> Доля негосударственных медицинских организаций, участвующих в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи, в общем числе участвующих медицинских организаций				Доля негосударственных медицинских организаций, участвующих в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи, в общем числе участвующих медицинских организаций- 24%	

Приложение 2  
к государственной программе  
Липецкой области  
"Развитие здравоохранения  
Липецкой области на 2013-2020 годы"

**СВЕДЕНИЯ  
ОБ ИНДИКАТОРАХ ЦЕЛИ И ПОКАЗАТЕЛЯХ ЗАДАЧ  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ, ОБЛАСТНЫХ  
ЦЕЛЕВЫХ ПРОГРАММ, ПОДПРОГРАММ И ИХ ЗНАЧЕНИЯХ**

Таблица

N п/п	Индикатор цели Показатель задач (наименование)	Ед. изме- рения	Значения индикаторов и показателей								
			2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	<b>Государственная программа Липецкой области "Развитие здравоохранения Липецкой области на 2013-2020 годы"</b>										
2	<b>Цель</b> Обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребности населения, передовым достижениям медицинской науки										
3	<b>Индикатор 1 цели</b> Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	лет	70	70	70,8	71,4	72,0	73,0	74,0	74,1	74,3
4	<b>Индикатор 2 цели</b> Смертность от всех причин	на 1000 населения	15,30	15,30	14,70	14,30	13,50	13,00	11,80	11,60	11,40
5	<b>Задача 1</b> Обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья, развития первичной медико-санитарной помощи										
6	<b>Показатель 1 задачи 1</b> Потребление алкогольной продукции в перерасчете на абсолютный алкоголь	литр на душу населения в год	10,50	10,50	9,90	9,60	9,40	9,20	9,00	9,00	9,00
7	<b>Показатель 2 задачи 1</b> Распространенность потребления табака среди взрослого населения	процентов	49,60	49,60	46,40	44,80	43,20	41,60	40,00	38,20	35,00

8	<b>Показатель 3 задачи 1</b> Распространенность потребления табака среди детей и подростков	процентов	18,70	18,70	18,50	18,40	18,30	18,20	18,00	17,00	16,00
9	<b>Областная целевая программа 1 «Совершенствование системы охраны здоровья населения Липецкой области (2009-2013 годы)»</b>										
10	<b>Цель ОЦП 1</b> Сохранение и укрепление общественного здоровья, дальнейшее снижение инвалидизации и смертности населения на основе устойчивого развития системы здравоохранения области, предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями										
11	<b>Индикатор цели ОЦП 1</b> Смертность населения в трудоспособном возрасте	Случаев на 100 тыс.населения соответствующего возраста	670,0	665,0							
12	<b>Задача ОЦП 1</b> Снижение смертности населения от предотвратимых причин										
13	<b>Показатель 1 задачи 1</b> Смертность населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения	Случаев на 100 тыс.населения соответствующего возраста	230,0	225,0							
14	<b>Показатель 2 задачи 1</b> Снижение уровня потребления алкогольной продукции на душу населения	процент	2,0								
15	<b>Показатель 3 задачи 1</b> Доля курящих среди населения	процент	50,0								
16	<b>Показатель 4 задачи 1</b> Процент больных с диагнозом «наркомания», состоящих под наблюдением на конец отчетного периода, находящихся в ремиссии от 6 месяцев и более	Не менее %	29,0								
17	<b>Задача 2 ОЦП 1</b> Улучшение лечебно-диагностической помощи больным туберкулезом										
18	<b>Показатель 1 задачи 2</b> Снижение заболеваемости туберкулезом	процент	3,2	3,0							



19	<b>Показатель 2 задачи 2</b> Увеличение численности лиц, обследованных на туберкулез	человек	10447 00	10548 23								
20	<b>Показатель 3 задачи 2</b> Численность подготовленных кадров по основным и смежным специальностям	человек	47	25								
21	<b>Задача 3 ОЦП 1</b> Улучшение качества жизни больных сахарным диабетом											
22	<b>Показатель 1 задачи 3</b> Снижение заболеваемости сахарным диабетом	процент	2,7	2,8								
23	<b>Показатель 2 задачи 3</b> Снижение численности умерших от осложнений сахарного диабета	человек	73	70								
24	<b>Показатель 3 задачи 3</b> Численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям	человек	14	8								
25	<b>Задача 4 ОЦП 1</b> Создание безопасного коллективного иммунитета к инфекциям, управляемым средствами специфической профилактики											
26	<b>Показатель 1 задачи 4</b> Уровень охвата профилактическими прививками в декретированных возрастах	процент	95,0	95,0								
27	<b>Задача 5 ОЦП 1</b> Раннее выявление вируса иммунодефицита человека и предупреждение распространения ВИЧ-инфекции											
28	<b>Показатель 1 задачи 5</b> Снижение заболеваемости болезнями, вызванным вирусом иммунодефицита человека	процент	3,0	3,2								
29	<b>Показатель 2 задачи 5</b> Увеличение численности лиц, прошедших диспансерное наблюдение,	человек	583	641								

	инфицированных вирусом иммунодефицита человека											
30	<b>Показатель 3 задачи 5</b> Численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям	человек	40	45								
31	<b>Задача 6 ОЦП 1</b> Совершенствование диагностики вирусных гепатитов с целью профилактики хронизации процесса											
32	<b>Показатель 1 задачи 6</b> Снижение заболеваемости вирусными гепатитами В и С	процент	5,0	3,2								
33	<b>Показатель 2 задачи 6</b> Увеличение численности лиц, прошедших диспансерное наблюдение, инфицированных вирусными гепатитами В и С	человек	12000	12100								
34	<b>Показатель 3 задачи 6</b> Численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям	человек	35	40								
35	<b>Задача 7 ОЦП 1</b> Совершенствование медицинской помощи больным с артериальной гипертонией и ассоциированными сердечно-сосудистыми заболеваниями											
36	<b>Показатель 1 задачи 7</b> Снижение заболеваемости болезнями, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	процент	9,0	9,6								
37	<b>Показатель 2 задачи 7</b> Увеличение численности лиц, обследованных на наличие артериальной гипертонии	человек	5325	5633								
38	<b>Показатель 3 задачи 7</b> Численность подготовленных медицинских кадров по основным и	человек	43	50								

	смежным специальностям											
39	<b>Задача 8 ОЦП 1</b> Совершенствование диагностики визуальных форм злокачественных новообразований на ранних стадиях											
40	<b>Показатель 1 задачи 8</b> Снижение заболеваемости злокачественными новообразованиями	процент	0,4	0,5								
41	<b>Показатель 2 задачи 8</b> Лечение лиц, обследованных на онкологические заболевания	человек	55400	55800								
42	<b>Показатель 3 задачи 8</b> Численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям	человек	52	54								
43	<b>Задача 9 ОЦП 1</b> Совершенствование системы диагностики и профилактики инфекций, передаваемых половым путем											
44	<b>Показатель 1 задачи 9</b> Снижение заболеваемости сифилисом на сто тысяч населения	процент	4,0	3,5								
45	<b>Показатель 2 задачи 9</b> Снижение заболеваемости гонореей на сто тысяч населения	процент	4,0	5,0								
46	<b>Показатель 3 задачи 9</b> Численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям	человек	18,0	20,0								
47	<b>Задача 10 ОЦП 1</b> Улучшение качества оказания медицинской помощи психиатрическим больным											
48	<b>Показатель 1 задачи 10</b> Снижение заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения	процент	2,0	2,2								
49	<b>Показатель 2 задачи 10</b> Снижение численности больных	человек	5300	5200								

	психическими расстройствами, госпитализируемых в стационары										
50	<b>Показатель 3 задачи 10</b> Численность подготовленных медицинских кадров по основным и смежным специальностям	человек	45	68							
51	<b>Задача 11 ОЦП 1</b> Совершенствование методов раннего выявления врожденных патологий у детей и их реабилитации										
52	<b>Показатель 1 задачи 11</b> Младенческая смертность	случаев на тысячу человек родившихся живыми		6,9							
53	<b>Показатель 2 задачи 11</b> Первичный выход на инвалидность детей в возрасте от 0 до 17 лет	случаев на 10,0 тыс.населения соответствующего возраста	18,5	18,0							
54	<b>Показатель 3 задачи 11</b> Доля обследованных детей при проведении неонатального скрининга	процент от общего числа родившихся	99,8	99,8							
55	<b>Показатель 4 задачи 11</b> Доля обследованных детей при проведении аудиологического скрининга	процент от общего числа родившихся	95,0	95,0							
56	<b>Задача 12 ОЦП 1</b> Создание единого информационного пространства здравоохранения										
57	<b>Показатель 1 задачи 12</b> Охват учреждениями здравоохранения, органов управления здравоохранением использованием ресурсов региональной информационно-аналитической системы	процент		100							
58	<b>Задача 13 ОЦП 1</b> Совершенствование специализированной медицинской помощи больным с урологическими заболеваниями.										
59	<b>Показатель 1 задачи 13</b> Количество малоинвазивных	Количество операций		142							



70	<b>Индикатор 7 цели 1 подпрограммы 1</b> Заболееваемость корью	на 1 млн. населения	30,67	2,90	2,00	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90
71	<b>Индикатор 8 цели 1 подпрограммы 1</b> Заболееваемость краснухой	на 100тыс. населения	0,00	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08
72	<b>Индикатор 9 цели 1 подпрограммы 1</b> Заболееваемость эпидемическим паротитом	на 100тыс. населения	0,00	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08
73	<b>Индикатор 10 цели 1 подпрограммы 1</b> Заболееваемость острым вирусным гепатитом В	на 100тыс. населения	0,77	0,75	0,72	0,70	0,67	0,65	0,62	0,60	0,57
74	<b>Индикатор 11 цели 1 подпрограммы 1</b> Охват иммунизацией населения против дифтерии, коклюша и столбняка в декретированные сроки	процент	97,80	97,80	97,90	97,90	98,00	98,00	98,00	98,00	98,00
75	<b>Индикатор 12 цели 1 подпрограммы 1</b> Охват иммунизацией населения против кори в декретированные сроки	процент	98,40	98,40	98,50	98,50	98,60	98,60	98,60	98,70	98,70
76	<b>Индикатор 13 цели 1 подпрограммы 1</b> Охват иммунизацией населения против краснухи в декретированные сроки	процент	98,50	98,50	98,60	98,60	98,60	98,70	98,70	98,80	98,80
77	<b>Индикатор 14 цели 1 подпрограммы 1</b> Охват иммунизацией населения против эпидемического паротита в декретированные сроки	процент	98,50	98,50	98,60	98,60	98,60	98,70	98,70	98,80	98,80
78	<b>Индикатор 15 цели 1 подпрограммы 1</b> Доля больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года	процент	23,80	23,70	23,50	23,30	23,10	22,80	22,60	22,40	22,20
79	<b>Индикатор 16 цели 1</b>	процент	14,72	14,70	14,68	14,65	14,61	14,58	14,53	14,50	14,40

	<b>подпрограммы 1</b> Доля больных наркоманией, повторно госпитализированных в течение года											
80	<b>Цель 2 подпрограммы 1</b> Повышение качества и доступности первичной медико-санитарной помощи											
81	<b>Индикатор 1</b> цели 2 <b>подпрограммы 1</b> Охват профилактическими медицинскими осмотрами детей	процент	99,50	99,60	99,70	99,80	100,0 0	100,00	100,0 0	100,0 0	100,0 0	100,0 0
82	<b>Индикатор 2</b> цели 2 <b>подпрограммы 1</b> Охват диспансеризацией детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации	процент	100,0 0	100,0 0	100,0 0	100,0 0	100,0 0	100,00	100,0 0	100,0 0	100,0 0	100,0 0
83	<b>Индикатор 3</b> цели 2 <b>подпрограммы 1</b> Охват диспансеризацией подростков	процент	100,0 0	100,0 0	100,0 0	100,0 0	100,0 0	100,00	100,0 0	100,0 0	100,0 0	100,0 0
84	<b>Задача 1 подпрограммы 1</b> Развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения области, в том числе снижение распространенности наиболее значимых факторов риска											
85	<b>Показатель 1 задачи 1</b> <b>подпрограммы 1</b> Распространенность низкой физической активности среди взрослого населения	процент	40,00	39,50	39,00	38,50	38,00	37,50	37,00	36,50	36,00	
86	<b>Задача 2 подпрограммы 1</b> Снижение уровня распространенности инфекционных заболеваний, профилактика которых осуществляется проведением иммунизации населения в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок											
87	<b>Показатель 1 задачи 2</b> <b>подпрограммы 1</b> Охват иммунизации населения против гепатита В в декретированные сроки	процент	95,00	95,25	95,50	95,75	96,00	96,25	96,50	96,75	97,00	
88	<b>Задача 3 подпрограммы 1</b> Раннее выявление инфицированных ВИЧ, острыми гепатитами В и С											

89	<b>Показатель 1 задачи 3 подпрограммы 1</b> Доля ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих на диспансерном учете, от числа выявленных	процент	74,50	75,00	75,50	76,00	76,50	77,00	75,50	78,00	78,50
90	<b>Задача 4 подпрограммы 1</b> Реализация дифференцированного подхода к организации в рамках первичной медико-санитарной помощи профилактических осмотров и диспансеризации населения, в том числе детей, в целях обеспечения своевременного выявления заболеваний, дающих наибольший вклад в показатели инвалидизации и смертности населения										
91	<b>Показатель 1 задачи 4 подпрограммы 1</b> Охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения от подлежащих диспансеризации	процент	38,90	38,60	38,30	38,00	37,70	37,40	37,00	36,50	36,00
92	<b>Подпрограмма 10 «Совершенствование территориального планирования здравоохранения Липецкой области»</b>										
93	<b>Цель подпрограммы 10</b> Формирование системы здравоохранения Липецкой области, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг										
94	<b>Индикатор 1 цели подпрограммы 10</b> Удовлетворенность населения медицинской помощью	процент	50,3	53,4	56,5	59,6	62,7	65,8	68,9	72	75
95	<b>Задача 1 подпрограммы 10</b> Оптимизация структуры отрасли, в том числе путем объединения маломощных больниц и поликлиник и создания многопрофильных медицинских центров										
96	<b>Показатель 1 задачи 1 подпрограммы 10</b> Создания медицинских кластеров	кол-во	-	1	2	3	4	4	4	4	4
97	<b>Задача 2 подпрограммы 10</b> Оптимизация объемов медицинской помощи в структуре расходов по видам медицинской помощи										
98	<b>Показатель 1 задачи 2 подпрограммы 10</b> Доля расходов на оказание медицинской	процент	57,4	57,2	55,6	54,9	54,2	52,4	50,2	50,2	50,2



	помощи в стационарных условиях от всех расходов на Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи (далее – программа государственных гарантий)										
99	<b>Показатель 2 задачи 2 подпрограммы 10</b> Доля расходов на оказание скорой медицинской помощи от всех расходов на программу государственных гарантий	процент	5,8	5,7	5,6	5,4	5,3	5,2	5,1	5,1	5,1
100	<b>Показатель 3 задачи 2 подпрограммы 10</b> Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях от всех расходов на программу государственных гарантий	процент	28,5	28,5	29,0	29,4	29,6	30,6	31,7	31,7	31,7
101	<b>Показатель 4 задачи 2 подпрограммы 10</b> Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме от всех расходов на программу государственных гарантий	процент	1,5	1,5	1,9	2,2	2,7	3,3	3,9	3,9	3,9
102	<b>Показатель 5 задачи 2 подпрограммы 10</b> Доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров от всех расходов на программу государственных гарантий	процент	6,8	7,1	7,9	8,1	8,2	8,5	9,1	9,1	9,1
103	<b>Задача 2</b> Повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации										

104	<b>Показатель 1 задачи 2</b> Смертность от болезней системы кровообращения	на 100 тыс. населения	868,00	868,00	852,00	800,00	749,50	699,40	649,40	635,70	622,40
105	<b>Показатель 2 задачи 2</b> Смертность от дорожно-транспортных происшествий	на 100 тыс. населения	17,60	17,60	16,00	14,40	12,80	11,20	10,00	10,00	10,00
106	<b>Показатель 3 задачи 2</b> Смертность от новообразований (в том числе злокачественных)	на 100 тыс. населения	201,20	201,20	199,00	198,00	196,00	194,00	192,80	191,40	190,00
107	<b>Показатель 4 задачи 2</b> Смертность от туберкулеза	на 100 тыс. населения	4,30	4,30	4,30	4,30	4,30	4,30	4,30	4,30	4,30
108	<b>Показатель 5 задачи 2</b> Заболееваемость туберкулезом	на 100 тыс. населения	47,80	47,80	46,80	45,80	44,80	44,00	43,46	39,24	35,00
109	<b>Областная целевая программа 2 «Комплексные меры противодействия употреблению наркотиков и их незаконному обороту на 2013-2017 годы»</b>										
110	<b>Цель ОЦП 2</b> Уменьшение масштабов употребления наркотиков среди населения Липецкой области										
111	<b>Задача 1 ОЦП 2</b> Обеспечение действенной профилактики наркомании среди населения										
112	<b>Показатель 1 задачи 1</b> Доля населения области, информированного о вредных последствиях употребления наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов	процент		80,0	83,0	87,0	89,0	90,0			
113	<b>Задача 2 ОЦП 2</b> Улучшение межведомственного взаимодействия по профилактике наркологических расстройств среди населения (координация действий субъектов по профилактике и совершенствованию мониторинга наркологической ситуации)										
114	<b>Показатель 1 задачи 2</b> Охват социологическими опросами	человек		5000	5000	5000	5500	6000			
115	<b>Задача 3 ОЦП 2</b> Совершенствование системы лечения и реабилитации больных наркоманией										
116	<b>Показатель 1 задачи 3</b>	процент		25,0	25,0	26,0	27,0	28,0			

	Доля больных с диагнозом «наркомания», прошедших реабилитацию, находящихся в ремиссии более 3-х лет										
117	<b>Задача 4 ОЦП 2</b> Укрепление материально-технической базы субъектов антинаркотической деятельности										
118	<b>Показатель 1 задачи 4</b> Количество лиц, привлеченных к уголовной ответственности за правонарушения связанные с оборотом наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов	единиц		252	246	240	236	232			
119	<b>Подпрограмма 2</b> Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации										
120	<b>Цель подпрограммы 2</b> Повышение доступности и качества оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации										
121	<b>Индикатор 1 цели подпрограммы 2</b> Доля абацилированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением	процент	53,50	55,60	57,80	60,00	62,20	64,30	66,00	66,20	66,50
122	<b>Индикатор 2 цели подпрограммы 2</b> Доля ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию, от числа состоящих на диспансерном учёте	процент	34,50	34,60	34,80	35,00	35,30	35,40	35,60	36,00	36,20
123	<b>Индикатор 3 цели подпрограммы 2</b> Число наркологических больных, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет	на 100 наркологических больных среднегодового контингента	7,84	8,80	8,90	9,00	9,10	9,20	9,30	9,49	9,68
124	<b>Индикатор 4 цели подпрограммы 2</b>	на 100	5,64	6,13	6,90	7,70	8,50	9,30	10,00	10,19	10,40

	Число наркологических больных, находящихся в ремиссии более 2 лет	наркологических больных среднегодового контингента									
125	<b>Индикатор 5 цели подпрограммы 2</b> Доля больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет	процент от среднегодового контингента больных алкоголизмом	9,60	10,50	10,60	10,80	11,60	12,00	12,41	12,60	12,92
126	<b>Индикатор 6 цели подпрограммы 2</b> Доля больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии более 2 лет	процент от среднегодового контингента больных алкоголизмом	5,70	6,40	7,10	7,80	8,50	9,20	10,00	10,19	10,40
127	<b>Индикатор 7 цели подпрограммы 2</b> Доля больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года	процент	17,00	17,00	17,00	17,00	17,00	17,00	17,00	17,00	17,00
128	<b>Индикатор 8 цели подпрограммы 2</b> Смертность от цереброваскулярных заболеваний	случаев на 100 тыс. населения	209,00	209,00	208,80	208,70	208,60	208,50	208,40	208,40	208,40
129	<b>Индикатор 9 цели подпрограммы 2</b> Удельный вес больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более	процент	51,90	52,20	52,40	52,70	53,0	53,30	53,60	54,10	54,50
130	<b>Индикатор 10 цели подпрограммы 2</b> Снижение смертности от злокачественных новообразований	случаев на 100 тыс. населения	201,20	201,20	199,00	198,00	196,00	194,00	192,80	191,40	190,00
131	<b>Задача 1 подпрограммы 2</b> Увеличение доли абацилированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением										
132	<b>Показатель задачи 1 подпрограммы 2</b> Снижение смертности от туберкулеза	на 100 тыс. населения	13,80	13,50	13,20	12,90	12,60	12,30	12,00	11,70	11,20
133	<b>Задача 2 подпрограммы 2</b> Совершенствование оказания специализированной медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека,										

		гепатитом В и С									
134	<b>Показатель задачи 2 подпрограммы 2</b> Ожидаемая продолжительность жизни лиц, инфицированных ВИЧ, гепатитами В и С, получающих антиретровирусную терапию в соответствии с действующими стандартами	лет	60,50	61,15	61,80	62,45	63,10	63,75	64,40	65,05	65,70
135	<b>Задача 3 подпрограммы 2</b> Модернизация наркологической службы										
136	<b>Показатель задачи 3 подпрограммы 2</b> Увеличение сроков кратковременной и долгосрочной ремиссии наркологических больных.	случаев на 100 тыс. населения	8,87	9,06	9,25	9,44	9,63	9,82	10,01	10,20	10,40
137	<b>Задача 4 подпрограммы 2</b> Совершенствование методов диагностики и лечения психических расстройств, внедрение современных методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации										
138	<b>Показатель задачи 4 подпрограммы 2</b> Показатель уровня смертности по причине суицида	на 100 тыс. населения	19,00	18,62	18,24	17,86	17,48	17,10	16,72	16,34	16,00
139	<b>Задача 5 подпрограммы 2</b> Снижения уровня смертности от ишемической болезни сердца и инсультов										
140	<b>Показатель задачи 5 подпрограммы 2</b> Снижение смертности от ишемической болезни сердца и инсульта.	на 100 тыс. населения	393,40	388,70	384,00	379,30	374,60	369,90	365,20	360,50	355,80
141	<b>Задача 6 подпрограммы 2</b> Увеличение пятилетней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями, снижение одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями										
142	<b>Показатель задачи 6 подпрограммы 2</b> Показатель одногодичной летальности больных со злокачественными образованиями	процент	25,4	25,3	25,0	24,5	24,0	23,5	22,4	21,7	21,0
143	<b>Задача 7 подпрограммы 2</b> Совершенствование системы управления скорой медицинской помощью										

144	<b>Показатель задачи 7 подпрограммы 2</b> Снижение времени ожидания скорой медицинской помощи.	минут	30,0	29,0	28,0	27,0	26,0	25,0	24,00	23,0	20,0
145	<b>Задача 8 подпрограммы 2</b> Снижения больничной летальности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий										
146	<b>Показатель задачи 8 подпрограммы 2</b> Снижение уровня больничной летальности пациентов, пострадавших в результате ДТП	случаев на 100 тыс. населения	4,30	4,25	4,20	4,15	4,10	4,05	4,00	3,95	3,90
147	<b>Задача 9 подпрограммы 2</b> Соответствие деятельности учреждений здравоохранения порядкам и стандартам оказания медицинской помощи										
148	<b>Показатель задачи 9 подпрограммы 2</b> Оптимизация объёмов оказания медицинской помощи в условиях круглосуточных стационаров	койко-дней на 1 жителя	2,83	2,39	2,39	2,39	2,31	2,31	2,25	2,25	2,25
149	<b>Задача 10 подпрограммы 2</b> Поддержка развития инфраструктуры специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи										
150	<b>Показатель задачи 10 подпрограммы 2</b> Увеличения количества случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи в области	процент	10,00	10,62	11,24	11,86	12,48	13,10	13,72	14,34	15,00
151	<b>Задача 11 подпрограммы 2</b> Поддержка развития инфраструктуры службы крови										
152	<b>Показатель задачи 11 подпрограммы 2</b> Обеспечение качества и безопасности донорской крови и её компонентов	процент	70,00	73,75	77,50	81,25	85,00	88,75	92,50	96,25	100,00
153	<b>Подпрограмма 10 «Совершенствование территориального планирования здравоохранения Липецкой области»</b>										
154	<b>Цель подпрограммы 10</b> Формирование системы здравоохранения Липецкой области, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг										
155	<b>Индикатор 1 цели подпрограммы 10</b> Удовлетворенность населения медицинской помощью	процент	50,3	53,4	56,5	59,6	62,7	65,8	68,9	72	75

156	<b>Задача 1 подпрограммы 10</b> Оптимизация структуры отрасли, в том числе путем объединения маломощных больниц и поликлиник и создания многопрофильных медицинских центров										
157	<b>Показатель 1 задачи 1 подпрограммы 10</b> Создания медицинских кластеров	Кол-во	-	1	2	3	4	4	4	4	4
158	<b>Задача 2 подпрограммы 10</b> Оптимизация объемов медицинской помощи в структуре расходов по видам медицинской помощи										
159	<b>Показатель 1 задачи 2 подпрограммы 10</b> Доля расходов на оказание медицинской помощи в стационарных условиях от всех расходов на Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи (далее – программа государственных гарантий)	процент	57,4	57,2	55,6	54,9	54,2	52,4	50,2	50,2	50,2
160	<b>Показатель 2 задачи 2 подпрограммы 10</b> Доля расходов на оказание скорой медицинской помощи от всех расходов на программу государственных гарантий	процент	5,8	5,7	5,6	5,4	5,3	5,2	5,1	5,1	5,1
161	<b>Показатель 3 задачи 2 подпрограммы 10</b> Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях от всех расходов на программу государственных гарантий	процент	28,5	28,5	29,0	29,4	29,6	30,6	31,7	31,7	31,7
162	<b>Показатель 4 задачи 2 подпрограммы 10</b> Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в	процент	1,5	1,5	1,9	2,2	2,7	3,3	3,9	3,9	3,9





	Охват аудиологическим скринингом	на аудиологический скрининг, от общего числа новорожденных									
172	<b>Индикатор 4 цели 1 подпрограммы 3</b> Доля женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах	доля(процент) женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах	54,00	60,00	65,00	70,00	75,00	80,00	80,00	85,00	85,00
173	<b>Индикатор 5 цели 1 подпрограммы 3</b> Первичная инвалидность у детей	Число детей, которым впервые установлена инвалидность (случаев на 10 тыс. детей соответствующего возраста)	20,50	20,45	20,40	20,35	20,30	20,25	20,20	20,15	20,10
174	<b>Цель 2 подпрограммы 3</b> Снижение материнской, младенческой, детской смертности										
175	<b>Индикатор 1 цели 2 подпрограммы 3</b> Показатель ранней неонатальной смертности	случаев на 1000 родившихся живыми	2,70	2,60	2,50	2,30	2,20	2,10	2,00	1,90	1,80
176	<b>Индикатор 2 цели 2 подпрограммы 3</b> Выживаемость детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела в акушерском стационаре	доля(‰) выживших от числа новорожденных, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела в акушерских стационарах	675,70	690,00	700,00	710,00	720,00	730,00	740,00	750,00	765,00
177	<b>Индикатор 3 цели 2 подпрограммы 3</b> Смертность детей 0-17 лет	случаев на 10тыс. населения соответствующего возраста	8,90	8,70	8,50	8,30	8,10	7,90	7,70	7,60	7,70
178	<b>Индикатор 4 цели 2</b>	доля(процент)	3,00	5,00	7,00	9,00	11,00	13,00	15,00	17,00	19,00



185	<b>Задача 2 подпрограммы 3</b> Дальнейшее развитие специализированной медицинской, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи матерям и детям										
186	<b>Показатель 1 задачи 2 подпрограммы 3</b> Показатель ранней неонатальной смертности	случаев на 1000 родившихся живыми	2,70	2,60	2,50	2,30	2,20	2,10	2,00	1,90	1,80
187	<b>Показатель 2 задачи 2 подпрограммы 3</b> Выживаемость детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела в акушерском стационаре	Доля(%)выживших от числа новорожденных, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела в акушерских стационарах	675,70	690,00	700,00	710,00	725,00	740,00	750,00	758,00	765,00
188	<b>Показатель 3 задачи 2 подпрограммы 3</b> Охват аудиологическим скринингом	доля(процент)новорожденных, обследованных на аудиологический скрининг, от общего числа новорожденных	97,80	97,80	97,80	97,80	97,80	97,80	97,80	97,80	97,80
189	<b>Показатель 4 задачи 2 подпрограммы 3</b> Больничная летальность	проценты от числа поступивших в стационар детей	0,44	0,41	0,38	0,35	0,32	0,29	0,26	0,23	0,2
190	<b>Задача 3 подпрограммы 3</b> Снижение уровня первичной инвалидности у детей										
191	<b>Показатель задачи 3 подпрограммы 3</b> Первичная инвалидность у детей	Число детей, которым впервые установлена инвалидность (на 10 тыс. детей соответствующего возраста)	20,50	20,45	20,40	20,35	20,30	20,25	20,20	20,15	20,10
192	<b>Задача 4 подпрограммы 3</b> Профилактика и снижение количества аборт										
193	<b>Показатель задачи 3 подпрограммы 3</b> Результативность мероприятий по профилактике абортов	доля (процент) женщин, принявших решение вынашивать беременность от числа	3,00	5,00	7,00	9,00	11,00	13,00	15,00	17,00	19,00

		женщин, обратившихся в медицинские организации по поводу прерывания беременности									
194	<b>Задача 5 подпрограммы 3</b> Увеличение охвата трехэтапной химиопрофилактикой пар «мать и дитя» в целях предотвращения вертикальной передачи ВИЧ-инфекции										
195	<b>Показатель задачи 5 подпрограммы 3</b> Сохранение доли охвата пар «мать и дитя» химиопрофилактикой в соответствии с действующими стандартами	процент	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
196	<b>Задача 4</b> Развитие медицинской реабилитации населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, в том числе детей										
197	<b>Показатель 1 задачи 4</b> Снижение общей заболеваемости населения	человек на 10тыс. населения	1813,6	1781,3 5	1749,1 0	1716,8 5	1684,6 0	1652,35	1620,1 0	1587,8 5	1555,6
198	<b>Показатель 2 задачи 4</b> Снижение первичного выхода на инвалидность	человек на 10тыс. населения	70,80	70,45	70,10	69,75	69,40	69,05	68,70	68,35	68,00
199	<b>Подпрограмма 4</b> Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детей										
200	<b>Цель подпрограммы 4</b> Увеличение продолжительности активного периода жизни населения										
201	<b>Индикатор 1 цели подпрограммы 4</b> Охват реабилитационной медицинской помощью пациентов	процент	1,90	4,00	6,00	9,00	12,00	15,00	17,00	21,00	25,00
202	<b>Индикатор 2 цели подпрограммы 4</b> Охват реабилитационной медицинской помощью детей-инвалидов от числа нуждающихся	процент	70,00	72,00	75,00	80,00	85,00	90,00	91,00	92,00	93,00

203	<b>Индикатор 3 цели подпрограммы 4</b> Охват санаторно-курортным лечением больных	процент	6,00	9,00	13,00	17,00	21,00	26,00	31,00	36,00	45,00
204	<b>Задача 1 подпрограммы 4</b> Разработка и внедрение новых организационных моделей медицинской реабилитации										
205	<b>Показатель задачи 1 подпрограммы 4</b> Доля стандартизовано переоснащенных современным медицинским оборудованием и аппаратурой медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по медицинской реабилитации	процент	25,0	31,5	38,0	44,5	51,0	57,5	64,0	70,5	75,0
206	<b>Задача 2 подпрограммы 4</b> Разработка и внедрение новых организационных моделей санаторно-курортного лечения										
207	<b>Показатель задачи 2 подпрограммы 4</b> Доля санаториев с улучшенной материально-технической базой для обеспечения организации оказания в полном объеме санаторно-курортного лечения	процент	50,0	53,0	56,0	59,0	62,0	65,0	68,0	71,0	75,0
208	<b>Задача 5</b> Обеспечение медицинской помощью неизлечимых больных, в том числе детей										
209	<b>Показатель 1 задачи 5</b> Охват паллиативной помощью определенных групп взрослого населения	процент	86,00	88,00	90,00	92,00	94,00	96,00	98,00	100,00	100,00
210	<b>Показатель 2 задачи 5</b> Охват паллиативной помощью детей	процент	78,12	81,24	84,36	87,48	90,60	93,72	96,84	99,96	100,0
211	<b>Подпрограмма 5</b> Оказание паллиативной помощи, в том числе детям										
212	<b>Цель подпрограммы 5</b> Повышение качества жизни неизлечимых больных за счет решения физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания										

213	<b>Индикатор цели подпрограммы 5</b> Повышение удовлетворенности пациентов и их родственников качеством паллиативной медицинской помощи	процент	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
214	<b>Задача 1 подпрограммы 5</b> <b>Создание эффективной службы паллиативной помощи неизлечимым пациентам</b>										
215	<b>Показатель 1 задачи 1 подпрограммы 5</b> Охват паллиативной помощью определенных групп взрослого населения	процент	86,00	88,00	90,00	92,00	94,00	96,00	98,00	100,00	100,00
216	<b>Показатель 2 задачи 2 подпрограммы 5</b> Охват паллиативной помощью детей, нуждающихся в ней	процент	78,12	81,24	84,36	87,48	90,60	93,72	96,84	99,96	100,00
217	<b>Задача 6</b> <b>Обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами</b>										
218	<b>Показатель 1 задачи 6</b> Обеспечение населения Липецкой области врачами	на 10 тыс. населения	33,70	35,60	36,80	38,00	39,20	40,40	40,60	40,80	41,00
219	<b>Показатель 2 задачи 6</b> Соотношение врачей и среднего медицинского персонала		1/3	1/3	1/3	1/3,1	1/3,1	1/3,2	1/3,3	1/3,3	1/3,3
220	<b>Показатель 3 задачи 6</b> Средняя заработная плата врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг) от средней заработной платы в соответствующем регионе	процент	123,80	131,90	149,40	169,40	191,80	200,00	200,00	200,00	200,00

221	<b>Показатель 4 задачи 6</b> Средняя заработная плата среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) от средней заработной платы в соответствующем регионе	процент	65,10	68,40	75,70	83,70	92,50	100,00	100,00	100,00	100,00
222	<b>Показатель 5 задачи 6</b> Средняя заработная плата младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) от средней заработной платы в соответствующем регионе	процент	41,30	44,70	52,70	62,10	73,20	100,00	100,00	100,00	100,00
223	<b>Областная целевая программа 3 «Развитие кадров здравоохранения Липецкой области (2013-2017 годы)»</b>										
224	<b>Цель 1 ОЦП 3</b> Совершенствование и перспективное развитие обеспеченности здравоохранения Липецкой области медицинскими кадрами										
225	<b>Цель 2 ОЦП 3</b> Поэтапное устранение дефицита медицинских кадров, а также регионального кадрового дисбаланса										
226	<b>Цель 3 ОЦП 3</b> Обеспечение притока в медицинские организации Липецкой области врачей и средних медицинских работников, позволяющего восполнять естественную убыль										
227	<b>Цель 4 ОЦП 3</b> Планирование подготовки и трудоустройства медицинских работников с использованием современных технологий кадрового менеджмента, эффективных мотивационных механизмов, позволяющих обеспечить медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области квалифицированными кадрами, способными улучшить качество оказания медицинской помощи населению Липецкой области										
228	<b>Цель 5 ОЦП 3</b> Повышение престижа профессии медицинского работника										
229	<b>Задача 1 ОЦП 3</b> Формирование системы управления кадровым потенциалом здравоохранения области с учетом структуры региональной потребности в медицинских кадрах, их оптимального размещения и эффективного использования										

230	<b>Задача 2 ОЦП 3</b> Достижение полноты укомплектованности медицинских организаций области медицинскими работниками										
231	<b>Задача 3 ОЦП 3</b> Создание условий для планомерного роста профессионального уровня знаний и умений медицинских работников										
232	<b>Задача 4 ОЦП 3</b> Обеспечение социальной защиты, повышение качества жизни медицинских работников на основе приведения оплаты труда в соответствие с объемами, сложностью и эффективностью оказания медицинской помощи										
233	<b>Задача 5 ОЦП 3</b> Регулирование подготовки и сохранение медицинских кадров для здравоохранения Липецкой области с помощью мониторинга кадров при реализации его организационно-методической, информационно-аналитической поддержки										
234	<b>Областная целевая программ 4</b> <b>«Ипотечное кредитование</b> <b>врачей в 2013-2017 годах»</b>										
235	<b>Цель ОЦП 4</b> Поэтапное устранение дефицита врачей наиболее дефицитных специальностей в государственных медицинских организациях Липецкой области										
236	<b>Задача 1 ОЦП 4</b> Реализация дифференцирования мер социальной поддержки врачей наиболее дефицитных специальностей в государственных медицинских организациях Липецкой области путем создания благоприятных условий для обеспечения их доступным жильем с использованием механизмов ипотечного жилищного кредитования										
237	<b>Показатель 1 задачи 1</b> Доля врачей, улучшивших жилищные условия от общей численности врачей, нуждающихся в улучшении жилищных условий	процент		12,2	24,5	36,7	48,9	61,2			
238	<b>Подпрограмм 6</b> <b>Кадровое обеспечение системы здравоохранения области</b>										
239	<b>Цель 1 подпрограммы 6</b> Совершенствование и перспективное развитие обеспеченности здравоохранения Липецкой области медицинскими кадрами										
240	<b>Индикатор 1 цели 1 подпрограммы 6</b> Обеспеченность врачами	чел. на 10 тыс. населения	34,20	37,58	39,27	40,95	42,63	44,32	46,0	46,1	46,20
241	<b>Индикатор 2 цели 1 подпрограммы 6</b> Обеспечение средними медицинскими	чел. на 10 тыс. населения	104,60	112,5	120,9	124,0	128,0	132,0	136,0	138,0	140,0



	работниками										
242	<b>Индикатор 3 цели 1 подпрограммы 6</b> Обеспеченность врачами сельского населения	чел. на 10 тыс. населения	14,2	16,2	17,0	18,0	19,0	20,0	21,0	22,0	23,0
243	<b>Индикатор 4 цели 1 подпрограммы 6</b> Обеспечение средними медицинскими работниками сельского населения	чел. на 10 тыс. населения	68,80	73,40	76,60	79,70	82,90	86,20	86,70	87,20	87,70
244	<b>Индикатор 5 цели 1 подпрограммы 6</b> Обеспеченность врачами клинических специальностей	чел. на 10 тыс. населения	24,30	25,00	25,50	26,00	26,50	27,00	27,30	27,70	28,20
245	<b>Цель 2 подпрограммы 6</b> Поэтапное устранение дефицита медицинских кадров, а также регионального кадрового дисбаланса										
246	<b>Индикатор 1 цели 2 подпрограммы 6</b> Укомплектованность медицинских организаций государственной системы здравоохранения Липецкой области, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях врачами и средними медицинскими работниками	процент	67,90	73,00	77,80	82,70	87,80	93,60	94,50	95,20	97,00
247	<b>Индикатор 2 цели 2 подпрограммы 6</b> Укомплектованность медицинских организаций государственной системы здравоохранения Липецкой области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь врачами и средними медицинскими работниками	процент	82,70	85,20	87,70	90,20	92,70	95,20	95,70	96,20	96,70
248	<b>Индикатор 3 цели 2 подпрограммы 6</b> Темп прироста численности врачей по особо востребованным в Липецкой области специальностям	процент	1,20	2,50	3,00	3,50	4,00	4,50	4,60	4,70	4,80
249	<b>Индикатор 4 цели 2 подпрограммы 6</b> Темп прироста численности средних	процент	2,50	1,50	2,00	2,50	2,70	3,00	3,10	3,20	3,30

	медицинских работников по особо востребованным в Липецкой области специальностям										
250	<b>Индикатор 5 цели 2 подпрограммы 6</b> Соотношение врачи/средние медработники		1/3	1/3	1/3,1	1/3,1	1/3,2	1/3,2	1/3,3	1/3,3	1/3,3
251	<b>Цель 3 подпрограммы 6</b> Обеспечение притока в медицинские организации Липецкой области врачей и средних медицинских работников, позволяющего восполнять естественную убыль										
252	<b>Индикатор 1 цели 3 подпрограммы 6</b> Число врачей, привлеченных на работу в медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области	чел.	70	125	129	120	120	120	120	120	120
253	<b>Индикатор 2 цели 3 подпрограммы 6</b> Число средних медицинских работников, привлеченных на работу в медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области	чел.	237	400	400	400	400	400	425	435	440
254	<b>Цель 4 подпрограммы 6</b> Планирование подготовки и трудоустройства медицинских работников с использованием современных технологий кадрового менеджмента, эффективных мотивационных механизмов, позволяющих обеспечить медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области квалифицированными кадрами, способными улучшить качество оказания медицинской помощи населению Липецкой области										
255	<b>Индикатор 1 цели 4 подпрограммы 6</b> Доля специалистов с медицинским образованием, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд Липецкой области, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские организации государственной системы	процент	49,80	60,90	81,00	82,50	83,50	84,00	90,00	95,00	100,00

	здравоохранения Липецкой области										
256	<b>Индикатор 2 цели 4 подпрограммы 6</b> Количество врачей медицинских организаций области, прошедших обучение по программам дополнительного профессионального образования в государственных образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования	чел.	995	874	997	1037	1162	981	874	997	1037
257	<b>Индикатор 3 цели 4 подпрограммы 6</b> Количество подготовленных специалистов по программам послевузовского профессионального образования в образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования	чел.	67	125	129	120	120	120	120	120	120
258	<b>Индикатор 4 цели 4 подпрограммы 6</b> Количество медицинских работников со средним медицинским образованием, прошедших обучение по программам дополнительного профессионального образования в образовательных учреждениях среднего и дополнительного профессионального образования	чел.	4229	2595	2305	2432	2526	2444	2595	2305	2432
259	<b>Индикатор 5 цели 4 подпрограммы 6</b> Число абитуриентов, направленных на целевую подготовку по программам высшего, среднего, послевузовского профессионального образования	чел.	500	559	579	559	569	579	600	600	600
260	<b>Индикатор 6 цели 4 подпрограммы 6</b>	абс.число	1068	1196	1213	1255	1280	1324	1350	1350	1350

	Число мест в образовательных учреждениях среднего профессионального образования Липецкой области, финансируемых в рамках сформированного государственного задания										
261	<b>Индикатор 7 цели 4 подпрограммы 6</b> Число мест в образовательных учреждениях среднего профессионального образования Липецкой области, финансируемых за счет собственных средств граждан и юридических лиц	абс.число	524	580	605	640	678	660	700	700	700
262	<b>Индикатор 8 цели 4 подпрограммы 6</b> Соотношение числа мест в образовательных учреждениях среднего профессионального образования Липецкой области, финансируемых в рамках сформированного государственного задания и финансируемых за счет собственных средств граждан и юридических лиц	относит.	2 /1	2 /1	2/1	1,96/1	1,88/1	2/1	1,92/1	1,92/1	2/1
263	<b>Индикатор 9 цели 4 подпрограммы 6</b> Число специалистов со средним медицинским образованием, окончивших образовательные учреждения среднего профессионального образования Липецкой области	чел.	312	333	385	458	414	420	450	450	450
264	<b>Цель 5 подпрограммы 6</b> Повышение престижа профессии медицинского работника										
265	<b>Индикатор 1 цели 5 подпрограммы 6</b>	процент	0,00	30,00	40,00	51,00	84,00	100,00	100,00	100,00	100,00

	Доля медицинских организаций, перешедших на «эффективный контракт» с медицинскими работниками											
266	<b>Индикатор 2 цели 5 подпрограммы 6</b> Число мероприятий по повышению престижа профессии, проводимых на уровне Липецкой области	абс.число	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5
267	<b>Индикатор 3 цели 5 подпрограммы 6</b> Доля врачей, имеющих квалификационную категорию, из числа работающих в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Липецкой области	процент	60,10	61,00	64,00	66,00	68,00	70,00	72,00	74,00	76,00	76,00
268	<b>Индикатор 4 цели 5 подпрограммы 6.</b> Доля средних медицинских работников, имеющих квалификационную категорию, из числа работающих в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Липецкой области	процент	67,00	68,00	69,00	70,00	71,00	72,00	74,00	76,00	78,00	78,00
269	<b>Индикатор 5 цели 5 подпрограммы 6</b> Доля медицинских работников, прошедших оценку уровня квалификации	процент	0,00	20,00	40,00	60,00	80,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
270	<b>Индикатор 6 цели 5 подпрограммы 6</b> Доля аккредитованных медицинских и фармацевтических работников	процент	-	-	-	-	-	20,00	40,00	60,00	80,00	80,00
271	<b>Задача 1 подпрограммы 6</b> Регулирование подготовки и сохранение медицинских кадров для здравоохранения Липецкой области с помощью мониторинга кадров при реализации его организационно-методической, информационно-аналитической поддержки											
272	<b>Показатель 1 задачи 1 подпрограммы 6</b>	чел.	149	333	385	458	414	420	425	430	435	435

	Число выпускников средних медицинских образовательных учреждений, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области										
273	<b>Показатель 2 задачи 1 подпрограммы 6</b> Число выпускников высших медицинских образовательных учреждений, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские организации государственной системы здравоохранения Липецкой области после окончания интернатуры, ординатуры	чел.	70	125	120	120	120	120	120	120	120
274	<b>Задача 2 подпрограммы 6</b> Создание условий для планомерного роста профессионального уровня знаний и умений медицинских работников										
275	<b>Показатель 1 задачи 2 подпрограммы 6</b> Количество врачей, прошедших обучение по программам дополнительного профессионального образования в образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования	чел.	942	874	997	1037	1162	981	874	997	1037
276	<b>Показатель 2 задачи 2 подпрограммы 6</b> Количество медицинских работников со средним медицинским образованием, прошедших обучение по программам дополнительного	чел.	1000	2595	2305	2432	2526	2444	2595	2305	2432

	профессионального образования в образовательных учреждениях среднего и дополнительного профессионального образования										
277	<b>Задача 3 подпрограммы 6</b> Достижение полной укомплектованности медицинских организаций медицинскими работниками										
278	<b>Показатель 1 задачи 3 подпрограммы 6</b> Укомплектованность медицинских организаций государственной системы здравоохранения Липецкой области врачами	процент	90,70	91,20	92,00	93,00	94,00	95,00	96,00	97,00	98,00
279	<b>Показатель 2 задачи 3 подпрограммы 6</b> Укомплектованность медицинских организаций государственной системы здравоохранения Липецкой области средними медицинскими работниками	процент	96,00	96,50	97,00	97,30	97,70	98,00	98,20	98,40	98,60
280	<b>Задача 4 подпрограммы 6</b> Обеспечение социальной защиты, повышение качества жизни медицинских работников на основе приведения оплаты труда в соответствие с объёмами, сложностью и эффективностью оказания медицинской помощи										
281	<b>Показатель 1 задачи 4 подпрограммы 6</b> Соотношение средней заработной платы врачей иных работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), и средней заработной платы в Липецкой области	процент	-	131,90	149,40	169,40	191,80	20,00	200,00	200,00	200,00
282	<b>Показатель 2 задачи 4</b>	процент	-	68,40	75,70	83,70	92,50	100,00	100,00	100,00	100,00







	категорий граждан										
294	<b>Задача 1 подпрограммы 7</b> Совершенствование перечня лекарственных препаратов, обеспечение которыми осуществляется в целях реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Липецкой области медицинской амбулаторной помощи, повышение эффективности персонифицированного учета отдельных категорий граждан и планирование их потребностей в лекарственных препаратах, обеспечение рационального использования лекарственных препаратов, повышение доступности для отдельных категорий граждан медицинской амбулаторной помощи в части обеспечения лекарственными препаратами, совершенствование системы контроля качества, эффективности и безопасности, борьба с оборотом недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных препаратов										
295	<b>Показатель 1 задачи 1 подпрограммы 7</b> Доля необслуженных рецептов в количестве выписанных рецептов	процент	1,0	1,0	1,0	1,0	1,00	1,0	1,0	1,0	1,0
296	<b>Показатель 2 задачи 1 подпрограммы 7</b> Доля недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных препаратов в количестве лекарственных препаратов, полученных гражданами Липецкой области при оказании медицинской амбулаторной помощи за счет средств федерального и областного бюджетов	процент	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
297	<b>Задача 8</b> Создание и масштабирование аппаратно-программных решений для оказания медицинских услуг медицинским работником на основе современных информационно-телекоммуникационных технологий										
298	<b>Показатель 1 задачи 8</b> Доля самозаписи через Интернет или информационные терминалы к общему количеству записанных в региональной информационно-аналитической системе (далее - РИАМС) на прием к врачу	процент	0,5	1,2	1,8	2,5	2,8	3,3	3,8	4,5	5,0

299	<b>Показатель 2 задачи 8</b> Доля медицинских учреждений области, подключенных к РИАМС с использованием защищенных каналов связи	процент	30,0	85,0	95,0	100,0	100,0	100	100,0	100,0	100,0
300	<b>Показатель 3 задачи 8</b> Доля заполненных медицинских электронных карт, заведенных в РИАМС	процент	1,5	5,0	15,0	30,0	50,0	75,0	80,0	85,0	90,0
301	<b>Показатель 4 задачи 8</b> Количество медицинских услуг, оказанных населению с использованием телемедицинских технологий	шт.	5,0	200,0	800,0	2000,0	2500,0	3000,0	4000,0	5000,0	6000,0
302	<b>Подпрограмма 8</b> <b>Развитие информатизации в здравоохранении</b>										
303	<b>Цель подпрограммы 8</b> Создание и масштабирование аппаратно-программных решений для оказания медицинских услуг медицинским работником на основе современных информационно-телекоммуникационных технологий										
304	<b>Индикатор 1 цели подпрограммы 8</b> Обеспеченность медицинских кадров автоматизированными рабочими местами, подключенными к РИАМС	процент	60,00	70,00	75,00	80,00	85,00	87,00	88,00	89,00	90,00
305	<b>Индикатор 2 цели подпрограммы 8</b> Охват РИАМС различных процессов оказания медицинской помощи населению	процент	50,00	60,00	65,00	70,00	75,00	80,00	85,00	88,00	90,00
306	<b>Задача 1 подпрограммы 8</b> Развитие РИАМС с использованием защищенных каналов передачи данных										
307	<b>Показатель 1 задачи 1 подпрограммы 8</b> Доля медицинских учреждений	процент	30,00	85,00	95,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

	области, подключенных к РИАМС с использованием защищенных каналов связи										
308	<b>Задача 2 подпрограммы 8</b> Увеличение доли государственных услуг, оказываемых с использованием современных информационных систем										
309	<b>Показатель 1 задачи 2 подпрограммы 8</b> Доля самозаписи через Интернет или информационные терминалы к общему количеству записанных в РИАМС на прием к врачу пациентов	процент	0,50	1,20	1,80	2,50	2,80	3,30	3,80	4,50	5,00
310	<b>Показатель 2 задачи 2 подпрограммы 8</b> Доля заполненных электронных медицинских карт к общему количеству медицинских электронных карт, заведенных в РИАМС	процент	1,50	5,00	15,00	30,00	50,00	75,00	80,00	85,00	90,00
311	<b>Показатель 3 задачи 2 подпрограммы 8</b> Количество медицинских услуг, оказанных населению с использованием телемедицинских технологий	шт.	5,00	200,00	800,00	2000,0 0	2500,0 0	3000,00	4000,0 0	5000,0 0	6000,0 0
312	<b>Задача 9</b> Развитие взаимодействия государственной и частной систем здравоохранения										
313	<b>Показатель 1 задачи 9</b> Доля частных медицинских организаций, участвующих в оказании медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий в общем числе участвующих медицинских организаций	процент	14,00	14,30	16,70	17,90	19,20э	20,50	21,80	23,10	24,00

314	<b>Подпрограмма 9 «Развитие государственно-частного партнерства»</b>											
315	<b>Цель подпрограммы 9</b> Развитие взаимодействия государственной и частной систем здравоохранения											
316	<b>Индикатор подпрограммы 9</b> Увеличение доли расходов на оказание медицинской помощи в негосударственных медицинских организациях от общего объема финансирования Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи к 2020 году	процент	–	2,3	2,39	2,48	2,57	2,66	2,75	2,84	3,0	
317	<b>Задача подпрограммы 9</b> Повышение доступности и качества медицинских услуг, предоставляемых потребителям, путем привлечения частных медицинских организаций к реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи											
318	<b>Показатель задачи подпрограммы 9</b> Доля негосударственных медицинских организаций, участвующих в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи, в общем числе участвующих	процент	–	14,3	16,7	17,9	19,2	20,5	21,8	23,1	24,0	



Приложение 3  
к государственной программе  
Липецкой области  
«Развитие здравоохранения  
Липецкой области на 2013-2020 годы»

**Перечень ведомственных целевых программ и основных мероприятий государственной программы Липецкой области  
«Развитие здравоохранения Липецкой области на 2013-2020 годы»**

Таблица

№ п/п	Наименование подпрограммы	Исполнитель	Срок		Ожидаемый конечный и непосредственные результаты (краткое описание)	Последствия не реализации подпрограммы
			Начала реализац ии	Окончани я реализац ии		
1	2	3	4	5	6	7
1	Подпрограмма 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи»					
1.1	Ведомственная целевая программа (далее - ВЦП) 1.1 «Совершенствование профилактики заболеваний и формирование здорового образа жизни в 2013-2015 годах»	Управление здравоохранения Липецкой области	2013	2015	В результате реализации подпрограммы ожидается: - увеличение доли детей, имеющих I-II группу здоровья, – до 80%; - снижение распространённости потребления табака среди взрослого населения - до 35,0%; - снижение распространённости потребления табака среди детей и	Последствия не реализации подпрограммы заключаются в возможном увеличении заболеваемости и инвалидизации детей и подростков, увеличении заболеваемости, инвалидизации и смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения,

1.2	Мероприятие 1.1 «Совершенствование профилактики заболеваний и формирование здорового образа жизни»	Управление здравоохранения Липецкой области	2016	2020	<p>подростков - до 16,0%;</p> <p>- снижение распространенности ожирения среди взрослого населения (индекс массы тела более 30 кг/кв.м) - не более 25%;</p> <p>- увеличение выявляемости больных злокачественными новообразованиями на I-II ст. заболевания – до 57,2% от общего числа выявленных новообразований;</p> <p>- увеличение охвата населения профилактическими осмотрами на туберкулез до 90% от подлежащего осмотрам населения;</p> <p>- сохранение на спорадическом уровне распространенности дифтерии, эпидемического паротита, кори, краснухи, полиомиелита;</p> <p>- обеспечение охвата иммунизацией населения против вирусного гепатита В, дифтерии, коклюша и столбняка, кори, краснухи, эпидемического паротита в декретированные сроки - не менее 95%;</p> <p>- увеличение доли ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих на диспансерном учете до 56,9% от числа выявленных.</p>	онкологических заболеваний, алкоголизма, увеличении распространенности ВИЧ-инфекции среди населения области.
2	Подпрограмма 2 «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»					
2.1	ВЦП 2.1 «Развитие специализированной, высокотехнологичной и скорой медицинской помощи населению Липецкой области в 2013-2015 годах»	Управление здравоохранения Липецкой области	2013	2015	<p>В результате реализации подпрограммы ожидается:</p> <p>- увеличение доли абациллированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением до 66,5%;</p>	<p>Последствия не реализации подпрограммы заключаются в возможном увеличении заболеваемости туберкулезом, ВИЧ-инфекцией, алкоголизмом, психическими, онкологическими, сосудистыми</p>



					<ul style="list-style-type: none"> <li>- увеличение доли ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию, от числа состоящих на диспансерном учете до 36,2%;</li> <li>- увеличение числа наркологических больных, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет, до 9,68%, более 2 лет - до 10,4%;</li> <li>- увеличение числа больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2-х лет, до 12,92%, более 2-х лет - до 10,4%;</li> <li>- снижение доли больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года, до 17,0%;</li> <li>- снижение показателя смертности от ишемической болезни сердца до 355,8 случаев на 100 тыс. населения;</li> <li>- снижение смертности от цереброваскулярных заболеваний - до 208,4 на 100 тыс. населения;</li> <li>- увеличение удельного веса больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более до 54,5%;</li> <li>- снижение одногодичной летальности больных со злокачественными образованиями до 21,0%;</li> <li>- увеличение доли выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 мин. до 90% от общего числа вызовов;</li> <li>- снижение больничной летальности</li> </ul>	заболеваниями, наркологическими расстройствами, а также повышению показателя смертности от перечисленных заболеваний; снижению качества и доступности скорой медицинской помощи населению и росту догоспитальной летальности; снижению качества и безопасности компонентов крови.
2.2	Мероприятие 2.1 «Развитие специализированной, высокотехнологичной и скорой медицинской помощи населению Липецкой области»	Управление здравоохранения Липецкой области	2016	2020		

					<p>пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий до 3,8 %;</p> <p>- обеспечение доли станций переливания крови, обеспечивающих современный уровень качества и безопасности компонентов крови - 100%.</p>	
3	Подпрограмма 3 «Охрана здоровья матери и ребенка»					
3.1	<p>ВЦП 3.1 «Совершенствование системы оказания медицинской помощи матерям и детям 2013-2015 годах»</p>	<p>Управление здравоохранения Липецкой области</p>	2013	2015	<p>В результате реализации подпрограммы ожидается:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- увеличение доли обследованных беременных женщин по новому алгоритму проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка до 85%;</li> <li>- увеличение доли новорожденных, обследованных на наследственные заболевания, от общего числа новорожденных до 99,8%;</li> <li>- увеличение доли новорожденных, обследованных на аудиологический скрининг от общего числа новорожденных до 97,8%;</li> <li>- снижение ранней неонатальной смертности до 1,8 случаев на 1000 родившихся живыми;</li> <li>- снижение смертности детей 0 - 17 лет до 7,7 случаев на 10 тыс. населения соответствующего возраста;</li> <li>- увеличение доли женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах до 85%;</li> <li>- увеличение выживаемости детей, имевших при рождении очень</li> </ul>	<p>Последствия не реализации подпрограммы заключаются в возможном снижении качества и доступности медицинской помощи матерям и детям, росту показателей младенческой и материнской смертности.</p>
3.2	<p>Мероприятие 3.1 «Совершенствование системы оказания медицинской помощи матерям и детям»</p>	<p>Управление здравоохранения Липецкой области</p>	2016	2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- увеличение доли новорожденных, обследованных на наследственные заболевания, от общего числа новорожденных до 99,8%;</li> <li>- увеличение доли новорожденных, обследованных на аудиологический скрининг от общего числа новорожденных до 97,8%;</li> <li>- снижение ранней неонатальной смертности до 1,8 случаев на 1000 родившихся живыми;</li> <li>- снижение смертности детей 0 - 17 лет до 7,7 случаев на 10 тыс. населения соответствующего возраста;</li> <li>- увеличение доли женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах до 85%;</li> <li>- увеличение выживаемости детей, имевших при рождении очень</li> </ul>	

					<p>низкую и экстремально низкую массу тела в акушерском стационаре до 765% промилле;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- снижение больничной летальности детей до 0,2%;</li> <li>- снижение первичной инвалидности у детей до 20,1 на 10 тыс. детей соответствующего возраста;</li> <li>- увеличение доли женщин, принявших решение вынашивать беременность, от числа женщин, обратившихся в медицинские организации по поводу прерывания беременности - до 19%;</li> <li>- увеличение доли охвата пар «мать и дитя» химиофилактикой в соответствии с действующими стандартами на уровне 100%.</li> </ul>	
4	Подпрограмма 4 «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям»					
4.1	ВЦП 4.1 «Совершенствование оказания медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения населению Липецкой области в 2013-2015 годах»	Управление здравоохранения Липецкой области	2013	2015	<p>В результате реализации подпрограммы ожидается:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- повышение охвата реабилитационной медицинской помощью пациентов от числа нуждающихся до 25%;</li> <li>- повышение охвата реабилитационной медицинской помощью детей-инвалидов от числа нуждающихся до 93 %;</li> <li>- увеличение охвата санаторно-курортным лечением пациентов до 45 %.</li> </ul>	<p>Последствия не реализации подпрограммы заключаются в возможном ухудшении качества и доступности реабилитационной медицинской помощи и санаторно-курортного лечения, росту заболеваемости хроническими болезнями и инвалидизации населения и его преждевременной смертности.</p>
4.2	Мероприятие 4.1 «Совершенствование оказания медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения населению Липецкой области»	Управление здравоохранения Липецкой области	2016	2020		

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

5	Подпрограмма 5 «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»					
5.1	ВЦП 5.1 «Совершенствование паллиативной помощи населению Липецкой области в 2013-2015 годах»	Управление здравоохранения Липецкой области	2013	2015	В результате реализации подпрограммы ожидается: - увеличение обеспеченности койками для оказания паллиативной помощи взрослым до 10 коек на 100 тыс. взрослого населения; - увеличение обеспеченности койками для оказания паллиативной помощи детям до 2,48 койки на 100 тыс. детского населения.	Последствия не реализации подпрограммы заключаются в возможном снижении качества жизни инкурабельных больных, снижению доступности паллиативной помощи, усугублению страданий неизлечимо больного человека в последние дни жизни, нанесет психологическую травму родным и близким больного.
5.2	Мероприятие 5.1 «Совершенствование паллиативной помощи населению Липецкой области»	Управление здравоохранения Липецкой области	2016	2020		
6	Подпрограмма 6 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»					
6.1	ВЦП 6.1 «Развитие кадрового потенциала здравоохранения Липецкой области в 2013-2015 годах»	Управление здравоохранения Липецкой области	2013	2015	В результате реализации подпрограммы ожидается: - увеличение обеспеченность населения Липецкой области врачами на 10 тыс. населения – до 46,2; - увеличение обеспеченности средними медицинскими работниками на 10 тыс. населения – до 140,0	Последствия не реализации подпрограммы заключаются в дальнейшем снижении обеспеченности системы здравоохранения медицинскими и фармацевтическими кадрами, непосредственно обеспечивающих качество и доступность медицинской помощи населению Липецкой области.
6.2	Мероприятие 6.1 «Развитие кадрового потенциала здравоохранения Липецкой области»	Управление здравоохранения Липецкой области	2016	2020		
7	Подпрограмма 7 «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях»					
7.1	ВЦП 7.1 «Обеспечение отдельных категорий граждан Липецкой области лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения и специализированными продуктами питания для детей при оказании	Управление здравоохранения Липецкой области	2013	2015	В результате реализации подпрограммы ожидается: - обеспечение удовлетворенности потребности отдельных категорий граждан в необходимых в соответствии со стандартами медицинской амбулаторной помощи лекарственных препаратах, отпускаемых на основании	Последствия не реализации подпрограммы заключаются в возможном снижении качества и доступности лекарственного обеспечения граждан, утяжелении течения болезней населения, снижение продолжительности и качества жизни граждан.

	медицинской амбулаторной помощи в 2013-2015 годах»				выданных рецептов, составит не менее 99 %; - обеспечение уровня контроля качества и безопасности лекарственных препаратов, поставляемых в Липецкую область за счет средств федерального и областного бюджетов в целях амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан, – 100 %.	
7.2	Мероприятие 7.1 «Обеспечение отдельных категорий граждан Липецкой области лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения и специализированными продуктами питания для детей при оказании медицинской амбулаторной помощи»	Управление здравоохранения Липецкой области	2016	2020		
8	Подпрограмма 8 «Развитие информатизации в здравоохранении»					
8.1	ВЦП 8.1 «Внедрение современных информационных систем в здравоохранение Липецкой области в 2013-2015годах»	Управление здравоохранения Липецкой области	2013	2015	Оказание не менее 90% от общего числа медицинских услуг в едином информационном пространстве с использованием РИАМС.	Последствия не реализации подпрограммы заключаются в возможном снижении качества организации и управления лечебно-диагностическим процессом, ресурсами отрасли.
8.2	Мероприятие 8.1 «Внедрение современных информационных систем в здравоохранение Липецкой области»	Управление здравоохранения Липецкой области	2016	2020		
9	Подпрограмма 9 «Развитие государственно-частного партнерства»					
9.1	Мероприятие 9 «Развитие взаимодействия государственной и частной систем здравоохранения»	Управление здравоохранения Липецкой области	2013	2020	Увеличение к 2020 году доли негосударственных медицинских организаций, участвующих в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи, в общем числе участвующих медицинских	Последствия не реализации подпрограммы заключаются в возможном снижении доступности и качества медицинских услуг на фоне растущего соответствующего спроса населения, сохранение очередности на получение бесплатной медицинской

					организаций - до 24 %.	помощи.
10	Подпрограмма 10 «Совершенствование территориального планирования здравоохранения Липецкой области»					
10.1	Мероприятие 10 «Формирование системы здравоохранения Липецкой области, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг»	Управление здравоохранения Липецкой области	2013	2020	<p>Достижение к 2020 году:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- уменьшение доли расходов на оказание медицинской помощи в стационарных условиях от всех расходов на программу государственных гарантий – до 50,2%;</li> <li>- уменьшение доли расходов на оказание скорой медицинской помощи – 5,1%;</li> <li>- увеличение доли расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях – до 31,7%;</li> <li>- увеличение доли расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме – до 3,9%;</li> <li>- увеличение доли расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров – до 9,1%.</li> </ul>	<p>Последствия не реализации подпрограммы заключаются в дисбалансе финансового обеспечения отрасли, связанного с ее структурными диспропорциями.</p>